

Boas práticas para o sistema e ambientes de trabalho saudáveis

JUNHO 2023

Ensino Prático em Enfermagem



Declaração de exoneração de responsabilidade

Estes guias orientadores não são vinculativos para os enfermeiros ou para as organizações que os empregam. A utilização dos guias orientadores deve ser flexível com base nas necessidades individuais e nas circunstâncias locais. Não constituem uma responsabilidade nem exoneração de responsabilidade. Embora todos os esforços tenham sido feitos para garantir a exatidão dos conteúdos no momento da publicação, nem os autores nem a Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) dão qualquer garantia quanto à exatidão das informações neles contidas, nem aceitam qualquer responsabilidade, no que diz respeito a perdas, danos, lesões ou despesas decorrentes de tais erros ou omissões no conteúdo deste trabalho.

Direitos de autor

Com exceção das partes deste documento para as quais aparece uma proibição ou limitação específica de cópia, o saldo deste documento pode ser produzido, reproduzido e publicado na íntegra, sem modificação, sob qualquer forma, inclusive em formato eletrónico, para fins educacionais ou não comerciais. Se, por qualquer motivo, for necessária qualquer adaptação do material, deve ser obtida autorização por escrito da RNAO. O crédito ou citação apropriados devem aparecer em todos os materiais copiados da seguinte forma:

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016). *Practice Education in Nursing*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Este trabalho é financiado pelo Ministério da Saúde e Cuidados de Longa Duração de Ontário. Todo o trabalho produzido pela RNAO é editorialmente independente da sua fonte de financiamento.

Informação de Contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Website: www.RNAO.ca/bpg



Ensino Prático em Enfermagem

Saudações de Doris Grinspun,

Diretor Executivo da Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário



A Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário (RNAO) tem o prazer de apresentar a diretriz de melhores práticas do sistema e do ambiente de trabalho saudável, Educação Prática em Enfermagem. A prática baseada em evidências apoia a excelência no serviço e na educação que o corpo docente e os profissionais de saúde estão comprometidos em apoiar todos os dias. A RNAO tem o prazer de fornecer este recurso chave para melhorar a educação prática para estudantes de enfermagem.

Oferecemos nossos sinceros agradecimentos às muitas partes interessadas que estão tornando nossa visão de diretrizes de melhores práticas uma realidade, começando com o Governo de Ontário por reconhecer a capacidade da RNAO de liderar o programa e por fornecer financiamento plurianual. Por sua inestimável experiência e liderança, gostaria de agradecer ao Dr. Irmajeon Bajnok, Diretor das Diretrizes de Assuntos Internacionais e Melhores Práticas da RNAO Dra. Michelle Rey, Diretora Associada de Evidência e Desenvolvimento de Diretrizes, e Heather McConnell, Diretora Associada de Implementação de Diretrizes e Transferência de Conhecimento, que juntamente com Laura Legere, Associada de Pesquisa em Enfermagem, coliderou esta Diretriz. Também quero agradecer às copresidentes do painel de peritos, Charlotte Noesgaard, Professora Associada da McMaster University, e Kirsten Krull, Vice-Presidente de Qualidade e Desempenho e Diretora Executiva de Enfermagem da Hamilton Health Sciences, por sua requintada experiência e administração desta Diretriz. Obrigado também à equipe da RNAO, Oliwia Klej, Coordenadora do Projeto, e ao resto da equipe do programa de diretrizes de melhores práticas da RNAO pelo seu intenso trabalho na produção desta nova Diretriz. Um agradecimento especial aos membros do painel de peritos por generosamente fornecerem tempo e experiência para fornecer um recurso rigoroso e robusto para professores, estudantes e funcionários. Nós não poderíamos ter feito isso sem você!

A adoção bem-sucedida dos guias orientadores sobre as melhores práticas exige um esforço concertado por parte de educadores, clínicos, empregadores, decisores políticos e investigadores. A comunidade de enfermagem e cuidados de saúde, com o seu compromisso e paixão pela excelência, tem proporcionado a experiência e incontáveis horas de trabalho voluntário essenciais para o desenvolvimento e revisão de cada guia orientador de boas práticas. Líderes, funcionários e professores da academia e do serviço responderam entusiasticamente nomeando campeões de melhores práticas, implementando orientações e avaliando o seu impacto sobre estudantes, pessoas e organizações. Os governos nacionais e externos juntaram-se a esta viagem. Juntos, estamos construindo uma cultura de prática e educação baseadas em evidências.

Convidamos você a compartilhar esta Diretriz com os seus colegas na prática e na academia de outras profissões - e com estudantes, pessoas e famílias - porque temos muito a aprender uns com os outros. Juntos, temos de assegurar que os estudantes recebem a melhor educação possível e que os membros do público recebem os melhores cuidados possíveis sempre que entram em contacto conosco.

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (Hon), O. ONT.
Diretor Executivo
Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário

Saudações de Carlos Sequeira,

Coordenador da Unidade de Investigação, Escola Superior de Enfermagem do Porto



A Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) e o Grupo de Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NURSID) do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) tem a honra de apresentar os guias orientadores de boas práticas (GOBP) produzidas pela Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) em Português (de Portugal). Espera-se que estes GOBP possam ser utilizados nos contextos de língua oficial Portuguesa, essencialmente em Portugal, pois foram traduzidos para este contexto, seja, no ensino, na gestão ou prática clínica.

A Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende com esta iniciativa realçar a importância do conhecimento, para uma prática de enfermagem mais efetiva. É fundamental acrescentarmos mais evidência ao conhecimento e por conseguinte às práticas de enfermagem. Destaca-se desta forma o valor da investigação disciplinar e interdisciplinar para a promoção da qualidade e segurança das práticas clínicas. Estes são desígnios muito importantes numa profissão determinante na área da saúde como a enfermagem, onde os conhecimentos internos e externos à profissão são fundamentais para garantir práticas atualizadas e eficientes face às necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem. Todo o conhecimento que nos possa ajudar a cuidar melhor deve ser disponibilizado às pessoas. Esse é um contributo fundamental para a melhoria dos indicadores globais de saúde.

Queremos, ainda, neste espaço, destacar o ajuda e a disponibilidade da RNAO para autorizar, colaborando em todo o processo de tradução. Estou certo de que esse apoio se manterá na implementação, pois partilhamos o mesmo objetivo - contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem com a formação e apoio sobre os guias orientadores de boas práticas.

Incentivamos todos os enfermeiros a se envolverem no processo de implementação, com a consciência que isso irá beneficiar os utilizadores dos nossos cuidados.

Resta-nos agradecer a todos e a todos, em particular à RNAO, por todo o contributo no desenvolvimento de guias orientadores de boas práticas centrados na melhor evidência, facilitadores da translação do conhecimento e da implementação da prática baseada na evidência.

Bem-hajam e obrigado.

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Prof. Coordenador Principal na Escola Superior de Enfermagem do Porto Agregado e doutorado em Enfermagem na Universidade do Porto, Coordenador da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) e do Grupo de Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NURSID) Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS).

FINANCIAMENTO



Índice

Como Usar este Documento	6	ENQUADRAMENTO
Objetivo e Âmbito	7	
Resumo das Recomendações	9	
Interpretação das Evidências	12	
Painel de Peritos da RNAO	13	
Equipa de Desenvolvimento do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO	15	
Agradecimento aos <i>Stakeholders</i> (partes interessadas)	16	
Agradecimento à equipa responsável pela tradução do Guia Orientador de Boas Práticas	20	
Enquadramento	21	RECOMENDAÇÕES
Recomendações para as Instituições de Ensino	24	
Recomendações para as Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde	39	
Recomendações para a Política em Saúde e ao Nível do Sistema	44	
Lacunas na Investigação e Implicações Futuras	47	
Estratégias de Implementação	48	
Descrição do Conjunto de Ferramentas	50	
Avaliação e Monitorização deste Guia	51	REFERÊNCIAS
Processo de Atualização e Revisão do Guia Orientador de Boas Práticas	53	
Referências	54	

APÊNDICES

Apêndice A: Glossário de Termos 64

Apêndice B: Processo de Desenvolvimento do Guia Orientador. 68

Apêndice C: Processo para Revisão da Literatura e Estratégia de Pesquisa 69

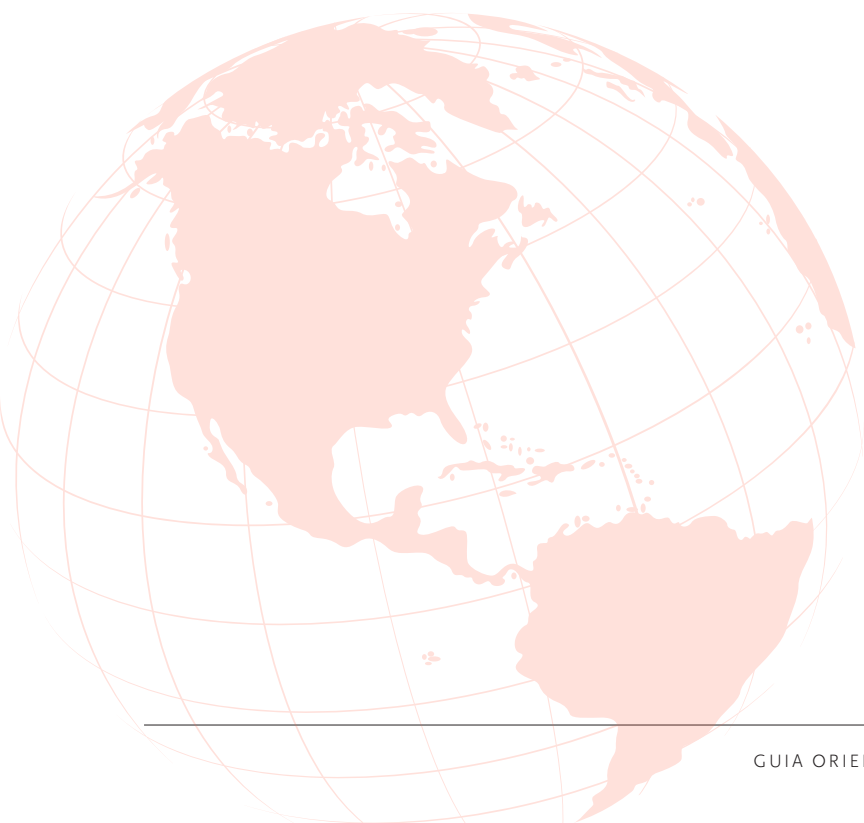
Apêndice D: Habilidade e Características do Precetor 73

Apêndice E: Estratégias para Fornecer Feedback Clínico 74

Apêndice F: Teoria de Simulação de Jeffries da NLN e Etapas para a Construção de uma Simulação 75

NOTAS

Notas 77



Como usar este documento

Este **Guia Orientador de Boas Práticas^{G*}** (GOBP) é um documento abrangente que fornece recursos para a prática e educação de enfermagem baseada em evidências. Não se destina a ser um manual ou um guia de instruções, mas uma ferramenta para orientar as melhores práticas e melhorar a tomada de decisão para **enfermeiros^G** que estão a educar, no seu papel de preceptor ou **orientador^G** estudantes de licenciatura em **enfermagem^G** numa instituição de ensino ou num ambiente de prática clínica. Este guia orientador deve ser revisto e aplicado de acordo com as necessidades de organizações individuais ou das instituições de prestação de cuidados e das instituições de ensino que apoiam a formação de estudantes de licenciatura em enfermagem. O guia orientador também fornece uma visão geral das estruturas e suportes adequados para oferecer a melhor educação prática possível baseada em evidências.

Enfermeiros, outros prestadores de cuidados de saúde e administradores que lideram e facilitam a educação e as mudanças na prática irão considerar este documento um valioso contributo para o desenvolvimento de políticas, procedimentos, protocolos, cursos clínicos e programas educacionais. Os enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde em cuidados diretos que trabalham e atuam como **preceptores^G** ou mentores para estudantes de enfermagem beneficiarão da revisão das recomendações e das evidências que os apoiam. Recomendamos que as instituições de ensino e as instituições de prestação de cuidados parceiras adotem este guia orientador de forma colaborativa para auxiliar a educação prática em todos os serviços e universidades.

Se a sua instituição de ensino ou organização estiver a adotar este guia orientador, recomendamos que siga estas etapas:

1. Avaliar a educação em enfermagem e prática de cuidados de saúde utilizando as recomendações deste guia orientador,
2. Identificar quais as recomendações que irão dar resposta às necessidades ou lacunas nos serviços, e
3. Desenvolver um plano para implementar as recomendações em colaboração com a instituição de prestação de cuidados ou instituição de ensino parceira.

Recursos de implementação, incluindo o Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2012), (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf), estão disponíveis em www.RNAO.ca. Estamos interessados em saber como implementou este Guia Orientador - entre em contacto connosco para partilhar a sua experiência.

* **Ao longo deste documento, os termos marcados com um G sobrescrito (^G) podem ser encontrados no Glossário de Termos (Apêndice A).**

Objetivo e âmbito

Os Guias Orientadores de Boas Práticas (GOBP) são declarações sistematicamente desenvolvidas destinadas a ajudar os enfermeiros - que trabalham em **parceria com as pessoas**^G e as suas famílias - a tomar decisões sobre cuidados e serviços de saúde (Field & Lohr, 1990). Este GOBP de enfermagem deve ser utilizado por enfermeiros, gestores de enfermagem ou líderes no ambiente de prática, por educadores e instrutores clínicos no ambiente académico e por outros membros da **equipa interprofissional de saúde**^G. O seu objetivo é melhorar a qualidade da educação prática fornecida aos estudantes de licenciatura em enfermagem e melhorar os resultados clínicos através do uso de práticas baseadas em evidências. Este guia orientador aplica-se a todos os domínios da educação em enfermagem e a todos os ambientes onde os estudantes de licenciatura em enfermagem são formados e os enfermeiros são empregados.

O objetivo deste guia orientador é fornecer recomendações baseadas em evidências que promovam e sustentem a aplicação do conhecimento do estudante de licenciatura em enfermagem à prática numa variedade de ambientes de aprendizagem clínica. O guia orientador explora as relações entre estudantes e **educadores de enfermagem**^G, equipa de enfermagem, preceptores e diversos membros da equipa de saúde, e considera a sua influência na qualidade da educação prática, socialização profissional e excelência em enfermagem. As recomendações ajudarão os educadores de enfermagem, preceptores, **enfermeiros da equipa**^G e outros membros da equipa interprofissional de saúde a entender melhor como promover e apoiar estratégias eficazes de ensino e aprendizagem numa variedade de ambientes de prática, bem como eles podem defender a mudança. O contexto do guia orientador está enquadrado no sistema de interação entre instituições de ensino, instituições de prestação de cuidados e decisores políticos, com recomendações específicas para cada instituição. No entanto, as instituições de ensino e as instituições de prestação de cuidados envolvidas na implementação deste guia orientador irão concluir que muitas das recomendações são aplicáveis a ambas as instituições e exigem esforços colaborativos entre ambas.

Quem está envolvido na educação prática?

A educação prática de qualidade depende da interação e colaboração de muitos indivíduos e organizações. Especificamente, há cinco papéis que serão referenciados ao longo deste guia orientador que estão diretamente envolvidos no processo de ensino e aprendizagem da educação prática:

1. O estudante de licenciatura em enfermagem - referido como estudante de enfermagem ao longo deste guia orientador - é um indivíduo matriculado num programa de licenciatura em enfermagem de uma instituição de ensino credenciada que está a adquirir novas competências clínicas num ambiente de prática clínica (Canadian Nurses Association, 2004);
2. O preceptor é o professor, perito ou especialista que oferece experiência prática em enfermagem e treino a um estudante dentro de um ambiente de prática clínica e “que alcançou pelo menos as competências de nível de iniciado exigidas pelo participante” (Canadian Nurses Association, 2004, p. 14);
3. Os membros do corpo docente de enfermagem - referidos como educadores de enfermagem ao longo deste guia orientador - são aqueles contratados por uma instituição de ensino para proporcionar ensino integrativo transferido da sala de aula para um ambiente clínico (Canadian Association of Schools of Nursing [CASN], 2011a, 2011b);
4. O **instrutor de enfermagem clínica**^G é o enfermeiro registado responsável por fornecer orientação e apoio ao desenvolvimento profissional dos estudantes durante uma experiência de prática clínica (Levy et al., 2009). O instrutor de enfermagem clínica pode ser contratado pela instituição de ensino e/ou pelo órgão onde ocorre a experiência;
5. A equipa são enfermeiros registados a trabalhar para uma instituição de prestação de cuidados, que estão frequentemente envolvidos na orientação formal ou informal dos estudantes durante as suas experiências de educação na prática clínica (Drennan, 2002). Os enfermeiros da equipa que fornecem orientação podem variar de líderes seniores e experientes a recém-formados em programas de enfermagem, familiarizados com a experiência do estudante (Canadian Nurses Association, 2004).

Além desses papéis individuais, as contribuições para a educação prática de qualidade ao nível organizacional são feitas por instituições de prestação de cuidados, instituições de ensino e decisores políticos. As instituições de prestação de cuidados incluem qualquer ambiente clínico ou comunitário onde os estudantes têm experiências de aprendizagem da prática clínica, e as instituições de ensino são instituições de ensino superior que oferecem programas de licenciatura em enfermagem (Canadian Nurses Association, 2015). Os decisores políticos incluem aqueles que estão em posições de poder e que influenciam a alocação de recursos e a distribuição de financiamento para programas de educação em enfermagem (National League for Nursing [NLN], 2007).

Âmbito de aplicação do Guia Orientador

Este guia orientador foi desenvolvido para identificar e descrever as melhores práticas na educação prática para o estudante de licenciatura em enfermagem, a fim de garantir que os enfermeiros que se iniciam na prática atendam às competências relacionadas com a prática segura, ética e eficaz (Canadian Nurses Association, 2004). Embora o termo estudante de licenciatura em enfermagem seja usado ao longo das recomendações. No entanto, o âmbito de aplicação do presente guia exclui as seguintes áreas temáticas:

- currículos de educação de práticas específicas dentro de programas educacionais e a forma como isso influencia a preparação para a prática,
- estudantes de mestrado ou de doutoramento em enfermagem,
- **normas de acreditação**^G,
- teoria da sala de aula, e
- recomendações específicas sobre como desenvolver programas para estudantes com necessidades de alojamento académico.

Estes domínios foram excluídos porque dispõem frequentemente do seu próprio enquadramento e princípios orientadores que exigem considerações específicas para além do âmbito do presente guia.

Pesquisa de Literatura e Apêndices

A maior parte da literatura para este guia orientador estende-se por um período de 10 anos, com exceção de algumas obras seminais do passado. Como resultado, há uma variedade de literatura incluída nas discussões de evidências, mas houve uma consistência considerável nos resultados entre pesquisas iniciais e mais atuais, dando força às recomendações. A revisão da literatura revelou alguns dos desafios para a pesquisa em educação em enfermagem, uma vez que muitos estudos apresentaram níveis de evidência mais baixos, amostras pequenas, ocorreram num único local e num momento específico, e não foram replicados. No entanto, com base na consulta do painel, na revisão dos *stakeholders* (partes interessadas) e nos estudos produzidos, as recomendações permanecem atuais e relevantes para a educação prática em enfermagem. No **Apêndice C** encontram-se informações mais pormenorizadas sobre o processo de revisão da literatura relativa a este guia orientador. As lacunas de investigação são também colmatadas após as recomendações da página 45.

Uma lista de referências e outros recursos (incluindo um glossário de termos e uma descrição da forma como o guia orientador foi elaborado) podem também ser encontrados nos apêndices que se seguem às recomendações. Consulte o **Apêndice A** para obter um glossário de termos e consulte o **Apêndice B** para o processo de desenvolvimento de guias orientadores. Os demais apêndices incluem uma tabela de literatura sobre as habilidades e características dos preceptores (**Apêndice D**), estratégias para o feedback clínico (**Apêndice E**), e informações sobre a NLN Jeffries Simulation Theory (2016) e passos para o desenvolvimento da experiência de aprendizagem através de **simulação**^G (**Apêndice F**).

Resumo das recomendações

RECOMENDAÇÕES PARA AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO		NÍVEIS DE EVIDÊNCIA
1.0 Estudantes	<p>Recomendação 1.1:</p> <p>Oferecer oportunidades para que os estudantes partilhem e reflitam propositalmente sobre experiências de educação prática com professores, preceptores e colegas estudantes, usando iniciativas como diário, partilha e tecnologia.</p>	III
	<p>Recomendação 1.2:</p> <p>Certificar-se que os locais que acolhem estudantes promovem a transferibilidade de habilidades e conhecimentos em todo o espectro de cuidados, incluindo, mas não só, ao uso de ambientes de agudos, ambientes comunitários e a aprendizagem na prática.</p>	III
2.0 Preceptores	<p>Recomendação 2.1:</p> <p>Dotar os preceptores de enfermagem de um programa estruturado e participativo de desenvolvimento e educação profissional, implementado em colaboração com a instituição de prestação de cuidados, que inclua:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ informações sobre estratégias e teorias de ensino; ■ informações sobre como abordar as metas clínicas, objetivos, âmbito da prática e prática insegura dos estudantes; ■ orientação específica sobre a implementação de uma abordagem padronizada para a modelagem de papéis como estratégia de ensino clínico; ■ a importância de uma reunião de orientação com o estudante para o estabelecimento de relações de confiança, contínuas e expectativas mútuas para a experiência. 	IV
	<p>Recomendação 2.2:</p> <p>Facilitar a colaboração – em parceria com instituições de prestação de cuidados – entre preceptores, estudantes e docentes de enfermagem através de estratégias de comunicação frequentes e claramente estabelecidas, adaptadas ao contexto da prática educativa.</p>	IV

RECOMENDAÇÕES PARA AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO		NÍVEL DE EVIDÊNCIA
3.0 Corpo Docente	<p>Recomendação 3.1:</p> <p>Preparar educadores de enfermagem envolvidos na educação prática com os conhecimentos e habilidades que contribuem para um ambiente de aprendizagem positivo e de alta qualidade, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ pedagogia para facilitar a aprendizagem da educação prática; e ainda ■ estratégias de avaliação e evolução dos resultados da aprendizagem. 	IV
	<p>Recomendação 3.2:</p> <p>Assegurar que os instrutores de enfermagem clínica possuem conhecimentos teóricos atuais e experiência clínica e apoiar oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo para promover a transferência da teoria para a prática.</p>	IV
4.0 Currículo	<p>Recomendação 4.1:</p> <p>Incorporar experiências de aprendizagem simuladas de alta qualidade no currículo para complementar a prática educativa, tendo em conta o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a simulação não substitui a educação prática; ■ as experiências de simulação exigem corpo docente proficiente no ensino de simulação; ■ as oportunidades de questionamento estruturado após a aprendizagem por simulação fortalecem a experiência; ■ as experiências de simulação de qualidade exigem tempo adequado, pré-planeamento e atenção ao tamanho do grupo. 	Ib-V
	<p>Recomendação 4.2:</p> <p>Integrar estratégias inovadoras no currículo que promovam o pensamento crítico nos estudantes de enfermagem para prepará-los para a transição para a prática, incluindo discussões em sala de aula sobre questões clínicas chave ou estudos de caso, escrita reflexiva e o uso de ambientes virtuais de cuidados de saúde.</p>	III

RECOMENDAÇÕES PARA AS INSTITUIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		NÍVEL DE EVIDÊNCIA
5.0 Instituições de prestação de cuidados	<p>Recomendação 5.1:</p> <p>Envolver-se na colaboração contínua com as instituições de ensino para desenvolver estratégias que promovam um ambiente de aprendizagem favorável para os estudantes de enfermagem e incentivem a comunicação entre funcionários da instituição de prestação de cuidados, enfermeiros e membros do corpo docente de enfermagem.</p>	IV
	<p>Recomendação 5.2:</p> <p>Criar parcerias mutuamente benéficas com programas académicos de enfermagem que promovam a educação de práticas de qualidade e apoiem estratégias para abordar lacunas nos serviços, incluindo a oferta de funções de instrutor clínico para a equipa de enfermagem e o aumento do recrutamento de novos licenciados.</p>	Ia
	<p>Recomendação 5.3:</p> <p>Proporcionar experiências de aprendizagem interprofissional para estudantes de enfermagem que promovam a colaboração e o estabelecimento de objetivos mútuos com outras disciplinas de saúde no processo de assistência ou entrega de programa.</p>	Ia

RECOMENDAÇÕES PARA A POLÍTICA EM SAÚDE E AO NÍVEL DO SISTEMA		NÍVEL DE EVIDÊNCIA
6.0 Política em Saúde e ao Nível do Sistema	<p>Recomendação 6.1:</p> <p>Defender políticas que permitam financiamento suficiente e acesso a corpo docente qualificado, estágios clínicos adequados e relacionamentos colaborativos com parceiros de serviços para apoiar a educação prática de qualidade para estudantes de enfermagem.</p>	V
	<p>Recomendação 6.2:</p> <p>Priorizar programas de pesquisa que sejam projetados e financiados para promover a compreensão das estratégias que melhorem a educação prática de qualidade em enfermagem e impactam a ciência da educação em enfermagem.</p>	V

Interpretação das evidências

Os *níveis de evidência* são atribuídos aos desenhos do estudo para classificar quão bem esse desenho é capaz de eliminar explicações alternativas dos fenómenos em estudo. Quanto maior o nível de evidência, maior a probabilidade de as relações apresentadas entre as variáveis serem verdadeiras. Os níveis de evidência não refletem o mérito ou a qualidade dos estudos individuais.

Tabela 1. Níveis de evidência

NÍVEL	FONTE DE EVIDÊNCIA
Ia	Evidências obtidas a partir de meta-análise^G ou revisões sistemáticas^G de ensaaios clínicos randomizados e controlados^G , e/ou síntese de múltiplos estudos principalmente de pesquisa quantitativa.
Ib	Evidência obtida de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado e controlado.
IIa	Evidência obtida de, pelo menos, um estudo controlado bem desenhado^G sem randomização.
IIb	Evidências obtidas de, pelo menos, um outro tipo de estudo quase-experimental bem desenhado^G , sem randomização.
III	Síntese de múltiplos estudos principalmente de pesquisa qualitativa^G .
IV	Evidências obtidas de estudos observacionais não experimentais bem delineados, como estudos analíticos^G ou estudos descritivos^G , e/ou estudos qualitativos.
V	Evidências obtidas a partir de pareceres de peritos ou relatórios de comités e/ou experiências clínicas de autoridades respeitadas.

Fontes: Adaptado da Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) e D. Pati (2011).

Painel de peritos da RNAO

Charlotte Noesgaard, RN, BN, MScN

Copresidente do Painel

Professora Associada
Escola de Enfermagem
Faculdade de Ciências da Saúde
McMaster University
Hamilton, Ontário

Kirsten Kru11, RN, BAAN, MHsc, CHE

Copresidente do Painel

Vice-Presidente de Qualidade e Desempenho
Chefe Executivo de Enfermagem
Hamilton Health Sciences
Hamilton, Ontário

Judy Britnell, RN, BScN, MS, MEd

Professor Emérito
Daphne Cockwell Escola de Enfermagem
Ryerson University
Toronto, Ontário

Vincent Chapland Lee, BSc, BScN, RN

Ex-Representante Estudantil
Presidente, Estudantes de Enfermagem de Ontário
Toronto, Ontário

Marianne Cochrane, RN, BAS,

Professora MHSc(N) e Coordenadora Yr4, Programa
Colaborativo de BScN
Durham College/Instituto de Tecnologia da
Universidade de Ontário
Oshawa, Ontário

Krista Kamstra-Cooper, RN, BScN, MN, CRN(C)

Faculdade de Enfermagem
Centennial College
Toronto, Ontário

Alison MacDonald, RN, MN, CPHIMS-CA

Consultor Sénior
Healthtech Consultants
Toronto, Ontário

Louela Manankil-Rankin, RN, BScN, MA, Mestrado, PhD

Professor Auxiliar
Faculdade de Estudos Aplicados e Profissionais
Escola de Enfermagem
Programa Académico Practitioner
Nipissing University
Toronto, Ontário

Jane Miliken, RN, BSc(to), MA, PhD

Professor Emérito
Escola de Enfermagem
Universidade de Victoria
Victoria, Colúmbia Britânica

Painel de Peritos da RNAO ...cont.

Brenda Mundy, RPN, RN, BScN

Manager, Prática Profissional, BPSO Lead
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontário

Dawna-Maria Perry, RN, HBScN, CON(C), CMSN(C)

Diretora da Prática de Enfermagem
Thunder Bay Regional Health Science Centre
Thunder Bay, Ontário

Sara Saleh, RN, BScN, MScN

Antigo Representante Estudantil,
Enfermeira Registada na Universidade de York
Centro de Toxicodependências e Saúde Mental de
Toronto, Ontário

Kileen Tucker Scott, RN, PhD

Professor Associado
Daphne Cockwell Escola de Enfermagem
Ryerson University
Toronto, Ontário

Este Guia Orientador é dedicado à **Pat Griffin RN, PhD**, que exerceu o cargo de Diretora Executiva da Canadian Association of Schools of Nursing de 2005 a 2007. A Dra. Griffin apoiou entusiasticamente este trabalho e aceitou o convite para presidir ao painel de peritos dos guias orientadores pouco antes do seu falecimento. Estamos gratos pelo seu inestimável compromisso e paixão pela educação e conhecimento em enfermagem.

Declarações de interesse que podem ser interpretadas como constituindo um conflito real, potencial ou aparente, foram feitas por todos os membros do painel de peritos da Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Foram solicitadas regularmente as atualizações das divulgações aos membros, ao longo do processo de desenvolvimento dos guias orientadores. Foram solicitadas informações sobre interesses financeiros, intelectuais, pessoais e outros e documentadas para referência futura. Não foram identificados conflitos de interesse. Mais detalhes estão disponíveis na RNAO.

Equipa de desenvolvimento do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)

Colíder de Desenvolvimento de Diretrizes;

Diretor Associado, Implementação de Diretrizes e Transferência de Conhecimento

Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário
Toronto, Ontário

Laura Legere, RN, BN, MScN

Co-líder de Desenvolvimento de Diretrizes, 2015-2016

Investigadora Associada em Enfermagem
Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário
Toronto, Ontário

Oliwia Klej

Coordenador de Projeto, Associação de Enfermeiros Registrados em Ambientes de Trabalho Saudáveis de Ontário

Toronto, Ontário

Gostaríamos de agradecer a Joan Almost, RN, MScN, PhD; Eliisa Fok, BSc, MPH; e Salima Ladak, BScN, RN, MN, NP, PhD pelo apoio à pesquisa e contribuição para a revisão da literatura para este guia orientador; e Valerie Coubrough, BScN, MS pelo seu apoio à coordenação.

Tasha Penney, RN, MN, CPMHN(C)

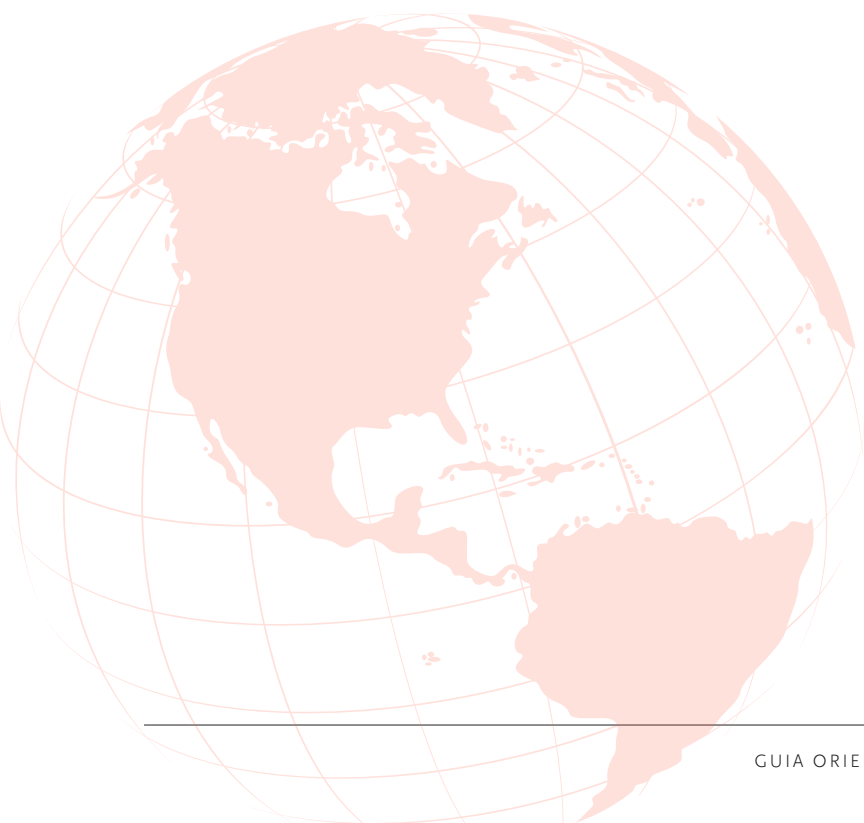
Gestor, Pesquisa e Desenvolvimento de Diretrizes
Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário
Toronto, Ontário

Ancilla Barco, RN, BScN (Hons), MN

Investigadora Associada em Enfermagem
Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário
Toronto, Ontário

Erica D'Souza, BSc, GC, DipHlthProm

Coordenador de Projetos
Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário
Toronto, Ontário



Agradecimento aos *stakeholders* (partes interessadas)

Como componente do processo de desenvolvimento de guias orientadores, a RNAO está empenhada em obter feedback de enfermeiros de uma ampla gama de ambientes e funções académicas e práticas, de administradores e financiadores experientes de serviços de saúde e de associações de *stakeholders* (partes interessadas). Os *stakeholders* (partes interessadas) que representam perspetivas diversas foram solicitadas* a dar o seu feedback, e a RNAO deseja agradecer aos seguintes indivíduos pela sua contribuição na revisão deste guia orientador.

S. Alloy-Kommusaar, RN

Registered Nurse, Supervisor
Extendicare Van Daele
Sault Ste. Marie, Ontario

Marilyn Ballantyne, BScN, MHSc, PhD

Chief Nurse Executive/Clinician Investigator
Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
Toronto, Ontario

Marika Bellerose, NP

Nursing Practice Consultant
First Nations & Inuit Health Branch - Ontario Region
Sioux Lookout, Ontario

Debbie Bruder, BA, RN, MHS

Clinical Informatics Specialist
Grand River Hospital
Kitchener, Ontario

Romy Burgess Burfitt, RN, BScN, MACP

Registered Nurse and Registered Psychotherapist
William Osler Health Center Etobicoke General
Hospital Mental Health and Addictions Outpatient
Brampton, Ontario

Carmen Cernusca, RN, BScN, MScN, CPN(c) CVAA(c)

Nurse Educator,
Niagara Health System
Welland, Ontario

Debora Cowie, RPN, Grief Educator

Registered Practical Nurse
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Bowmanville, Ontario

Heather Cross, RN, MN, MSc

Faculty, BScN Program
Conestoga College
Guelph, Ontario

Michael Cullen, RN

Coordinator, Nursing Resource Team
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Pamela Dilts, RN, BScN

Nursing Practice Specialist
Niagara Region
St. Catharines, Ontario

Lisebeth Gatkowski, RN, BScN, CPMHN(C)

Professor
Mohawk College of Applied Arts & Technology
Hamilton, Ontario

Ioana Gheorghiu, RN, BScN (Hons), HBSc

Registered Nurse
William Osler Health System
Mississauga, Ontario

Bettyann Goertz, RN, BScN, CPMHNC

Coordinated Access Adult Mental Health
London Health Sciences Center
London, Ontario

Melissa Hallock, RN, BScN, CDE

Diabetes Nurse Educator
Woolwich Community Health Centre
St. Jacobs, Ontario

Eulalia Kahwa, RN, BScN(Hons), PhD
Senior Lecturer, the UWI School of Nursing
Mona University of the West Indies, Mona Campus
Kingston, Jamaica

Janet Klok, RN, BN
Utilization Management
Windsor Regional Hospital
Windsor, Ontario

Kim Kraeft, RN, BScN, MSN/ED, CCN(C)
Performance & Transformation Specialist
Bluewater Health
Sarnia, Ontario

Mary Anne Krahn, RN, BScN, MScN, EdD(c)
Programs Chair, School of Nursing
Fanshawe College
London, Ontario

Lisa Lallion, RN, BScN, MN, CNS, CMSN(c)
Clinical Nurse Specialist
The Scarborough Stroke Clinic
Scarborough, Ontario

Jinhee (Jin) Lee, BScN, RN
Registered Nurse and Former RNAO student rep
from McMaster University
Kelowna General Hospital
Kelowna, British Columbia

Newton Leong, RN, BScN
Staff Nurse
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Vikky Leung, RN, BScN, BSc, MN(c)
Registered Staff Nurse
Hospital for Sick Children
Thornhill, Ontario

**Madeline Logan-John, RN, BScN, MBA, ENC
(c)**
Professional Practice Leader, Nursing
Mackenzie Health
Richmond Hill, Ontario

Tarrah Long, RN, BScN, MEd, GNC(C)
Nurse Educator
St. Joseph's Healthcare
Hamilton, Ontario

**Beverley MacLean-Lindsay, OCT, RN, dipl.
PHN, BA, BEd**
Occasional Teacher, (Primary Junior)
Thames Valley District School Board
London, Ontario

Drew MacNeil, RN, BScN
Registered Nurse
Hotel-Dieu Grace Healthcare
Windsor, Ontario

Antonini Mario, ET/Wound Care Nurse
Local Health Authority 11 Empoli
University of Florence
Empoli (Florence), Italy

Lynn Martin, RN, BScN, MScN, EdD
Assistant Professor
McMaster University
Hamilton, Ontario

Erin McLean, RN, BNSc
Staff Development Coordinator
Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit
Smiths Falls, Ontario

Jennifer Murdock, BA, BScN, MN
Clinical Nurse Educator
Peterborough Regional Health Centre
Otonabee, Ontario

Mark Nixon, BSc, BScN Candidate (2018)
Nursing Student
The University of Western Ontario
London, Ontario

Jennifer O'Neil, RN, BScN, MAEd
Nursing Education Coordinator
Hotel Dieu Hospital
Kingston, Ontario

Alvisa Palese, PhD C, MNS, BNS

Professor Nursing Science
Udine University
Udine, Italy

Michelle Paterson, RN, BScN, BA Psyc

Supervisor
Region of Peel Public Health Department
Mississauga, Ontario

Alysha Savji, RN, BScN, MN(c)

Research Assistant
Ryerson University
Toronto, Ontario

**Constance Schumacher, RN, BScN, MSN,
PhD (student)**

Rapid Response Nurse
HNHB CCAC Mohawk College Adjunct Clinical
Faculty
Caledonia, Ontario

Joanne Seitz, MSN, WHNP-BC, CPHQ

Women's Health Nurse Practitioner
Kaiser Permanente Napa Solano
Napa, California, United States

Judy Smith, RN, BScN, MED(DE), ENC(C), GNC

Clinical Nurse Specialist - Seniors' Health
Mackenzie Health
Richmond Hill, Ontario

Alyssa Stewart, RN, BScN, BSc

Staff Nurse
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Pamela Stuckless, RN, BN, MPH, CCHN(C)

Manager of Professional Practice
VHA Home HealthCare
Toronto, Ontario

Hilda Swirsky, RN, BScN, MEd

Staff Nurse
Sinai Health System
Toronto, Ontario

Runxi Tian, Nursing, Master's degree

Total head nurse
Dongzhimen Hospital
Beijing, China

Tricia Lee Tieleman, RN, BScN, CHSE

Lead Clinical Educator
Sidra Medical and Research Center
Doha, Qatar

**Cyndi van der Woerd, RN, BA, BSN, (C)
Neph, RN**

Retired RN
Caledonia, Ontario

Lucy Vermeulen, RN, BScN, MN

Professional Practice Consultant
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Beth Vottero, PhD, RN, CNE

Associate Professor of Nursing
Purdue University Calumet
Hammond, Indiana, United States

**Leanne Wakelin, RN(EC) BScN, MScN,
CNCC(C)**

Director of Professional Practice, Nursing
Kingston General Hospital
Kingston, Ontario

Katherine Wallace, RN, RM, MHS

Program Manager
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Debra White, RN

Faculty Health and Wellness
Georgian College, John Di Poce South Georgian Bay
Collingwood, Ontario

Sandy White, RN, BScN, MN

Clinical Instructor (indirect),
Trent/Fleming School of Nursing
Peterborough, Ontario

Jeanie Wyre-Clarke, RN, BSCN, MSN

Public Health Nurse
Toronto Public Health
Brampton, Ontario

Cecilia Yeung, RN, MN, GNC(C), IIWCC

Clinical Nurse Specialist
University Health Network
Toronto, Ontario

Jennifer Yoon, RN, MSc (QI/PS)

Director, Nursing & Allied Health Professional
Scholarly Practice
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Junqiang Zhao, RN, MSN candidate

School of Nursing
Beijing University of Chinese Medicine
Beijing, China

*Os revisores são indivíduos com experiência em guias orientadores ou representantes de organizações que estão envolvidas (ou implicadas) na implementação do guia orientador. Os revisores podem ser educadores clínicos, membros do corpo docente, estudantes de enfermagem, enfermeiros das equipas, outros prestadores de cuidados de saúde no local de prestação de cuidados, enfermeiros executivos, administradores, especialistas em pesquisa, membros da equipa interprofissional ou pessoas. A RNAO tem como objetivo solicitar a experiência dos *stakeholders* (partes interessadas) e perspetivas que representem uma diversidade de setores de cuidados de saúde, ambientes académicos, papéis dentro da enfermagem e outras profissões (p. ex. prática clínica, pesquisa, educação e política) e localizações geográficas.

Os revisores *stakeholders* (partes interessadas) para os guias orientadores da RNAO são identificados de duas maneiras. Em primeiro lugar, as partes interessadas são recrutadas através de um convite público publicado no site da RNAO (<http://rnao.ca/bpg/get-involved/stakeholder>). Em segundo lugar, os principais indivíduos e organizações com experiência na área temática do Guia Orientador são identificados pela equipa de desenvolvimento do guia orientador da RNAO e pelos membros do painel de peritos e são diretamente convidados a participar da revisão.

Pede-se aos revisores que leiam um rascunho completo do guia orientador e participem na revisão antes da sua publicação.

As opiniões das partes interessadas são enviadas online através do preenchimento de um inquérito. São colocadas as seguintes perguntas sobre cada recomendação aos *stakeholders* (partes interessadas):

- Esta recomendação é clara?
- Concorda com esta recomendação?
- As evidências apoiam esta recomendação?
- Esta recomendação aplica-se a todas as funções, regiões e configurações da prática?

O inquérito também inclui oportunidades para incluir comentários e feedback para cada secção do guia orientador.

As submissões de inquéritos recebidos são compiladas e o feedback é resumido pela equipa de desenvolvimento do guia orientador da RNAO. A equipa de desenvolvimento do guia orientador analisa e considera todos os comentários, modificando o conteúdo e as recomendações do guia orientador conforme necessário, antes da publicação atendendo ao feedback recebido.

Os examinadores *stakeholders* (partes interessadas) deram o consentimento à publicação dos seus nomes e dos dados de contacto neste guia orientador.

Equipa responsável pela tradução do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO

Coordenadores

Clemente Sousa, RN, MSc, PhD

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigador no CINTESIS@RISE

Luísa Andrade, RN, MSc, PhD

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE

Outros Membros da Equipa de Tradução

Carlos Sequeira, RN, MSc, PhD

Professor Coordenador Principal na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigador no CINTESIS@RISE

Isabel Cristina Marques Milheiro

Tradutora profissional

Maria do Amparo Leal Sousa Alves

Tradutora profissional para a área científica na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Maria José Lumini, RN, MSc, PhD

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE

Maria Rui Sousa, RN, MSc, PhD

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE

Patrícia Gonçalves, RN, PhD

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE

Teresa Martins, RN, MSc, PhD

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE

Cristina Imaginário, RN, MSc, PhD

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE

Delfina Teixeira, RN, Delfina Teixeira RN, Specialist in Medical-Surgical Nursing (SMSN), PhD student

Investigadora no CINTESIS@RISE
Escola Superior Saúde de Santarém (ESSS) Santarém, Portugal

Paula Oliveira, RN, MSc, PhD

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE
Investigadora integrada no CARE (Centro de Investigação em Saúde e Ciências Sociais)

Fernanda Carvalho, RN, MSc, PhD student

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE

Ana Sabrina Sousa, RN, MSc, PhD

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
Investigadora no CINTESIS@RISE

Tiago Filipe Oliveira Costa, RN, MSc, PhD

Enfermeiro na Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho; Portugal
Assistente convidado na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa;
Investigador Colaborador da RISE Health

Enquadramento

Atualmente, a educação para práticas de qualidade é pertinente para a qualidade dos cuidados de saúde no futuro e deve ser uma prioridade dos educadores, administradores, profissionais, estudantes e público em geral. Os estudantes de hoje devem aprender a valorizar as complexidades do ambiente de trabalho e a praticar com competência dentro dele, usando as melhores evidências para orientar as suas tomadas de decisões clínicas e de gestão, tanto agora como no futuro. A educação prática é uma abordagem do ensino de enfermagem que envolve a integração e aplicação de conceitos teóricos pelos estudantes dentro de um ambiente clínico real ou simulado (CASN, 2005). As experiências de educação prática permitem que os estudantes de enfermagem expandam a **teoria de enfermagem**^G aprendida em sala de aula, a fim de demonstrar cuidados seguros, éticos e eficazes prestados através de habilidades clínicas. Também lhes permite desenvolver a sua **competência clínica**^G e julgamento em situações complexas (CASN, 2005). A educação prática para estudantes de licenciatura em enfermagem é supervisionada principalmente por enfermeiros registados com ampla experiência teórica e prática que orientam e educam estudantes de enfermagem em habilidades clínicas, pensamento crítico e comunicação terapêutica (Canadian Nurses Association, 2004).

Quer ocorram em ambientes de prática clínica ou no contexto de um laboratório clínico simulado, as experiências de educação prática são fundamentais para a aprendizagem e socialização profissional dos estudantes de enfermagem e para a redução da **lacuna teoria-prática**^G (Canadian Nurses Association, 2004). Enquanto a teoria e a prática dependem uma da outra nas experiências práticas, com a teoria a delinear os conhecimentos e princípios para explicar as razões da prática, a lacuna entre a teoria e a prática representa “a incapacidade de relacionar e implementar o conhecimento ideológico adquirido na educação, com as realidades da prática de saúde moderna” (Clark & Holmes, 2007 citado em Monaghan, 2015, p. e1). A lacuna entre a teoria e a prática muitas vezes começa durante a educação de um estudante de enfermagem e continua a progredir na sua prática após a conclusão dos seus estudos (Monaghan, 2015). Os efeitos desta lacuna são mais evidentes em termos das capacidades de competências clínicas, que se esperam dos novos enfermeiros e pode ter um efeito substancial na confiança dos enfermeiros relativamente à sua capacidade para assumir as responsabilidades exigidas (Monaghan, 2015).

Uma vez que as experiências práticas são uma componente integral da educação dos estudantes de enfermagem, é imperativo encontrar maneiras de maximizar as oportunidades de aprendizagem em ambientes de prática (Niederhauser, MacIntyre, Garner, Teel, & Murray, 2010) que ajudem a preencher a lacuna teoria-prática. Mais concretamente, é necessária uma cultura de ambiente de prática positiva e solidária, o que requer envolvimento colaborativo e apoio dos enfermeiros da equipa que trabalham dentro da instituição de prestação de cuidados designada, como forma de contribuir para o desenvolvimento e crescimento profissional dos estudantes enquanto enfermeiros registados (Niederhauser et al., 2010). Também requer o envolvimento de educadores de enfermagem e instrutores de enfermagem clínica que trabalham com os estudantes. O sucesso da aprendizagem através da prática clínica depende de fortes relações de colaboração entre a instituição de prestação de cuidados e a instituição de ensino (Levett-Jones, Fahy, Parsons, & Mitchell, 2006), com maior apoio de organismos de normalização e elaboração de políticas relevantes para as competências necessárias para a prática. A importância da interação entre todos estes grupos será abordada ao longo do presente guia orientador.

Temas-chave identificados pelo painel de peritos

O painel de peritos identificou vários temas-chave e conceitos que direcionaram a pesquisa bibliográfica original e organizou as recomendações deste guia orientador. O painel identificou que o foco de todas as atividades de educação prática deve ser direcionado para a aprendizagem do estudante. São cinco os elementos que norteiam a formação do estudante. Estes elementos interagem, a vários níveis, para influenciar o desenvolvimento do estudante como praticante. Esses cinco elementos são: corpo docente, colmatação da lacuna teoria-prática, transição situacional, preceptor e cultura do ambiente de aprendizagem prática.

1. O *corpo docente* da instituição de ensino tem a responsabilidade académica, ética e legal de proteger o público e manter a responsabilidade pelo desenvolvimento educacional dos estudantes de enfermagem (Boley & Whitney, 2003; Smith, McKay, & Richardson, 2001).
2. *Colmatar a lacuna teoria-prática* refere-se à capacidade das instituições de ensino e das instituições de prestação de cuidados trabalhar em colaboração para garantir que os estudantes de enfermagem recebam as oportunidades de aprendizagem de educação prática de alta qualidade, que facilitem o seu desenvolvimento até à autonomia profissional (Monaghan, 2015).
3. A *transição situacional* refere-se a mudanças que podem ocorrer em vários papéis educacionais e profissionais, incluindo a transição de estudante para enfermeiro da equipa após a conclusão de um programa educacional (Schumacher & Meleis, 1994). Essas transições ocorrem ao longo do tempo, são divididas em etapas e são caracterizadas por mudanças na identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento de um indivíduo (Schumacher ou Meleis, 1994).
4. A relação colaborativa entre o *preceptor*, o estudante de enfermagem e o corpo docente de enfermagem facilita a aplicação da teoria na prática (Canadian Nurses Association, 2004).
5. *Cultura do ambiente de aprendizagem prática* é o conjunto de valores, crenças, normas, pressupostos e políticas dentro de ambientes de prática que influenciam a aprendizagem do estudante e o profissionalismo relacionado com as competências de entrada na prática (Palmer, Cox, Callister, Johnson, & Matsumara, 2005).

É de extrema importância a interação entre instituições de ensino, instituições de prestação de cuidados e decisores políticos no desenvolvimento de uma educação prática de qualidade para os estudantes. Cada um desses grupos tem componentes que devem ser considerados para uma educação prática de qualidade. As instituições de ensino devem considerar as necessidades dos estudantes, preceptores, educadores e instrutores clínicos de enfermagem, bem como o próprio currículo. As instituições de prestação de cuidados devem considerar o contexto do ambiente de prática, os enfermeiros da equipa e a equipa interprofissional de saúde como um todo. Os políticos e decisores que supervisionam a regulamentação e a legislação da profissão de enfermagem devem considerar o contexto da promoção de políticas de educação para a prática e mais investigação nesta área. O painel de peritos identificou os principais mandatos e alguns desafios relacionados com cada um dos órgãos que influenciam a educação prática de qualidade e, utilizou-os como um meio de orientar a revisão da literatura e enquadrar as recomendações.

Desafios enfrentados pelas instituições de ensino

O foco principal das instituições de ensino é oferecer um currículo que permita aos licenciados atingir competências de enfermagem no desempenho da prática (CASN, 2011a). A educação ao nível da licenciatura oferecida dentro de uma instituição de ensino credenciada é necessária para que os estudantes de enfermagem de hoje exerçam a profissão de enfermagem, e é essencial para desenvolver um nível fundamental de julgamento clínico, pensamento crítico e compreensão ética dentro da prática (CASN, 2011a).

As instituições de ensino e as instituições de prestação de cuidados devem partilhar a responsabilidade pela educação dos estudantes de enfermagem dentro dos ambientes de prática, de uma forma que seja mutuamente benéfica para ambas as partes (CASN, 2011a). Por exemplo, essa contribuição compartilhada pode envolver o uso de enfermeiros de instituições de prestação de cuidados como instrutores clínicos ou iniciativas colaborativas de pesquisa em educação em enfermagem (Connolly & Wilson, 2008). Além disso, as instituições de ensino são agora desafiadas pela mudança das necessidades do ambiente de cuidados de saúde numa era de tecnologia emergente (CASN, 2011b), e devem ser responsivos à integração dessas mudanças na educação em enfermagem.

Desafios enfrentados pelas instituições de prestação de cuidados

No sistema de saúde atual, as instituições de prestação de cuidados são muitas vezes sobrecarregadas com a extensão do uso dos seus recursos para responder a situações e necessidades mais complexas das pessoas. Nestas circunstâncias as instituições de prestação de cuidados podem ter dificuldades em alcançar níveis equilibrados de horários entre os funcionários, que permita cuidados seguros e de qualidade (Hofler, 2008). O principal papel das instituições de prestação de cuidados é prestar serviços de assistência às pessoas. Para o fazerem de forma eficaz, estas instituições de prestação de cuidados devem concentrar-se no recrutamento de enfermeiros para ajudar com a crescente procura dos serviços de saúde. Uma abordagem que promova o recrutamento de futuros enfermeiros é o foco na melhoria das experiências de prática dos estudantes e permitir que os estudantes se envolvam na prestação de cuidados a pessoas com situações de saúde mais complexas de forma de expandir as suas competências (Connolly & Wilson, 2008). Os estudantes tornaram-se um elemento essencial para promover o crescimento organizacional e o desenvolvimento das instituições de prestação de cuidados, embora possam ainda existir encargos financeiros que incluem a atribuição de benefícios aos preceptores e financiamento à educação. No futuro, as instituições de prestação de cuidados que estabelecem parcerias com instituições de ensino devem de ser orientadas por novos modelos mais colaborativos para a educação prática dos estudantes (Connolly & Wilson, 2008).

Desafios enfrentados pelos políticos e decisores

Os políticos e os decisores têm influência na educação prática em enfermagem, influenciando a legislação sobre o âmbito da prática dos enfermeiros e apoiando políticas que regulam a distribuição de recursos que apoiam a investigação e a educação. Estes elementos contribuem igualmente para definir os padrões de transição para a prática, baseados em estudos de enfermagem, que influenciam o desenvolvimento e a implementação da educação da prática de enfermagem (Hofler, 2008). No entanto, o avanço contínuo e os apoios atribuídos à educação prática, dependem da disponibilidade e da prioridade dada aos recursos para apoiar a pesquisa e o intercâmbio de conhecimento em ciências da educação em enfermagem (Hofler, 2008). Os desafios na pesquisa em educação em enfermagem tornaram-se evidentes ao longo da revisão da literatura utilizada para formular as recomendações para este guia orientador. A maioria dos estudos foi realizada num único local, com amostras pequenas e replicação mínima. O financiamento da pesquisa em educação em enfermagem não é um problema isolado, mas antes um desafio enfrentado globalmente pela disciplina (NLN, 2007).

Resumo

O estudante de enfermagem depende do alinhamento de uma miríade de elementos para beneficiar com sucesso uma educação prática de qualidade, incluindo a colaboração contínua entre as instituições de ensino, as instituições de prestação de cuidados e os políticos e decisores que supervisionam a legislação e a regulamentação da profissão. As recomendações apresentadas neste guia orientador descrevem evidências detalhadas sobre como esses grupos podem abordar efetivamente a prática de educação de estudantes de enfermagem. Embora a maioria das evidências tenha sido de baixo nível, tal demonstra a necessidade contínua de mais pesquisas e financiamento na área da educação em enfermagem. Também importa referir que muitas das recomendações para as instituições de ensino são também aplicáveis às instituições de prestação de cuidados e vice-versa. Como tal, é vital que tanto as instituições de ensino como as instituições de prestação de cuidados criem parcerias para implementar o conjunto de recomendações de forma colaborativa, num esforço para promover uma educação prática de qualidade para todos os estudantes de enfermagem. Os cinco temas que influenciam o desenvolvimento dos estudantes identificados pelo painel de peritos também devem ser considerados durante o planeamento e implementação de experiências de educação prática. Estes temas são abordados ao longo deste guia orientador. Para que os estudantes de enfermagem pratiquem com competência e continuem a prosperar perante um sistema de saúde em mudança e expansão, é essencial que as experiências de educação em práticas de qualidade sejam continuamente apoiadas por instituições de ensino, instituições de prestação de cuidados, políticos e decisores como um componente crítico do currículo de enfermagem (CASN, 2005).

Recomendações para as instituições de ensino

1.0 ESTUDANTES

RECOMENDAÇÃO 1.1:

Oferecer oportunidades para que os estudantes partilhem e reflitam deliberadamente sobre experiências de educação prática, com professores, preceptores e outros colegas usando iniciativas como diário, partilha entre pares e tecnologia.

Nível de evidência = III

Discussão da Evidência:

A partilha e a autorreflexão feita por parte dos estudantes são incentivadas como forma destes dialogarem sobre os seus desafios, fatores de stress, emoções e sucessos durante as experiências de prática clínica, promovendo simultaneamente um ambiente de aprendizagem de prática solidária e positiva (Epp, 2008; Rute-Sahd, 2011; Walker, Cooke, Henderson, [en] Creedy, 2013). Além disso, o uso de estratégias de aprendizagem reflexiva pode não contribuir apenas para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e confiança dos estudantes de enfermagem na prestação de cuidados compassivos, mas a utilização de abordagens reflexivas pode igualmente desafiar as perceções dos estudantes no sentido de promover um maior nível de compreensão (Adamson & Dewar, 2015), com potencialidade para explorar a lacuna teoria-prática. Um estudo de teoria fundamentada que foi classificado como forte para a qualidade metodológica (ver **Apêndice C** para informações mais detalhadas sobre escores de qualidade), também recomenda que os programas educacionais de enfermagem promovam abordagens reflexivas que facilitem a avaliação dos estudantes e o seu stress situacional (Shipton, 2002). Este tipo de prática reflexiva pode ajudar ao desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes de enfermagem (Shipton, 2002), e pode permitir refletir sobre a sua transição situacional (Schumacher & Meleis, 1994) à medida que evoluem no seu papel profissional. Assim, é importante que as instituições de ensino apoiem o corpo docente e os preceptores de enfermagem no uso de estratégias de aprendizagem reflexivas deliberadas, para proporcionarem oportunidades de aprendizagem benéficas que promovam igualmente o desenvolvimento de profissionais autónomos.

Estratégias de reflexão

Existem várias estratégias de autorreflexão identificadas na literatura (Adamson & Dewar, 2015; Epp, 2008; Rute-Sahd, 2011; Walker et al., 2013), que podem ajudar os estudantes de enfermagem a desenvolver as capacidades de enfrentamento necessárias, a competência para se envolver em relações terapêuticas e compassivas com a pessoa e a capacidade de aprender com a sua experiência prática (Adamson & Dewar, 2015; Epp, 2008). A prática reflexiva é um método comumente utilizado para promover a autorreflexão crítica entre os estudantes de enfermagem e são identificados frequentemente níveis razoáveis de reflexão utilizando essa abordagem (Epp, 2008). Existe também evidência que sugere que o nível de reflexão dos estudantes pode melhorar ao longo do tempo ao usar o diário como estratégia reflexiva (Epp, 2008).

Além disso, os círculos de aprendizagem são uma estratégia que está a ser utilizada para promover de forma mais interativa a reflexão verbal tanto dos estudantes, como da equipa de enfermagem. Um estudo qualitativo realizado por Walker et al. (2013), classificado como moderado na qualidade metodológica, utilizou grupos focais de pesquisa para explorar a adaptação da equipa e dos estudantes a uma estratégia de círculo de aprendizagem, com o objetivo de facilitar o diálogo aberto e refletir criticamente sobre as experiências práticas. A estratégia do

círculo de aprendizagem é um método que envolve discussões em grupo que permite aos participantes refletir criticamente sobre as práticas de forma a promover o crescimento e mudança (Walker et al., 2013). Os investigadores descobriram que, não só os estudantes perceberam que o ambiente do círculo de aprendizagem era seguro, encorajador e capacitador, mas que a equipa de enfermagem partilhou a mesma resposta positiva (Walker et al., 2013). Iniciativas semelhantes devem garantir que os estudantes e a equipa tenham oportunidades iguais para expressar preocupações e refletir sobre a sua prática clínica num ambiente colaborativo.

A partilha entre pares pode também ser uma componente valiosa e crítica de reflexão para os estudantes em contextos de prática clínica. O uso de parcerias cooperativas de estudantes de enfermagem - ou díades - foi explorado por Ruth-Sahd (2011) num estudo qualitativo classificado como forte na qualidade metodológica. O estudo identificou cinco temas relacionados com esse processo: partilha de experiências clínicas com o parceiro da díade; melhor transição para a prática a partir da sala de aula; maior socialização na profissão e a noção de trabalho em equipa; maior autonomia, responsabilização e responsabilidade; e a construção da autoconfiança.

Embora essas díades tenham sido implementadas apenas no primeiro dia de ensino clínico, elas demonstraram as potenciais vantagens da partilha dos estudantes de enfermagem, como forma de fortalecer a confiança e o raciocínio clínico, enquanto os ajudava a sentirem-se seguros e apoiados (Ruth-Sahd, 2011).

Uso da tecnologia para apoiar a autorreflexão

Nos últimos anos, as evidências têm apoiado a integração da tecnologia em ambientes de prática clínica como outra estratégia para aumentar a partilha e a reflexão dos estudantes (Mackay & Harding, 2009; Wu & Lai, 2009). A comunicação através de mensagens de texto (Mackay & Harding, 2009), a escuta de histórias de cuidados de saúde através de podcasts para gerar reflexão (Adamson & Dewar, 2015) e a partilha pelos estudantes num fórum online (Wu & Lai, 2009) têm sido utilizadas como estratégias inovadoras para promover a discussão, a reflexão e uma maior acessibilidade aos formadores. Mais concretamente, um estudo piloto de Wu & Lai (2009), classificado como moderado na qualidade metodológica, utilizou assistentes digitais pessoais (PDA) para permitir aos estudantes acesso imediato a diários reflexivos num fórum online. Isso permitiu uma resposta imediata do formador, que assim poderia fornecer suporte ou feedback, conforme necessário. Mais comumente, nos ambientes de saúde atuais, os PDA estão a ser substituídos por tablets e dispositivos móveis, como smartphones, que podem facilitar um diário on-line semelhante. De realçar a necessidade de formação adequada para formadores e estudantes ao integrar novas tecnologias na educação prática (Wu & Lai, 2009). Além disso, deve ser considerada a garantia de que são abordadas as questões de conectividade (ou seja, o acesso de uma instituição de prestação de cuidados a redes Wi-Fi, Skype ou móveis) (Wu & Lai, 2009).

Outras considerações

Os programas educacionais de enfermagem devem garantir que tempo, recursos e oportunidades adequados (por exemplo, tempo adequado para um diário reflexivo; um espaço silencioso, privado e seguro para discussão; e fóruns on-line seguros e confidenciais) estão em vigor, permitindo que os estudantes de enfermagem partilhem e reflitam com segurança sobre as experiências de educação prática (Walker et al., 2013).

A confidencialidade e a privacidade também devem ser asseguradas na prática em ambientes educacionais (por exemplo, um espaço privado para discussão ou acordos de confidencialidade escritos) quando a partilha reflexiva mútua ocorre com preceptores de enfermagem, enfermeiros da equipa e outros estudantes.

RECOMENDAÇÃO 1.2:

Incorporar locais para estudantes que promovam a transferibilidade de habilidades e conhecimentos em todo o espectro de cuidados, incluindo, mas não limitado ao uso de ambientes agudos, ambientes comunitários e aprendizagem na prática.

Nível de evidência = III

Discussão da Evidência:

Embora seja importante reconhecer que as oportunidades de educação prática são muitas vezes limitadas, devem ser consideradas as opções de estágios disponíveis para promover a transferibilidade de competências e para que a perspectiva do estudante sobre a experiência seja positiva e percebida como um aumento do seu crescimento profissional (Larson, Ott, & Miles, 2010; Reising et al., 2008; Warner, Jelinek, ou Davidson, 2010). Outras opções nos contextos educativos práticos, tais como estágios internacionais (Wros & Archer, 2010) ou comunitárias (Aponte, 2009), ou aquelas que incorporam a **aprendizagem na prática**^G (Krumwiede, Van Gelderen, & Krumwiede, 2015; Reising et al., 2008) - também devem ser consideradas como um meio para os estudantes compreenderem como os determinantes sociais da saúde podem influenciar as populações nos vários sistemas de cuidados de saúde. As experiências de educação prática que ocorrem em ambientes de prática fora dos ambientes hospitalares tradicionais, demonstraram complementar as competências clínicas existentes e a competência aprendida nos cuidados a pessoas com doenças aguda, contribuir para a transferência bem-sucedida das competências de enfermagem para outras áreas, e prestar um serviço benéfico às comunidades ou organizações envolvidas (Merritt & Boogaerts, 2014; Mthembu & Mtshali, 2013; Reising et al., 2008). Como resultado, uma série de experiências de educação prática em cuidados agudos, cuidados comunitários e aprendizagem na prática devem ser integradas onde e quando possível.

Experiências Educativas de Aprendizagem na Prática Comunitária e nos Serviços

Os estágios clínicos tradicionais em cuidados a pessoas com doença aguda ocorrem mais frequentemente em hospitais ou unidades de cuidados continuados e proporcionam aos estudantes de enfermagem oportunidades para desenvolver habilidades e competências fundamentais em enfermagem. Pelo contrário, os estágios na comunidade e a aprendizagem na prática podem ocorrer numa variedade de ambientes onde os enfermeiros trabalham e obtêm benefícios únicos (Krumwiede et al., 2015; Merritt & Boogaerts, 2014; Reising et al., 2008). Os estágios em contexto comunitário podem abranger muitos cenários, incluindo saúde pública, unidades de cuidados de saúde primários, centros de saúde comunitários rurais, prestadores de cuidados domiciliários (Merritt & Boogaerts, 2014), bem como programas de promoção da saúde da população que ocorrem dentro da comunidade (Reising et al., 2008). As experiências de educação prática que ocorrem em estágios na comunidade podem melhorar as competências e conhecimentos adquiridos nos cuidados a pessoas com doença aguda (Merritt & Boogaerts, 2014) e também incorporar uma abordagem de promoção da saúde na prática (Reising et al., 2008). Por exemplo, num estudo qualitativo classificado como moderado na qualidade metodológica, os estudantes de enfermagem que foram colocados na comunidade, adquiriram, não apenas, conhecimentos implícitos – da forma que os enfermeiros comunitários reconhecem e compreendem a importância das práticas autónomas, colaborativas e centradas na pessoa - mas também expressaram a sua capacidade de transferir esse conhecimento para outros ambientes de prática (Merritt & Boogaerts, 2014).

Além disso, o serviço-aprendizagem é uma abordagem específica que é frequentemente utilizada em colocações comunitárias e que aborda uma necessidade identificada pela comunidade, alinhada com os objetivos de aprendizagem dos estudantes, e permite que os estudantes tenham tempo para refletir sobre essa experiência após o estágio (Krumwiede et al., 2015; Linton e Campbell, 2000, citado em Reising et al., 2008). Os benefícios de uma abordagem de aprendizagem na prática foram demonstrados num estudo qualitativo de Mthembu e Mtshali (2013) classificado como forte na qualidade metodológica, o qual explorou a construção do conhecimento dentro de programas comunitários. Os educadores em enfermagem concordaram que a colaboração com os membros da comunidade num programa de aprendizagem na prática aumentou a consciência dos estudantes, no decorrer da prática, sobre diversas crenças, culturas, religiões e origens, e que essas experiências foram um componente importante na construção do conhecimento (Mthembu & Mtshali, 2013).

Implementação de Aprendizagem na Prática e Estágios Práticos Direcionados à Comunidade

Ao implementar a aprendizagem na prática e estágios práticos direcionados à comunidade, é importante não apenas que os programas de enfermagem obtenham aprovação da instituição de prestação de cuidados e apoio da comunidade (Baglin & Rugg, 2010), mas também é importante garantir que esses estágios oferecem oportunidades para que os estudantes de enfermagem conheçam as competências iniciais necessárias (Pijl-Zieber, Barton, Awosoga, & Konkin, 2015). As instituições de ensino devem trabalhar com parceiros de instituições de prestação de cuidados à comunidade para um entendimento claro de como os estudantes serão envolvidos em oportunidades para desenvolver competências de enfermagem, a fim de prevenir o potencial para lacunas teórico-práticas (Pijl-Zieber et al., 2015). Num estudo qualitativo classificado como forte na qualidade metodológica, Eaglin e Rugg (2010) relataram fatores que devem ser abordados pelas instituições de ensino e instituições de prestação de cuidados para evitar experiências negativas ou interrupções na aprendizagem durante os estágios na comunidade:

- avaliar a qualidade e adequação das ofertas de práticas de enfermagem em contexto comunitário relacionadas com o papel de enfermagem e a disponibilidade de preceptores de enfermagem;
- garantir que todos os estudantes de enfermagem recebem experiências de práticas em contexto comunitário;
- compreender as potenciais influências e mudanças na confiança dos estudantes de enfermagem para a prática ao longo da sua formação; e ainda
- reconhecer maneiras pelas quais os preceptores de enfermagem adaptam as suas práticas para proporcionarem experiências positivas aos estudantes de enfermagem e como os papéis dos estudantes podem diferir de um ambiente de educação de prática clínica mais tradicional (Baglin & Rugg, 2010).

2.0 PRECETORES

RECOMENDAÇÃO 2.1:

Dotar os preceptores de enfermagem de um programa estruturado e participativo de desenvolvimento e educação profissional, implementado em colaboração com a instituição de prestação de cuidados, que inclua:

- informações sobre estratégias de ensino e teoria;
- informações sobre como abordar as metas clínicas, os objetivos, o âmbito da prática dos estudantes; e prática insegura;
- orientações específicas sobre a implementação de uma abordagem padronizada à modelagem de papéis como estratégia de ensino clínico; e
- a importância de uma reunião de orientação com o estudante para o estabelecimento de relações de confiança, contínuas e expectativas mútuas para a experiência.

Nível de evidência = IV

Discussão da Evidência:

O papel de preceptor implementado por enfermeiros experientes na prática clínica tem desempenhado um papel integral na educação dos estudantes de enfermagem (Leners, Roehrs, & Piccone, 2006), e é importante no apoio tanto aos estudantes como aos novos profissionais de enfermagem (Henderson, Fox, & Malka-Nyhan, 2006). A **preceptoría**^G é um processo mais formal que difere da mentoria em ambientes de prática clínica. A mentoria, tal como definida pela Canadian Nurses Association (2004), envolve uma relação profissional que muitas vezes é de longo prazo, mutuamente benéfica, e é estabelecida entre um enfermeiro com mais experiência e um enfermeiro ou estudante de enfermagem com menos experiência (p.18). Os enfermeiros da equipa podem fornecer orientação para estudantes que completam uma experiência de educação prática, enfermeiros recém-formados ou até mesmo colegas que estão interessados em funções de liderança (Canadian Nurses Association, 2004). Em contraste, os preceptores fornecem **supervisão clínica**^G e são responsáveis pelo ensino clínico, instrução e avaliação formal (College of Nurses of Ontario [CNO], 2009).

Para garantir que os preceptores são bem sucedidos a melhorar a educação da prática de enfermagem e a fornecer aos estudantes uma experiência de aprendizagem positiva e mutuamente benéfica, aos preceptores de enfermagem deve ser proporcionado desenvolvimento profissional adequado e apoio educacional (Daniellsson, Sundin-Andersson, Hov, & Athlin, 2009; McVeigh, Ford, O'Donnell, Rushby, & Squance, 2009), que se concentra em ajudá-los a entender o impacto da **modelagem de papéis**^G (Donaldson & Carter, 2005). Eles também devem compreender a necessidade crítica de estabelecer uma relação de confiança e de estarem perfeitamente alinhados com o estudante, tendo em conta os seus papéis e os seus objetivos (Haitana & Bland, 2011). As instituições de ensino devem colaborar com as instituições de prestação de cuidados para fornecer aos preceptores as informações e educação necessárias (Browning & Pront, 2015; Daniellsson et al., 2009; McVeigh et al., 2009), de forma a incentivá-los a participar no processo (Schaubhut & Gentry, 2010), ao fornecer uma abordagem consistente de modelagem de papéis como estratégia de ensino (Donaldson & Carter, 2005) e ao reforçar a importância do tempo atribuído para estabelecer relações de apoio e confiança com os estudantes (Henderson et al., 2006).

Desenvolvimento Profissional para Precetores

Os programas de educação em precetoria têm sido referidos não apenas para educar enfermeiros, mas também para fornecer aos precetores a oportunidade de melhorar as suas competências de liderança e a sua qualidade de vida no trabalho (Canadian Nurses Association, 2004). Os *workshops* e programas educacionais com foco na educação de precetores podem incluir conteúdo sobre estratégias de ensino clínico, teorias de educação de adultos e avaliação de estudantes no ambiente clínico (Browning & Pront, 2015; Schaubhut & Gentry, 2010) e são um elemento importante para garantir que os precetores tenham a competência e a confiança necessárias para apoiar os estudantes na prática. As abordagens de desenvolvimento profissional e educação também devem incorporar formas de manter os precetores informados sobre as mudanças em curso nas componentes teóricas do ensino de enfermagem, para que estejam mais bem preparados para facilitar as componentes práticas que complementam essa aprendizagem (Bos, Lofmark, & Tornkvist, 2009). De facto, o desenvolvimento profissional estruturado e as atividades educacionais para precetores incluem o fornecimento de sessões de atualização, pacotes de recursos e educação, boletins informativos e workshops interativos (Bos et al., 2009; Browning & Pront, 2015; Levett-Jones et al., 2006; McVeigh et al., 2009; Middleton e Duffy, 2009; Sedgwick & Yonge, 2008, 2009).

Acresce que é igualmente importante que os precetores tenham uma compreensão abrangente dos objetivos gerais da experiência clínica, dos objetivos de aprendizagem dos estudantes de enfermagem e das atividades clínicas no âmbito de prática dos estudantes e específicas do ano de estudo (Levett-Jones et al., 2006). Também deve ser considerado de que forma os precetores podem utilizar estratégias para abordar práticas inseguras por parte dos estudantes (Luhanga, Yonge, & Myrick, 2008). Embora a literatura seja limitada nesta área, existem estratégias que podem ser integradas na educação de precetores que se concentram na abordagem de práticas inseguras. Essas estratégias incluem monitorizar de perto o estudante, a comunicação dos potenciais problemas, desenvolver um plano de ação para fornecer oportunidades específicas de aprendizagem e fornecer feedback construtivo (Luhanga et al., 2008). Os programas de educação em colaboração com instituições de prestação de cuidados devem considerar a incorporação de uma componente participativa - incluindo estudos de caso ou discussão interativa - que auxilie os precetores com conceitos difíceis, como incutir pensamento crítico nos estudantes (Schaubhut & Gentry, 2010) e abordar práticas inseguras (Luhanga et al., 2008). O **Apêndice D** descreve as habilidades e características identificadas na literatura que devem ser desenvolvidas e reforçadas por programas educacionais destinados aos precetores.

Role Modelling (modelagem de papéis) como Estratégia de Ensino Clínico

Outra estratégia fundamental para a aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem - e que deve ser apoiada pelos precetores - é a modelagem de papéis (Donaldson & Carter, 2005). A modelagem de papéis segue o pressuposto de que as habilidades de enfermagem são complexas e, para que os estudantes de enfermagem aprendam com sucesso e demonstrem comportamentos ou habilidades específicas, eles devem ser confrontados com um modelo durante ocorrências repetidas num estágio de educação prática (Donaldson & Carter, 2005). O precetor que atua como modelo tem também a responsabilidade de garantir que as competências e comportamentos demonstrados aos estudantes estejam alinhados com os padrões da respetiva ordem de enfermagem (CNO, 2009).

Um estudo de teoria fundamentada conduzido por Donaldson e Carter (2005), classificado como moderado na qualidade metodológica, explorou as perceções de estudantes de licenciatura e pós-graduação em enfermagem, sobre a modelagem de papéis na educação prática. Os estudantes expressaram a necessidade de serem informados sobre o que avaliar ao observar a modelagem de papéis, de receber oportunidades repetidas para observar e praticar a habilidade ou comportamento modelado, de receber feedback oportuno sobre a sua própria replicação de desempenho e identificar as inconsistências na modelagem de papéis abordados (Donaldson & Carter, 2005). Isso poderia ser alcançado de forma consistente se um modelo teórico ou uma estratégia padronizada de modelagem de papéis fosse implementada pelos precetores. Os programas de enfermagem devem trabalhar com precetores e instituições de prestação de cuidados para explorar como implementar essa prática junto dos estudantes usando uma abordagem padronizada ou modelo teórico que também permita oportunidades de feedback adequadas (Donaldson & Carter, 2005).

Importância da Orientação e do Estabelecimento de Relações de Apoio

Estabelecer uma relação de trabalho profissional é um fator importante na precetoria e resulta numa melhor avaliação dos estudantes, ao mesmo tempo em que promove o seu conhecimento e compreensão (Haitana & Bland, 2011). Especificamente, uma aprendizagem mais eficaz ocorre quando os estudantes são atribuídos aos mesmos preceptores da forma mais consistente possível e, quando tal não for possível, recomenda-se que um preceptor alternativo apropriado seja atribuído ao estudante (Henderson et al., 2006), a fim de maximizar a continuidade da experiência (Higgins & McCarthy, 2005). Um estudo qualitativo interpretativo de Gillespie (2002), classificado como forte na qualidade metodológica, constatou que os estudantes de enfermagem sentiram que o conhecimento das suas necessidades de aprendizagem, objetivos, pontos fortes e limitações permitia aos preceptores fornecer apoio adequado no processo de aprendizagem, e impedia que o preceptor formasse e agisse com base em pressupostos que poderiam ser percebidos como desrespeitosos e contrários às suas necessidades de aprendizagem (Gillespie, 2002). Como resultado, essas necessidades, objetivos e pontos fortes de aprendizagem devem ser discutidos no início da experiência prática, tal como durante uma sessão de orientação entre o estudante e o preceptor.

Para além disso, um estudo qualitativo de Henderson et al. (2006) que incluiu grupos focais, classificado como moderado na qualidade metodológica, concluiu que os enfermeiros que participaram num workshop de precetoria consideraram benéfico dar tempo para os preceptores e os estudantes discutirem, refletirem e completarem atividades orientadas para a educação. Foi referido que, quando o tempo gasto com os estudantes é insuficiente, tal impacta negativamente a eficácia do papel de preceptor (Kaviani & Stillwell, 2000) e a capacidade de desenvolver relações de precetoria. Assim, as instituições de ensino devem colaborar com as instituições de prestação de cuidados para estabelecer expectativas claras quanto à importância de um tempo adequado para a orientação entre preceptores e estudantes. Isso será a base para uma compreensão clara das necessidades e objetivos dos estudantes (Gillespie, 2002), bem como as expectativas mútuas para a experiência.

RECOMENDAÇÃO 2.2:

Facilitar a colaboração – em parceria com instituições de prestação de cuidados – entre preceptores, estudantes e docentes de enfermagem, através de estratégias de comunicação frequentes e claramente estabelecidas, adaptadas ao contexto da prática educativa.

Nível de evidência = IV

Discussão de Evidência:

A precetoria de enfermagem eficaz é frequentemente identificada como um contributo para a forma como os estudantes de enfermagem se integram e fazem a transição para a prática no local de trabalho (Henderson et al., 2006), e pode levar a experiências de aprendizagem benéficas e impactantes para os estudantes. Embora o estudante de licenciatura em enfermagem seja frequentemente parceiro de um preceptor de enfermagem, a responsabilidade pela experiência clínica inclui o envolvimento e a colaboração de múltiplos sistemas de apoio tanto para o estudante quanto para o preceptor. Estes incluem a instituição de ensino que apoia e organiza os estágios clínicos e a instituição de prestação de cuidados que ajuda a apoiar a comunicação e a facilitar experiências de aprendizagem contínua para ambos, o preceptor e o aprendiz. Em particular, o apoio e a colaboração da instituição de prestação de cuidados - juntamente com o apoio do corpo docente - são fatores-chave para o sucesso das experiências de estágios clínicos com preceptores (Jerlock, Falk, & Severinsson, 2003; McVeigh et al., 2009). Por essa razão, as instituições educacionais, membros do corpo docente, preceptores e pessoal de enfermagem devem trabalhar juntos para proporcionar um ambiente de aprendizagem seguro e solidário para garantir que os estudantes possam progredir com sucesso na sua educação em enfermagem (Baxter & Rideout, 2006).

Colaboração entre Instituições de Ensino e Precetores

Um estudo qualitativo realizado por Peters, Halcomb e McInnes (2013), classificado como moderado na qualidade metodológica, constatou que, embora os enfermeiros registados estivessem dispostos a ser preceptores de estudantes de licenciatura em enfermagem, muitas vezes sentiam que havia falta de comunicação entre as instituições de ensino e os contextos clínicos. Esta situação, por sua vez, poderia dificultar o apoio dado aos preceptores. Como resultado, os enfermeiros preferiram uma maior interação e comunicação com as instituições de ensino, para se sentirem mais apoiados nos seus papéis (Peters et al., 2013).

Vários estudos qualitativos também mostraram que os preceptores dos hospitais rurais requeriam apoio único (Sedgwick & Yonge, 2008, 2009), assim como, em ambientes comunitários (Middleton & Duffy, 2009). Por exemplo, os preceptores que trabalhavam em hospitais rurais podiam trabalhar em unidades menores e mais unidas, onde deviam estar cientes de como podiam negociar atividades de aprendizagem com os estudantes e a equipa e como podiam equilibrar as necessidades dos estudantes com as da unidade (Sedgwick & Yonge, 2008). As distâncias maiores entre as instituições de ensino e os contextos/instituições rurais também podem significar que a comunicação com o corpo docente de enfermagem é ainda mais importante, como forma de combater sentimentos de isolamento entre estudantes e preceptores (Sedgwick & Yonge, 2009). Da mesma forma, preceptores em ambientes comunitários, que foram entrevistados por Middleton e Duffy (2009) num estudo qualitativo, classificado como forte na qualidade metodológica, indicou que eles precisavam de mais apoio das instituições de ensino para avaliar, com confiança, os estudantes e determinar “mini-casos” adequados às competências e habilidades dos estudantes de enfermagem.

Os programas educacionais de enfermagem devem considerar a necessidade de fornecer apoio contínuo aos preceptores e estudantes e que este apoio seja adaptado ao contexto de educação prática. As estratégias de apoio contínuo identificadas na literatura incluem visitas frequentes ao local, teleconferências ou atualizações por e-mail (Peters et al., 2013), bem como formação sobre avaliação do progresso dos estudantes (Middleton & Duffy, 2010) e a criação de oportunidade para estudantes e preceptores darem *feedback* sobre a experiência de educação prática (Congdon, Baker, & Cheesman, 2013). A criação de funções de gestão únicas ou departamentos específicos dentro das instituições de prestação de cuidados também têm sido utilizadas como forma de facilitar a comunicação entre instituições de ensino e preceptores (Congdon et al., 2013). As instituições de ensino podem colaborar com esses funcionários ou departamentos de apoio para garantir que a carga de trabalho do preceptor seja possível de gerir e que o pessoal de apoio atue como elo entre a escola e o preceptor (Congdon et al., 2013; Peters et al., 2013).

3.0 CORPO DOCENTE/FACULDADE

RECOMENDAÇÃO 3.1:

Preparar educadores de enfermagem envolvidos na educação prática, com conhecimentos e habilidades que contribuam para um ambiente de aprendizagem positivo e de alta qualidade, incluindo:

- pedagogia para facilitar a aprendizagem da educação prática; e ainda
- estratégias de avaliação dos resultados da aprendizagem.

Nível de evidência = IV

Discussão da Evidência:

O conhecimento e a habilidade dos membros do corpo docente relacionados com a utilização da prática baseada em evidência permitem que estes apoiem e preparem os estudantes para a integração da teoria da sala de aula em experiências da prática clínica (Balakas, Potter, Pratt, Rea, & Williams, 2009; Balakas & Faíscas, 2010). O seu conhecimento e compreensão da diversidade e competência cultural – bem como a modelagem relacionada com a interação respeitosa, comunicação sensível a valores e sensibilidade às capacidades, necessidades e perspectivas dos outros – são importantes para apoiar o desenvolvimento de experiências clínicas positivas (Anonson, Desjarlis, Nixon, Whiteman, Bird, 2008; Beukes, Nolte, & Arries, 2010; Billings, 2008; Cohen e Gregory, 2009). Os educadores também influenciam o clima de aprendizagem, e podem melhorar ou dificultar a aprendizagem dependendo do clima que estabelecem (Rowbothan, 2010). Portanto, a preparação de educadores de enfermagem bem-sucedidos envolvidos no ensino da educação prática requer uma combinação de educação, experiência, conhecimento (Beitz & Weiland, 2005) e competências de avaliação (Betany & Yarwood, 2010) que devem ser apoiadas através do tempo alocado para o desenvolvimento profissional inicial e contínuo.

Pedagogia da Educação para Facilitar a Prática da Aprendizagem Educativa

A educação em práticas de qualidade em enfermagem requer uma abordagem que facilite a aprendizagem do estudante e, ao mesmo tempo, sustente um ambiente de apoio (Rowbothan, 2010). Um estudo descritivo comparativo de Beitz e Weiland (2005), classificado como forte na qualidade metodológica, utilizou a análise de questões abertas para identificar o que os estudantes de enfermagem valorizavam no corpo docente de enfermagem que facilitava a aprendizagem e tornava o ensino prático agradável e interessante. Aspectos negativos da capacidade de ensino dos educadores destacados pelos estudantes foram “seguir um guião” e uma falha em enfatizar as habilidades de pensamento crítico na sua aprendizagem (Beitz & Weiland, 2005). Em contraste, os estudantes sentiram que as competências de enfermagem entre os professores que facilitaram a aprendizagem foram: modelos positivos, relevância na prática, construção de confiança e dar em tempo oportuno feedback eficaz (Beitz & Weiland, 2005).

Para proporcionar experiências de educação prática de alta qualidade, os educadores de enfermagem devem estar preparados para considerar novas abordagens para fornecer conteúdo e promover o pensamento analítico na educação em enfermagem. Isto requer ir além de uma **pedagogia comportamental uniforme**^G (Diekelmann, 1993, citado em Cox, 1998), que afirma que um ensino eficaz pode ser demonstrado através de um comportamento aprendido observado. Os docentes de enfermagem designados como professores de educação prática precisam de estar preparados para o uso de tecnologias de aprendizagem como a simulação (ver recomendação 4.1), estratégias de aprendizagem ativa e aplicarem abordagens de ensino e aprendizagem atuais (Abbott & Coenen, 2008; Barry, Blum, Eggenberger, Palmer-Hickman, & Mosley, 2009). Promover um ambiente de comunicação aberta, apoio e diálogo contínuo entre os educadores de enfermagem, pode ajudar na partilha de conhecimento e na integração de pedagogias efetivas de educação prática em todos os programas, com abordagens novas e criativas (Rosetti & Fox, 2009).

Avaliação dos Resultados de Aprendizagem e Estratégias de Avaliação

Exige-se que os professores saibam (a) como projetar e usar abordagens de avaliação eficazes, (b) como controlar o que é aprendido, (c) como o processo pode ser adaptado para garantir equidade entre os estudantes de enfermagem e (d) como a segurança da pessoa e do profissional é considerada na prática (Betany & Yarwood, 2010). A hesitação dos enfermeiros educadores reprovar o estudante tem sido atribuída à falta de documentação, ao medo de litígios com recursos e à falta de confiança na decisão da avaliação “falhar” (Boley & Whitney, 2003; Dudek, Marks, & Regehr, 2005; Scanlan & Care, 2004). Os processos de avaliação nos programas de enfermagem precisam de ser revistos e reformulados conforme necessário, de acordo com o resultado da avaliação, pois isso irá garantir que os métodos utilizados sejam relevantes e relacionados com as competências para o ingresso na prática de enfermagem (Chavez, Bender, Hardie, & Gastaldo, 2010).

Idealmente, a avaliação clínica deveria exigir que os estudantes “demonstrassem a sua competência para pensar, decidir e agir no mundo clínico real” (Tiwari et al., 2005, p. 305). Esta forma de avaliação, conhecida como “avaliação autêntica” (Wiggins, 1989, e Torrance, 1994, citado em Tiwari et al., 2005) é a forma mais adequada de testar as competências dos profissionais. Pode assumir a forma de uma demonstração de competências e conhecimentos em situações da vida real, uma análise de um incidente crítico ou uma reflexão sobre a prática real. Este tipo de avaliação reforça a intenção do currículo, que é desenvolver uma variedade de competências clínicas básicas e avançadas, relacionar os conhecimentos teóricos e os cuidados à pessoa, em contexto clínico e integrar as normas e os valores da profissão de enfermagem (Tiwari et al., 2005).

O *feedback* durante a avaliação também é importante para a progressão e desenvolvimento profissional dos estudantes. Um estudo qualitativo de Kelly (2007), classificado como moderado na qualidade metodológica, apresentou resultados que sugerem que os estudantes de enfermagem valorizavam o *feedback* privado e oportuno dentro de um ambiente de prática clínica. Além disso, o estudo de caso de Glover (2000) utilizando dados quantitativos e qualitativos, classificados como moderados na qualidade metodológica, destacou a relevância do *feedback*, para estudantes do terceiro ano de enfermagem, em serviços de cuidados de pessoas com doença aguda, na Austrália. Os principais fatores que influenciaram o impacto do *feedback* foram o seu imediatismo, com base no comportamento, foco no estudante, balanço do *feedback* positivo e negativo e intenção de melhorar a prática do estudante - todas as áreas que devem ser consideradas quando as instituições de ensino estão a orientar o corpo docente em critérios de avaliação (Glover, 2000). Consulte o **Apêndice E** para sugerir estratégias que podem ser usadas por educadores de enfermagem, preceptores e instrutores de enfermagem clínica para dar *feedback* clínico aos estudantes de enfermagem após uma experiência de educação prática.

RECOMENDAÇÃO 3.2:

Assegurar que os instrutores de enfermagem clínica possuam conhecimentos teóricos atuais e experiência clínica, e apoiar oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo para promover a transferência da teoria para a prática.

Nível de evidência = IV

Discussão da Evidência:

A supervisão clínica pode influenciar o desenvolvimento profissional e pessoal dos estudantes, a preparação para o planeamento de carreira, as visões da profissão de enfermagem e a motivação para a aprendizagem contínua ao longo das suas carreiras (Haggman-Laitila, Elina, Riitta, Kirsi, & Leena, 2007). Os instrutores de enfermagem clínica que prestam apoio aos estudantes durante os estágios clínicos devem ser adequadamente preparados e apoiados no seu papel para que possam fornecer supervisão de qualidade (Browning & Pront, 2015; Drennan, 2002; Higgins & McCarthy,

2005) e sentirem-se confiantes e competentes (Cheraghi, Salasi, & Ahmadi, 2007). Mais concretamente, os instrutores de enfermagem devem ter conhecimentos teóricos e clínicos e experiência prática atual dentro de um ambiente de prática clínica (Cheraghi et al., 2007). Os instrutores de enfermagem clínica que são conhecedores dessas áreas também podem ter uma consciência da cultura e das políticas da sua organização e podem capacitar os estudantes a entender como esses elementos influenciam o cuidado à pessoa. Portanto, as instituições de ensino devem apoiar as oportunidades de desenvolvimento educacional contínuo na prática clínica e garantir que os novos instrutores de enfermagem clínica tenham experiência clínica diversificada relacionada com o conteúdo que lecionam (Cheraghi et al., 2007).

Experiência clínica adequada

As lacunas percebidas na experiência prática recente e no conhecimento teórico possuído pelos instrutores de enfermagem clínica podem ser um elemento que pode inibir a transferência da teoria da sala de aula para a prática clínica (Cheraghi et al., 2007). Isso foi relatado por investigadores que conduziram um estudo de teoria fundamentada, classificado como forte na qualidade metodológica, que analisou a transferência da teoria para a prática durante as experiências de educação prática. A maioria dos enfermeiros e estudantes de enfermagem entrevistados neste estudo enfatizaram que as competências que lhes foram ensinadas num ambiente acadêmico não se assemelhavam muito ao que foi enfatizado dentro do ambiente de prática clínica (Cheraghi et al., 2007), o que pode ser um reflexo do desenvolvimento profissional contínuo inadequado entre os instrutores. Por vezes, os estudantes e os seus instrutores clínicos sentiram que apenas seguiam as rotinas existentes na instituição de prestação de cuidados o que pode ter ampliado ainda mais a lacuna da prática teórica ao inibir a transferência de novas práticas para esse cenário (Cheraghi et al., 2007). Os participantes também sentiram que algumas das características importantes dos instrutores clínicos incluíam ter uma especialidade num campo clínico específico, bem como uma vasta experiência de prática clínica atual (Cheraghi et al., 2007).

Sendo assim, as instituições de ensino devem estar cientes da extensão da experiência clínica e da formação entre os instrutores e se esta é atual ou não. Esta experiência deve ser complementada com oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo, através da prática ou de uma instituição de ensino, a fim de promover a transferência contínua da teoria para a prática. As oportunidades de desenvolvimento contínuo incluem o curso de certificado de instrutor clínico da Canadian Association of Schools of Nursing (CASN), que oferece educação a enfermeiros registados, interessados em educação continua em tópicos relacionados com a educação clínica no nível licenciatura (CASN, 2016). Este curso inclui processos de avaliação estruturados para garantir que a competência é validada externamente (CASN, 2016). Alguns cursos semelhantes são oferecidos por instituições de ensino e frequentemente em formatos on-line. Iniciativas comparáveis a estas devem ser apoiadas pelas instituições de ensino, como forma de promover a educação continua entre os docentes envolvidos como instrutores clínicos de enfermagem de forma avaliada e validada.

4.0 CURRÍCULO

RECOMENDAÇÃO 4.1:

Incorporar experiências de aprendizagem simuladas de alta qualidade no currículo para complementar a educação prática, tendo em conta o seguinte:

- a simulação não substitui a educação prática;
- as experiências de simulação exigem corpo docente proficiente no ensino de simulação;
- as oportunidades de *debriefing* estruturado após a aprendizagem por simulação fortalecem a experiência; e ainda
- as experiências de simulação de qualidade exigem tempo adequado, pré-planeamento e atenção ao tamanho do grupo.

Nível de evidência = Ib-V

Discussão da Evidência:

A aprendizagem por simulação digital de alta qualidade é reconhecida por proporcionar resultados de aprendizagem semelhantes aos dos métodos tradicionais de ensino presencial em algumas situações, como demonstrado por Bloomfield, Roberts, & While (2010) num ensaio clínico randomizado e controlado. A simulação, como preparação para a prática de enfermagem aumenta a retenção de conhecimentos, a aquisição de habilidades, a satisfação do estudante, o pensamento crítico, a autoconfiança e as habilidades de resolução de problemas (Childs & Supplest, 2006; Jeffries, 2006; Wagner, Urso, & Sander, 2009). O uso da aprendizagem simulada reduz a pressão sobre os ambientes clínicos para o ensino/aprendizagem e oferece ao corpo docente a oportunidade de avaliar o progresso do estudante ou a competência relacionada com as habilidades clínicas e intervenções de enfermagem num ambiente controlado (NLN, 2014). As experiências de simulação dentro de laboratórios de **habilidades clínicas**^G podem também aliviar a incerteza do estudante em relação à prática de enfermagem e aumentam a autoconfiança do estudante quando entram num ambiente clínico (Reilly & Spratt, 2007). Além disso, uma preparação adequada, no fundamental das habilidades clínicas, antes de entrar num ambiente de prática são um elemento essencial para fornecer cuidados holísticos (Chesser-Smyth, 2005). Assim, a simulação deve ser integrada na educação em enfermagem como complemento das experiências de educação prática em ambientes clínicos (Bloomfield et al., 2010; NLN, 2014).

A Simulação como Estratégia para a Educação Prática

A simulação não é uma estratégia de substituição para a educação prática. Em vez disso, fornece um recurso para aumentar a experiência prática, preparando os estudantes para a prática, além de fornecer um mecanismo para remediação de habilidades ou tarefas específicas. O valor da experiência clínica e o desenvolvimento de competências práticas devem continuar a ser o foco da aprendizagem clínica (Grealish & Trevitt, 2005). Além disso, estudos correlacionais quase experimentais (Smith & Barry, 2013a) e descritivos (Smith Barry, 2013b) também testaram o conhecimento de estudantes de enfermagem antes e após a conclusão de uma experiência de simulação de cuidados domiciliares. Ambos os estudos, classificados como moderados na qualidade metodológica, revelaram que, embora não tenha havido mudanças significativas nos escores de conhecimento entre os grupos após a experiência, houve um aumento nos escores de confiança autorrelatados dos estudantes (Smith & Barry, 2013a, 2013b). Embora estes dois estudos tenham utilizado modelos semelhantes de simulação, existem vários modelos e métodos para integrar essas experiências. Pesquisas adicionais devem comparar várias simulações

com experiências de educação prática para revelar lacunas na aprendizagem por simulação ou como as duas abordagens de aplicação clínica poderiam complementar-se na educação.

Para ajudar nesta área, a Canadian Association of Schools of Nursing (CASN) (2015) lançou um documento complementar para o seu Quadro Nacional de Educação em Enfermagem intitulado *Guidelines for Clinical Placements and Simulation* que fornece as principais características e diferenças entre experiências de estágios clínicos e experiências de simulação. Estes guias orientadores podem ser acedidas através do site da CASN em <http://casn.ca/wp-content/uploads/2015/11/Draft-clinical-sim-2015.pdf> e fornecem informações mais detalhadas sobre tipos de aprendizagem de simulação e guias orientadores para essa abordagem (CASN, 2015). As experiências de simulação também devem ser desenvolvidas de acordo com um modelo ou quadro teórico para garantir que a simulação segue um formato consistente e abrangente que tenha em conta múltiplos fatores na aprendizagem dos estudantes. Ver **Apêndice F** para obter informações sobre a NLN Jeffries Simulation Theory (2016) e as etapas na construção de uma experiência de simulação.

Disponibilidade de Docentes Formados em Aprendizagem por Simulação

A simulação fornece um ambiente para que os educadores de enfermagem ensinem conteúdo factual relacionado com a prática e os princípios para o cuidado seguro e eficaz da pessoa dentro de um ambiente clínico padronizado (NLN, 2014). No entanto, antes de incorporar a aprendizagem por simulação, há vários fatores a considerar. É importante garantir a disponibilidade de docentes experientes na utilização da pedagogia da simulação e de pessoal devidamente treinado para sustentar o centro de competências clínicas ou o ambiente laboratorial (Childs & Supplest, 2006; NLN, 2014). Devem ser consideradas as oportunidades para o desenvolvimento contínuo do corpo docente, bem como o uso de simulação, pesquisa baseada em evidências e melhores práticas.

Os recursos para manter um ambiente de simulação de qualidade também são necessários, incluindo orçamento para ferramentas como manequins, e o corpo docente deve ser suficientemente treinado no uso de tais ferramentas de simulação, inclusive por meio do desenvolvimento educacional contínuo do corpo docente (Smith & Barry, 2013a).

Oportunidade de *Debriefing* após a simulação

A reflexão guiada ou *debriefing* é um aspeto importante do uso da simulação como estratégia de ensino/aprendizagem (Jeffries, 2006; NLN, 2014). Devem ser incorporadas oportunidades estruturadas de reflexão após a experiência de simulação, para fornecer aos estudantes *feedback* sobre a sua tomada de decisão (NLN, 2014). Isso também proporciona tempo para os estudantes refletirem sobre a sua experiência, emoções e competência clínica. O papel do corpo docente é o de facilitador e, ao planear a simulação, a reflexão após a experiência deve ter o mesmo tempo que a simulação real (Jeffries, 2006). O *debriefing* também deve ser baseado na teoria, e os facilitadores que orientam este exercício devem ser regularmente avaliados quanto à sua competência nesta abordagem (NLN, 2014).

Tempo, planeamento e tamanho do grupo necessários

O desenvolvimento e implementação de experiências de simulação de qualidade requer tempo e planeamento. Os membros do corpo docente precisam de afetar tempo ao planeamento e desenvolvimento de cenários abrangentes que reflitam as realidades do ambiente clínico. A experiência de simulação em si não deve ser apressada, e os estudantes e os professores precisam de ter a oportunidade adequada para passar pela simulação. Isso inclui a preparação adequada do estudante para a experiência e tempo adequado para o *debriefing* após conclusão da simulação (Childs & Supplest, 2006; NLN, 2014).

Como parte do planeamento, relativamente ao grupo de simulação, um estudo descritivo apenas pós-teste, classificado como moderado na qualidade metodológica, constatou que os resultados de aprendizagem foram

semelhantes para estudantes de enfermagem, independentemente de terem ou não participado de uma experiência de simulação ou se foram simplesmente observadores (Smith & Barry, 2013b). Este resultado pode indicar que o corpo docente pode fornecer experiências de simulação com grupos maiores de estudantes ou em ambientes de sala de aula maiores, mesmo que alguns estudantes não possam participar diretamente, pode haver benefícios para aqueles que observam a experiência (Smith & Barry, 2013b). No entanto, outras pesquisas apoiam grupos menores que promovem a aprendizagem tátil em detrimento da observação para todos os estudantes sempre que os recursos e o tempo o permitam (Childs & Supplest, 2006). Portanto, os programas de enfermagem e o corpo docente devem considerar múltiplos fatores ao decidir o tamanho do grupo de simulação, incluindo a natureza da simulação, os recursos necessários para a experiência (como o número de professores, manequins ou computadores) e qual a abordagem que maximizará os benefícios para todos os estudantes.

RECOMENDAÇÃO 4.2:

Integrar estratégias inovadoras no currículo que promovam o pensamento crítico nos estudantes de enfermagem para prepará-los para a transição para a prática, incluindo discussões em classe sobre questões clínicas-chave ou estudos de caso, escrita reflexiva e o uso de ambientes virtuais de cuidados de saúde.

Nível de evidência = III

Discussão de Evidência:

A enfermagem, como disciplina aplicada, deve considerar a abordagem do continuum teoria-prática e como o incentivo ao pensamento crítico pode ajudar a preencher a lacuna entre os dois campos. Enquanto alguns educadores de enfermagem promovem a realização de tarefas, outros enfatizam o pensamento crítico como chave para a tomada de decisão clínica na prática e implementação do processo de enfermagem (Chow & Suen, 2001; Cope, Cuthbertson, & Stoddart, 2000; Henderson, 2002). O pensamento crítico, como conceito de enfermagem, é definido de várias maneiras em toda a literatura de enfermagem, embora os principais componentes muitas vezes incluam a colheita e a procura de informações, o questionamento e a investigação, a análise e a avaliação, a resolução de problemas e a aplicação da teoria (Chan, 2013). O pensamento crítico como componente central da tomada de decisão prática deve tornar-se a norma na educação prática para que os estudantes de enfermagem prosperem dentro do sistema de saúde em constante evolução e transitem com sucesso para a prática. Para tal, o currículo de enfermagem deve integrar e maximizar as oportunidades de desenvolvimento, fomentar e avaliar as habilidades de pensamento crítico dos estudantes dentro da sala de aula, pois isso garantirá que este seja transferido para o ambiente de prática clínica (Arreciado Maranan & Isla Pera, 2015; Henderson, 2002).

Currículo concebido pelos Docentes de Enfermagem

Ao reconhecer a lacuna teoria-prática, os programas de enfermagem devem refletir sobre a integração de conceitos num cenário de prática aplicável e focar na colaboração entre o que é ensinado em sala de aula e o que é demonstrado na prática (Arreciado Maranan & Isla Pera, 2015; Henderson, 2002). Um estudo etnográfico, classificado como moderado na qualidade metodológica, constatou que os estágios clínicos são percebidos pelos estudantes de enfermagem como tendo um papel central na descoberta da sua identidade profissional e os estudantes muitas vezes dão maior importância aos estágios clínicos em comparação com a teoria da sala de aula no desenvolvimento do seu papel profissional (Arreciado Maranan & Isla Pera, 2015). No entanto, tanto as experiências de formação teórica como prática em sala de aula que ocorrem dentro de um ambiente clínico são estratégias importantes para o desenvolvimento da identidade profissional e educação dos estudantes (Arreciado Maranan & Isla Pera, 2015). Portanto, para que ambas as

abordagens sejam significativas e benéficas para os estudantes de enfermagem, as estratégias de integração teórica em sala de aula devem facilitar uma aprendizagem ativa e reflexiva que promova e sustente o pensamento crítico também em ambientes de prática (Arreciado Maranan & Isla Pera, 2015; Henderson, 2002).

Embora ainda exista uma lacuna na investigação sobre como ensinar e avaliar o pensamento crítico de forma consistente e eficaz dentro do ensino da prática de enfermagem, têm sido desenvolvidas estratégias inovadoras e avaliadas na literatura (Chan, 2013). As estratégias mais comumente usadas para promover o pensamento crítico que podem ser transferidas para a prática, incluem métodos de questionamento para estimular a discussão e escrita reflexiva, usando orientações e perguntas específicas e resolução de estudos clínicos baseados em casos (Chan, 2013). Outro método de facilitar o pensamento crítico em situações de prática inclui a participação dos estudantes num ambiente virtual de cuidados de saúde, onde os estudantes abordam vinhetas baseadas em problemas como um meio de praticar habilidades de avaliação, análise, capacidade de comunicação e intervenções terapêuticas de enfermagem (Ward & Killian, 2011). A discussão dinâmica de questões-chave após a participação num ambiente virtual de saúde também pode ser utilizada para a aprendizagem ativa do material.

A integração de elementos que promovam o pensamento crítico na sala de aula pode preparar os estudantes para as questões ou problemas que podem encontrar ao entrar num ambiente de prática e podem influenciar a compreensão do estudante sobre o que é esperado do seu papel como estudante de enfermagem. Este nível de planeamento e consciência das expectativas pode ajudar a aliviar o stress associado às transições situacionais dos estudantes da sala de aula para o ambiente de prática (Schumacher & Meleis, 1994). Os programas de enfermagem devem apoiar o corpo docente a incorporar diversas estratégias no currículo de enfermagem que envolvam os estudantes na análise crítica de potenciais situações de prática para que estejam adequadamente preparados quando estão em ambiente clínico.



Recomendações para as Instituições de prestação de cuidados de saúde

5.0 INSTITUIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

RECOMENDAÇÃO 5.1:

Envolvimento em colaboração contínua com instituições de ensino para desenvolver estratégias que promovam um ambiente de aprendizagem favorável para estudantes de enfermagem e incentivem a comunicação entre funcionários da instituição de prestação de cuidados, enfermeiros e membros do corpo docente de enfermagem.

Nível de evidência = IV

Discussão da Evidência:

As experiências de aprendizagem dos estudantes são muitas vezes influenciadas por encontros com professores, preceptores, outros enfermeiros da equipa, pessoas e as suas famílias (Baxter & Rideout, 2006). Como tal, deve ser considerado o ambiente e os múltiplos fatores que podem afetar a experiência. Há evidências que sustentam a importância do ambiente de aprendizagem clínica e como a sua atmosfera pode afetar a formação dos estudantes de enfermagem (CNO, 2009; Palmer et al., 2005). Em particular, a colaboração e a comunicação entre os enfermeiros das instituições de prestação de cuidados e os estudantes de enfermagem são importantes e, um enfermeiro da equipa que esteja genuinamente interessado na qualidade da educação dos estudantes pode proporcionar uma atmosfera de aprendizagem de qualidade, forjando uma relação profissional de confiança (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2006). O respeito mútuo e a consideração pelos outros dentro de um ambiente clínico também demonstraram ter um impacto positivo na autoestima dos estudantes (Chesser-Smyth, 2005; RNAO, 2006) e sentir-se parte da equipa pode reduzir a ansiedade dos estudantes e fomentar a autoconfiança. As instituições de prestação de cuidados devem colaborar com os programas de enfermagem para apoiar a comunicação aberta com o corpo clínico sobre os detalhes dos estágios dos estudantes, para garantir que os enfermeiros da equipa estejam preparados para receber os estudantes na unidade, cientes do seu papel potencial na mentoria ou orientação e capazes de entrar em contacto com um membro do corpo docente conforme necessário (Levett-Jones et al., 2006; Palmer et al., 2005).

Promover um ambiente de aprendizagem favorável

Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de apoiar a educação e o crescimento profissional dos estudantes e todos os enfermeiros e estudantes necessitam de um ambiente adaptado e propício à aprendizagem prática (CNO, 2009). No entanto, a barreira à colaboração entre a equipa de enfermagem e os estudantes pode impedir a aprendizagem e influenciar a qualidade do ensino na prática. Num estudo de métodos mistos conduzido por Drennan (2002), classificado como moderado na qualidade metodológica, verificou-se que os membros do corpo clínico estavam muitas vezes muito ocupados com os cuidados à pessoa, careciam de habilidades de ensino e aprendizagem e pareciam ter pouco conhecimento sobre o programa e o nível de competência do estudante. Observou-se que aqueles que fornecem supervisão clínica no ambiente de prática precisam de colaborar com as instituições de prestação de cuidados para garantir que todos os membros da equipa estejam cientes das necessidades de aprendizagem e do nível de habilidade dos estudantes, a fim de permitir cuidados seguros e competentes (Drennan, 2002). Além disso, as instituições de prestação de cuidados podem apoiar os enfermeiros da equipa a envolverem-se em relações de ensino e, em última análise, criar um

ambiente de aprendizagem favorável através de uma série de métodos, incluindo (a) trabalhar com instrutores de enfermagem clínica para incentivar os estudantes a completar o máximo possível de cuidados de enfermagem em cada turno, (b) dar informações aos enfermeiros das equipas sobre o nível de habilidade dos estudantes, (c) incentivar e promover o acesso dos estudantes aos relatórios da equipa, para os ajudar a sentirem-se acolhidos e integrados na equipa de cuidados de saúde, e (d) disponibilizar fontes de informação ou educação aos enfermeiros da equipa sobre como orientar efetivamente os estudantes (Palmer et al., 2005).

Comunicação entre o Corpo Docente de Enfermagem e o Equipa de Enfermagem

Deve existir igualmente colaboração e comunicação contínua entre a equipa de enfermagem das instituições de prestação de cuidados e os docentes de enfermagem. Utilizando um projeto de melhoria de qualidade Levett-Jones et al. (2006) identificaram a importância de a equipa hospitalar poder entrar em contacto com alguém da instituição de ensino para colocação de dúvidas ou preocupações relacionadas com as expectativas da experiência clínica e do desempenho do estudante. As equipas da instituição de prestação de cuidados expressaram frustração e, ocasionalmente, desilusão perante a indisponibilidade imediata deste tipo de apoio (Levett-Jones et al., 2006). Num estudo descritivo classificado como moderado na qualidade metodológica, Bos et al. (2009) referiu que a falta de formação relacionada com o papel, a dificuldade em manter-se atualizado com as mudanças de programa e a falta de apoio da instituição de ensino também foram identificadas como problemáticas para a equipa de enfermagem. No sentido de facilitar oportunidades de aprendizagem bem-sucedidas e mutuamente benéficas para estudantes e profissionais de enfermagem, as instituições de prestação de cuidados devem colaborar com as instituições de ensino para garantir que as estratégias de comunicação entre professores e equipa sejam efetivas. Essas estratégias devem assegurar que a equipa de enfermagem seja capaz de contactar regularmente os membros nomeados do corpo docente, sobre o desempenho ou as preocupações dos estudantes (Levett-Jones et al., 2006), e que as informações e as expectativas sobre o seu papel sejam claras e fornecidas antes do início do estágio do estudante (Palmer et al., 2005).

RECOMENDAÇÃO 5.2:

Criar parcerias mutuamente benéficas com programas académicos de enfermagem que promovam a educação de práticas de qualidade e apoiem estratégias para abordar lacunas nos serviços, incluindo a oferta de funções de instrutor clínico para a equipa de enfermagem e o aumento do recrutamento de novos graduados.

Nível de evidência = Ia

Discussão de Evidência:

A promoção de parcerias entre programas académicos de enfermagem e instituições de prestação de cuidados pode ser mutuamente benéfica para cada instituição, além de proporcionar novas oportunidades de práticas educacionais para os estudantes (Connolly & Wilson, 2008; Murray, 2008). Nos últimos anos, novas parcerias entre programas académicos e instituições de prestação de cuidados têm fomentado um aumento nas modalidades de prática interprofissional e de base comunitária e a expansão de oportunidades internacionais para o desenvolvimento de competências clínicas (Baiardi, Brush, & Lapidés, 2010; Delunas e Rooda, 2009; Huckabay, 2009; Kreulen, Bednarz, Wehrwein, Davis, 2008). As **parcerias académicos-serviços^G**, como são frequentemente chamadas, podem apresentar uma solução para a escassez de professores de enfermagem e simultaneamente dar à equipa experiente a oportunidade de expandir a sua experiência de orientação e educação (Connolly & Wilson, 2008; Murray, 2008). As instituições de prestação de cuidados e os programas de enfermagem devem criar parcerias coesas que apoiem e sustentem estratégias para abordar as lacunas existentes nos serviços por parte de ambas as instituições (Connolly & Wilson, 2008).

Estratégias e Benefícios para a Criação de Parcerias

Existem vários exemplos na literatura que referem a criação de parcerias que visam especificamente formas de reduzir academicamente a escassez de enfermeiros. Connolly e Wilson (2008) na revisão da literatura sobre parcerias academia-serviços, identificaram de que forma a escassez de acadêmicos de enfermagem poderia ser abordada através de parcerias com instituições de prestação de cuidados. Embora os métodos desta revisão estivessem em grande parte ausentes da publicação, esta apresentou um panorama abrangente das parcerias entre o meio acadêmico e os serviços que é importante mencionar. Na literatura existente, Connolly e Wilson identificaram que prestar funções de educador de enfermagem ou instrutor clínico para enfermeiros de prática avançada e profissionais experientes pode ajudar a resolver a escassez nas instituições de ensino, ao mesmo tempo que permite que a equipa receba formação em orientação clínica. Em troca, a instituição de prestação de cuidados pode promover o aumento do recrutamento de novos enfermeiros graduados e oferecer experiências de aprendizagem clínica na instituição de prestação de cuidados (Connolly & Wilson, 2008). Os investigadores também observaram que as instituições de ensino e as instituições de prestação de serviços podem colaborar através de bolsas de investigação, tornando-se mutuamente benéfico para ambas as instituições (Connolly e Wilson, 2008). Para que esta abordagem seja eficaz, os riscos e retornos para ambas as instituições devem ser compreendidos e discutidos antes de se formar parcerias, e os funcionários que atuam como formadores devem receber a formação ou treino necessários, bem como um permitir que se ausentem das suas funções clínicas (Murray, 2008).

Parceiros afiliados ou reuniões conjuntas são outras estratégias de parceria que podem envolver membros do corpo docente, assumindo posições de pesquisa clínica ou formação, ou enfermeiros da equipa que se tornam educadores com acesso a recursos académicos (Budgen & Gamrath, 2008). As instituições de prestação de cuidados devem colaborar com os programas de enfermagem para desenvolver estratégias para prevenir o esgotamento ou a sobrecarga de trabalho nas equipas que assumem papéis clínicos e de educação, e as expectativas de educação prática devem ser claramente definidas para que os estudantes beneficiem (Budgen & Gamrath, 2008). A partir da colaboração contínua entre instituições de prestação de cuidados e programas académicos de enfermagem, ambas as organizações podem definir claramente as suas expectativas e criar estratégias para melhor implementar e avaliar essa abordagem à educação e à prestação de cuidados.

A capacidade de desenvolver parcerias sustentáveis com várias instituições de prestação de cuidados, incluindo aquelas orientadas para a comunidade (ver recomendação 1.2 para o uso de estágios comunitários), também é fundamental para garantir oportunidades adequadas de estágios clínicos para estudantes de enfermagem (Baiardi et al., 2010; Huckabay, 2009; Kreulen et al., 2008). As parcerias criativas com instituições de prestação de cuidados, como programas de imigrantes-refugiados e organizações internacionais de saúde podem resultar no desenvolvimento e utilização de contextos de prática alternativos (Callen & Lee, 2009). Esses ambientes proporcionam aos estudantes experiências de consciência cultural e conhecimento das práticas e crenças locais de cuidados de saúde, e melhoram o acesso das pessoas aos cuidados (Wros & Archer, 2010). Além disso, as oportunidades que incluem resposta a desastres relacionados com eventos de curto prazo (como furacões) precisam de ser facilitadas para fornecer mais benefícios aos estudantes e prestadores de serviços comunitários (Richards, Novak, & Davis, 2009).

RECOMENDAÇÃO 5.3:

Proporcionar experiências de aprendizagem interprofissional para estudantes de enfermagem que promovam a colaboração e o estabelecimento de objetivos mútuos com outras disciplinas de saúde no processo de prestação de cuidados ou de prestação de programas.

Nível de evidência = Ia

Discussão de Evidências:

É cada vez mais consensual que o trabalho em equipa interprofissional é uma característica essencial da reforma da saúde (Kearney, 2008; Kydona, Malamis, Giasnetsova, Tsiora, & Gritsi-Gerogianni, 2010). A educação interprofissional é uma tentativa de mudar a cultura da educação de silos profissionais para uma cultura em que os profissionais de saúde são educados em conjunto ao longo da sua formação (Dacey, Murphy, Anderson, & McCloskey, 2010; Herbert, 2005). O principal objetivo da educação interprofissional é desenvolver estudantes de diferentes profissões de saúde que tenham conhecimentos, habilidades e atitudes para se tornarem membros colaborativos da equipa (Oandasan & Reeves, 2005).

Embora se reconheça que é necessário ter competências e conhecimentos específicos da profissão, os estudantes precisam de interações interprofissionais para aprenderem a tornar-se parceiros colaborativos no cuidado das pessoas e das suas famílias (Kydona et al., 2010; Oandasan e Reeves, 2005; Pelling, Kalen, Hammar, & Wahlstrom, 2011; Sacerdote et al., 2008; Warner et al., 2010).

As instituições de prestação de cuidados devem colaborar com as instituições de ensino para promover oportunidades de aprendizagem interprofissional quando e onde for possível (Oandasan & Reeves, 2005), e devem prestar informações ao pessoal sobre os benefícios de tal abordagem. Esta abordagem é apoiada por uma revisão sistemática da literatura por Oandasan e Reeves (2005). Embora os métodos da revisão de Oandasan e Reeves estivessem em grande parte ausentes, esta baseia-se num capítulo mais abrangente escrito para um relatório da Health Canada sobre educação interprofissional (Oandasan et al., 2004).

Programas de Integração da Aprendizagem Interprofissional

Os programas existentes podem fornecer contexto para as instituições de ensino e instituições de prestação de cuidados sobre como a educação interprofissional pode ser desenvolvida e implementada. Programas como o Programa de Educação Interprofissional desenvolvido pelo The Shiner's Hospitals for Children no Canadá têm sido relatados como forma de melhorar a prática interprofissional (Takahashi, Brissette, & Thorstad, 2010), e estes poderiam ser utilizados como uma estrutura orientadora para outras instituições de prestação de cuidados, em parceria com instituições de ensino. Por exemplo, o Programa de Educação Interprofissional, envolveu estudantes de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional que participaram de dias de clínica sobre a espinha bífida, pesquisando sobre informações relativas às pessoas e desenvolvendo planos de cuidados que abordavam objetivos mútuos (Takahashi et al., 2010). Foi recolhido feedback qualitativo informal junto dos estudantes, após o seu envolvimento no programa, que relataram um aumento na compreensão dos seus papéis e dos outros. Indicaram também que tinham uma visão mais holística das pessoas e das famílias, demonstraram a sua capacidade de trabalhar em equipa e mostraram a sua capacidade de criar planos de cuidados colaborativos (Takahashi et al., 2010). As abordagens de aprendizagem de serviços baseados na comunidade também estão a ser apoiadas por instituições de prestação de cuidados e instituições de ensino como forma de integrar experiências de aprendizagem interprofissional em organizações comunitárias (Dacey et al., 2010). Alguns exemplos incluem a integração de programas de promoção da saúde em unidades de vida-assistida que são criados e geridos por uma equipa interprofissional de estudantes matriculados em programas de enfermagem, psicologia da saúde, pré-medicina e farmácia (Dacey et al., 2010).

O apoio à educação interprofissional também pode ajudar as instituições de prestação de cuidados a integrar mais práticas interprofissionais dentro da sua organização, o que pode, em última análise, levar a uma maior eficiência e desempenho dentro das unidades. Isso foi demonstrado por Kydona et al. (2010) que exploraram o trabalho em equipa interprofissional dentro da UTI num estudo transversal, classificado como moderado na qualidade metodológica. Os investigadores descobriram que os profissionais valorizavam o trabalho em equipa dentro do seu ambiente de trabalho e viam-no como importante para um desempenho profissional eficaz (Kydona et al., 2010). A reação dos estudantes à educação interprofissional tende a ser mais positiva se houver uma relevância direta entre esta abordagem e a sua prática futura e, portanto, muitas iniciativas de educação interprofissional utilizam abordagens baseadas na prática clínica (Oandsan & Reeves, 2005). As instituições de prestação de cuidados devem ser recetivas a essas iniciativas e colaborar com a academia de enfermagem e com os programas de saúde para garantir que a educação interprofissional é apoiada dentro da organização.



Recomendações para a política em saúde e ao nível do sistema

6.0 POLÍTICA EM SAÚDE E AO NÍVEL DO SISTEMA

RECOMENDAÇÃO 6.1:

Defender políticas que permitam financiamento suficiente e acesso a corpo docente qualificado, estágios clínicos adequados e relações colaborativas com parceiros dos serviços, para apoiar uma educação prática de qualidade para estudantes de enfermagem.

Nível de evidência = V

Discussão de Evidência:

É um grande desafio equilibrar os objetivos educacionais e as responsabilidades de estudantes, professores e equipas com a necessidade das instituições de prestação de cuidados para fornecer cuidados de alta qualidade com ênfase na segurança da pessoa. Para que a educação prática em enfermagem continue a avançar de acordo com as crescentes demandas de um sistema de saúde complexo, devem estar disponíveis os recursos apropriados para apoiar instrutores e educadores de enfermagem clínica proficientes, uma variedade de estágios clínicos e comunitários e relações colaborativas com organizações de prática clínica (MacFarlane et al., 2007). Os decisores políticos, os decisores institucionais e os principais *stakeholders* (partes interessadas) devem defender um maior financiamento para apoiar serviços que promovam a retenção e o recrutamento de educadores, bem como o acesso a parcerias com prestadores de serviços clínicos e comunitários (MacFarlane et al., 2007).

A CASN (2003) criou um grupo de trabalho e emitiu um inquérito para as escolas de enfermagem canadianas para analisar as questões e barreiras associadas à oferta de educação prática para estudantes de enfermagem. Este relatório foi resumido, com foco nos resultados da pesquisa, por Macfarlane et al (2007). Os investigadores identificaram uma série de barreiras ou problemas para proporcionar experiências de educação clínica, abordadas pelo relatório da CASN:

- Quantidade e qualidade dos estágios: a maioria das escolas que responderam ao inquérito da CASN referiu dificuldades em proporcionar oportunidades adequadas para estágios práticos (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007). As mudanças nas estruturas hospitalares, a diminuição do tempo de permanência, a mudança para cuidados comunitários e outros fatores, resultaram em unidades individuais menores e, como resultado, diminuiu o número de estudantes que podem ser acomodados numa unidade (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007). Isso significa que o corpo docente deve cobrir mais do que uma unidade ao mesmo tempo, o que afeta a sua capacidade de fornecer supervisão adequada aos estudantes (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007).
- Financiamento da educação clínica: cerca de 50 % dos inquiridos identificaram a falta de financiamento como uma questão fundamental (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007). A rotatividade de professores clínicos e os custos associados a novas contratações e mentorias aumentam os desafios de financiamento, e as fórmulas de financiamento existentes não abordam adequadamente os custos reais da educação prática (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007). Por exemplo, os estágios comunitários são mais trabalhosos para organizar e supervisionar do que os estágios tradicionais em cuidados agudos (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007). De um modo geral, existe uma série de ligações entre o défice de financiamento e a oferta de educadores de enfermagem (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007).

- Escassez de professores qualificados: o aumento das exigências de cuidados de saúde, a diminuição do número de enfermeiros, a falta de incentivos para os enfermeiros reforçarem a sua educação formal, os desafios fiscais nas universidades e os desafios práticos com contratos de trabalho de curta duração resultaram numa escassez de educadores de enfermagem (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007). De referir também as aposentadorias e competitividade na oferta de salários no setor de serviços, o que novamente resulta em desafios de recrutamento no setor educacional (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007).
- Aumentar a concorrência nos estágios: as instituições de prestação de cuidados que estão em condições de respeitar a capacidade no que diz respeito ao número crescente de estudantes e aos vários níveis e categorias de estudantes que necessitam de estágios na prática clínica (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007). A decorrente competitividade pelos preciosos locais de estágios clínicos destaca a necessidade de desenvolver novos modelos e abordagens para a educação prática (CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007).

Tendo identificado os desafios, Macfarlane et al. (2007) sugerem que os decisores políticos e os administradores devem defender algumas abordagens fundamentais para ultrapassar estas barreiras. O painel de peritos do guia orientador também apoiou as principais abordagens propostas pelos investigadores:

- aumentar o recurso a estágios comunitários;
- expandir os locais de estágios clínicos não só para os centros urbanos, mas também para as zonas rurais;
- agendamento de horários flexíveis para estágios práticos (por exemplo, abranger sete dias por semana, turnos diurnos e noturnos, horários mais alargados durante o dia ou, consolidar mais experiências em horários diferentes do período abril/maio);
- criação de lugares de **coordenadores clínicos**^G como um cargo estabelecido dentro do ambiente de prática para trabalhar com os enfermeiros e outros programas profissionais, no sentido de facilitar o agendamento de estágios de estudantes; e ainda
- melhorar as relações com os parceiros da prática, a fim de promover ativamente relações fortes entre o corpo docente, os contactos da instituição de prestação de cuidados e os parceiros clínicos. Este processo exige um investimento de tempo e esforço para garantir a manutenção das vias de comunicação (MacFarlane et al., 2007).

RECOMENDAÇÃO 6.2:

Priorizar programas de pesquisa que sejam projetados e financiados para promover a compreensão das estratégias que melhoram a educação prática de qualidade em enfermagem e impactam a ciência da educação em enfermagem.

Nível de evidência = V

Discussão de Evidências:

Embora a pesquisa baseada em evidências relacionada com a educação prática esteja a aumentar, ainda é necessária investigação que compare modelos educacionais de enfermagem e examinem a aprendizagem, os resultados do cuidado à pessoa e os custos relacionados (Budgen & Gamrath, 2008). Alinhados com as recomendações deste guia orientador, é necessário desenvolver mais para avaliar o impacto das experiências clínicas tradicionais versus simulação, os processos de avaliação para este tipo de educação prática, e os rácios docente/estudante que melhor suportam as experiências simuladas (Parker & Myrick, 2010); estratégias eficazes para promover o pensamento crítico (Chan, 2013); e o impacto da educação clínica interprofissional (Pelling et al., 2011). Os decisores políticos, o governo e as instituições de ensino superior devem apoiar e priorizar a investigação na educação da prática de enfermagem e na ciência da educação em enfermagem (NLN, 2007). O apoio à investigação pedagógica em enfermagem pode ajudar a garantir que os futuros graduados em enfermagem possam aprender usando as estratégias mais atuais e baseadas em evidências, permitindo que a profissão continue a enfrentar os desafios de um sistema de saúde em evolução.

O Conselho de decisores da National League for Nursing (NLN) (2007) abordou estas questões na sua declaração de posição *The Need for Funding for Nursing Education Research*. A NLN acredita que há uma necessidade urgente de financiar a investigação que construirá a ciência da educação em enfermagem. Tal ciência deve abordar questões relacionadas com a preparação e desenvolvimento do corpo docente, novas pedagogias que poderão ser implementadas no ensino de enfermagem, competências de nível de pós-graduação para a educação em enfermagem, melhores práticas de ensino e aprendizagem, modelos inovadores de ensino clínico, estratégias de recrutamento e retenção e outros elementos de educação de enfermagem de qualidade (NLN, 2007). No entanto, a NLN salienta que a ciência da educação em enfermagem só pode ser ampliada pela investigação se houver componentes específicos. Os estudiosos especialistas em educação em enfermagem que possam projetar e conduzir pesquisas neste setor, bem como o financiamento governamental ou institucional necessário para realizar essa investigação, são elementos fundamentais para o avanço da investigação em educação em enfermagem (NLN, 2007). Este tipo de investigação deve ser valorizado e apoiado pelos programas acadêmicos de enfermagem e instituições, bem como por membros do corpo docente que incorporam a investigação educacional baseada em evidências no ensino e na prática (NLN, 2007).

A NLN (2007) também fez várias recomendações que apoiam esforços de expansão da investigação em ciência da educação em enfermagem. Algumas dessas recomendações incluem o seguinte:

- o corpo docente deve defender a necessidade de financiar a investigação no ensino de enfermagem junto dos decisores políticos, os *stakeholders* (partes interessadas) e o público;
- o governo e outras organizações, fundações e apoiantes da investigação devem reavaliar as suas iniciativas para incluir o apoio à pesquisa pedagógica em enfermagem; e ainda
- o corpo docente deve estabelecer programas robustos de investigação para o desenvolvimento da ciência da educação em enfermagem (NLN, 2007).

Recomendam igualmente que as escolas de enfermagem e as instituições de ensino forneçam recursos para apoiar a pesquisa pedagógica e uma cultura que valorize e apoie essa via de investigação (NLN, 2007).



Lacunas na investigação e implicações futuras

Ao analisar as evidências para este Guia Orientador, a equipa de desenvolvimento de guia orientador da RNAO identificou as áreas prioritárias para pesquisa estabelecidas na Tabela 2. Estas áreas são amplamente categorizadas quanto à prática, resultado e investigação do sistema de saúde.

Tabela 2. Áreas prioritárias de investigação, resultados e sistemas de saúde

CATEGORIA	ÁREA PRIORITÁRIA DE INVESTIGAÇÃO
Investigação prática	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar o papel da tecnologia nas experiências educativas práticas, incluindo o seu uso no processo de reflexão e como recurso de informação.
	<ul style="list-style-type: none"> Utilização de enfermeiros registados como preceptores clínicos e as potenciais vantagens e desvantagens que podem ocorrer quando preceptores de outras disciplinas recebem estudantes de enfermagem.
	<ul style="list-style-type: none"> Utilização de estratégias de avaliação eficazes para medir a competência clínica em estudantes de enfermagem.
	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar estratégias eficazes de avaliação e gestão para abordar a prática insegura dos estudantes durante a preceptoría e outras experiências de educação prática.
	<ul style="list-style-type: none"> Comparar oportunidades de aprendizagem por simulação para estudantes de enfermagem, para poder esclarecer quais as abordagens mais eficazes.
	<ul style="list-style-type: none"> Definição mais definitiva do que engloba o pensamento crítico na formação da prática de enfermagem.
Resultados da investigação	<ul style="list-style-type: none"> Efetividade das estratégias de educação prática utilizadas para promover o pensamento crítico dos estudantes de enfermagem e os resultados obtidos.
	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de estratégias de apoio à comunicação entre a equipa de enfermagem e as instituições de ensino para facilitar uma educação prática de qualidade.
	<ul style="list-style-type: none"> Viabilidade de parcerias entre instituições de prestação de cuidados e instituições de ensino na criação de consultas conjuntas para o pessoal clínico e para os educadores.
	<ul style="list-style-type: none"> Estratégias mais eficazes para integrar a educação interprofissional no currículo de enfermagem e os resultados dessas estratégias.
Investigação sobre os sistemas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Instituições de prestação de cuidados e políticas institucionais educacionais que promovam parcerias e colaboração na implementação de oportunidades de educação prática e retenção de graduados em enfermagem.
	<ul style="list-style-type: none"> Iniciativas efetivas para apoiar o financiamento governamental para a investigação educacional na prática de enfermagem.
	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de programas robustos de investigação docente sobre a ciência do ensino de enfermagem, implementados por instituições de ensino.

Embora a Tabela 2 não seja exaustiva, pretende identificar e priorizar a necessidade de investigação no que diz respeito à prática de educação em enfermagem. Muitas das recomendações do presente guia orientador baseiam-se em estimativas quantitativas e evidências de investigação qualitativa, mas são necessárias mais investigações substantivas para validar algumas destas recomendações. Aumentar a investigação e as evidências conduzirá a melhores práticas no ensino de enfermagem.

Estratégias de implementação

A implementação de guias orientadores na assistência é multifacetada e desafiadora, sendo preciso mais do que conscientização e distribuição de guias orientadores para encorajar as pessoas a mudar a forma como exercem a prática. Os guias orientadores devem ser adaptados a cada cenário de prática de forma sistemática e participativa para garantir que as recomendações se adequam ao contexto (Harrison, Graham, Fervers, & Hoek, 2013). O RNAO *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2012) (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf) fornece um processo fundamentado para o efeito, como apresentado na página 48.

O conjunto de ferramentas baseia-se em evidências emergentes de que a adoção bem-sucedida das melhores práticas no domínio dos cuidados de saúde é mais provável quando:

- os líderes a todos os níveis estão empenhados em apoiar a implementação dos guias orientadores;
- os guias orientadores são selecionados para implementação através de um processo sistemático e participativo;
- os *stakeholders* (partes interessadas), para as quais os guias orientadores são relevantes, são identificados e envolvidos na aplicação;
- é realizada a avaliação da prontidão ambiental para a aplicação de guias orientadores;
- o guia orientador é adaptado ao contexto local;
- os obstáculos e os facilitadores à utilização do guia orientador são avaliados e abordados;
- são selecionadas intervenções para promover o uso do guia orientador;
- a utilização do guia orientador seja sistematicamente acompanhada e sustentada;
- a avaliação do impacto do guia orientador está integrada no processo; e ainda
- estão disponíveis recursos adequados para completar todos os aspetos da implementação.

O conjunto de ferramentas usa a estrutura Knowledge-to-Action (conhecimento para a ação) (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009) para demonstrar as etapas do processo necessárias para a investigação e síntese do conhecimento. Também orienta a adaptação dos novos conhecimentos à implementação e ao contexto local. O quadro «Conhecimento para a Ação» sugere a identificação e a utilização de ferramentas de conhecimento (tais como os guias orientadores) para identificar lacunas e iniciar o processo de adaptação de novos conhecimentos a contextos locais.

A RNAO está empenhada na implantação e implementação generalizada dos **Guias Orientadores de Boas Práticas** (GOBP). Usamos uma abordagem coordenada para a divulgação, incorporando uma variedade de estratégias, incluindo:

1. A Nursing Best Practice Champion Network®, que desenvolve a capacidade de cada enfermeiro para promover a consciencialização, o envolvimento e a adoção dos GOBP;
2. Conjuntos de ordens de enfermagem, que fornecem declarações de intervenção claras, concisas e acionáveis derivadas das recomendações práticas dos GOBP que podem ser prontamente incorporadas em registos médicos eletrónicos, mas que também podem ser usadas em ambientes suportados em papel ou híbridos; e ainda
3. A designação Best Practice Spotlight Organization® (BPSO)® que suporta a implementação nos níveis da organização e do sistema. AS BPSO*s concentram-se no desenvolvimento de culturas baseadas em evidências com o mandato específico de implementar, avaliar e sustentar múltiplos GOBP de RNAO. Além disso, **oferecemos anualmente a institutos de capacitação para a aprendizagem dos GOBP específicos e a sua implementação** (RNAO, 2012).

As informações sobre as nossas estratégias de implementação podem ser encontradas em

- RNAO Best Practice Champions Network*: <http://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- RNAO Nursing Order Sets: <http://RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets>
- RNAO Best Practice Spotlight Organizations*: <http://RNAO.ca/bpg/bpso>
- RNAO capacity-building learning institutes and other professional development opportunities: <http://RNAO.ca/events>



Descrição do conjunto de ferramentas

Os guias orientadores de melhores práticas só podem ser implementados com sucesso se o planeamento, os recursos e os apoios organizacionais e administrativos forem adequados e se existir acesso apropriado. Para incentivar uma implementação bem-sucedida, um painel de peritos da RNAO composto por enfermeiros, investigadores e administradores desenvolveu o *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2012). O conjunto de ferramentas baseia-se em evidências disponíveis, perspetivas teóricas e **consenso**^G. Recomendamos o conjunto de ferramentas para orientar a implementação de qualquer orientação de prática clínica numa organização de prestação de cuidados de saúde.

O conjunto de ferramentas fornece instruções passo a passo para os indivíduos e grupos envolvidos no planeamento, coordenação e facilitação da implementação do presente guia orientador. Essas etapas refletem um processo que é dinâmico e interativo, e não linear. Por isso, em cada fase é essencial a preparação para as fases seguintes e a reflexão sobre a fase anterior.

Especificamente, o *conjunto* de ferramentas aborda as seguintes etapas principais, conforme ilustrado no quadro «Conhecimento para a ação» (Straus et al., 2009):

1. Identificar o problema: identificar, rever e selecionar conhecimentos (guias orientadores de boas práticas);
2. Adaptar o conhecimento ao contexto local: avaliar barreiras e facilitadores para o uso do conhecimento e identificar recursos;
3. Selecionar, adaptar e implementar intervenções;
4. Monitorizar a utilização do conhecimento;
5. Avaliar resultados; e ainda
6. Sustentar o uso do conhecimento.

A implementação de guias orientadores para facilitar mudanças bem-sucedidas na prática e com impacto clínico positivo é uma tarefa complexa. O conjunto de ferramentas é um recurso fundamental para gerir este processo. Pode ser descarregado em <http://RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition>.

Avaliação e monitorização do presente guia orientador

Ao implementar as recomendações deste guia orientador, pedimos-lhe que considere a forma como irá monitorizar e avaliar a implementação e o impacto deste guia.

O Quadro 3 baseia-se numa estrutura delineada no *conjunto* de ferramentas da RNAO: *Implementation of Best Practice Guidelines* (2012) e ilustra alguns indicadores específicos para avaliar e monitorizar a aplicação deste guia orientador.

Tabela 3. Indicadores de resultados do sistema/organização da estrutura e do processo para monitorização e avaliação deste guia orientador

TIPO DE INDICADOR		
Organização do sistema/estrutura	Processo	Resultado
Estes indicadores referem-se aos apoios e recursos necessários para um sistema de saúde, organização de serviços de saúde ou instituição de ensino, no sentido de permitir a implementação bem-sucedida do Guia Orientador <i>Educação Prática em Enfermagem</i> .	Estes indicadores avaliam se estão a ser implementadas as melhores práticas direcionadas para a educação, formação, e a prática dos profissionais de saúde.	Estes indicadores avaliam o impacto da implementação dos guias orientadores nas organizações académicas ou de cuidados de saúde, nos profissionais de saúde e nos resultados dos estudantes.
<p>Integração em todo o sistema de políticas e procedimentos consistentes com as recomendações do guia orientador para apoiar a educação prática em enfermagem.</p> <p>As instituições de ensino adotam e implementam políticas e procedimentos baseados em evidências que apoiam a prática de educação em enfermagem.</p> <p>Disponibilidade de recursos financeiros adequados para apoiar e implementar as recomendações dos guias orientadores.</p> <p>Disponibilidade de programas estruturados de educação de preceptores da prática e de ambientes académicos.</p>	<p>Percentagem de docentes de enfermagem que participam no desenvolvimento contínuo do corpo docente.</p> <p>Percentagem de estudantes de enfermagem que participam em atividades de reflexão da prática clínica.</p> <p>Percentagem de cursos interprofissionais e interdisciplinares oferecidos aos estudantes.</p> <p>Percentagem de preceptores clínicos que frequentam um programa estruturado de educação de preceptores.</p> <p>Percentagem de oportunidades de prática de simulação oferecidas aos estudantes de enfermagem.</p>	<p>Estudantes de enfermagem relatam satisfação com a prática de educação e formação recebidos.</p> <p>Os estudantes de enfermagem relatam satisfação com o leque de opções para estágios na prática clínica.</p> <p>A equipa de enfermagem que atua como preceptora relata satisfação com o seu papel e apoio das instituições de ensino e instituições de prestação de cuidados.</p> <p>Percentagem de estudantes de enfermagem que passam nos exames de licenciatura.</p>

TIPO DE INDICADOR (CONT.)		
Estrutura do sistema/ organização	Processo	Resultado
<p>As instituições de ensino implementam processos de seleção de estágios que incluem uma variedade de escolhas de práticas clínicas.</p> <p>As instituições de ensino proporcionam oportunidades para o desenvolvimento profissional dos docentes relacionadas com a prática da educação em enfermagem.</p> <p>Processos de financiamento para apoiar e implementar programas de preceptores e laboratórios de simulação.</p> <p>Processos de financiamento em curso para apoiar a investigação na ciência do ensino de enfermagem.</p> <p>As instituições de ensino oferecem currículos que incorporam os seguintes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ variedade de experiências educativas práticas; ■ oportunidades de partilha e reflexão sobre experiências clínicas; ■ laboratórios de simulação; ■ feedback estruturado; ■ experiências de aprendizagem interprofissional; e ainda ■ contactos consistentes no meio académico para contextos de prática. 	<p>Percentagem de ambientes de educação prática em programas de enfermagem externos ao ambiente hospitalar.</p> <p>Percentagem de docentes envolvidos em pesquisas relacionadas com o ensino de enfermagem dentro de uma instituição de ensino.</p> <p>Percentagem de estudantes de enfermagem que recebem feedback estruturado após experiências de ensino prático.</p> <p>Número de programas de preceptoría consistentes oferecidos aos preceptores em atividade.</p>	<p>Retenção de enfermeiros especialistas que atuaram como preceptores para os estudantes.</p> <p>Retenção de docentes especialistas em enfermagem em instituições de ensino.</p> <p>Retenção de novos recém formados em enfermagem dentro das instituições de prestação de cuidados.</p> <p>Percentagem de estudantes de enfermagem que completam experiências de formação prática.</p>

Processo de atualização e revisão do guia orientador de boas práticas

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) compromete-se a atualizar os seus Guias Orientadores de Boas Práticas (GOBP) da seguinte forma:

1. Cada GOBP será revisto por uma equipa de especialistas na área temática, de cinco em cinco anos após a publicação da edição anterior.
2. A equipa do Centre RNAO International Affairs and Best Practice Guideline (IABPG) monitoriza regularmente novas revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e controlados e outra literatura relevante na área.
3. Com base nesse acompanhamento, o pessoal do Centre IABPG pode recomendar um período de revisão antecipado para um GPB específico. A consulta adequada com os membros do painel de peritos inicial e outros especialistas na área ajudará a fundamentar a decisão de rever o GOBP antes do marco estabelecido.
4. Três meses antes da etapa de revisão, a equipa do Centro IABPG inicia o planeamento da revisão ao:
 - a) Convidar especialistas na área para participar no painel de peritos. O painel será composto por membros do painel de peritos inicial, bem como por outros peritos recomendados.
 - b) Compilar o *feedback* recebido e as questões encontradas durante a implementação, incluindo comentários e experiências de BPSO® e de outros locais de implementação.
 - c) Compilar novos guias orientadores de melhores práticas clínicas no campo e realização de uma revisão sistemática das evidências.
 - d) Desenvolver um plano de trabalho detalhado com datas e resultados para o desenvolvimento de uma nova edição do GOBP.
5. As novas edições dos GOBP serão divulgadas com base em estruturas e processos estabelecidos.

Referências

- Abbott, P. A., & Coenen, A. (2008). Globalization and advances in information and communication technologies: The impact on nursing and health. *Nursing Outlook*, *56*(5), 238–246.
- Adamson, E., & Dewar, B. (2015). Compassionate care: Student nurses' learning through reflection and the use of story. *Nurse Education in Practice*, *15*, 155-161.
- Anonson, J. M., Desjarlais, J., Nixon, J., Whiteman, L., & Bird, A. (2008). Strategies to support recruitment and retention of First Nations youth in baccalaureate nursing programs in Saskatchewan, Canada. *Journal of Transcultural Nursing*, *19*(3), 274–283.
- Aponte, J. (2009). Meeting the linguistic needs of urban communities. *Home Healthcare Nurse*, *27*(5), 324–329.
- Arceciado Marañón, A., & Isla Pera, M. P. (2015). Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, *35*(7), 859-863. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.014
- Baglin, M. R., & Rugg, S. (2010). Student nurses' experiences of community-based practice placement learning: A qualitative exploration. *Nurse Education in Practice*, *10*, 144–152.
- Baiardi, J. M., Brush, B. L., & Lapidés, S. (2010). Common issues, different approaches: Strategies for community-academic partnership development. *Nursing Inquiry*, *17*(4), 289–296.
- Baker, R., Bankart, M. J., & Murtagh, G. M. (2009). Do the quality and outcomes framework patient experience indicators reward practices that offer improved access? *British Journal of General Practice*, *59*(565), e267–272.
- Balakas, K., Potter, P., Pratt, E., Rea, G., & Williams, J. (2009). Evidence equals excellence: The application of an evidence-based practice model in an academic medical center. *Nursing Clinics of North America*, *44*, 1–10.
- Balakas, K., & Sparks, L. (2010). Teaching research and evidence-based practice using a service-learning approach. *Journal of Nursing Education*, *49*(12), 691–695. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20100831-07>
- Barry, C. D., Blum, C. A., Eggenberger, T. L., Palmer-Hickman, C. L., & Mosley, R. (2009). Understanding homelessness using a simulated nursing experience. *Holistic Nursing Practice*, *23*, 230–237.
- Baxter, P., & Rideout, E. (2006). Second-year baccalaureate nursing students' decision making in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, *45*(4), 121–127.
- Beitz, J. M., & Wieland, D. (2005). Analyzing the teaching effectiveness of clinical nursing faculty of full- and part-time generic BSN, LPN-BSN, and RN-BSN nursing students. *Journal of Professional Nursing*, *21*(1), 32–45.
- Betany, K., & Yarwood, J. (2010). Adapting the dedicated education unit model for student learning in the community. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, *16*, 22–23.
- Beukes, S., Nolte, A. G. W., & Arries, E. (2010). Value-sensitive clinical accompaniment in community nursing science. *Health SA Gesondheid*, *15*, 132–138.
- Billings, D. M. (2008). Inclusive teaching. *Journal of Continuing Education in Nursing*, *39*(7), 296–297.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, *4*(4), 236–248.

- Bloomfield, J., Roberts, J., & While, A. (2010). The effect of computer-assisted learning versus conventional teaching methods on the acquisition and retention of handwashing theory and skills in pre-qualification nursing students: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 287–294.
- Boley, P., & Whitney, K. (2003). Grade disputes: Considerations for nursing faculty. *Journal of Nursing Education*, 42(5), 198–203.
- Bos, E., Lofmark, A., & Tornkvist, L. (2009). District nurses' experience of supervising nursing students in primary health care: A pre- and post-implementation questionnaire study. *Nurse Education in Practice*, 9, 361–366.
- Bourbonnais, F. F., & Kerr, E. (2007). Preceptoring a student in the final clinical placement: Reflections from nurses in a Canadian Hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1543–1549.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(108), E839–842.
- Browning, M., & Pront, L. (2015). Supporting nursing student supervision: An assessment of an innovative approach to supervisor support. *Nurse Education Today*, 35(6), 740-745. doi:10.1016/j.nedt.2015.02.003
- Budgen, C., & Gamroth, L. (2008). An overview of practice education models. *Nurse Education Today*, 28(3), 273–283.
- Burns, H. K., & Northcutt, T. (2009). Supporting preceptors: A three-pronged approach for success. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 509–513.
- Callen, B. L., & Lee, J. L. (2009). Ready for the world: Preparing nursing students for tomorrow. *Journal of Professional Nursing*, 25, 292–298.
- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2003). *Clinical practice education survey 2013: CASN task force on clinical/practice education*. Retrieved from <http://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/ClinicalPracticeEducationSurvey2003.pdf>
- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2005). *Position statement: Clinical/practice nursing education*. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2011a). *Position statement: Baccalaureate education and baccalaureate programs*. Retrieved from <http://casn.ca/wp-content/uploads/2014/10/BaccalaureatePositionStatementEnglishFinal.pdf>
- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2011b). *Position statement: Education of registered nurses in Canada*. Retrieved from <http://casn.ca/wp-content/uploads/2014/10/EducationofRNsInCanadaEng.pdf>
- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2015). *Practice domain for baccalaureate nursing education: Guidelines for clinical placements and simulation*. Retrieved from <http://www.casn.ca/wp-content/uploads/2015/11/Draft-clinical-sim-2015.pdf>
- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2016). *Clinical instructor certificate course*. Retrieved from <http://www.casn.ca/2014/12/clinical-instructor-certificate-course-2/>
- Canadian Health Services Research Foundation. (2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf

- Canadian Nurses Association (CNA). (2004). *Achieving excellence in professional practice: A guide to preceptorship and mentoring*. Retrieved from https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/achieving_excellence_2004_e.pdf?la=en
- Canadian Nurses Association (CNA). (2015). *RN and baccalaureate education*. Retrieved from <https://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/education/rn-baccalaureate-education>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *Descriptive and analytic studies*. Retrieved from http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf
- Chan, Z.C.Y. (2013). A systematic review of critical thinking in nursing education. *Nursing Education Today*, 33, 236-240.
- Chavez, F., Bender, A., Hardie, K., & Gastaldo, D. (2010). Becoming a global citizen through nursing education: Lessons learned in developing evaluation tools. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7, Article 44.
- Cheraghi, M. A., Salasi, M., & Ahmadi, F. (2007) Iranian nurses' perceptions of theoretical knowledge transfer into clinical practice: A grounded theory approach. *Nursing and Health Sciences*, 9(3), 212–220.
- Chesser-Smyth, P. (2005). The lived experiences of general student nurses on their first clinical placement: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 5, 320–327.
- Childs, J., & Supplest, S. (2006). Clinical teaching by simulation: Lessons learned from a complex patient care scenario. *Nursing Education Perspectives*, 27(3), 154–158.
- Chow, F. L., & Suen, K. P. L. (2001). Clinical staff as mentors in pre-registration undergraduate nursing education: Students' perceptions of the mentor's roles and responsibilities. *Nurse Education Today*, 21, 350–358.
- Clynes, M.P., & Raftery, S.E.C. (2008). Feedback: An essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 8, 405-411.
- Cohen, B. E., & Gregory, D. (2009). Community health clinical education in Canada: Part 1—"state of the art." *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), Article 1.
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2009). *Supporting learners*. Retrieved from http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/44034_supportlearners.pdf
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2013a). *Therapeutic nurse–client relationship, revised 2006*. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2013b). *Working with unregulated care providers*. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41014_workingucp.pdf
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2014). *RHPA: Scope of practice, controlled acts model*. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/policy/41052_RHPAscope.pdf
- Congdon, G., Baker, T., & Cheesman, A. (2013). Enhancing the strategic management of practice learning through the introduction of the role of learning environment manager. *Nurse Education in Practice*, 13, 137–141.
- Connolly, M. A., & Wilson, C. J. (2008). Revitalizing academic–service partnerships to resolve nursing faculty shortages. *AACN Advanced Critical Care*, 19(1), 85–97.

- Cope, P., Cuthbertson, P., & Stoddart, B. (2000). Situated learning in the practice placement. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 850–856.
- Cox, R. P. (1998). IPRs revisited: Using process recordings to develop nursing students' critical thinking skills. *Journal of Nursing Education*, 37(1), 37–41.
- Dacey, M., Murphy, J. I., Anderson, D. C., & McCloskey, W. W. (2010). An interprofessional service-learning course: Uniting students across educational levels and promoting patient-centered care. *Journal of Nursing Education*, 49, 696–699.
- Daniellsson, A., Sundin-Andersson, C., Hov, R., & Athlin, E. (2009). Norwegian and Swedish preceptors' views of their role before and after taking part in a group supervision program. *Nursing and Health Sciences*, 11, 107–113.
- Delunas, L. R., & Rooda, L. A. (2009). A new model for the clinical instruction of undergraduate nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 30(6), 377–380.
- Dickson, C., Walker, J., & Bourgeois, S. (2006). Facilitating undergraduate nurses clinical practicum: The lived experience of clinical facilitators. *Nurse Education Today*, 26(5), 416–422.
- Donaldson, J., & Carter, D. (2005). The value of role modeling: Perceptions of undergraduate and diploma nursing (adult) students. *Nursing Education in Practice*, 5, 353–359.
- Drennan, J. (2002). An evaluation of the role of the clinical placement coordinator in student nurse support in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 475–483.
- Dudek, N. L., Marks, M. B., & Regehr, G. (2005). Failure to fail: The perspectives of clinical supervisors. *Academic Medicine*, 80(10), 584–587.
- Epp, S. (2008). The value of reflective journaling in undergraduate nursing education: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1379–1388.
- Field, M., & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Filomena, L. W., & Suen, K. P. L. (2001). Clinical staff as mentors in pre-registration undergraduate nursing education: Students' perceptions of the mentor's roles and responsibilities. *Nurse Education Today*, 21, 350–358.
- Fleiss, J., Levin, B., & Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Freeth, D., & Fry, H. (2005). Nursing students and tutors' perceptions of learning and teaching in a clinical skills centre. *Nurse Education Today*, 25, 272–282.
- Gillespie, M. (2002). Student–teacher connection in clinical nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 566–576.
- Gillespie, M., & McFetridge, B. (2006). Nurse education: The role of the nurse teacher. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 639–644.
- Glover, P. A. (2000). "Feedback, I listened, reflected and utilized": Third year nursing students' perceptions and use of feedback in the clinical setting. *International Journal of Nursing Practice*, 6(5), 247–252.

- Grealish, L., & Trevitt, C. (2005). Developing a professional identity: Student nurses in the workplace. *Contemporary Nurse, 19*, 137–150.
- Haggman-Laitila, A., Elina, E., Riitta, M., Kirsi, S., & Leena, R. (2007). Nursing students in clinical practice: Developing a model for clinical supervision. *Nurse Education in Practice, 7*(6), 381–391.
- Haitana, J., & Bland, M. (2011). Building relationships: The key to preceptoring nursing students. *Nursing Praxis in New Zealand, 27*, 4–12.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., & van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed.) (pp. 110–120). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Health Care Innovation Working Group. (2012). *From innovation to action: The first report of the Health Care Innovation Working Group*. Retrieved from <http://www.councilofthefederation.ca/en/featured-publications/75-council-of-the-federation-to-meet-in-victoria>
- Henderson, A., Fox, R., & Malko-Nyhan, K. (2006). An evaluation of preceptors' perceptions of educational preparation and organizational support for their role. *Journal of Continuing Education in Nursing, 37*(3), 130–136.
- Henderson, S. (2002). Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice, 2*(4), 244–250.
- Herbert, C. P. (2005). Changing the culture: Interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada. *Journal of Interprofessional Care, 19*(1), 1–4.
- Higgins, A., & McCarthy, M. (2005). Psychiatric nursing student experiences of having a mentor during their first clinical placement: An Irish perspective. *Nursing Education in Practice, 5*, 218–224.
- Hofler, L. D. (2008). Nursing education and transition to the work environment: A synthesis of national reports. *The Journal of Nursing Education, 47*(1), 5–12.
- Huckabay, L. M. (2009). Partnership between an educational institution and a healthcare agency—lessons learned: Part I. *Nursing Forum, 44*(3), 154–164.
- Ironside, P. M. (2003). New pedagogies for teaching thinking: The lived experiences of students and teachers enacting narrative pedagogy. *Journal of Nursing Education, 42*(11), 509–516.
- Jeffries, P. R. (2006). Designing simulations for nursing education. *Annual Review of Nursing Education, 4*, 161–177.
- Jeffries, P.R. (Ed.) (2016). *The NLN Jeffries Simulation Theory*. Washington, D.C.: National League for Nursing.
- Jeffries, P.R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives, 36*(5), 292-293.
- Jerlock, M., Falk, K., & Severinsson, E. (2003). Academic nursing education guidelines: Tool for bridging the gap between theory, research and practice. *Nursing & Health Sciences, 5*(3), 219–228.
- Kaviani, N., & Stillwell, Y. (2000). An evaluative study of clinical preceptorship. *Nurse Education Today, 20*(3), 218–226.
- Kearney, A. J. (2008). Facilitating interprofessional education and practice. *The Canadian Nurse, 104*(3), 22–26.
- Kelly, C. (2007). Student's perceptions of effective clinical teaching revisited. *Nurse Education Today, 27*(8), 885–892.

- Kilcullen, N. M. (2007). Said another way: The impact of mentorship on clinical learning. *Nursing Forum*, 42(2), 95–104.
- Knight, C. M., Moule, P., & Desbottes, Z. (2000). The grid that bridges the gap. *Nurse Education Today*, 20(2), 116–122.
- Kotecki, C. (2002). Baccalaureate nursing students' communication process in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 41(2), 61–67.
- Kreulen, G. J., Bednarz, P. K., Wehrwein, T., & Davis, J. (2008). Clinical education partnership: A model for school district and college of nursing collaboration. *Journal of School Nursing (Sage Publications Inc.)*, 24, 360–369.
- Krumwiede, K. A., Van Gelderen, S. A., & Krumwiede, N. K. (2015). Academic-hospital partnership: Conducting a community health needs assessment as a service-learning project. *Public Health Nursing*, 32(4), 359–367. doi:10.1111/phn.12159
- Kydona, C. K., Malamis, G., Giasnetsova, T., Tsiora, V., & Gritsi-Gerogianni, N. (2010). The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia*, 14(2), 94–97.
- Larson, K. L., Ott, M., & Miles, J. M. (2010). International cultural immersion: En vivo reflections in cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*, 17, 44–50.
- Leners, D. W., Roehrs, C., & Piccone, A. V. (2006). Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 45(12), 504–511.
- Levett-Jones, T., Fahy, K., Parsons, K., & Mitchell, A. (2006). Enhancing nursing students' clinical placement experiences: A quality improvement project. *Contemporary Nurse*, 23, 58–71.
- Levy, L. S., Sexton, P., Willeford, K. S., Barnum, M. G., Guyer, M. S., Gardner, G., & Fincher, A. L. (2009). Clinical instructor characteristics, behaviors, and skills in allied health care settings: A literature review. *Athletic Training Education Journal*, 4(1), 8–13.
- Lofmark, A., & Wikblad, K. (2001). Facilitating and obstructing factors for development of clinical practice: A student perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 43–50.
- Luhanga, F., Yonge, O., & Myrick, F. (2008). Strategies for precepting the unsafe student. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(5), 214–219.
- MacFarlane, E., Milliken J., Ouellet L. L., Thrasher C., Gartner J., Harder N., & Cox K. (2007). Overcoming the challenges of providing clinical/practice education. *The Canadian Nurse*, 103(6), 18–22.
- MacKay, B., & Harding, T. (2009). M-Support: Keeping in touch on placement in primary health care settings. *Nursing Praxis in New Zealand*, 25, 30–40.
- McVeigh, H., Ford, K., O'Donnell, A., Rushby, C., & Squance, J. (2009). A framework for mentor support in community-based placements. *Nursing Standard*, 23(45), 35–41.
- Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery and well-being: A framework for a mental health strategy for Canada*. Retrieved from [http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/FNIM_Toward Recovery and Well Being ENG 0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_ENG_0.pdf)
- Merritt, A., & Boogaerts, M. (2014). Creativity and power: A qualitative, exploratory study of student learning acquired in a community nursing setting that is applied in future settings. *Contemporary Nurse*, 46(2), 225–233.

- Middleton, R., & Duffy, K. (2009). Mentoring a student immediately prior to registration: A qualitative study. *British Journal of Community Nursing*, 14(11), 481–486.
- Miller, L. C., Devaney, S. W., Kelly, G. L., & Kuehn, A. F. (2008). E-mentoring in public health nursing practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 394–399.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535
- Monaghan, T. (2015). A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 35, e1-e7.
- Mthembu, S., & Mtshali, F. (2013). Conceptualisation of knowledge construction in community service-learning programmes in nursing education. *Curationis*, 36(1), 1–10.
- Murray, T. (2008). Academic–service partnership to expand capacity: What did we learn? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(5), 217–224.
- Myrick, F., Yonge, O., & Billay, D. (2010). Preceptorship and practical wisdom: A process of engaging in authentic nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 10(2), 82–7.
- National League for Nursing (NLN). (2007). *Position statement: The need for funding for nursing education research*. Retrieved from http://www.nln.org/docs/default-source/about/archived-position-statements/nursingresearch_051807.pdf?sfvrsn=6
- National League for Nursing (NLN). (2014). *Response to NCSBN simulation study*. Retrieved from <http://www.nln.org/docs/default-source/about/nln-vision-series-%28position-statements%29/ncsbstudyresponsefinal.pdf?sfvrsn=4>
- Niederhauser, V., MacIntyre, R. C., Garner, C., Teel, C., & Murray, T. A. (2010). Transformational partnerships in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 31, 353–355.
- Oandasan, I., D'Amour, D., Zwarenstein, M., Barker, K., Purden, M., Beaulieu, M. D., ... Tregunno, D. (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice: Research & findings report*. Ottawa, ON: Health Canada.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 21–38.
- Palmer, S., Cox, A. H., Callister, A., Johnsen, V., & Matsumara, G. (2005). Nursing education and service collaboration: Making a difference in the clinical learning environment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(6), 271–276.
- Parker, B., & Myrick, F. (2010). Transformative learning as context for human patient simulation. *Journal of Nursing Education*, 10, 1–8.
- Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research and Design Journal*, 4(3), 50–71.
- Pelling, S., Kalen, A., Hammar, M., & Wahlstrom, O. (2011). Preparation for becoming members of health care teams: Findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 328–332.

- Peters, K., Halcomb, E. J., & McInnes, S. (2013). Clinical placements in general practice: Relationships between practice nurses and tertiary institutions. *Nurse Education in Practice*, 13(3), 186–191.
- Pijl-Zieber, E. M., Barton, S., Awosoga, O., & Konkin, J. (2015). Disconnects in pedagogy and practice in community health nursing clinical experiences: Qualitative findings of a mixed methods study. *Nurse Education Today*, 35, e43-e48.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Priest, H. M., Roberts, P., Dent, H., Blincoe, C., Lawton, D., & Armstrong, C. (2008). Interprofessional education and working in mental health: In search of the evidence base. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 474–485.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006). *Collaborative practice among nursing teams*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Preventing and managing violence in the workplace*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patient, organizational, and systems outcomes*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). *ECCO: Enhancing community care for Ontarians* (2nd ed.). Toronto, ON: Author.
- Reilly, A., & Spratt, C. (2007). The perceptions of undergraduate student nurses of high-fidelity simulation-based learning: A case report from the University of Tasmania. *Nurse Education Today*, 27(6), 542–550.
- Reising, D. L., Shea, R. A., Allen, P. N., Laux, M. M., Hensel, D., & Watts, P. A. (2008). Using service-learning to develop health promotion and research skills in nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5, Article 29, 1-15.
- Richards, E. A., Novak, J. C., & Davis, L. V. (2009). Disaster response after Hurricane Katrina: A model for an academic–community partnership in Mississippi. *Journal of Community Health Nursing*, 26, 114–120.
- Rossetti, J., & Fox, P. G. (2009). Factors related to successful teaching by outstanding professors: An interpretive study. *Journal of Nursing Education*, 48 (1), 11-16.
- Rowbotham, M. A. (2010). Teacher perspectives and the psychosocial climate of the classroom in a traditional BSN program. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), Article 1.
- Ruth-Sahd, L. A. (2011). Student nurse dyads create a community of learning: Proposing a holistic clinical education theory. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 2445–2454.
- Scanlan, J. M., & Care, W. D. (2004) Grade inflation: Should we be concerned? *The Journal of Nursing Education*, 43(10), 475–478.
- Schaubhut, R. M., & Gentry, J. A. (2010). Nursing preceptor workshops: Partnership and collaboration between academia and practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41, 155–162.

Schumacher, K., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

Sedgwick, M. G., & Yonge, O. (2008). "We're it," "we're a team," "we're family" means a sense of belonging. *Rural & Remote Health*, 8, 1–12.

Sedgwick, M. G., & Yonge, O. (2009). Students' perception of faculty involvement in the rural hospital preceptorship experience. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1–14.

Shipton, S. (2002). The process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. *Journal of Nursing Education*, 41(6), 243–256.

SIM-One Ontario Simulation Network. (2015). *What is simulation & other FAQs*. Retrieved from <http://www.sim-one.ca/aboutsimone/faqs>

Speziale, H. J. S., & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, M.H., McKoy, Y., & Richardson, J. (2001). Legal issues related to dismissing students for clinical deficiencies. *Nurse Educator*, 26(1), 33–38.

Smith, S. J., & Barry, D. G. (2013a). An innovative approach to preparing nursing students for care of the elderly in the home. *Geriatric Nursing*, 34(1), 30–34.

Smith, S. J., & Barry, D. G. (2013b). The use of high-fidelity simulation to teach home care nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 35(3), 297–312.

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., & Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care* (pp. 151–159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Takahashi, S., Brissette, S., & Thorstad, K. (2010). Different roles, same goal: Students learn about interprofessional practice in a clinical setting. *Nursing Leadership*, 23(1), 32–39.

The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration* (Version 4.2.5). Retrieved from <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>

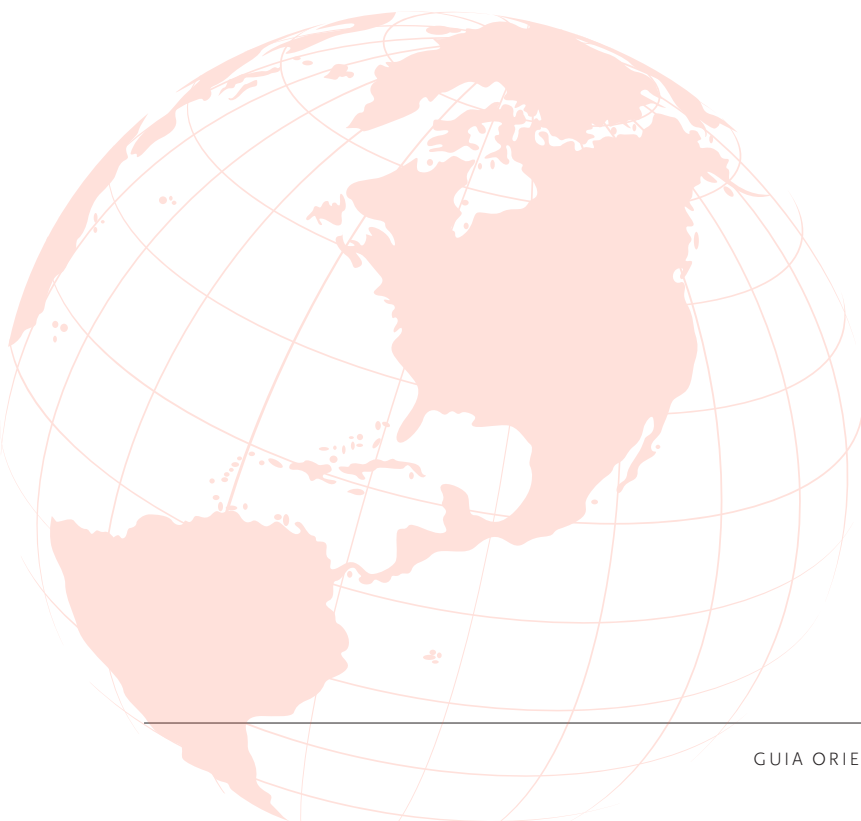
The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 5.1.0). Retrieved from <http://handbook.cochrane.org/>

The World Alliance for Patient Safety Drafting Group. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

Tiwari, A., Lam, D., Yuen, K. H., Chan, R., Fung, T., & Chan, S. (2005). Student learning in clinical nursing education: Perceptions of the relationship between assessment and learning. *Nurse Education Today*, 25(4), 299–308.

Vallant, S., & Neville, S. (2006). The relationship between student nurse and nurse clinician: Impact on student learning. *Nursing Praxis i n New Zealand*, 22(3), 23–33.

- Wade, G. H., & Hayes, E. (2010). Challenges and opportunities associated with preceptored community health clinical experiences. *Public Health Nursing, 27*, 459-467.
- Wagner, D., Bear, M., & Sander, J. (2009). Turning simulation into reality: Increasing student competence and confidence. *Journal of Nursing Education, 48*, 465-467.
- Walker, R., Cooke, M., Henderson, A., & Creedy, D. K. (2013). Using a critical reflection process to create an effective learning community in the workplace. *Nurse Education Today, 33*(5), 504-511.
- Ward, L. S., & Killian, P. (2011). Virtual community internships in the classroom. *Nurse Educator, 36*, 40-44.
- Warner, P., Jelinek, H., & Davidson, P. M. (2010). A university clinic: An innovative model for improving clinical practice. *Australian Journal of Advanced Nursing, 27*, 38-42.
- Wros, P., & Archer, S. (2010). Comparing learning outcomes of international and local community partnerships for undergraduate nursing students. *Journal of Community Health Nursing, 27*, 216-225.
- Wu, C. C., & Lai, C. Y. (2009). Wireless handhelds to support clinical nursing practicum. *Educational Technology & Society, 12*(2), 190-204.



Apêndice A: Glossário de termos

Acreditação: o processo de validação de um programa de educação em enfermagem. CASN (2014) determina que “para obter acreditação, as escolas de enfermagem passam por uma revisão tanto da unidade de ensino como do programa de educação em enfermagem. Cada um é avaliado em relação a um conjunto separado de normas pré-determinadas e recebe uma decisão de acreditação separada”. (p.4).

Aprendizagem na prática: a aprendizagem na prática é uma abordagem baseada na comunidade que responde a uma necessidade identificada pela comunidade, garante que a necessidade também atenda aos objetivos de aprendizagem do estudante e permite que os estudantes tenham tempo para refletir sobre essa experiência após a prestação de serviço (Linton & Campbell, 2000, citado em Reising et al., 2008). Uma abordagem de aprendizagem em serviço pode assumir a forma de um programa de promoção da saúde da população que os estudantes de enfermagem planeiam e implementam, em colaboração com uma comunidade (Reising et al., 2008).

Competência clínica: refere-se à capacidade de prestar cuidados centrados na pessoa, seguros, eficazes e direcionados à pessoa. (Gillespie e McFetridge, 2006).

Consenso: um processo para tomar decisões, não um método científico para a criação de novos conhecimentos. O desenvolvimento de consensos usa eficazmente as informações disponíveis, sejam dados científicos ou o conhecimento coletivo dos participantes (Black et al., 1999).

Coordenador do estágio clínico: as instituições de ensino e as instituições de prestação de cuidados empregam coordenadores de estágios clínicos para organizar a distribuição dos estudantes de enfermagem e trabalhar com programas de enfermagem para alterar a calendarização dos estágios dos estudantes (MacFarlane et al., 2007).

Educação interprofissional: educação profissional que utiliza um processo de colaboração entre duas ou mais disciplinas da área da saúde, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados às pessoas (Oandasan & Reeves, 2005).

Educador de enfermagem: um membro de um corpo docente do curso de enfermagem que é contratado por uma instituição de ensino para proporcionar um ensino integrador que possa ser transferido de uma sala de aula para um ambiente clínico (CASN, 2011a, 2011b).

Enfermeiro: refere-se a enfermeiros registrados, enfermeiros da prática licenciados (referidos como enfermeiros práticos registrados em Ontário), enfermeiros psiquiátricos registrados e enfermeiros em funções de prática avançada, como enfermeiros e especialistas em enfermagem clínica (CNO, 2014; RNAO, 2013).

Enfermeiros da equipa: os enfermeiros da equipa são enfermeiros registrados empregados por uma instituição de prestação de cuidados que estão frequentemente envolvidos na orientação formal ou informal de estudantes durante as suas experiências de educação na prática clínica (Drennan, 2002).

Ensaio clínico randomizado e controlado (ECR): um estudo experimental no qual o investigador atribui uma intervenção, exposição ou tratamento a participantes, que são aleatoriamente alocados no grupo experimental (recebe intervenção) e no grupo de comparação (tratamento convencional) ou no grupo controlo (sem intervenção ou placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Os participantes são acompanhados e avaliados para determinar a eficácia da intervenção. Inclui ensaios duplo-cegos, simples-cegos e não cegos.

Equipa interprofissional de saúde: uma equipa composta por vários prestadores de cuidados de saúde (regulamentados e não regulamentados) que trabalham de forma colaborativa para prestar cuidados e serviços de saúde abrangentes e de qualidade às pessoas dentro, entre e através dos contextos de cuidados de saúde (Health Care Innovation Working Group, 2012; RNAO, 2013).

Estudante: o estudante, conforme referido neste guia orientador, é um indivíduo inscrito num curso de licenciatura em enfermagem de uma instituição de ensino acreditada que está a adquirir novas competências clínicas num contexto de prática (Canadian Nurses Association, 2004).

Estudo controlado: um ensaio clínico no qual o investigador atribui uma intervenção, exposição ou tratamento a participantes que não são atribuídos aleatoriamente ao grupo experimental e ao grupo de comparação ou controlo (The Cochrane Collaboration, 2005).

Estudo caso-controlo: um estudo que compara pessoas com uma doença específica ou resultado de interesse (casos) com pessoas da mesma população sem essa doença ou resultado (controlos) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Estudo de coorte: um estudo observacional no qual um grupo definido de pessoas (a coorte) é seguido ao longo do tempo quer prospetiva quer retrospectivamente (The Cochrane Collaboration, 2005).

Estudos analíticos: os estudos analíticos testam hipóteses sobre as relações exposição-resultado. Os investigadores não atribuem uma intervenção, exposição ou tratamento, mas medem a associação entre exposição e resultado ao longo do tempo, utilizando um grupo de comparação (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). Os desenhos analíticos dos estudos incluem estudos de caso-controle e estudos de coorte.

Estudos descritivos: estudos que geram hipóteses e descrevem características de uma amostra de indivíduos em determinado momento. Os investigadores não atribuem uma intervenção, exposição ou tratamento para testar uma hipótese, mas apenas descrevem quem, onde ou quando em relação a um resultado (CDC, 2013; A Colaboração Cochrane, 2005). Os desenhos descritivos dos estudos incluem estudos transversais. Um estudo transversal mede a distribuição de alguma(s) característica(s) numa população, num determinado momento (também chamado de inquérito) (A Colaboração Cochrane, 2005).

Estudo quase-experimental: um estudo sem aleatorização e sem grupo de controlo e que, por isso, não é considerado um “verdadeiro” desenho experimental (por exemplo, um ensaio controlado aleatório). O investigador controla a atribuição da intervenção, exposição ou tratamento, utilizando um critério diferente da atribuição aleatória (por exemplo, pré- e pós-projeto) (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

Evidência: evidência é a informação que mais se aproxima dos factos de uma questão. A forma que assume depende do contexto. Os resultados de uma investigação de elevada qualidade e metodologicamente adequada fornecem as evidências mais precisas. A investigação é frequentemente incompleta e, por vezes, contraditória ou indisponível, pelo que outros tipos de informação são necessários, como complemento ou substituto da investigação. A base probatória para uma decisão são as múltiplas formas de evidência combinadas para equilibrar rigor com conveniência, privilegiando a primeira sobre a segunda (RNAO, 2014, p. 66).

Guia orientador de boas práticas: declarações sistematicamente desenvolvidas para ajudar o profissional e a pessoa a tomar decisões sobre cuidados de saúde adequados para circunstâncias clínicas (práticas) específicas (Field & Lohr, 1990). Também chamadas de guias orientadores de prática clínica.

Instrutor de enfermagem clínica: o enfermeiro registado responsável por fornecer orientação e apoio ao desenvolvimento profissional durante uma experiência de prática clínica (Levy et al., 2009). O instrutor de enfermagem clínica pode ser contratado pela instituição de ensino ou instituição de prestação de cuidados onde está a decorrer a experiência.

Lacuna teoria-prática: a lacuna teoria-prática é um termo comumente usado no ensino em enfermagem e refere-se à “incapacidade de relacionar e implementar o conhecimento ideológico adquirido na educação com as realidades da prática de saúde moderna “ (Clark & Holmes, 2007 citado em Monaghan, 2015, p. e1).

Laboratórios de competências clínicas: centros de aprendizagem equipados com simuladores físicos e virtuais com diferentes níveis de fidelidade, bem como equipamento clínico real para “proporcionar oportunidades de aprendizagem experiencial, aprendizagem autónoma, reflexão sobre a prática clínica e avaliação estruturada da aprendizagem” (Freeth & Fry, 2005, p. 273).

Mentoring: o ato de se envolver em mentoria. A mentoria é menos formal do que a precetoria e envolve uma relação profissional a longo prazo entre um enfermeiro principiante ou estudante de enfermagem e um enfermeiro mais experiente (Associação Canadiana de Enfermeiros, 2004).

Meta-análise: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e controlados que utiliza métodos estatísticos para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos (The Cochrane Collaboration, 2005).

Modelagem de papéis: o processo de um enfermeiro experiente em demonstrar a estudantes de enfermagem iniciantes ou inexperientes. A modelagem de papéis é mais do que simplesmente imitação de comportamento; requer repetição, reforço e recompensa na forma de feedback (Donaldson & Carter, 2005).

Parceria (académica-organização): uma parceria colaborativa estabelecida entre uma instituição de ensino académico e uma instituição de prestação de cuidados para responder às necessidades de cada instituição de prestação de cuidados e negociar maneiras de melhorar a escassez de recursos humanos (Connolly & Wilson, 2008).

Pedagogia: a teoria e os métodos relacionados com a prática do ensino. As pedagogias de enfermagem seguem referenciais teóricos que delineiam o currículo e a relação entre professores e educandos (Ironsides, 2003).

Pesquisa qualitativa: Pesquisa que utiliza uma abordagem interativa e subjetiva para investigar e descrever fenómenos (por exemplo, experiência vivida) e dar-lhes significado. A natureza deste tipo de investigação é exploratória e aberta. A análise envolve a organização e interpretação de dados não numéricos (por exemplo, Fenomenologia, Etnografia, Teoria Fundamentada nos Dados, Estudo de Caso, etc.) (Speziale e Carpenter, 2007).

Pessoa: neste GOBP, uma pessoa é qualquer indivíduo com quem os prestadores de cuidados de saúde estabelecem uma relação terapêutica com o objetivo de estabelecer uma parceria para a saúde. O termo inclui indivíduos, clientes, residentes, consumidores e as suas famílias (pais, pessoas significativas, cuidadores, amigos, representantes legais, grupos, comunidades e populações) (CNO, 2013a, 2013b; Comissão de Saúde Mental do Canadá, 2009).

Precetor (precetoria): o precetor é frequentemente definido como um enfermeiro experiente que dá orientação individual a um estudante. (Bourbonnais & Kerr, 2007). Mais especificamente, a precetoria é considerada um “método de ensino e aprendizagem frequentemente utilizado, usando enfermeiros como modelos clínicos. Trata-se de uma relação formal, individual, de duração pré-determinada, entre um enfermeiro experiente (precetor) e um principiante (estudante/precetorado), destinada a ajudar o principiante a adaptar-se e a desempenhar, com êxito, um novo papel” (CNA, 2004, p.13).

Qualidade: o grau em que os serviços de cuidados de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com os conhecimentos profissionais atuais (The World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 2009).

Revisão sistemática: uma revisão que “tenta reunir todas as evidências empíricas que se enquadram nos critérios de elegibilidade pré-especificados com o objetivo de responder a uma questão de investigação específica” (The Cochrane Collaboration, 2011). Uma revisão sistemática usa métodos sistemáticos, explícitos e reprodutíveis para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para recolher e analisar dados dos estudos incluídos na revisão (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

Simulação (aprendizagem por simulação): “A simulação é a imitação de alguma coisa real, estado de coisas ou processo. Na educação das profissões de saúde, a simulação é uma metodologia para ajudar a alcançar objetivos educacionais. A simulação de cuidados de saúde engloba uma série de atividades que partilham um objetivo amplo, mas comum, o de melhorar a segurança, a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde» (SIM-One Ontario Simulation Network, 2015, p. 1). As atividades de simulação podem incluir simulação baseada em computador, e-learning, simuladores de doentes de alta-fidelidade, interpretação de papéis e outras abordagens combinadas.

Supervisão clínica: o desenvolvimento da aprendizagem clínica dentro de um ambiente de prática entre um supervisor experiente e um supervisor principiante ou inexperiente. “A supervisão ocorre em conjunto com o trabalho com as pessoas e varia de acordo com o supervisor, a carga de trabalho da unidade e o ambiente local” (Haggman-Laitila et al., 2007, p. 382).

Stakeholders (partes interessadas): um indivíduo, grupo ou organização com interesse ou preocupação em algo, como uma empresa ou instituição. Os *stakeholders* (partes interessadas) podem tentar influenciar decisões e ações relacionadas com o objeto do seu interesse (Baker, Bankart, & Murtagh, 2009). Os *stakeholders* (partes interessadas) incluem todos os indivíduos e grupos que serão direta ou indiretamente afetados pela mudança ou solução de um problema.

Teoria da enfermagem: a disciplina de enfermagem que é ensinada em sala de aula e prepara os estudantes para a prática (Knight, Maule, & Desbottes, 2000).

Apêndice B: Processo de desenvolvimento do guia orientador

A Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) assumiu o compromisso de garantir que todas as orientações de boas práticas (GOBP) sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis. Para alcançar este compromisso, ocorre regularmente um processo de acompanhamento e revisão de cada guia orientador.

Em maio de 2007, a RNAO reuniu um painel de enfermeiros de várias especialidades de enfermagem, funções e contextos de prática de enfermagem que tinham experiência na prática, investigação, política, educação e administração.

O painel de peritos e a equipa de desenvolvimento de guias orientadores realizaram as seguintes etapas na elaboração deste guia orientador:

- O âmbito do guia orientador foi identificado e definido através de um processo de discussão e consenso.
- O painel identificou temas-chave e conceitos na formação prática que direcionaram a pesquisa bibliográfica e organizaram o guia orientador.
- Em 2007, foi realizada uma revisão exaustiva da literatura para fundamentar o desenvolvimento das recomendações **Apêndice C**).
- Através de um processo de discussão e consenso, foram desenvolvidas recomendações preliminares com base nas evidências da literatura.
- As versões preliminares do guia orientador foram analisadas e revistas pelo painel de peritos e membros da equipa de desenvolvimento de guias orientadores da RNAO.
- Foram efetuadas pesquisas bibliográficas atualizadas, utilizando termos consistentes ao longo do desenvolvimento do guia orientador em 2011, 2012 e 2013. Sempre que necessário, foram incorporadas novas evidências nas recomendações.
- Foram realizadas duas pesquisas finais atualizadas em 2015 e 2016 para garantir que a nova literatura fosse incorporada no guia orientador e que melhorasse as evidências existentes no âmbito das recomendações.
- O projeto do guia orientador foi atualizado e revisto pela equipa de desenvolvimento de guias orientadores da RNAO.
- O guia orientador foi distribuído para revisão, primeiro aos membros do painel e aos *stakeholders* (partes interessadas) externos.
- Todas as reações dos membros do painel e dos *stakeholders* (partes interessadas) foram consideradas e, sempre que necessário, foram introduzidas alterações para melhorar o projeto.
- As recomendações e evidências foram finalizadas através de revisão interna e editorial na RNAO.
- A equipa de desenvolvimento de guias orientadores da RNAO chegou a um consenso sobre o documento final.

Apêndice C: Processo de revisão de literatura e estratégia de pesquisa

Revisão do guia orientador/relatórios

Em 2007, foram pesquisados sites institucionais específicos na procura de material relevante, como relatórios executivos, declarações de posição e orientações. Estes sites incluíam:

- Registered Nurses' Association of Ontario (www.RNAO.ca)
- College of Nurses of Ontario (www.cno.org)
- Canadian Association of Schools of Nursing (www.casn.ca)
- American Association of Colleges of Nursing (www.aacn.nche.edu)
- National League for Nursing (www.nln.org)
- Royal College of Nursing (UK) (www.rcn.org.uk)
- HERSDA (Higher Education Research and Development Society of Australasia) (www.hersda.org.au)
- Government of Canada Advisory Committee Health Delivery and Human Resources (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/committee-comite-hdhr-ssrh/index-eng.php>)

Nesta altura, foi também pedido aos membros do painel de peritos que fornecessem orientações ou relatórios das suas próprias bibliotecas pessoais. Em 2015, o coordenador do projeto da equipa de desenvolvimento do guia orientador da RNAO pesquisou uma lista estabelecida de sites para orientações e outros conteúdos relevantes publicados entre 2013 e 2015. Esta lista foi compilada com base no conhecimento de sites de práticas baseadas em evidências. Não foram encontradas novas orientações publicadas entre 2013 e 2015 que tenham sido desenvolvidas a partir de uma revisão sistemática.

Revisão da literatura

A equipa de investigação da RNAO e um bibliotecário de ciências da saúde, desenvolveram uma estratégia de pesquisa abrangente com base em critérios de inclusão e exclusão criados em conjunto com o painel de peritos da RNAO. Uma procura inicial de artigos relevantes em inglês publicados entre 1990 e 2007 foi aplicada ao Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) e ao MEDLINE. As procuras foram repetidas em 2011, 2012, 2013, 2015 e 2016 para encontrar qualquer literatura publicada recentemente que havia sido divulgada desde a pesquisa anterior. A pesquisa mais recente foi conduzida em março de 2016 para captar artigos publicados desde a atualização da literatura em 2015. As seguintes bases de dados foram usadas para realizar uma ou mais destas pesquisas: CINAHL, MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Education Resources Information Center (ERIC) e Embase. Além desta pesquisa sistemática, os membros do painel foram convidados a rever bibliotecas pessoais na procura de artigos importantes que não foram encontrados através das estratégias de pesquisa acima mencionadas.

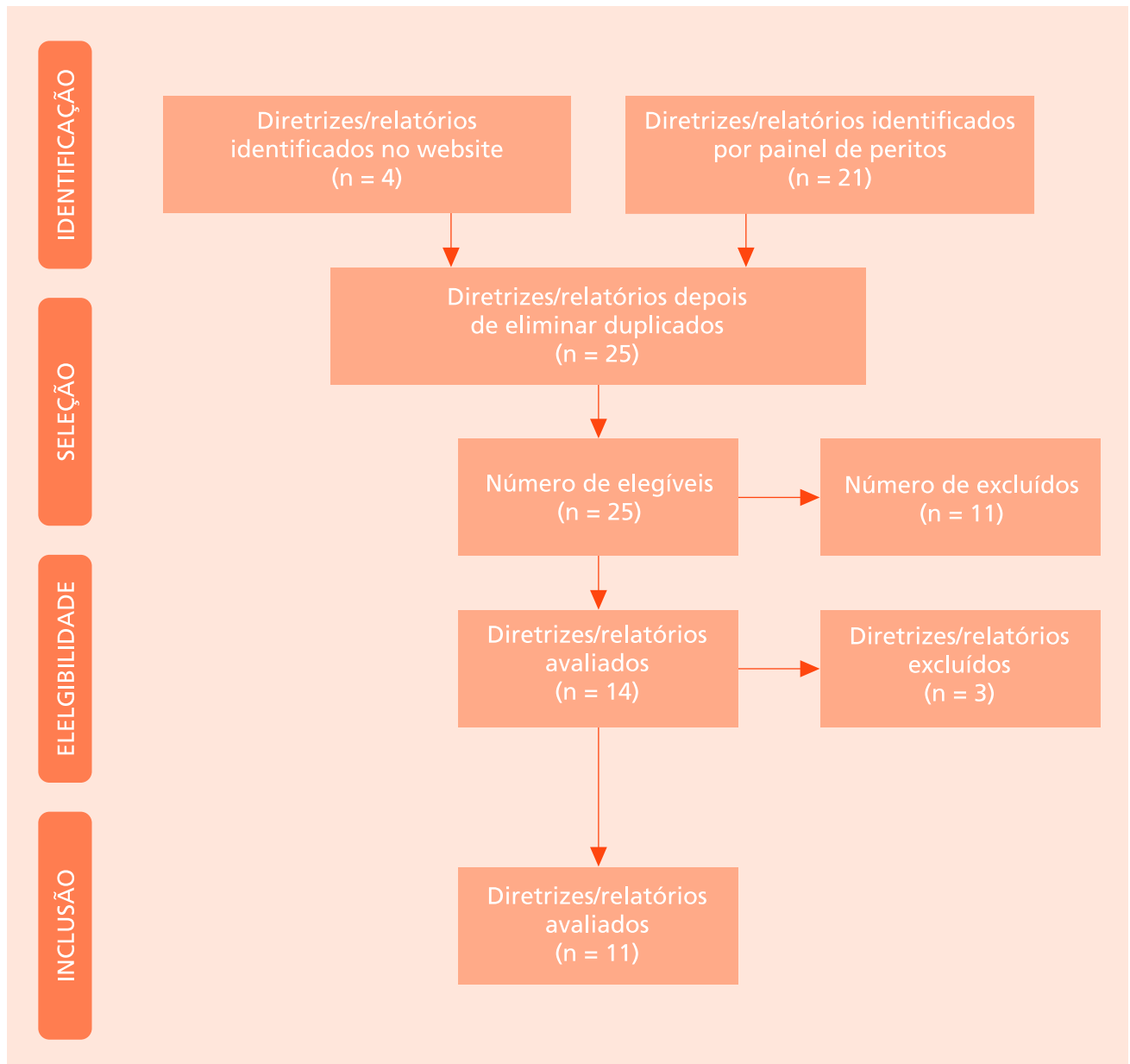
Todos os estudos que pareciam cumprir os critérios de inclusão foram recuperados e as suas bibliografias foram pesquisadas na procura de estudos adicionais. Os principais autores também foram pesquisados através de bases de dados e na Web e os artigos foram pesquisados no PubMed e Web of Science para identificar artigos relevantes relacionados ou outros que os citassem.

Para as pesquisas realizadas entre 2007 e 2013, os artigos foram avaliados por um assistente de investigação, um enfermeiro com mestrado e doutorando, para verificar a elegibilidade, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os estudos também foram avaliados quanto à qualidade, com base em ferramentas padronizadas de avaliação de qualidade e o sistema de pontuação da RNAO, que classifica os artigos como fracos, moderados ou fortes, dependendo da sua pontuação de qualidade. Os estudos incluídos foram resumidos em tabelas de extração de dados e esses resultados resumidos foram distribuídos aos membros do painel para sustentar a identificação das recomendações. As pesquisas mais recentes realizadas em 2015 e 2016 envolveram um Nursing Research Associate (NRA) da RNAO, com mestrado, que avaliou de forma independente a elegibilidade dos estudos devolvidos e criou tabelas de extração de dados e resumos das evidências a serem usadas nas seções de discussão das recomendações. A qualidade dos estudos incluídos também foi avaliada criticamente pela NRA, usando um sistema de pontuação semelhante ao que foi usado entre 2007 e 2013.

As informações detalhadas sobre a estratégia de pesquisa para a revisão da literatura, incluindo os termos de pesquisa, estão disponíveis em RNAO.ca/bpg/practice-education



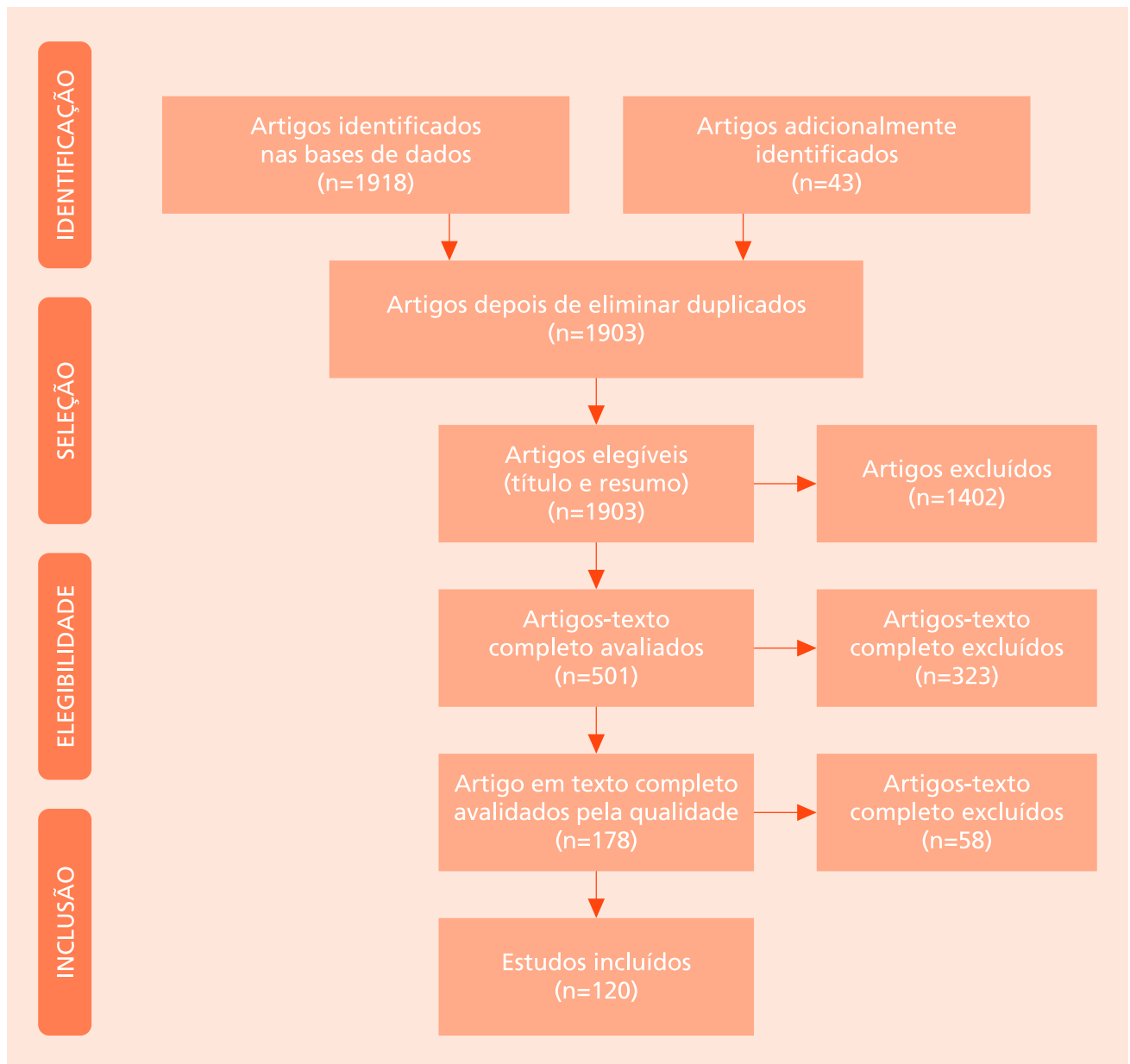
Figura 1. Diagrama de Fluxo do Processo de Revisão dos Guias Orientadores/Relatórios de 2007-2015



APÊNDICES

Fonte: Adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, e do Grupo PRISMA, 2009.

Figura 2. Processo de revisão dos artigos e diagrama do fluxo cumulativo de 2007-2016



Source: Adapted from Moher et al., 2009.

Apêndice D: Habilidades e características do preceptor

A literatura identifica uma gama de habilidades e características do preceptor que devem ser desenvolvidas e reforçadas em programas educacionais estruturados destinados aos preceptores, preparando-os para esse papel (Burns & Northcutt, 2009). A Tabela 4 apresenta algumas dessas habilidades e características e a literatura que as sustenta.

Tabela 4. Habilidades e Características do Preceptor

HABILIDADES/CAACTERÍSTICAS DO PRECETOR	LITERATURA DE SUPORTE
Modelagem de papéis	Donaldson & Carter, 2005; Kilcullen, 2007; Kotecki, 2002
Facilitação do diálogo	Chow & Suen, 2001; Filomena & Suen, 2001; Gillespie, 2002; Miller, Devaney, Kelly, & Kuehn, 2008
Apoio ao desenvolvimento do respeito mútuo	Dickson, Walker, & Bourgeois, 2006; Gillespie, 2002; Registered Nurses' Association of Ontario, 2009; Vallant & Neville, 2006
Conhecer o estudante; ser conhecido tem uma influência positiva na confiança e facilidade de se relacionar com o preceptor	Gillespie, 2002; Sedgwick & Yonge, 2008, 2009
Expectativas realistas, mas negociáveis	Gillespie, 2002; Lofmark & Wikblad, 2001
Construção da confiança	Lofmark & Wikblad, 2001; Myrick, Yonge & Billay, 2010
Promotor de cuidados de qualidade às pessoas	Myrick et al., 2010
Benevolência e relacionamento	Filomena & Suen, 2001; Vallant & Neville, 2006
Feedback imediato para melhorar o desempenho e a confiança dos estudantes	Donaldson & Carter, 2005; Glover, 2000; Kilcullen, 2007; Lofmark & Wikblad, 2001
Identificar e proporcionar oportunidades para a prática dos estudantes	Dickson et al., 2006; Lofmark & Wikbald, 2001; Sedgwick & Yonge, 2008, 2009
Habilidades baseadas na população e avaliação dessas habilidades em ambientes de saúde comunitária	Cohen & Gregory, 2009; Wade & Hayes, 2010

Apêndice E: Estratégias para fornecer feedback clínico

Dar feedback aos alunos durante as experiências de educação prática demonstrou ter benefícios tanto para as necessidades de aprendizagem do aluno, quanto para o desenvolvimento profissional do educador (Clynes & Raftery, 2008; Glover, 2000). Abaixo estão descritas algumas estratégias sugeridas para ser implementadas por educadores de enfermagem, preceptores ou instrutores de enfermagem clínica, ao dar feedback estruturado aos estudantes de enfermagem que concluem uma experiência de educação prática.

- O feedback adequado após uma experiência de ensino prático deve ser imediato, informativo, não suscetível de induzir sobrecarga, sensível e focado no desempenho ou comportamento do estudante, e não na pessoa em si (Glover, 2000).
- O feedback direcionado para ajudar os estudantes a autorregular a sua prática e se concluída em tempo útil após a experiência, pode motivar uma aprendizagem adicional (Glover, 2000). O feedback contínuo, em vez de apenas ocorrer no final de uma experiência de ensino prático, pode promover mudanças na prática e oportunidades de aprendizagem que, de outra forma, poderiam não estar disponíveis (Clynes & Raftery, 2008).
- O feedback pode ser dado tanto informalmente como formalmente, com vantagens para ambos os métodos. O feedback informal pode assumir a forma de comentários dados diretamente após a demonstração de uma habilidade clínica. O feedback formal pode envolver um *debriefing* no final de um turno clínico e incluir um componente escrito (Clynes & Raftery, 2008).
- Independentemente do tipo de feedback, a privacidade e a confidencialidade dos estudantes devem ser sempre consideradas ao fornecer feedback. O feedback deve ser fornecido num local privado com o mínimo de distrações e num momento em que existam as condições necessárias para aprofundar a discussão (Clynes & Raftery; Glover, 2000).
- Quando há uma área identificada que requer melhoria, pode ser útil usar a técnica “**Feedback sandwich**”, que consiste numa declaração positiva, seguida do feedback construtivo para melhoria, e finalizado com uma declaração positiva (Clynes & Raftery, 2008; Glover, 2000).
- Depois de fornecer feedback aos estudantes, é importante avaliar a sua compreensão do que foi abordado. Proporcionar tempo para que os estudantes reflitam e discutam a sua interpretação do feedback pode ajudar a minimizar quaisquer preocupações ou mal-entendidos (Clynes & Raftery, 2008).
- Quando são identificadas áreas que requerem melhorias, pode ser útil trabalhar com o estudante para desenvolver estratégias para alcançar competências e atingir objetivos, garantindo assim a qualidade da pessoa no futuro (Glover, 2000).

Fontes: Clynes, M.P., & Raftery, S.E.C. (2008). Feedback: An essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 8, 405-411.

Glover, P. A. (2000). “Feedback. I listened, reflected and utilized”: Third year nursing students’ perceptions and use of feedback in the clinical setting. *International Journal of Nursing Practice*, 6(5), 247

Apêndice F: Teoria de simulação de Jeffries da NLN e etapas para construção de uma simulação

A teoria de simulação de Jeffries (Jeffries, 2016) da National League for Nursing (NLN) é uma teoria de enfermagem de médio alcance que promove práticas baseadas em evidências para o ensino e a aprendizagem durante uma experiência de simulação. A teoria, baseada na ilustração do seu quadro conceitual e em pesquisas anteriores de simulação, fornece conceitos importantes sobre a facilitação de experiências de simulação no ensino de enfermagem (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015). A teoria incorpora a forma como os fatores contextuais, os elementos de fundo e os aspectos de design sustentam a experiência de simulação (Jeffries et al., 2015). Além disso, as simulações possuem características dentro do ambiente onde ocorrem, que aumentam a qualidade da experiência (Jeffries et al., 2015). De acordo com a teoria de simulação NLN Jeffries, essas características incluem um ambiente:

- experiencial;
- interativo;
- colaborativo;
- centrado no estudante; e ainda
- que incorpora o estabelecimento de confiança (Jeffries et al., 2015).

Dentro da experiência de simulação, há também uma interação dinâmica entre facilitador e participante, com o facilitador recorrendo a estratégias educacionais para atender às necessidades dos participantes (Jeffries et al., 2015). Como resultado da simulação, existem três categorias de resultados, como o sistema, pessoa e participante (Jeffries et al., 2015). Informações adicionais sobre como aceder à teoria completa de simulação de NLN Jeffries e recursos adicionais de simulação podem ser encontradas no site da NLN em <http://www.nln.org/professional-development-programs/simulation>.

Fonte: Jeffries, P.R. (Ed.) (2016). The NLN Jeffries Simulation Theory. Washington, D.C.: National League for Nursing.

Jeffries, P.R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 292-293

O trabalho anterior de Jeffries (2006) também descreve etapas específicas para a construção de uma experiência de simulação de qualidade (Tabela 5). Estas etapas e componentes correspondentes baseiam-se na noção de que uma estrutura ou teoria de simulação irá ser, em última análise, utilizada para sustentar a experiência de simulação.

Tabela 5. Etapas para construir uma simulação

ETAPAS	COMPONENTES DE CADA ETAPA
1. Desenvolver o plano	Fazer uma revisão completa da literatura Utilizar um quadro de referência de simulação*
2. Adquirir os materiais necessários	Reunir equipamentos, adereços e materiais Definir horários para os estudantes Reservar a sala/Fazer a sua preparação Organizar gravações em vídeo (opcional)
3. Montar a estrutura	Definir o papel do professor Definir o papel do estudante Incorporar as práticas educacionais Desenhar a reflexão guiada Definir tempo para a simulação e reflexão guiada
4. Finalizar o projeto	Refinar ou revisar a estrutura (simulação) conforme necessário Avaliar os resultados da aprendizagem e do processo Divulgar os resultados

*Isto pode incluir a NLN Jeffries Simulation Theory (2016).

Fonte: Republicado com permissão da Annual Review of Nursing Education pela Springer Publishing Company, do Capítulo 8: “Designing simulations for nursing education”; por P.R. Jeffries, 2006, *Annual Review of Nursing Education*, 4, p.164. Permissão transmitida através do Copyright Clearance Center, Inc., no formato de outro produto publicado.

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Boas práticas para o sistema e ambientes de trabalho saudáveis

Este projeto é financiado pelo Governo de Ontário.

Para mais informações sobre este guia, visite:



ISBN 978-1-926944-66-1



9 781926 944661

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario