

Percepções dos estudantes finalistas em enfermagem sobre a tomada de decisão clínica

Perceptions of senior nursing students regarding clinical decision-making

Percepciones de estudiantes avanzados de enfermería sobre la toma de decisiones clínicas

Maria de Fátima Mendes Marques¹

ORCID: 0000-0001-6581-6711

Carlos Lopes Alves Henriques Pina David¹

ORCID: 0000-0002-0171-3630

Maria Anabela Ferreira dos Santos¹

ORCID: 0000-0002-1675-5227

Sandra Cristina da Silva Neves¹

ORCID: 0000-0002-8865-2761

Maria Jose Fonseca Pinheiro¹

ORCID: 0000-0003-1789-5843

Maria Teresa Sarreira Leal¹

ORCID: 0000-0003-0553-1188

¹Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

Como citar este artigo:

Marques MFM, David CLHP, Santos MAF, Neves SCS, Pinheiro MJF, Leal MTS. Perceptions of senior nursing students regarding clinical decision-making. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20200921. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0921>

Autor Correspondente:

Maria de Fátima Mendes Marques
E-mail: fmarques@esel.pt



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 14-08-2020 **Aprovação:** 19-10-2020

RESUMO

Objetivos: compreender as percepções dos estudantes finalistas de uma escola superior de enfermagem de Lisboa sobre as competências de tomada de decisão clínica adquiridas na formação inicial. **Métodos:** estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo. A colheita de dados foi realizada por meio de um *focus group*, com 8 estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem. Na análise dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo pelo *software webQDA*. **Resultados:** os dados foram analisados segundo as quatro dimensões do modelo de tomada de decisão de Tanner, destacando-se a Percepção e a Interpretação como as mais influentes na tomada de decisão clínica. Emergiram como competências mais representativas: o conhecimento teórico e clínico, a validação do planeamento dos cuidados, a priorização e a capacidade de discussão e argumentação sobre as situações. **Considerações Finais:** os estudantes tomam decisões por meio de um processo complexo usando o conhecimento e as competências adquiridas na formação.

Descritores: Estudantes de Enfermagem; Tomada de Decisão; Enfermagem; Educação em Enfermagem; Grupos Focais.

ABSTRACT

Objectives: to understand the perceptions of senior students in an undergraduate nursing course at a nursing college in Lisbon regarding skills related to clinical decision-making learned during their initial training. **Methods:** qualitative study, of an exploratory and descriptive nature. Data collection occurred by carrying out a focus group with eight senior students in an undergraduate nursing course. Data treatment applied content analysis, performed with *webQDA* software. **Results:** data were analyzed according to the four dimensions of Tanner's model of clinical judgment, and noticing and interpreting stood out as the most influential in clinical decision-making. Theoretical and clinical knowledge, validation of care planning, prioritization, and capacity to discuss and debate about situations emerged as the most representative skills. **Final Considerations:** students make decisions by means of a complex process by using the knowledge and skills learned during their training.

Descriptors: Nursing Students; Decision-Making; Nursing; Nursing Education; Focus Groups.

RESUMEN

Objetivos: comprender las percepciones de estudiantes avanzados de una escuela superior de enfermería de Lisboa sobre las competencias de toma de decisiones clínicas adquiridas en la formación inicial. **Métodos:** estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo. Datos recolectados mediante *focus group* con 8 estudiantes avanzados de la carrera de licenciatura en enfermería. Datos analizados por análisis de contenido, utilizándose *software webQDA*. **Resultados:** los datos fueron analizados según las cuatro dimensiones del modelo de toma de decisiones de Tanner, destacándose la Percepción y la Interpretación como las más influyentes en la toma de decisiones clínicas. Surgieron como competencias más representativas: el conocimiento teórico y clínico, la validación de la planificación de cuidados, la priorización y la capacidad de discusión y argumentación sobre las situaciones. **Consideraciones Finales:** los estudiantes toman decisiones aplicando un proceso complejo, utilizando el conocimiento y las competencias adquiridas durante su formación.

Descritores: Estudiantes de Enfermería; Toma de Decisiones; Enfermería; Educación en Enfermería; Grupos Focales.

INTRODUÇÃO

No âmbito atual de cuidados de saúde cada vez mais complexos e exigentes, espera-se que os enfermeiros demonstrem capacidades de raciocínio clínico, a fim de resolverem problemas clínicos e tomarem as decisões de cuidados mais adequados para se garantirem resultados positivos de saúde⁽¹⁻²⁾. A tomada de decisão surge assim, cada vez mais, como pedra angular dos cuidados de enfermagem de qualidade⁽³⁾. O processo cognitivo e o raciocínio clínico que os enfermeiros usam na tomada de decisão clínica têm suscitado uma inquietação progressiva sobre o ensino dessa competência⁽⁴⁾. Na procura de esclarecer o conceito, a maioria dos autores concorda que a tomada de decisão clínica é um processo que os enfermeiros utilizam para avaliar e selecionar as melhores ações para atingir os resultados desejados em contexto clínico⁽⁵⁻⁶⁾. Designações como julgamento clínico e pensamento crítico são, muitas vezes, usadas como sinônimos de tomada de decisão⁽⁶⁻⁸⁾.

Na fundamentação de como os enfermeiros efetuam o julgamento e a tomada de decisão, surgem a intuição e a análise como duas componentes do processo de tomada de decisão⁽⁹⁾. A decisão intuitiva, particularmente útil na resolução de situações clínicas complexas, é caracterizada por um processo rápido e inconsciente, baseado num conhecimento global, que vê a pessoa ou a situação no seu todo e sintetiza as informações para melhorar os resultados⁽¹⁰⁾. A decisão analítica corresponde a um processo metódico e mais demorado de identificação de opções e possíveis resultados. Essas capacidades permitem atribuir valores aos resultados e estabelecer relações de probabilidade entre as opções e os resultados esperados⁽⁷⁾. No processo de tomada de decisão clínica, os enfermeiros recorrem a ambas na seleção da intervenção mais adequada, em detrimento de outras opções, indo desde o julgamento intuitivo até o julgamento analítico⁽²⁾. Todavia, ao contrário dos enfermeiros peritos que recorrem frequentemente à intuição para tomarem decisões clínicas, os estudantes de enfermagem necessitam de regras para guiar os seus atos, em função de diferentes elementos, pela inexperiência nas situações de cuidados^(7,11). Em situações clínicas complexas ou desconhecidas, genericamente os estudantes respondem com base nos conhecimentos teóricos e aptidões psicomotoras que detêm, em vez de demonstrarem uma tomada de decisão dirigida à natureza complexa e multidimensional da situação^(6,12).

As situações de aprendizagem devem proporcionar aos estudantes a possibilidade de desenvolverem competências de tomada de decisão e torná-los enfermeiros cujo desempenho esteja de acordo com a pessoa, família e comunidade ao seu cuidado e com o contexto em que esta está inserida. Embora nem sempre presente na formação inicial, a aprendizagem da tomada de decisão é uma competência chave a ser desenvolvida e, como tal, os cursos de enfermagem devem incluir programas dirigidos especificamente à aprendizagem da tomada de decisão clínica⁽¹³⁾.

Para fazer face a esse conjunto de circunstâncias, o currículo académico de enfermagem deve, numa primeira fase, contemplar experiências de aprendizagem em sala de aula que se aproximem da prática clínica, pois melhoram a aprendizagem da tomada de decisão clínica⁽¹⁰⁾ sem o estresse que acompanha as situações reais⁽¹⁴⁾. A operacionalização do projeto formativo em enfermagem passa muito pelas metodologias pedagógicas efetivas do processo⁽⁶⁾. Entre os vários métodos educacionais usados para promover a

tomada de decisão em programas de educação de enfermagem, a simulação^(10-11,15), nomeadamente a de alta-fidelidade⁽¹⁵⁾, e a aprendizagem baseada em problemas [*Problem Based Learning* (PBL)]⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ são dos mais amplamente empregados⁽¹⁾.

Em Portugal, o ensino de enfermagem está integrado no sistema educativo nacional, em nível de ensino superior politécnico, corresponde ao Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), organizado por quatro anos, e confere o grau académico de Licenciado (*Bachelor*). Cada escola superior de enfermagem, com a autonomia pedagógica e científica que as caracteriza como instituições do ensino superior, procurou um enquadramento da formação inicial em conformidade com a sua visão da enfermagem, respeitando as diretrizes da União Europeia e da Ordem dos Enfermeiros⁽⁶⁾. Considerando que é a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o seu exercício profissional⁽¹⁸⁾, a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), ao traçar o seu plano para a formação inicial, criou uma unidade curricular nomeada *Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem* (PTDE). Esta é lecionada no segundo ano, segundo semestre, e corresponde a 6 *European Credit Transfer System* (ECTS)⁽¹⁹⁾. A finalidade do PTDE é "*capacitar o estudante para a compreensão do processo de tomada de decisão, dos fatores que o influenciam e das estratégias a utilizar, bem como para a construção do processo de cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida*".

O desenvolvimento curricular dessa Unidade Curricular (UC) engloba aulas teóricas para se lecionarem os temas estruturantes; aulas teórico-práticas para apropriação dos temas com realização de exercícios que conduzam à discussão de teorias e casos mobilizadores da aprendizagem; práticas laboratoriais e trabalho autónomo para treino do processo de julgamento clínico e tomada de decisão, por meio do planeamento de situações de cuidados em contextos diversificados, por meio de PBL. Aqui, os estudantes, em pequenos grupos, são envolvidos na resolução de situações que simulam a prática clínica em contextos diferenciados, com questionamento, orientação e *feedback* do professor.

Por se tratar de uma inclusão recente no plano curricular que precisa ser avaliada e porque as percepções dos estudantes de enfermagem sobre a tomada de decisão clínica (bem como as competências que lhe são inerentes) é uma área pouco estudada em Portugal⁽⁴⁾, emergiu na equipe docente a seguinte questão de investigação: quais são as percepções dos estudantes finalistas de enfermagem da ESEL sobre as competências adquiridas na formação inicial, promovidas pela unidade curricular PTDE?

OBJETIVOS

Compreender as percepções dos estudantes finalistas de enfermagem da ESEL sobre as competências adquiridas na formação inicial promovidas pelo PTDE, com maior impacto na prática clínica e que mais influenciaram em sua tomada de decisão clínica.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta investigação está integrada num estudo multimétodo sobre a análise do perfil de tomada de decisão do estudante do

Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), estando aprovado pela Comissão de Ética da ESEL. A formalização da participação dos estudantes efetuou-se por meio do preenchimento de uma declaração em que expressavam o seu consentimento informado acerca da participação no *focus group*. A confidencialidade foi assegurada, tendo sido garantido o anonimato dos participantes.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo que incidiu numa forma de conhecimento compreensivo destacando a interpretação como característica central na investigação. A flexibilidade que este tipo de estudo implica⁽²⁰⁾ permitiu explorar toda a riqueza da experiência dos participantes sobre o tópico em análise⁽²¹⁾, incluindo a realidade social e os significados por estes atribuídos. Adaptando a abordagem qualitativa ao nosso desenho de investigação, tentou-se compreender quais as percepções que os estudantes finalistas de enfermagem detinham sobre as competências de tomada de decisão clínica adquiridas na formação inicial.

Procedimentos metodológicos

A sessão de *focus group* foi planejada previamente, seguindo as orientações de Krueger e Casey⁽²²⁾, de Silva et al.⁽²³⁾ e Soares, Camelo e Resck⁽²⁴⁾, tendo sido elaborado um guia com as questões a serem colocadas. Foram respeitados os princípios de boas práticas mencionados por Streubert e Carpenter⁽²⁵⁾, realizando-se o *focus group* num local confortável para os participantes, de modo a facilitar a transmissão da informação⁽²⁴⁾. O local selecionado foi uma sala da ESEL, de fácil acesso aos participantes, nomeadamente com estacionamento; a sala tinha bom isolamento acústico – embora não perfeito – e condições que evitavam distrações internas ou externas⁽²⁴⁾. Foi fornecida informação sobre a duração prevista, de modo a prevenir abandonos precoces quando da discussão em grupo⁽²³⁾. Assegurou-se que a realização do *focus group* tivesse a menor interferência possível nos horários de ensino clínico.

Preconiza-se que a discussão presencial sobre um conjunto limitado de tópicos tenha uma duração de 1 a 2 horas^(22,24,26). A sessão teve a duração de 100 minutos e foi integralmente gravada em áudio (2 gravadores em locais distintos) e vídeo. Utilizou-se a gravação em simultâneo de modo a garantir o recolhimento de todas as interações que se estabelecessem⁽²³⁾.

Dois investigadores participaram no recolhimento de dados, um moderando (FMM) e o outro coadjuvando (CD), tendo ambos redigido notas de campo. As questões que suscitaram a discussão foram: (1) *Qual o impacto das competências adquiridas no PTDE para a sua prática clínica?* e (2) *Que competências adquiridas no PTDE influenciaram na sua tomada de decisão clínica?*

Pretendeu-se uma compreensão completa e holística⁽²⁵⁾ do objeto de estudo e assegurou-se a validade e confiabilidade como critérios de qualidade de uma investigação qualitativa⁽²⁷⁾. Para a validade, a análise da concordância entre as proposições iniciais, a evolução da pesquisa e os resultados encontrados, durante a análise dos dados, induziram-nos à procura de fatores que afetavam a aprendizagem da tomada de decisão clínica pelos

estudantes de enfermagem e como a unidade curricular PTDE determinava essa aprendizagem, por meio do enquadramento teórico definido⁽²⁷⁾. De modo a obter a confiabilidade, tentamos que o processo investigativo fosse o mais operacional possível e, ainda, orientar a investigação tornando compreensível a forma e a fundamentação da tomada de decisão clínica dos estudantes de enfermagem⁽²⁷⁾.

Cenário do estudo

Este estudo decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Este estudo está dividido em duas fases: a primeira fase, que decorre nos primeiros dois anos, incide sobretudo em contexto escolar e, a segunda, que decorre nos dois anos seguintes, focaliza-se em contextos de práticas clínicas⁽²⁸⁾. A unidade curricular Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem (PTDE) integra o segundo semestre do 2º ano do CLE, utilizando como estratégia pedagógica o método de aprendizagem baseada em problemas que os estudantes devem procurar resolver e que estão integrados em casos clínicos.

Fonte de dados

Os participantes do estudo foram estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem da ESEL que frequentavam o penúltimo ensino clínico. Tratou-se de uma amostra de conveniência constituída por 8 estudantes que aceitaram participar depois de lhes ser explicada a investigação em curso. Em conformidade com as normas, o número de participantes pode variar entre seis e doze na realização de um *focus group*^(24,29), sendo, no entanto, mais frequente um grupo de seis a oito participantes^(26,29). Os critérios de seleção dos estudantes foram: (1) estarem frequentando o 4º ano e (2) já terem realizado ensinamentos clínicos na comunidade e em serviços de internamento hospitalar. Optou-se por uma amostra com alguma diversidade, mas que mantinha uma característica em comum e pertinente face ao tema em discussão, de modo a assegurar discussões produtivas e relevantes para a investigação, como referenciado por alguns autores⁽²³⁾.

Coleta e organização dos dados

O estudo atendeu ao protocolo recomendado para a investigação qualitativa: *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*⁽³⁰⁾.

O recolhimento de dados foi efetuado por meio de um *focus group*, realizado em novembro de 2018. Essa opção recaiu sobre a importância da interação proporcionada pelas várias opiniões entre os participantes e pela possibilidade de maximizar a compreensão das percepções sobre o tema por meio da reflexão^(22-23,29). O objetivo foi identificar e mapear unanimidades e divergências dos estudantes sobre as competências de tomada de decisão clínica⁽²⁹⁾.

Após a realização do *focus group*, procedeu-se à transcrição literal e integral das gravações, procurando organizar os dados de modo que revelassem, com a máxima objetividade e isenção possível, o que aconteceu no grupo⁽²⁴⁾. A audição pela equipe de

moderadores envolveu um procedimento sistemático para certificar a qualidade das transcrições e a objetividade no tratamento dos dados, de modo a maximizar a utilidade das informações proporcionadas pelos participantes⁽³¹⁾.

A codificação foi efetuada com E (estudante do quarto ano do CLE) e adicionado um número pela ordem como se sentaram, no sentido dos ponteiros do relógio. Adicionou-se ainda a caracterização do gênero pelas letras F (Feminino) e M (Masculino).

Análise dos dados

O conjunto de dados constituído pelas transcrições e pelas notas produzidas quando da moderação do *focus group* foi submetido à análise de conteúdo dividida em três fases: pré-análise; análise dos dados; e tratamento de resultados e interpretação⁽³²⁾. Inicialmente, efetuou-se uma leitura fluente criando os indicadores que sustentavam a interpretação. Posteriormente, realizou-se a codificação com base nas Unidades de Registos (UR). A categorização surgiu como última fase em que os elementos foram classificados com base em características comuns⁽³²⁾.

Quando da definição das categorias, procurou-se atender à representatividade, exaustividade, homogeneidade e relevância relativas ao objeto de estudo. Procedeu-se à análise de conteúdo segundo Bardin⁽³³⁾, por meio do *software* WebQdA®, no qual o texto foi separado em unidades temáticas que exprimiam a ideia subentendida em cada uma. Essa análise permitiu categorizar e contar as frequências, com foco no tipo de UR. O uso de estilística quantitativa, alicerçada na frequência das unidades de registro da análise de conteúdo, traduzindo a frequência geral, serviu-nos de referencial de significação⁽³³⁾.

O estudo das competências de tomada de decisão que os estudantes percebiam com maior impacto na sua prática clínica foi categorizado com base no modelo de tomada de decisão de Tanner⁽⁷⁾. A importância que o modelo tem no nível da formação em enfermagem, esquematizando a capacidade de fazer julgamentos clínicos por meio dos domínios do conhecimento e do processo de tomada de decisão⁽⁵⁾, orientou-nos na seleção. Desse modo, realizou-se a categorização pelas quatro categorias: Percepção, Interpretação, Resposta e Reflexão, segundo o respetivo modelo. Estas correspondem às quatro etapas cognitivas sequenciais que vão da compreensão perceptual da situação (Percepção) ao desenvolvimento da compreensão necessária à situação (Interpretação) e que resultam na decisão do curso de ação adequada ao contexto de cuidados (Resposta), cuja resposta dos clientes às intervenções de enfermagem possibilita efetuar uma resposta mental apropriada à situação e aprender com as ações (realizadas ou não realizadas) (Reflexão).

Os indicadores que emergiram da análise da tipologia de competências de tomada de decisão clínica dos estudantes finalistas de Enfermagem foram em número de dezoito no total, distribuídos pelas quatro categorias já referenciadas, como exposto no Quadro 1.

Ao longo do processo de tratamento e análise dos dados, houve uma constante reformulação e necessidade de recorrer às entrevistas gravadas como meio de respeitar o sentido dos discursos. As transcrições foram sujeitas a uma análise minuciosa, como é específico da análise de dados em investigação

qualitativa. As notas produzidas quando da moderação do *focus group* complementaram a visão dos moderadores no processo de codificação. A informação privilegiada que a equipe de moderadores obteve sobre as expressões faciais, gestos, tom de voz e circunstâncias em que os discursos foram proferidos permitiu uma leitura única e indispensável no processo de descodificação, interpretação e análise de dados⁽³¹⁾.

Quadro 1 - Categorias e indicadores das competências de tomada de decisão clínica dos estudantes finalistas de Enfermagem

Categoria	Indicadores
A - Percepção	A.1 - Conhecimento Teórico
	A.2 - Procura de Informação
	A.3 - Conhecimento do Cliente
	A.4 - Contexto de Cuidados
	A.5 - Conhecimento Clínico
	A.6 - Expectativas como Estudante Enfermagem
B - Interpretação	B.1 - Resolução de Problemas
	B.2 - Questionamento
	B.4 - Raciocínio Clínico
	B.3 - Discussão em Grupo/Argumentação
	B.5 - Elaboração de Diagnósticos
	B.6 - Utilização de Taxonomias
	B.7 - Criatividade
C - Resposta	C.1 - Individualização dos Cuidados
	C.2 - Priorização
	C.3 - Autonomia na Decisão sobre Cuidados
D - Reflexão	D.1 - Autoanálise
	D.2 - Validação do Planeamento de Cuidados

RESULTADOS

Os participantes deste estudo foram 8 estudantes, destes, 87,5% eram do sexo feminino. A idade variou entre 20 e 30 anos, sendo a média de 22,1 anos.

Da análise efetuada, dentre as 172 unidades de registro identificadas, a categoria *Percepção* foi a que obteve maior frequência, com 48 unidades de registro, seguida da *Resposta*, com 44 unidades de registro, e da *Interpretação*, com 42, por fim, com menor expressão numérica, a *Reflexão*, com 38.

Na categoria *Percepção*, os participantes deram particular importância, por ordem decrescente, às competências de Conhecimento Teórico (17 unidades de registro), Conhecimento Clínico (10 unidades de registro), Expectativas como Estudante de Enfermagem (8 unidades de registro), Conhecimento do Cliente (6 unidades de registro), Procura de Informação (4 unidades de registro) e Contexto de Cuidados (3 unidades de registro). Na categoria *Interpretação*, os participantes salientaram a Discussão em Grupo/Argumentação (16 unidades de registro), seguida de Raciocínio Clínico (8 unidades de registro), Elaboração de Diagnósticos (7 unidades de registro), Resolução de Problemas (4 unidades de registro), Criatividade (3 unidades de registro) e com menor expressão, Questionamento e Utilização de Taxonomias, em *ex aequo* (2 unidades de registro). Na categoria *Resposta*, os

participantes destacaram a Priorização (22 unidades de registro), seguida da Individualização dos Cuidados (16 unidades de registro) e, por fim, a Autonomia na Decisão sobre Cuidados (6 unidades de registro). Por último, na categoria *Reflexão*, os estudantes valorizaram particularmente as competências de Validação do Planejamento de Cuidados (26 unidades de registro) e, com menor impacto, as de Autoanálise (12 unidades de registro).

Relativamente à categoria *Percepção*, o Conhecimento Teórico emerge como subcategoria relevante. Construir uma competência de tomada de decisão sugere aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos teóricos pertinentes, recursos decisivos para a resolução de problemas existentes nas situações de cuidados:

Identificar os problemas a partir da pesquisa. (E3-F)

Porque é que tomamos certas decisões com base em pesquisas. (E4-F)

A unidade curricular PTDE parece ter desenvolvido essas competências nos estudantes quando contribuiu para a aprendizagem sobre o que fazem e como o fazem em relação aos cuidados que desenvolvem:

Acho que a pesquisa também é uma das competências mais importantes que eu desenvolvi em PTDE [...] porque a pesquisa, principalmente das bases de dados, permite que nós individualizemos os cuidados, porque conseguimos encontrar vários artigos em relação à patologia. (E5-F)

No contexto de prática clínica, o estudante confronta-se com a realidade dos cuidados numa lógica de um conhecimento situado, e não apenas na aquisição de conhecimento, o que sugere o desenvolvimento do Conhecimento Clínico:

O local de estágio [...] marca-nos de uma maneira que depois vai influenciar a maneira como nós estamos na prática, enquanto alunos de enfermagem e enquanto enfermeiros. (E2-F)

O conhecimento teórico e clínico subsidia as Expectativas deles como Estudantes de Enfermagem que se traduzem nos seus padrões de resposta:

Começamos a pensar em como é que vamos, qual é a nossa forma de cuidar, a nossa, ou seja, mesmo a nossa própria forma de, lá está, de cuidar. (E6-F)

Porque o estudante, só à medida que desenvolve conhecimento, é que desenvolve a confiança, penso eu, e, portanto, isso acaba por ser um bom preâmbulo para depois isso ser necessário no Ensino Clínico. (E8-M)

A Discussão em Grupo/Argumentação surge como subcategoria mais representativa na *Interpretação*. Discutir em grupo e argumentar permite que o estudante de enfermagem desenvolva competências de comunicação e consiga expor, com toda a clareza, as suas ideias diante dos outros e das questões encontradas:

Porque nós podemos pensar que isto é correto e devemos defender que, na nossa opinião, é correto, obviamente, com justificação científica. (E6-F)

A unidade curricular PTDE com a sua metodologia de aprendizagem baseada em problemas, em que há discussão em grupo e argumentação dos pareceres pelos estudantes, aparenta ter contribuído para a aquisição das competências de tomada de decisão:

A discussão nas PBLs, termos de decidir e justificar porque é que tomamos certas decisões com base em pesquisas. (E4-F)

Nós temos necessidade de discutir as nossas tomadas de decisão, quer com a equipa de enfermagem, quer com os outros profissionais e, nesse sentido, esse treino em PTDE é importante. (E8-M)

Durante as aulas da unidade curricular PTDE, parece ter sido possível aos estudantes desenvolverem o seu Raciocínio Clínico como forma de pensar criticamente sobre as questões de cuidados:

O raciocínio clínico, no sentido em que, ao longo das aulas, eramos dados cada vez mais um bocadinho de informação, e é um bocadinho isso que acontece depois em estágio. (E1-F)

Competência que considero que mais desenvolvi em PTDE foi o raciocínio clínico. (E3-F)

E aí somos obrigados a operacionalizar estas competências que adquirimos em PTDE, e, portanto, parece-me que é aí que elas depois ficam consolidadas. (E8-M)

A segunda subcategoria mais considerada situa-se na *Resposta* e denomina-se *Priorização*. Os estudantes parecem aprender a reconhecer e a priorizar as intervenções de enfermagem de acordo com a compreensão da situação clínica:

Priorizar os cuidados não só daquela pessoa, mas entre as várias pessoas que nós tínhamos. (E1-F)

Quando chegamos também depois à prática em que percebemos que é importante estabelecer prioridades em que temos resultados para atingir agora, temos resultados para atingir daqui a 2 semanas e temos resultados para daqui a 1 mês, e perceber o que é que é importante agora e o que será importante depois. (E8-M)

A Individualização dos Cuidados parece estar centrada na decisão sobre a procura de maior benefício para o cliente na obtenção de objetivos de saúde, de acordo com as suas necessidades:

Existem várias intervenções e nós, dessas várias intervenções, conseguimos individualizar, de acordo com a evidência científica, aquela que para o nosso cliente será a mais importante ou será a mais pertinente naquele caso. (E5-F)

A subcategoria Validação do Planejamento de Cuidados, referente à categoria *Reflexão*, destacou-se pela sua frequência, sendo igualmente a competência mais valorizada isoladamente. A reflexão sobre a adequação das intervenções de enfermagem de modo a responder eficazmente ao cliente parece promover o raciocínio clínico:

Se agindo de um determinado modo perante uma determinada situação, se pensar de que modo é que eu poderia ter melhorado essa ação e, numa situação futura, conseguir de algum modo adequar um pouco a minha atuação para uma mais adequada. (E3-F)

Avaliar se a minha ação teve algum impacto é ver a seguir se realmente teve um impacto positivo, se consegui atingir os resultados que inicialmente planeei. (E4-F)

Como eu operacionalizei essas competências foi chegar a casa e refletir: "Como é que eu tomei esta decisão? Por que é que eu a tomei? Eu baseei-me em quê? Isto está certo?"; não é? Usei uma escala, usei o "opinómetro", não é? O que é que, como é que eu adquiri esta informação? E, então, tentar passar daquilo que é mecânico e gradual, não é? Como se fosse uma coisa que não se mexe de forma fluida, depois transformar isto num raciocínio fluido através do treino. (E8-M)

Sobre a Autoanálise, os estudantes sugerem uma autocrítica sobre o seu desempenho, as evidências implícitas na ação e a possibilidade de as integrarem nas ações seguintes:

No sentido em que me consciencializei mesmo que estas competências precisavam de ser desenvolvidas para que a minha prestação de cuidados fosse melhor. (E6-F)

Para ganharem esse carácter mais intuitivo, é preciso primeiro refletir sobre elas. (E8-M)

Resumidamente, diante dos dados obtidos, os estudantes identificaram como competências mais pertinentes para a sua prática clínica, adquiridas na UC PTDE, o conhecimento teórico e clínico desenvolvido, a reflexão que a validação do planeamento dos cuidados lhes possibilita, a aprendizagem da priorização das situações de cuidados e a capacidade de discussão e argumentação sobre as situações.

DISCUSSÃO

O atual contexto de saúde, associado à rápida evolução da profissão de enfermagem, requer que, nos processos de ensino e de aprendizagem, sejam implementadas estratégias pedagógicas promotoras do desenvolvimento do espírito científico e do pensamento crítico reflexivo, da resolução de problemas e da tomada de decisão^(4,34-35). Torna-se assim possível que o estudante desenvolva e mobilize competências que lhe permitam apreender essa realidade que se revela dinâmica e complexa. Tal implica que o estudante raciocine sobre as alterações que ocorrem na situação clínica, sobre as condições do contexto e tome decisões, mantendo como foco central do processo de cuidados o cliente [pessoa ou grupo (família, comunidade)]⁽¹⁸⁾, de modo a proporcionar cuidados seguros e individualizados, que se traduzam em ganhos em saúde^(4,36).

Os resultados deste estudo foram analisados tendo por base as quatro dimensões do modelo de tomada de decisão de Tanner⁽⁷⁾. Os mesmos indicam que, na dimensão *Percepção*, o conhecimento teórico, associado ao conhecimento clínico, assume relevância na compreensão da situação, na identificação e no reconhecimento dos dados nela existentes, orientando a resposta, o que os substancia como sendo fatores que podem interferir no processo de tomada de decisão⁽³⁷⁾. O *background* de conhecimentos do estudante incluiu conhecimentos de natureza técnico-científica, mas também da sua situação biográfica, sendo estes uma referência para a sua compreensão do mundo, subsidiando o seu processo de ensino e de aprendizagem em contexto clínico⁽³⁸⁾. O conhecimento

clínico advém da experiência clínica em contextos em constante mudança, onde emergem problemas de saúde complexos e onde se estabelece uma relação dialógica entre os sujeitos envolvidos nos cuidados, pelo que se considera que os mesmos são indispensáveis para o desenvolvimento do raciocínio clínico, pensamento crítico e tomada de decisão (termos usados de modo intercambiável)⁽³⁶⁾.

As "Expectativas como Estudante de Enfermagem" influenciam igualmente nessa dimensão, pois, como alude Tanner⁽⁷⁾, a "visão" do profissional sobre o que considera "prática de excelência", bem como os seus valores relacionados com uma situação em particular, afeta a sua apreciação e intervenção⁽⁶⁾.

A tomada de decisão requer a mobilização do conhecimento pré-existente ao qual se associa um processo ativo de aquisição de novo conhecimento que se revele pertinente para a situação específica do cliente⁽⁶⁾. Tendo por base esse conhecimento, o estudante gera hipóteses face às múltiplas opções para a resolução do problema e seleciona as ajustadas à situação e ao contexto. Identifica o melhor curso de ação⁽³⁵⁾, contribui para o desenvolvimento de competências de tomada de decisão e para uma prestação de cuidados de qualidade, pois a procura de nova informação/conhecimento fomenta uma prática baseada em evidência, respeitando os padrões de excelência dos cuidados⁽³⁴⁾.

A "Discussão em Grupo/Argumentação" assume-se como determinante na dimensão *Interpretação*, inicia-se com a experiência de trabalho em pequenos grupos, em contexto da metodologia PBL permitindo aos estudantes partilharem conhecimento e opiniões e pensarem, em conjunto, na procura de soluções para a resolução de problemas⁽³⁵⁾. Em contexto da prática clínica, o diálogo colaborativo entre os estudantes, professores e orientadores clínicos revela-se uma poderosa ferramenta que facilita o julgamento clínico, ajudando o estudante a desenvolver autonomia num contexto facilitador da aprendizagem, como asseveram Graan, Williams e Koen⁽³⁹⁾. Constitui-se igualmente em um suporte ao desenvolvimento profissional, uma vez que permite que se estabeleça um círculo de compreensão (círculo hermenêutico) entre a teoria e a prática. Possibilita também a expressão, num fluxo de "vai-vem", que estabelece ciclos de aprendizagem continuada⁽⁴⁰⁾, que fomentam a aquisição de competências e atitudes dirigidas à prática clínica sustentadas na ação refletida e na transferência de conhecimentos da teoria para a prática, promovendo construção do autoconhecimento na ação⁽⁴⁰⁾.

Essa discussão contribui ainda para o desenvolvimento de competências comunicacionais fundamentais para a prestação de cuidados em contextos de saúde que serão mobilizadas quando do estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente⁽³⁹⁾. Isso fomentará uma *Interpretação* efetiva dos dados presentes nas situações clínicas com que os estudantes se deparam, orientando para uma resposta apropriada⁽⁶⁾.

Na dimensão *Resposta*, os estudantes deram particular relevo à "Priorização" que estabelecem, tendo por base o raciocínio clínico⁽³⁶⁾, o qual permite selecionar as intervenções adequadas face à necessidade de cuidados e o melhor momento para intervir de modo a prevenir complicações⁽⁴⁾. A "Individualização dos Cuidados" é conseguida recorrendo-se ao desenho e à implementação de intervenções ajustadas à situação única do cliente⁽⁶⁾ – customização, ou seja, definem e implementam intervenções "na medida" para aquele cliente específico, seguindo-se a monitorização do seu progresso e consequente ajuste da intervenção de acordo com a sua resposta⁽³⁹⁾.

Na dimensão *Reflexão*, a “Validação do Planejamento dos Cuidados” concretiza-se na partilha efetuada pelos estudantes com o tutor/orientador clínico da sua interpretação sobre os clientes, na discussão do planejamento de cuidados e a sua implementação, analisando como é que os clientes respondem às suas intervenções, ajustando-as de acordo com a avaliação efetuada⁽⁶⁾, para isso recorrem à reflexão na e sobre a ação. Na reflexão sobre a ação, avaliam a experiência, identificando os contributos para o conhecimento e as vivências futuras.

Por último, a “Autoanálise” identificada pelos estudantes poderá equiparar-se à reflexão com a ação⁽³⁹⁾, a qual se refere à interação interpessoal no processo de “construção de significados, elaboração de inferências, generalizações, analogias, avaliações, resolução de problemas e discriminação como parte da reflexão”, sendo que a promoção da autorreflexão, sobre si mesmos, as suas ações, os seus sentimentos e as relações interpessoais estabelecidas, revela-se essencial para o desenvolvimento do processo de tomada de decisão quando da formação do estudante⁽³⁶⁾. Essa atitude reflexiva é incrementada quando os facilitadores da aprendizagem fornecem *feedback* de modo a fomentar o processo de conhecimento⁽³⁸⁾; não obstante, ela pode ser dificultada pela experiência limitada dos estudantes inerente ao percurso académico e pelo fato de estarem sendo avaliados⁽⁴⁰⁾.

Em suma, os resultados deste estudo sustentam que o conhecimento teórico, complementado pelo conhecimento clínico, contribui para uma tomada de decisão sustentada, personalizada e responsável, pautada por uma atitude reflexiva na e sobre a ação, assente no diálogo facilitador do crescimento pessoal e profissional, aspectos que foram salientados por Graan e Williams⁽⁴¹⁾ e Mahmoud e Mohamed⁽³⁴⁾. Sugerem, pois, que os estudantes são capazes de fazer julgamentos clínicos por meio de um processo complexo usando os domínios do conhecimento e do processo de tomada de decisão⁽⁶⁾.

Limitações do estudo

A opção por uma amostra de conveniência e a realização de apenas um *focus group* são algumas limitações a que este trabalho não é alheio. Também a ausência de observação participante sobre a forma como os estudantes tomavam as decisões na prática clínica e de entrevistas em que explicassem, em profundidade, a sua experiência sobre a tomada de decisão clínica se insere nas limitações que esta investigação apresenta. Os desafios para estudos futuros assentam-se na comparação com estudos idênticos abrangendo estudantes de terceiro ano do CLE da ESEL e com estudantes finalistas de outras Escolas Superiores de Enfermagem em Portugal, com realidades curriculares e formativas distintas.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Este estudo sobre a tomada de decisão dos estudantes finalistas em enfermagem possibilita um maior conhecimento

sobre capacidades e competências de tomada de decisão clínica dos estudantes de enfermagem e a sua aplicabilidade em contextos formativos, quer sejam de prática simulada quer em contexto real. Nesse sentido, torna-se possível aos formadores de enfermagem uma análise sobre organização, seleção de conteúdos curriculares e práticas pedagógicas necessárias para facilitar a aprendizagem do processo de tomada de decisão. Considerando que a promoção de competências de tomada de decisão melhora as competências globais dos estudantes, isso irá contribuir para cuidados de enfermagem de excelência a clientes, família e comunidade. Conjuntamente, os resultados e limitações desta investigação revelam um vasto campo de hipóteses investigativas sobre a tomada de decisão dos estudantes de enfermagem, temática pouco investigada na realidade portuguesa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tomada de decisão é uma competência fundamental ao desempenho clínico dos enfermeiros, razão pela qual deve ser desenvolvida desde a formação inicial em enfermagem. A unidade curricular PTDE, incidindo sobre as teorias de tomada de decisão e recorrendo a estratégias de aprendizagem baseadas em problemas, promoveu o desenvolvimento de competências promotoras do processo de tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem. Os estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem parecem ter trasladado conhecimentos ou competências adquiridas em PTDE para os contextos clínicos. O processo de problematização da aprendizagem e a reflexão sobre as situações de cuidados permitiram aos estudantes demonstrarem uma tomada de decisão refletida, reconstruída, consciencializada, facilitadora do crescimento pessoal e profissional. Segundo as suas percepções, o conhecimento teórico e clínico desenvolvido, a validação do planeamento dos cuidados, a priorização e a capacidade de discussão e argumentação sobre as situações emergiram como as competências mais significativas.

Para efetivar uma aprendizagem ativa da tomada de decisão pelos estudantes de enfermagem, torna-se necessária uma formação em que estes se envolvam ativamente com problemas significativos, desenvolvendo modelos mentais e hábitos de aprendizagem por meio da prática e da reflexão, recorrendo a várias estratégias pedagógicas que promovam o estudante como elemento ativo e responsável pela sua aprendizagem.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE).

AGRADECIMENTO

Agradecemos a colaboração dos estudantes, sem a qual este estudo não seria realizável, e dos professores orientadores de ensino clínico que facilitaram as condições para a sua presença.

REFERÊNCIAS

1. Merisier S, Larue C, Boyer L. How does questioning influence nursing students' clinical reasoning in problem-based learning? a scoping review. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 30];65:108–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691718301308>
2. Standing M. *Clinical judgement and decision-making in nursing*. 3rd ed. London: Learning Matters; 2017.
3. Baxter PE, Boblin S. Decision making by baccalaureate nursing students in the clinical setting. *J Nurs Educ*. 2008;47(8):345–50. doi: 10.3928/01484834-20080801-02
4. Marques FM. Decision making from the perspective of nursing students. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1102–8. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0311
5. Horowitz LS, McCulloch AR, (Eds.). *Clinical decision making*. In: *Nursing: a concept-based approach to learning*, Vol 2. 3rd ed. Boston: Pearson Education, Inc.; 2019. p. 2479–542.
6. Marques FM, David C, Ferreira dos Santos A, Neves S, Pinheiro MJ, Leal MT. Competências de tomada de decisão clínica em Enfermagem: percepções dos estudantes finalistas. In: *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 20]. p. 975–84. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2171>
7. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204–11. doi: 10.3928/01484834-20060601-04
8. Gladstone N. Comparative theories in clinical decision making and their application to practice: a reflective case study. *Br J Anaesth Recover Nurs*. 2012;13(3–4):65–71. doi: 10.1017/S1742645612000435
9. Orlandi LB, Pierce P. Analysis or intuition? reframing the decision-making styles debate in technological settings. *Manag Decis*. 2020;58(1):129–45. doi: 10.1108/MD-10-2017-1030
10. Ramadan AH, El-Demerdash SM. The relationship between professional values and clinical decision making among nursing student. *J Nurs Heal Sci* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 20];6(6):19–26. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Relationship-between-Professional-Values-and-Ramadan-El-demerdash/7f4163df51a76082e78801446382679e5837427f>
11. Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: an integrative literature review. *J Clin Nurs*. 2018;27(5–6):917–28. doi: 10.1111/jocn.14151
12. Backes DS, Zamberlan C, Siqueira HCH, Backes MTS, Sousa FGM, Lomba MLLF. Educação de qualidade na enfermagem: fenômeno complexo e multidimensional. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3). doi: 10.1590/0104-070720180004580016
13. Johansen ML, O'Brien JL. Decision making in nursing practice: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2016;51(1):40–8. doi: 10.1111/nuf.12119
14. Suarez-Garcia J-M, Maestro-Gonzalez A, Zuazua-Rico D, Sánchez-Zaballos M, Mosteiro-Diaz M-P. Stressors for Spanish nursing students in clinical practice. *Nurse Educ Today*. 2018;64:16–20. doi: 10.1016/j.nedt.2018.02.001
15. Dowding D, Gurbutt R, Murphy M, Lascelles M, Pearman A, Summers B. Conceptualising decision making in nursing education. *J Res Nurs* [Internet]. 2012 Jul [cited 2020 Jul 30];17(4):348–60. Available from: <http://jrn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1744987112449963>
16. Al-Kloub MI, Salameh TN, Froelicher ES. Nursing students evaluation of problem based learning and the impact of culture on the learning process and outcomes: a pilot project. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 12];14(2):142–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595313001327>
17. Sharma R. Effect of problem based learning on nursing students' clinical decision making and learning satisfaction. *Int J Sci Res* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 12];4(7):163. Available from: https://www.ijsr.net/get_abstract.php?paper_id=SUB156308
18. Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Regulamento n.º 190/2015 [Internet]. *Diário da República*. 2015;2.a série(N.º 79) [cited 2020 Jul 12];10087–99. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/67058782>
19. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Despacho no 6687/2017. *Diário da República* [Internet]. 2017;2.a série(no 149) [cited 2020 Jul 12];16145–7. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/107795916>
20. Silva A, Castro-Silva CR, Moura L. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. *Saúde Soc*. 2018;27(2):632–45. Available from: 10.1590/s0104-12902018172700
21. Austin Z, Sutton J. *Qualitative research: getting started*. *Can J Hosp Pharm* [Internet]. 2014 Dec 22 [cited 2020 Jul 24];67(6). Available from: <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/1406>
22. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 5ed ed. New Delhi: Sage Publications, Inc; 2015.
23. Silva IS, Veloso AL, Keating JB. Focus group: considerações teóricas e metodológicas. *Rev Lusófona Educ* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 24];26:175–90. Available from: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
24. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR. A técnica do grupo focal na coleta de dados qualitativos: relato de experiência. *Rev Min Enferm*. 2016;20:1–5. doi: 10.5935/1415-2762.20160012
25. Streubert H, Carpenter DR. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 5th ed. Loures: Lusodidacta; 2013.

26. Ryan KE, Gandha T, Culbertson MJ, Carlson C. Focus group evidence: implications for design and analysis. *Am J Eval.* 2014;35(3):328–45. doi: 10.1177/1098214013508300
 27. Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos.* Porto Alegre: Bookman; 2015.
 28. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Proposta de atualização do plano de estudos do CLE da ESEL. 2012.
 29. Minayo MC de S, Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Rev Lusófona Educ*[Internet]. 2018[cited 2020 Jul 20];139–53. Available from: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>
 30. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 20];89(9):1245–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24979285>
 31. Galego C, Gomes AA. Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Rev Lusófona Educ* [Internet]. 2005 [cited 2020 Jul 24];5:173–84. Available from: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012>
 32. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NP da C, Lunardi VL. Modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(3):422–9. doi: 10.5935/0034-7167.20140056
 33. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2013.
 34. Mahmoud AS, Mohamed HA. Critical Thinking Disposition among Nurses Working in Puplic Hospitals at Port-Said Governorate. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 12];4(2):128–34. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352013216300564>
 35. Thabet M, Taha EE-S, Abood SA, Morsy SR. The effect of problem-based learning on nursing students' decision making skills and styles. *J Nurs Educ Pract.* 2017;7(6):108. doi: 10.5430/jnep.v7n6p108
 36. Menezes SSC, Corrêa CG, Silva RCG, Cruz DAML. Clinical reasoning in undergraduate nursing education: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):1032–9. doi: 10.1590/S0080-623420150000600021
 37. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCR. Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):662–8. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0509
 38. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Ito TN. Teaching and learning in the clinical field: perspective of teachers, nurses and nursing students. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(4):505–11. doi: 10.1590/0034-7167.2014670402
 39. van Graan AC, Williams MJS, Koen MP. Professional nurses' understanding of clinical judgement: a contextual inquiry. *Heal SA Gesondheid.* 2016;21:280–93. doi: 10.4102/hsag.v21i0.967
 40. Cunha C, Macedo A, Vieira I. Nursing students' perceptions of training processes in clinical supervision contexts. *Rev Enferm Ref.* 2017;IV Série(12):65–74. doi: 10.12707/RIV16072
 41. van Graan AC, Williams MJS. A conceptual framework to facilitate clinical judgement in nursing: a methodological perspective. *Health SA Gesondheid.* 2017;22:275–90. doi: 10.1016/j.hsag.2017.01.004
-