

Im: LUNNEY M. Pensamentos críticos
e diagnósticos de enferma-
gem. Porto Alegre: Artmed,
2004.

Automonitoramento da precisão usando um modelo integrado do processo diagnóstico

Margaret Lunney, PhD, RN

Quando os enfermeiros têm experiência em usar conceitos diagnósticos, é provável que eles fiquem mais interessados quanto à obtenção de altos níveis de precisão de seus diagnósticos de enfermagem. Níveis altos de precisão são atingidos monitorando-se os comportamentos diagnósticos para identificar pontos fracos e fortes e usando esse conhecimento para melhorar esses comportamentos. O candidato mais provável para monitorar os comportamentos diagnósticos é o próprio diagnosticista.

Um modelo que integra as estruturas de Carnevali (1983; 1984) e Gordon (1987) é apresentado como guia de automonitoramento. São explorados os comportamentos a serem monitorados. Após ler este artigo, o enfermeiro deve ser capaz de: (1) explicar a razão para monitorar a precisão de seus diagnósticos; (2) descrever um modelo integrado do processo diagnóstico para guiar o automonitoramento; e (3) aplicar comportamentos de automonitoramento a situações clínicas.

A precisão do diagnóstico de enfermagem é definida como o julgamento, por um avaliador, do grau no qual uma declaração diagnóstica condiz com as evidências em uma situação com um paciente (Lunney, 1985). As declarações diagnósticas são consideradas do nível mais alto de precisão quando forem consistentes com todas as evidências, quando forem apoiadas por evidências altamente relevantes e quando forem precisas. Um diagnosticista é alguém que aplica um processo científico à interpretação de situações clínicas com a finalidade de alcançar um alto nível de precisão. O automonitoramento é o processo pelo qual um diagnosticista examina comportamentos diagnósticos para adquirir conhecimento pessoal sobre comportamentos que são frequentemente automáticos.

Reimpresso com permissão de M. Lunney, "Self-monitoring of accuracy using an integrated model of the diagnostic process", *Journal of Advanced Medical Surgical Nursing*, 1 (3), 1989: 43-52.

O diagnóstico de enfermagem progrediu à fase de questionar a precisão dos diagnósticos de enfermagem. (Aspinall, 1979; Gordon, 1980; Tanner, 1982; Cianfrani, 1984; Tanner, 1987; Bennett, 1987). Em fases prévias no esforço de implementar o diagnóstico de enfermagem, a ênfase estava em aprender a estabelecer um diagnóstico de enfermagem, e não na precisão dos diagnósticos. A precisão envolve a diferenciação de um diagnóstico de outros possíveis diagnósticos em um esforço para chegar ao que melhor combine com as evidências.

O uso aumentado de diagnósticos de enfermagem em nível nacional e internacional e o desenvolvimento de conceitos diagnósticos, por meio de pesquisas e testes clínicos, levou à fase atual de desenvolvimento.

A medida que os enfermeiros se tornam mais familiarizados com os diagnósticos de enfermagem, eles usam menos tempo e energia para distinguir o que constitui um diagnóstico de enfermagem e podem concentrar-se, em vez disso, em desenvolver o melhor diagnóstico para orientar os cuidados de enfermagem. Para alcançar essa capacidade de determinar o melhor diagnóstico, os enfermeiros devem ter experiência no uso de muitos diagnósticos de enfermagem.

O desenvolvimento contínuo de conceitos diagnósticos específicos, especialmente por membros da *North American Nursing Diagnosis Association* (Associação Norte-americana de Diagnóstico de Enfermagem), melhorou a percepção da sobreposição que caracteriza os fenômenos de enfermagem. A medida que os enfermeiros aprendem mais sobre diagnósticos específicos [p. ex., impotência (Miller, 1983)], eles percebem a dificuldade de diferenciar esses diagnósticos de outras possibilidades (p. ex., *solidão*, *baixa auto-estima* e *desesperança*). Como as evidências para um desses diagnósticos também podem ser evidências para outros diagnósticos, a preocupação do diagnosticista cresce a partir das questões simples do que é impotência e quando esse diagnóstico deve ser usado para questões mais complexas, tais como se as evidências em uma situação são mais consistentes com o diagnóstico de impotência, solidão, baixa auto-estima ou desesperança.

O aumento do uso do diagnóstico de enfermagem na prática clínica e o desenvolvimento contínuo de conceitos diagnósticos refletem a intenção de muitos enfermeiros de se tornarem diagnosticistas. Essa intenção pode ser concretizada monitorando o próprio comportamento diagnóstico (Carnevali, 1984). Este artigo apresenta um modelo integrado do processo diagnóstico para guiar o automonitoramento e ilustrar a aplicação do modelo integrado.

RAZÃO PARA O AUTOMONITORAMENTO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O automonitoramento é o processo de examinar os próprios comportamentos diagnósticos da pessoa para adquirir conhecimento sobre comportamentos que freqüentemente passam despercebidos. As razões para automonitorar a qualidade dos comportamentos diagnósticos estão relacionadas ao propósito do diagnóstico, ao nível de dificuldade do diagnóstico e ao potencial do automonitoramento para instilar confiança e automodificação ou melhora do produto.

O propósito da enfermagem e, portanto, do diagnóstico é ajudar os pacientes a alcançarem altos níveis de saúde, proporcionando intervenções que tenham efeitos benéficos (ANA, 1980). As intervenções são especificamente escolhidas para os diagnósticos (Bulechek, McCloskey, 1985) (p. ex., em resposta a um diagnóstico de risco para infecção respiratória, o enfermeiro poderia ensinar um paciente no pós-operatório a tossir e a respirar profundamente). A atenção para a qualidade dos diagnósticos, então, afeta a escolha das intervenções, os seus resultados e o cumprimento do propósito de enfermagem.

Os enfermeiros lidam com fenômenos mais complexos que aqueles controlados pela maioria das outras ciências (Webster, 1984), com a saúde e com o comportamento humano. O grau de dificuldade para diagnosticar esses fenômenos realmente é grande, embora os enfermeiros possam não perceber tal dificuldade. Em fases iniciais do desenvolvimento no uso de títulos diagnósticos, uma perspectiva limitada é esperada (Benner, 1984). As perspectivas holísticas, nas quais a complexidade das situações é reconhecida e integrada à prática clínica, propagam-se nas fases mais avançadas desse desenvolvimento.

A dificuldade de diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde é até maior que a de diagnosticar problemas médicos. Respostas humanas tendem a ter limites menos definitivos que os problemas médicos, que se relacionam à patologia dos sistemas corporais. As respostas humanas são penetrantes, difusas, diversas e complexas (ANA, 1980).

Devido à complexidade do diagnóstico de enfermagem, é provável que ocorram erros ao longo do processo. O automonitoramento é uma técnica efetiva e não-ameaçadora, que permite aos enfermeiros terem consciência dos próprios erros diagnósticos, assim como descobrir seus pontos fortes. O automonitoramento proporciona uma oportunidade de modificar padrões diagnósticos que produzem erros e de aceitar e reforçar padrões que funcionam bem. Esse processo permite aos enfermeiros alcançarem o nível de especialista em competência (Benner, 1984) e estarem atentos às próprias capacidades diagnósticas a fim de ensinar habilidades diagnósticas para outros enfermeiros.

MODELO INTEGRADO DO PROCESSO DIAGNÓSTICO

As bases teóricas de Carnevali (1983; 1984) e Gordon (1987) estão disponíveis para guiar os enfermeiros a examinarem as próprias habilidades diagnósticas. O autor acredita que: (1) há benefícios distintos de usar ambas as estruturas para entender o processo diagnóstico; e (2) as duas estruturas são complementáveis uma com a outra. Portanto, um modelo que combina as duas bases foi desenvolvido (ver o material no quadro a seguir). Cada uma das estruturas será apresentada brevemente, antes de o modelo integrado ser explicado.

A base de Carnevali apresenta o processo diagnóstico na forma de "passos" (Carnevali, 1983, p. 49) ou "a ordem lógica" (Carnevali, 1984, p. 28) do diagnóstico. Os seis passos são:

1. Coletar dados pré-encontro.
2. Entrar no campo de busca de dados e moldar a direção da coleta de dados.
3. Unir as evidências em agrupamentos ou blocos.
4. Ativar possíveis explicações diagnósticas.
5. Procurar o campo de dados dirigindo-se pela hipótese e pelos dados.
6. Testar hipóteses diagnósticas para um bom ajuste.

O resultado dos seis passos é um diagnóstico ou um retorno ao Passo 2, para reformular a direção da coleta de dados, ou ao Passo 4, para ativar explicações diagnósticas adicionais. A vantagem dessa perspectiva é que ela impõe uma estrutura ao processo, tornando possível repassar comportamentos diagnósticos fazendo perguntas em ordem temporal. Essa sequência de perguntas é ilustrada a seguir:

- Passo 1: "O que esperei do sr. Brown depois de ler o quadro? E depois de ouvir o relatório?"
- Passo 2: "Eu dei muito valor ao registro de sobrecarga de líquidos, considerando que não notei nenhuma evidência para esse diagnóstico?" "A aceitação da sobrecarga de líquidos me impediu de observar o potencial para infecção?"
- Passos 3 e 4: "Que evidências estavam disponíveis para indicar o potencial para infecção que eu poderia ter notado se tivesse feito uma avaliação mais completa?"

A estrutura de Gordon apresenta o processo diagnóstico na forma de quatro atividades (Gordon, p. 19, 1987). As atividades (ver material no quadro) são: (A) coleta de informações; (B) interpretação das informações; (C) agrupamento das informações; e (D) nomeação do agrupamento.

A vantagem dessa perspectiva é que a ênfase nas atividades descreve a natureza verdadeiramente ardilosa do processo. Essa base proporciona uma sensação do movimento contínuo de uma atividade para outra e, pa-

Modelo integrado do processo diagnóstico*

- | | |
|--|--|
| 1. Dados pré-encontro | 4. Ativação de possíveis explicações para o diagnóstico |
| A. Coleta | A. Coleta |
| B. Interpretação | B. Interpretação |
| C. Agrupamento | C. Agrupamento |
| D. Nomeação | D. Nomeação |
| 2. Entrada no campo de busca de dados e moldagem da direção da coleta de dados | 5. Procura do campo de dados dirigida à hipótese e aos dados |
| A. Coleta | A. Coleta |
| B. Interpretação | B. Interpretação |
| C. Agrupamento | C. Agrupamento |
| D. Nomeação | D. Nomeação |
| 3. Reunião de evidências em agrupamentos ou blocos | 6. Teste das hipóteses diagnósticas para um bom ajuste |
| A. Coleta | A. Coleta |
| B. Interpretação | B. Interpretação |
| C. Agrupamento | C. Agrupamento |
| D. Nomeação | D. Nomeação |
- Diagnóstico ou volta ao Passo 2 ou ao 4

*Adaptado e integrado com permissão de Carnevali D.L.: *Nursing Care Planning: Diagnosis End Management*, ed 3. Philadelphia: Lippincott, 1983; Gordon M.: *Nursing Diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill, 1982.

radoxalmente, da falta de ordem e de estrutura. Usando essa base, o enfermeiro faria perguntas relacionadas ao processo. Por exemplo, ele poderia fazer as seguintes perguntas: "Por que não notei risco para infecção?" ou "Como interpretei as informações de que o sr. Brown estava em sobrecarga de líquido?" "Que evidências deveriam ter sido agrupadas para indicar risco para infecção?"

Usando o modelo integrado, o processo pode ser visto como tendo uma ordem tempo-relacionada e um movimento contínuo, cíclico, de uma atividade para outra. Todas ou algumas das quatro atividades descritas na estrutura de Gordon acontecem em cada um dos passos tempo-relacionados descritos na base de Carnevali. Com o modelo integrado, o enfermeiro faria as seguintes perguntas: "Antes de eu entrar no quarto do sr. Brown (Passo 1, Carnevali), que informações coletei (atividade A, Gordon)?" "Eu me movi pelas quatro atividades para nomear o agrupamento (Gordon)?" "Qual das quatro atividades (Gordon) eu executei quando entrei no quarto (Passo 2, Carnevali)?" "Eu estava apenas interessado em tratar o diagnóstico que já estava nomeado (Gor-

don)?”. Esse modelo está fundamentado na premissa de que é mais efetivo fazer perguntas tanto tempo quanto processo-relacionadas durante o automonitoramento.

MÉTODOS DE AUTOMONITORAMENTO: APLICANDO O MODELO INTEGRADO

O automonitoramento pode ser feito de forma retrospectiva (depois de diagnosticar) e simultânea (enquanto se diagnostica) (Carnevali, 1984). Para avaliar esses comportamentos realisticamente, é importante permitir-se ser melhor que perfeito. Se essa permissão não é concedida, erros diagnósticos e fraquezas podem não ser notados, porque a consciência de cometer erros ameaça a auto-estima. Com ameaças à auto-estima, a ansiedade pode acompanhar o processo de automonitoramento e, desse modo, limitar o seu uso. A auto-estima do enfermeiro como diagnosticista não será afetada negativamente se ele acreditar que há fases da evolução relacionadas à experiência e que as fontes de erro demandam o automonitoramento contínuo. Uma abordagem racional pode ser realizada fazendo lembrar-se a si mesmo dos pontos fortes, das capacidades, das responsabilidades e da complexidade da tarefa.

A “autoconversa” positiva é uma maneira excelente de começar o automonitoramento: “Interpretar o comportamento dos pacientes é um desafio, assim eu prestarei atenção à precisão. Eu não ficarei ansioso sobre erros diagnósticos. Eu posso diagnosticar tão bem quanto outros enfermeiros com a minha experiência”. Tais declarações promovem a aceitação racional da complexidade de diagnosticar e minimizam reações emocionais desgastantes. A autoconversa positiva pode ser implementada habitualmente ou sempre que uma reação negativa ao automonitoramento (p. ex., um sensação de impotência ou de culpar outros por suas fraquezas) surgir.

Depois da autoconversa positiva ajustar o tom, um projeto para o automonitoramento pode ser implementado. Os dois métodos que podem ser usados são escrever e falar. Cada um desses métodos pode ser usado consigo mesmo ou com outros enfermeiros. A vantagem de escrever e falar apenas consigo mesmo é que há uma oportunidade de ser completamente honesto sem reações indesejadas de outros. Isso também faz do automonitoramento uma possibilidade a qualquer momento. Uma desvantagem de escrever e falar apenas consigo mesmo é a perpetuação inadvertida de hábitos não-notados. Uma meta do automonitoramento é trazer hábitos inconscientes a um nível consciente, de modo que eles possam ser aceitos ou rejeitados, mas a natureza inconsciente pode impedi-los de serem notados. Se os resultados de automonitoramento são compartilhados (p. ex., por meio de gravações em fita ou grupos de discussão), outros enfermeiros têm a oportunidade de fazer perguntas que poderiam descobrir esses ele-

mentos inconscientes (p. ex., “Por que você considerou a evidência de ‘lágrimas nos olhos dela’ como altamente relevante?”). Outra vantagem de compartilhar o processo com outros é a oportunidade de ser reconhecido pelo esforço e pelos conhecimentos adquiridos. O reforço positivo do reconhecimento pode servir como recompensa para o esforço pelo automonitoramento. Para resultados ótimos, ambos os tipos de automonitoramento – consigo mesmo e com outros enfermeiros – devem ser usados.

Técnicas de automonitoramento

O automonitoramento pode ser realizado com o emprego de duas técnicas repassando a experiência diagnóstica com pouca ponderação sobre a estrutura; ou usando a estrutura do modelo integrado para deliberadamente examinar os passos e as atividades. Repassar a experiência diagnóstica com pouca ponderação sobre a estrutura (i.e., tendo o modelo integrado apenas como um incitador em vez de um formato específico) pode proporcionar um ambiente no qual podem surgir comportamentos inconscientes.

Com essa primeira técnica, o enfermeiro escreve ou fala livremente enquanto tenta recapturar a experiência de fazer um diagnóstico clínico. As seguintes perguntas conduzem o método: “O que eu estava fazendo?”, “O que eu estava sentindo?”, “O que eu estava pensando?”, “Quais eram minhas intenções?”. Com esse método, o pensamento analítico deve ser interrompido enquanto o enfermeiro “descobre” o que aconteceu durante o diagnóstico. Não devem ser feitos julgamentos prematuros em relação às respostas: “certas” ou “erradas” para tais perguntas. Ser avaliador no princípio pode impedir o fluxo livre de idéias e limitar a oportunidade para descobrir hábitos inconscientes. Depois de o exercício de automonitoramento ser completado as informações podem ser interpretadas usando o modelo integrado. O enfermeiro poderia tirar a seguinte conclusão desse tipo de interpretação: “Eu tive bom senso em relação aos dados que deveria coletar para apoiar o diagnóstico que imaginei antes de ver o paciente, ou seja, alteração no conforto: dor pós-operatória aguda, mas me esqueci desse diagnóstico quando estava agrupando dados relativos a volume de líquidos em um ponto posterior. Aparentemente, priorizei mais a interpretação do equilíbrio líquido do que o nível de conforto”. A interpretação pode levar a perguntas ou preocupações adicionais sobre autocomportamento, por exemplo: “Faço isso habitualmente ou apenas em certas situações?”.

Com a segunda técnica, o enfermeiro usa o modelo deliberadamente para recordar as bases do diagnóstico. As perguntas no apêndice são usadas durante o automonitoramento e não depois.

O automonitoramento que é escrito ou registrado em fita pode ser analisado alguns dias depois da experiência diagnóstica. Em um ponto posterior, as

informações podem ser avaliadas como se tivessem sido geradas por outra pessoa. Na hora da auto-avaliação, é importante estar aberto a qualquer possível interpretação do comportamento diagnóstico para adquirir conhecimentos que são necessários à evolução. Além disso, se a informações do automonitoramento são compartilhadas com colegas ou um orientador, os comentários e perguntas de outros enfermeiros darão oportunidades para uma compreensão posterior.

Compartilhar o trabalho escrito ou gravações em fita com colegas também pode incentivá-los a fazer o próprio automonitoramento. A qualidade dos cuidados de enfermagem em unidades médico-cirúrgicas pode melhorar significativamente se os enfermeiros apoiarem, ajudarem e desafiarem construtivamente um ao outro em relação à eficácia dos diagnósticos.

Quando usar o automonitoramento

O automonitoramento pode ser realizado depois de um diagnóstico ser estabelecido ou durante o processo diagnóstico, ou seja, trabalhando com os pacientes (Carnevali, 1984). Os mesmos procedimentos podem ser usados, mas em vez de serem escritos, eles são pensados e discutidos. Usar o método falando e encoraja um uso mais penetrante e consistente do automonitoramento, tornando provável que ele se torne um aspecto permanente do comportamento profissional. Quando o enfermeiro começa o automonitoramento, a análise retrospectiva pode elevar suficientemente a consciência para que ele possa, mais tarde, empregar a análise simultânea como parte da prática cotidiana.

DESAFIANDO A SI MESMO PARA MELHORAR A PRECISÃO

O propósito do automonitoramento é melhorar a precisão do diagnóstico de enfermagem de forma que as intervenções de enfermagem sejam focalizadas adequadamente. No automonitoramento, os enfermeiros criticam os elementos técnicos, interpessoais e intelectuais dos comportamentos diagnósticos.

Os comportamentos técnicos podem precisar de melhoras quando os déficits no conhecimento ou quando a habilidade de aplicar aquele conhecimento impedem os enfermeiros de coletarem e relatarem dados importantes. Por exemplo, um enfermeiro que tem um conhecimento superficial de avaliação pulmonar pode evitar fazer avaliações pulmonares mesmo se os dados forem necessários para excluir ou apoiar diagnósticos. As habilidades técnicas e os conhecimentos necessários para o diagnóstico incluem a capacidade de executar um exame físico e coletar uma história de saúde.

Os enfermeiros podem melhorar a eficiência dos métodos de exame físico e a sofisticação das interpretações. A habilidade de coletar uma história de

saúde é tão complexa quanto os comportamentos que os enfermeiros diagnosticam (p. ex., autoconceito, espiritualidade, sexualidade, sobrecarga líquida). Se novos conhecimentos de conceitos de enfermagem continuarem a ser gerados, o desafio de integrar tal conhecimento com as rotinas da história de saúde de necessitará de automonitoramento. Por exemplo, o autor constatou que os enfermeiros clínico-cirúrgicos que já eram especialistas em coletar histórias de saúde melhoraram a capacidade para integrar teorias de cronicidade, convicções de saúde, sistemas familiares e orientações de valor com as histórias de saúde, quando foi prestada atenção ao processo diagnóstico. Pesquisas demonstraram que as diferenças na aquisição de dados são características de diferenças na experiência clínica (Tanner; Padrick; Westfall *et al.*, 1987; Benner, 1984).

Os comportamentos interpessoais dos enfermeiros afetam a relação enfermeiro-paciente e, dessa forma, os dados disponíveis nos quais um diagnóstico pode ser embasado. Os pacientes têm o poder de esconder as informações dos enfermeiros, qualquer que seja seu significado para o diagnóstico. Portanto, os comportamentos que facilitam a confiança são uma dimensão importante da precisão diagnóstica. Os pacientes avaliam os comportamentos dos enfermeiros (como a atenção e a empatia) para evidências de que os enfermeiros responderão adequadamente à revelação do *self* (Carnevali, 1983). Eles procuram indicações de que os enfermeiros se preocupam com as experiências dos pacientes, estão interessados neles como indivíduos e têm a capacidade e a intenção de serem úteis. As inferências que os pacientes retiram dessas avaliações afetam a confiança e a validade de dados subjetivos.

Além disso, os enfermeiros estão mais aptos a confirmar interpretações de dados com os pacientes se as relações estiverem fundamentadas na confiança. O método de análise simultânea do automonitoramento dá a oportunidade de confirmar as autopercepções do comportamento interpessoal diretamente com o mesmo paciente e de modificar o comportamento para efeitos mais positivos. Por exemplo, um enfermeiro que decide que não estava escutando bem o bastante os pedidos de ajuda de um paciente poderia focalizar-se deliberadamente na escuta ativa (Bulechek; McCloskey, 1985) e notar se isso faz diferença ao coletar, interpretar ou agrupar dados ou nomear o agrupamento.

Os comportamentos intelectuais do diagnóstico incluem a percepção dos dados e o pensamento sobre o que foi percebido. Os comportamentos intelectuais podem ser os mais difíceis de monitorar e modificar, porque: (1) o exame deliberado do domínio intelectual do julgamento clínico é um comportamento recentemente aprendido em enfermagem; e (2) a natureza do intelecto é intangível e complexa. Além disso, o pensamento diagnóstico acontece tão rapidamente que um diagnóstico pode ser feito e receber tratamento dentro de alguns minutos. Por exemplo, para um paciente em terapia intravenosa (IV), um enfermeiro poderia diagnosticar sobrecarga de líquidos e ajuste do gotejo IV para manter a veia aberta; ele poderia aconselhar o paciente a redu-

zir a ingesta líquida em poucos minutos. Este enfermeiro pode nem mesmo estar ciente de que diagnosticou sobrecarga de líquidos até que as intervenções sejam completadas. Na experiência da autora de ajudar enfermeiros cirúrgicos e clínicos para o automonitoramento, a tarefa de variar o pensamento diagnóstico de um comportamento inconsciente, automático, para um consciente, deliberado, é a mais difícil.

• • •

Usar os passos do processo diagnóstico, como descrito por Carnevali, (1983; 1984) ajuda os enfermeiros a examinarem o processo de pensamento que ocorreu, ou provavelmente teria ocorrido, em momentos específicos, por exemplo, antes de ver o paciente, ou depois de serem ativadas as hipóteses. Isso torna mais fácil recordar as quatro atividades do processo descrito por Gordon (Gordon, 1987). Uma capacidade de automonitorar os comportamentos do pensamento em um nível consciente desenvolve-se lentamente, com esforço contínuo. Os enfermeiros não devem esperar que o uso de um guia para o modelo integrado produza consciência plena do processo de pensamento. Uma maior consciência desenvolver-se-á com o tempo, mas uma compreensão completa dos aspectos intelectuais do diagnóstico pode estar fora de alcance por causa de sua natureza complexa e evasiva (Benner, 1984). A quantidade de aprendizado e automelhora que se obtém com o automonitoramento, entretanto, fazem o esforço valer a pena.

REFERÊNCIAS

1. Carnevali DL: *Nursing Care Planning: Diagnosis and Management*. Philadelphia, Lippincott, 1983.
2. Carnevali DL: Diagnostic reasoning in the nursing domain: Perspective and process, in Carnevali DL, Mitchell PH, Woods NE, et al (eds): *Diagnostic Reasoning in Nursing*. Philadelphia, Lippincott, 1984.
3. Gordon M: *Nursing Diagnosis: Process and Application*, ed 2. New York, McGraw-Hill, 1987.
4. Lunney M: Measurement of the outcome variable: Accuracy of nursing diagnosis. Read before the Measurement of Nursing and Educational Outcomes Conference, New Orleans. June 1985.
5. Aspinall MI: Use of a decision tree to improve diagnostic accuracy. *Nurs Res* 1979; 28:182-185.
6. Gordon M: Predictive strategies in diagnostic tasks. *Nurs Res* 1980;29:39-45.
7. Tanner CA: Instruction on the diagnostic process: An experimental study, in Kim MI, Moritz DA (eds): *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Third and Fourth National Conferences*. New York, McGraw-Hill, 1982.
8. Gianfrani KL: The influence of amounts and relevance of data on identifying health problems, in Kim MI, McFarland CK, McLane AM (eds): *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Fifth National Conference*. St Louis, Mosby, 1984.

9. Tanner CA, Padrick KP, Westfall UE, et al: Diagnostic reasoning strategies of nurses and nursing students. *Nurs Res* 1987;36:358-363.
10. Bennett MI: Research methodology in clinical diagnostic reasoning, in Hannah KJ, Reamer M, Mills WC, et al (eds): *Clinical Judgement and Decision Making: The Future with Nursing Diagnosis*. New York, Wiley, 1987.
11. Miller IF: *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*. Philadelphia, F.A. Davis Co, 1983.
12. Carnevali DL: Strategies for self-monitoring of diagnostic reasoning behaviors: Pathways to professional growth, in Carrievall DL, Mitchell PH, Woods NE et al (eds): *Diagnostic Reasoning in Nursing*. Philadelphia, Lippincott, 1984.
13. American Nurses' Association: *Nursing: A Social Policy Statement*. Kansas City, Mo, ANA, 1980.
14. Bulechek GM, McCloskey IC: *Nursing Interventions: Treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia, W.H. Saunders, 1985.
15. Webster CA: Nomenclature and classification of nursing diagnoses: *Proceedings of the Fifth National Conference*. St Louis, Mosby, 1984.
16. Benner P: *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, Calif, Addison-Wesley, 1984.

Apêndice

Usando o modelo integrado: um guia

1. Dados pré-encontro
 - A. Que dados coletei antes de ver o paciente? Coletei dados suficientes (ou escassos) nesse aspecto?
 - B. Como interpretei os dados antes de ver o paciente (p. ex., relevância dos dados, prioridade dos dados, responsabilidades de enfermagem em relação aos dados, estado de saúde do paciente)? Quais foram meus preconceitos?
 - C. Agrupei duas ou mais evidências antes do contato com o paciente, como tendo significado específico quando ocorrem juntas?
 - D. Estava nomeando hipóteses antes de ver o paciente? Deveria ter coleccionado os dados com as hipóteses?
2. Entrando na busca de dados e modelando a direção da coleta desses dados
 - A. De que maneira ver o paciente afetou a minha avaliação inicial?
 - B. Como interpretei os dados que coletei inicialmente em relação a outros dados, expectativas prévias, prioridades, minhas responsabilidades ou hipóteses específicas? Como o paciente interpretou meu comportamento?

- C. Rearranjei qualquer agrupamento que existisse (em minha mente) antes de ver o paciente?
 - D. Para que hipóteses estava coletando dados? Considerei hipóteses relacionadas à individualidade do paciente? O paciente expressou hipóteses diagnósticas? Os diagnósticos foram iguais àqueles gerados por meio dos dados pré-encontro, ou ver o paciente me fez revisar os diagnósticos que estava considerando?
3. Reunindo as evidências em agrupamentos ou blocos
 - A. Até que ponto o agrupamento de evidências me alertou sobre a necessidade de coleta adicional de dados?
 - B. Atribuí validade e estimativas de confiança aos dados enquanto os reunia em agrupamentos ou blocos?
 - C. Os agrupamentos ou blocos de dados tiveram significados que podem ser validados na literatura?
 - D. Até que ponto outros enfermeiros concordariam com os nomes que eu estava considerando para os agrupamentos ou blocos?
 4. Ativando possíveis explicações diagnósticas
 - A. Que dados coletei para apoiar as hipóteses? Se a resposta é nenhum, encerrei a coleta de dados prematuramente? As limitações em meu conhecimento me impediram de coletar dados diagnósticos seguros?
 - B. Como julguei a relevância dos dados que ativaram hipóteses diagnósticas? Por exemplo, eles eram relevantes o bastante para confirmar o diagnóstico ou apenas preditivos? Meu julgamento foi consistente com o julgamento do paciente?
 - C. Considerando a literatura sobre conceitos diagnósticos, os agrupamentos também apoiaram a ativação de hipóteses diagnósticas? Considerei os aspectos únicos deste paciente quando agrupei os dados para hipóteses?
 - D. Considerei os nomes das hipóteses importantes?
 5. Busca do campo de dados dirigida à hipótese e aos dados
 - A. Minha coleta foi eficiente o bastante para produzir dados altamente relevantes para diagnósticos de alta prioridade, assim como para excluir diagnósticos competitivos? Pude obter a maior quantidade de dados relevantes com o menor custo para o paciente e para mim (o custo é igual ao tempo gasto, ao tempo perdido e ao esforço dispendido)?
 - B. Pude interpretar os dados em relação a muitas hipóteses contraditórias? Minha interpretação foi específica o bastante para me dirigir a diagnósticos precisos? Pude identificar a necessidade de dados adicionais?
- C. Foram usados agrupamentos prévios, ou eles foram rearranjados para produzir novos agrupamentos?
 - D. Que conceitos diagnósticos foram considerados relevantes e válidos para testar a adequação depois de uma busca no campo de dados? Havia conceitos que considerei brevemente durante os passos prévios e que não procurei?
6. Hipóteses diagnósticas para testar o bom ajuste
 - A. Que evidências foram usadas para testar o bom ajuste?
 - B. Minhas interpretações dessas evidências foram derivadas de fontes legítimas de informações: teoria, pesquisa, normas e padrões específicos do paciente?
 - C. Os agrupamentos de evidências foram suficientemente bem-desenvolvidos para testar o bom ajuste?
 - D. O rótulo diagnóstico satisfaz os critérios para um bom ajuste?