



PENSAR **ENFERMAGEM**

Revista Científica | Journal of Nursing



ÍNDICE

00	Pensar Enfermagem	
	Ficha Técnica	PE1
	Editorial (<i>brevemente disponível</i>)	PE2
01	Relatos de experiência	
	Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem e Segurança do Doente – Reflexão sobre um incidente	1
02	Artigos de revisão	
	Intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 para a comunidade: uma revisão <i>scoping</i>	5
	Ambientes de trabalho saudáveis e processo ensino-aprendizagem em enfermagem: <i>scoping review</i>	14

FICHA TÉCNICA

Pensar Enfermagem
Revista Científica | Journal of Nursing
Volume 26 N.01 | outubro 2022

Direção

Diretor:

Andreia Silva da Costa (ESEL/CIDNUR)

Editor Chefe:

Patrícia Silva Pereira (ESEL/CIDNUR)

Conselho Editorial

Editor Chefe:

Patrícia Silva Pereira (ESEL/CIDNUR)

Editores Adjuntos:

Florinda Galinha de Sá (ESEL/CIDNUR)

Helga Rafael Henriques (ESEL/CIDNUR)

Paulo Seabra (ESEL/CIDNUR)

Editores Associados:

Marcelle Miranda da Silva (Escola de Enfermagem
Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Adam Searby (Deakin University School of Nursing
and Midwifery, Melbourne, Australia)

Conselho Consultivo

Adelaida Zabalegui (Hospital Clínic de Barcelona)

Adriana Henriques (Escola Superior de Enferma-
gem de Lisboa)

Carlos Sequeira (Escola Superior de Enfermagem
do Porto)

Divane de Vargas (Escola de Enfermagem da Uni-
versidade de São Paulo)

Helena Rocha (Iscte - Instituto Universitário de Lis-
boa)

Ivone Cabral (Faculdade de Enfermagem da Uni-
versidade do Estado do Rio de Janeiro)

Luísa D'Espiney (Escola Superior de Enfermagem
de Lisboa)

Maria Leonor Xavier (Faculdade de Letras da Uni-
versidade de Lisboa)

Paula Diogo (Escola Superior de Enfermagem de
Lisboa)

Ricardo Dinis-Oliveira (Instituto Universitário de
Saúde Ciências - CESPU)

Propriedade

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvi-
mento em Enfermagem de Lisboa

Av. Dom João II, Lote 4.69.01
1990-096 Lisboa

+351 217 913 400

revistapensarenfermagem@esel.pt
URL: pensarenfermagem.esel.pt

Depósito Legal:

106591/97

eISSN:

1647-5526

Projeto Gráfico e maquetização:

Carolina Rodrigues

Desenvolvimento e manutenção da Plataforma:

OJS/PKP

Carolina Rodrigues

Diogo Marques

Márcia Pereira


Periodicidade:

Publicação em fluxo contínuo em versão digital/
Rolling pass publication - Anual

Atribuição de DOI:

Crossref.org

Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem e Segurança do Doente – Reflexão sobre um incidente

Ana Paula Canelas Santana¹
 orcid.org/0000-0002-4563-5398

¹Mestre, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE

Resumo

Neste artigo apresenta-se uma reflexão relativa a situação de cuidados que envolve a supervisão clínica de estudantes de enfermagem. Tendo em consideração que o objetivo principal da supervisão clínica é permitir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade e seguros realiza-se a análise de um incidente crítico que envolveu uma situação de supervisão clínica de um estudante de enfermagem (da licenciatura), em que a segurança do doente esteve comprometida, associada ao erro clínico relativo à identificação inequívoca do doente e à segurança na medicação. No desenvolvimento desta reflexão apresenta-se a descrição da situação de cuidados, identificando-se os fatores de risco associados ao doente, expondo-se, por último, a proposta de plano de melhoria.

Palavras-chave

Supervisão Clínica, Estudante Enfermagem, Segurança do doente

Introdução

A supervisão clínica em enfermagem tem como objetivo central a “estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas”^{1(p16657)}. Na qual a comunicação assume um papel central, na medida em que permite a criação de uma relação pedagógica, entre supervisor e supervisionado, proporcionando confiança e motivação, aspetos essenciais para o desenvolvimento da aprendizagem.

No exercício da supervisão clínica, o enfermeiro supervisor deverá desenvolver “um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, no decurso do acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais do supervisionado que tem como finalidade o desenvolvimento pessoal e profissional deste e de si próprio”^{1(p16660)}. Os enfermeiros supervisores deverão assim ser detentores de um conjunto de competências que facilitem o processo de aprendizagem dos supervisionados, por meio de uma orientação construtiva². Na qual é esperado que sejam criadas condições para se analisar, para se discutir, para se esclarecer e para refletir sobre diversos aspetos relacionados com as diferentes situações vivenciadas/experienciadas^{1,3,3,4}.

O ambiente de aprendizagem e a supervisão clínica em enfermagem são cruciais para o desenvolvimento da identidade e postura profissional, tal como para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente^{5,6}. A qualidade em saúde e a sua melhoria apresenta-se como um desafio para todos os profissionais de saúde e, de acordo com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros⁷ “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”^{7(p18)}. Concomitantemente, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021- 2030 visa eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar danos ou mesmo travar a morte de doentes, na sequência de cuidados de saúde inseguros⁸. Sendo atualmente reconhecido que, durante a prestação de cuidados, a ocorrência de incidentes de segurança é uma realidade, sabe-se que a “implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui

Autor de correspondência:
Ana Paula Canelas Santana
E-mail: anapcsantana@gmail.com

Recebido: 08.06.2022
Aceite: 06.10.2022

Como citar este artigo: Santana A. Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem e Segurança do Doente – Reflexão sobre um incidente. *Pensar Enf* [Internet]. 2022 Nov; 26(1):1-4. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26i1.193>



hoje uma aposta inequívoca em saúde^{99(p96)}. Daí que no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 venha enumerado como objetivo estratégico “implementar e consolidar de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde”^{99(p102)}.

Tendo por base um incidente de segurança do doente que ocorreu no decurso de um processo de supervisão clínica de um estudante de enfermagem do curso de licenciatura, torna-se essencial refletir sobre a situação, por forma a promover a aprendizagem das equipas de saúde com os erros associados aos cuidados de saúde. O incidente ocorrido será enquadrado e justificado no âmbito da supervisão clínica, tendo esta reflexão como objetivos:

- 1) Descrever o incidente em que a segurança do doente esteve comprometida;
- 2) Identificar os fatores de risco para o doente associados à situação descrita;
- 3) Apresentar o plano de melhoria.

Desenvolvimento

1. Descrição da Situação

Certo dia, depois do período de transição de cuidados do turno da noite para a manhã, uma enfermeira, que estava a realizar supervisão clínica (sendo a sua primeira experiência de supervisão clínica) de uma estudante da licenciatura em enfermagem (na terceira semana de ensino clínico), realizou o planeamento dos cuidados para o início do turno. As doentes que lhe estavam atribuídas eram todas do mesmo quarto, alocadas da cama 27 à cama 30. Duas delas, a doente A e a doente B, que estavam ao lado uma da outra (cama 27 e 28 respetivamente), tinham prescrição de enoxaparina, com as seguintes indicações:

- Doente A iria iniciar enoxaparina 60mg sc às 10h, sendo necessário realizar ensinamentos à doente;
- Doente B administrava de forma autónoma enoxaparina 40mg sc, sendo o horário de administração às 12h. Contudo, havia uma nota em observações na prescrição que naquele dia, o médico de medicina interna viria reavaliar a doente para decidir se seria para continuar a administrar a enoxaparina ou não.

O turno foi decorrendo e pelas 10h, enfermeira supervisora e estudante prepararam a medicação para a doente A, realizaram os ensinamentos sobre o novo medicamento à doente e a enoxaparina foi administrada na hora prevista sem incidentes.

Pelas 11h, o médico de medicina interna veio observar a doente B, tendo decidido que seria para continuar a administrar a enoxaparina durante mais 3 dias, sem alterar dosagem ou horário de administração, enfermeira supervisora e estudante de enfermagem estavam junto do médico, quando o mesmo comunicou esta informação à doente B, tendo sido retificada a prescrição eletrónica.

Perto das 12h a enfermeira supervisora estava a realizar a admissão de outra doente, noutra sala, pelo que perguntou à estudante de enfermagem, se conseguia ir preparar a medicação da doente B e realizar a supervisão da administração da mesma por parte da doente, tendo a estudante aceite.

O turno continuou e, pelas 13h, a doente B toca à campainha e chama a enfermeira, para pedir a enoxaparina, pois já tinha passado a hora de administração. Foi com esta chamada que a enfermeira supervisora e a própria estudante perceberam que a enoxaparina que a estudante preparou às 12h foi entregue e administrada com supervisão pela doente A, em vez da doente B. A enfermeira contacta a medicina interna para informar sobre o erro de medicação,

informou-se a doente A da situação e foi realizada monitorização/vigilância de eventuais eventos adversos à sobredosagem do medicamento.

2. Identificação de Fatores de Risco

Na situação acima descrita, podem-se encontrar dois dos maiores desafios para a segurança do doente: a identificação inequívoca do doente e a segurança na medicação¹⁰ e, neste caso, a falha ocorrida a nível da correta identificação do doente levou a que sucedesse um incidente, um erro de medicação.

Quanto à identificação dos fatores de risco para o doente associados à situação descrita, pode indicar-se que, para a doente A, ocorreu uma sobredosagem de um medicamento, o que implicou uma monitorização de eventuais eventos adversos e, até ao dia da alta, não se detetou qualquer dano para a doente. Para além disso, foi necessário investir em termos da literacia em saúde, reforçando todos os ensinamentos realizados à doente, por forma a que haja maior segurança na prestação de cuidados, explicitando, por um lado, a importância da doente estar envolvida no processo de identificação, esclarecendo de que forma esta medida contribui para a garantia da sua segurança e, por outro lado, os aspetos relacionados com os medicamentos que tem prescritos (doses, vias de administração, frequência, cuidados na administração e vigilância de sinais de alerta). Quanto à doente B, implicou o atraso na administração de um medicamento, sem registo de qualquer dano até ao dia da alta.

3. Plano de Melhoria

Na situação descrita, no que se refere à segurança do doente, são duas as práticas nas quais ocorreram falhas, sendo elas a identificação inequívoca de doentes e a segurança da medicação das duas práticas aí evidenciadas.

A identificação inequívoca do doente é identificada como sendo uma das metas de segurança dos cuidados de saúde prestados, sendo um passo importantíssimo para a segurança do doente. Existindo um conjunto diverso de fatores que podem contribuir para a ocorrência de erros neste processo, a nível do sistema de saúde, do profissional e do doente¹¹. Neste incidente em concreto, a doente tinha pulseira de identificação devidamente colocada e existem procedimentos internos relativos a este tema, contudo não serviram de barreira. Pois, na prática, as recomendações aí existentes não foram cumpridas, nomeadamente a identificação positiva da doente e a ausência de perceção dos riscos inerentes à não utilização destas práticas seguras dada a inexperiência da estudante e da própria supervisora clínica. Por outro lado, a própria doente, provavelmente pela reduzida literacia em saúde, também não soube questionar o porquê da repetição da administração do medicamento, dado que tinha administrado um semelhante 2 horas antes.

Sendo a identificação inequívoca dos doentes uma das medidas essenciais para se garantir a segurança da medicação, em todas as suas etapas, considerado como “uma das regras de ouro na prevenção do erro de medicação”^{12(p167)}. Por este motivo é sempre necessário confirmar a identificação dos doentes, com recurso a pelo menos dois dados da sua identificação, fazendo recurso da identificação positiva, ou seja, questionando os doentes sobre os seus dados e validando com a informação disponível na pulseira de identificação¹⁰. Por outro lado, no âmbito da segurança do medicamento, por forma a aumentar as barreiras de segurança, contribuindo para a literacia

dos doentes, é essencial envolvê-los no processo, não só no processo da identificação segura, mas também em todo o conhecimento relacionado com os medicamentos que lhe são administrados. Sendo assim necessário sensibilizar toda a equipa para a importância da criação destas barreiras de segurança, que irão permitir “que o medicamento certo seja administrado à pessoa certa, pela via certa, na hora e dose certas”^{13(p.251)}.

Não obstante de serem várias as condicionantes das práticas/ambientes seguros da prestação de cuidados, tal como se constatou nesta situação, como estratégia da prevenção de incidentes, a promoção da formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente é destacada na literatura, assim como a promoção da aprendizagem contínua através do relato/notificação de incidentes^{9,12,13}. Pelo que se sugere a inclusão no plano de formação em serviço a temática da identificação inequívoca do doente, a segurança na administração de medicação e sobre o relato de incidentes.

Esta situação requer que se olhe também por outra perspetiva/dimensão, dado que esteve envolvida uma enfermeira supervisora clínica e uma estudante de enfermagem, pelo que considero que, tem em termos macro, esta situação esteve relacionada primariamente com questões associadas à supervisão clínica, o que por sua vez está intimamente relacionado com a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Pois tal como nos indica Davis e Beddoe¹⁴, o objetivo principal da supervisão é permitir a prestação de cuidados de saúde de qualidade e seguros. Ao mesmo tempo, a Ordem dos Enfermeiros¹ refere que o processo de supervisão clínica valoriza “[...] a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados.”^{1(p16657)}

Um estudante de enfermagem administrou um medicamento sem supervisão por parte da enfermeira supervisora clínica e tal teve como resultado um incidente de segurança do doente, associado à identificação segura e subsequente erro de medicação, tal como descrito anteriormente. Estando a enfermeira a realizar a admissão de uma doente noutra sala, seria mais seguro ter aguardado pelo final desse procedimento, que a aluna poderia ter acompanhado e depois passariam para a administração da medicação à doente B, em processo de efetiva supervisão clínica. Pois, garantir que se realiza uma supervisão direta, em todos os momentos, deve ser uma prioridade urgente para supervisão clínica de estudantes de licenciatura em enfermagem¹⁰. Autores como Reid-Searl, Moxham e Happell¹⁵ sugerem que os estudantes de enfermagem correm o risco de cometer erros ao administrar medicamentos aos doentes durante o ensino clínico e, no seu estudo, em todos os erros reais de medicação analisados uma supervisão inadequada esteve presente. Concluindo Reid-Searl, Moxham e Happell¹⁵ que a supervisão adequada contribuiu para a prevenção de erros, indicando claramente que a supervisão é um componente essencial para a administração segura de medicamentos por estudantes de enfermagem. Uma efetiva supervisão é assim importante para experiências de aprendizagem de qualidade para os estudantes, mas também tem implicações significativas para a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes¹⁵.

Tal como nos indica Davis e Beddoe¹⁴, o enfermeiro supervisor clínico deve ter competências no âmbito da supervisão clínica em enfermagem, sendo mesmo considerado como um pré-requisito importante para quem assume o papel de supervisor dos estudantes e, neste caso concreto, era a primeira experiência de supervisão da enfermeira, não tendo a mesma qualquer tipo de formação específica prévia em supervisão clínica em enfermagem. Acredito

que a tendência do futuro, será a de que a de que só enfermeiros com formação em supervisão clínica em enfermagem, realizarão a supervisão de estudantes de enfermagem. Contudo, até lá será necessário oferecer as melhores condições possíveis aos enfermeiros que realizam supervisão clínica de estudantes de enfermagem dados os desafios que a supervisão representa, sendo evidente “a need to support supervisors, to enable them to meet these challenges”^{16(p7)}. Quer seja através da realização de formações em serviço sobre supervisão clínica, quer da realização de reuniões de serviço sobre os processos de supervisão que estão a decorrer no serviço, quer da realização de um acompanhamento/supervisão mais próximo, por parte de outros enfermeiros mais experientes e/ou chefes de equipa presentes nos diferentes turnos em que estão presentes estudantes de enfermagem.

Conclusão

A reflexão sobre o exercício profissional é considerada uma das formas de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados⁷, promovendo a aprendizagem das equipas de saúde com, neste caso, os erros associados aos cuidados de saúde.

Na situação descrita, vários foram os fatores de risco para o doente que lhe estiveram associados, tendo sido apresentado um plano de melhoria, que contempla questões associadas à identificação inequívoca dos doentes e à segurança na administração da medicação. Para finalizar esta reflexão, não poderia deixar de referir que é essencial que se criem ambientes favoráveis ao relato, à partilha e subsequente aprendizagem das equipas de saúde com os erros associados aos cuidados de saúde. Dado que as unidades/organizações onde se promove uma cultura de segurança, onde a aprendizagem com os incidentes de segurança e o apoio aos profissionais, doentes e família é uma premissa constante, estão mais bem preparadas para promover a segurança do doente de forma continuada e prestar cuidados de qualidade¹⁷.

Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº366/2018. Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica [Internet]. 2018. [cited 2022 Apr 22]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>
2. Tuomikoski, A., Ruotsalainen, H., Mikkonen, K., Miettunen, J., Juvonen, S., Sivonen, P., Kääriäinen, M. How mentoring education affects nurse mentors' competence in mentoring students during clinical practice: A quasi-experimental study'. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2020 Mar; 34(1):230-238. Available from: <https://doi.org/10.1111/scs.12728>
3. World Health Organization. Nurse educator core competencies. [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2016. [cited 2022 Aug 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1087713/retrieve>
4. Beiranvand S., Kermanshahi S., Memarian R. Nursing instructors' clinical education competencies: an integrated review. *J Pak Med Assoc*, [Internet]. 2021 May; 71:5. Available from: <https://doi.org/10.47391/JPMA.089>

5. Amsrud K., Lyberg A., Severinsson E. The influence of clinical supervision and its potential for enhancing patient safety : Undergraduate nursing students' views. *J. Nurs. Educ. Pract.* [Internet]. 2015 Apr; 5(6); 87-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n6p87>
6. Snowdon D., Leggat S., Taylor N. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2017 Nov; 17; 786. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
7. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos. [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros 2018. [cited 2022 Feb 22]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
8. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2021. [cited 2022 Aug 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240032705>
9. Despacho n.º 9390/2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). [Internet]. 2021. [cited 2022 Apr 22]. Available from: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
10. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas; 2021.
11. Sales L, Barroso F, Ramos S. Identificação inequívoca do doente. In: Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia Prático para a Segurança do Doente. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas; 2021. p. 209-216.
12. Ramos S, Perdigão P, Oliveira R P. Erros relacionados aos medicamentos. In: Sousa P, Mendes W., comps. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [Internet]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019, [cited 2022 Apr 17]; pp. 161-188. Available from: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0011>.
13. Sales L, Coelho A, Graça A, Paulino E. Segurança na medicação. In: Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas; 2021. p.249-264.
14. Davis A, Beddoe L. Best practice in professional supervision: a guide for the helping professions. 2nd ed. [Internet]. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2021 [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://ebin.pub/best-practice-in-professional-supervision-a-guide-for-the-helping-professions-2nbs-ped-9781784508579-1784508578.html>
15. Reid-Searl K, Moxham L, Happell B. Enhancing patient safety: The importance of direct supervision for avoiding medication errors and near misses by undergraduate nursing students. *Int. J. Nurs. Pract.* [Internet]. 2010 May; 16(3):225-232. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01820.x>
16. Leonardsen A, Brynhildsen S, Hansen M, Grøndahl V. Supervising students in a complex nursing practice - a focus group study in Norway. *BMC Nursing*, [Internet]. 2021 Sept; 20:168. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00693-1>
17. Pedroso E, Ramos S, Barroso F. Relato de incidentes. In: Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas; 2021. p.135-146.

Intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 para a comunidade: uma revisão *scoping*

Vânia Catarina Mendes Pinto¹

 orcid.org/0000-0001-6207-1320

Maria Isabel Dias da Costa Malheiro²

 orcid.org/0000-0002-9093-4821

¹Enfermeira Serviço de Especialidades Médicas do Hospital Dona Estefânia. Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – Portugal.

²PhD. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Portugal.

Resumo

Objetivo

Mapear e identificar na evidência científica as intervenções facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com Diabetes Mellitus Tipo 1.

Método

Revisão Scoping foi realizada seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute. Foram incluídos estudos publicados de natureza quantitativa, qualitativa, ou mistos, assim como a literatura cinzenta, em Português, inglês, espanhol ou francês, produzidos entre 2016 e 2021.

Foram incluídos nesta revisão 8 estudos, selecionados nas seguintes bases de dados: CINAHAL; MEDLINE; MedicLatina; Eric; Cochrane CRCT; Cochrane CA; Cochrane DSR; Cochrane MR); Nursing Reference; JBI. Os resultados obtidos foram extraídos com recurso a um instrumento construído pelas autoras e alinhado com a questão/objetivo e expressos num resumo narrativo, incluindo áreas de destaque para pesquisas futuras.

Resultados

Identificaram-se 3 grandes categorias no âmbito das intervenções facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com Diabetes Mellitus Tipo 1, nomeadamente, a existência de recursos e sistemas de suporte; o desenvolvimento de competências na gestão da doença (conhecimentos, modelagem e treino); comunicação e a continuidade dos cuidados.

Conclusões

A transição para a comunidade da criança em idade escolar com Diabetes Mellitus tipo 1 é influenciada por fatores relacionados com as condições ambientais, profissionais, organizacionais e da própria família. Os sistemas de suporte, o desenvolvimento de competências de gestão da DM1 (conhecimento e treino) e a comunicação/continuidade são destacados como foco de atenção no desenvolvimento das intervenções promotoras de uma transição segura.

Palavras-chave

Diabetes Mellitus tipo 1; Integração Comunitária; Cuidado de Transição; Família; Criança.

Introdução

A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é caracterizada como uma doença autoimune na qual o sistema imunitário destrói as células beta do pâncreas produtoras de insulina¹. A insulina é a hormona que controla os níveis de glicose no sangue, necessário ao funcionamento das células e produção de energia, sendo igualmente fundamental para o metabolismo das gorduras e proteínas¹⁻². O défice de insulina, provoca um descontrolo metabólico caracterizado por hiperglicemia, cetoacidose e se não for detetado e corrigido atempadamente, ao coma e em casos extremos à morte. É considerada a doença crónica mais frequen-

Autor de correspondência:

Vânia Catarina Mendes Pinto

E-mail: vania.pinto@campus.esel.pt

Recebido: 22.06.2022

Aceite: 20.11.2022

Como citar este artigo: Pinto, V, Malheiro, Isabel. Intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 para a comunidade: uma revisão scoping. Pensar Enf [Internet]. 2022 Dez; 26(1):5-14. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26i1.194>



te na infância, com uma taxa de incidência em crescimento em todo o mundo¹. A região da Europa possui das taxas de prevalência mais elevadas do mundo¹, verificando-se em Portugal uma taxa de 0,16%³. A literatura descreve que estes dados estatísticos se devem a uma etiologia multifatorial, na qual se inclui além da vulnerabilidade genética, a influência ambiental, os estilos de vida e comportamentos de saúde¹.

Uma inapropriada gestão terapêutica da DM1, pode a longo prazo traduzir-se em comorbilidades microvasculares, macrovasculares, doenças autoimunes, alterações no desenvolvimento e crescimento infantil, alterações neurológicas e da saúde mental⁴. Deste modo, uma adequada gestão terapêutica da DM1 é fundamental para o controlo metabólico, manutenção da qualidade de vida da criança com DM1, prevenção de comorbilidades e diminuição de hospitalizações⁴. Esta gestão terapêutica implica educação, suporte, promoção de uma alimentação saudável, de atividade física e saúde mental⁴, além da adesão terapêutica, insulínica e do controlo glicémico⁵.

A criança em idade escolar (6 – 11 anos), encontra-se no estágio operatório-concreto do desenvolvimento cognitivo de Piaget⁶, pelo que ainda não possui capacidade cognitiva para perspetivar as sequelas e consequências relacionadas com uma inadequada gestão terapêutica⁷. Desta forma a família assume, também, o papel de gestor terapêutico, sendo por isso a DM1 considerada uma doença da família⁸. O conceito de família tem sofrido uma série de alterações nas últimas décadas, na sua estrutura e dinâmica. Porém, independentemente do seu número de elementos, pode ser definida como uma unidade fundamental para a promoção e manutenção da saúde, uma vez que é na família que se adquirem os comportamentos e estilos de vida⁹. O diagnóstico da DM1 simboliza uma alteração nas rotinas familiares, colocando a família vulnerável a *stressores* e a perturbações emocionais relacionadas com a angústia, o receio das complicações e muitas vezes a dificuldade de gerir a diabetes fora do ambiente familiar¹⁰⁻¹¹. Acrescem responsabilidades relacionadas com a gestão terapêutica da DM1, e com o seu processo adaptativo na família, nomeadamente com a monitorização da glicemia capilar, administrações múltiplas de insulina, contabilização e vigilância da ingestão de hidratos de carbono¹⁰.

Uma intervenção multidisciplinar é necessária, na qual o cuidado centrado na família é a prioridade^{4,12}, capacitando esta, para a gestão da DM1 na criança de acordo com as suas necessidades, com a estrutura e dinâmica familiar, facilitando o processo de adaptação à DM1 e a tomada de decisão¹¹. O *empowerment* familiar funciona como um meio para reconhecer as necessidades, promover e aumentar a competência, assumindo o controlo pela gestão da DM1, pela sua supervisão, suporte e educação de forma progressiva, tanto na criança em concordância com a sua etapa de desenvolvimento, como na comunidade¹¹. A família vai-se tornando perita no cuidado à criança com DM1 e parceira dos enfermeiros nos cuidados durante a hospitalização e após a alta.

A criança em idade escolar encontra-se no início da socialização e escolarização, estando por isso a adaptação e gestão terapêutica da DM1 mais vulnerável às influências do contexto escolar e dos pares⁶. O momento da alta hospitalar, é muitas vezes acompanhado por sentimentos de desamparo, isolamento, medo, depressão, insegurança, falta de conhecimentos, dúvidas quanto à possibilidade de retomarem os empregos, da criança regressar à escola e ao convívio com os amigos^{13,14}. Tudo isto comprova, que a saúde de uma criança e sua família é indiscutivelmente influenciada pela comunidade

onde se encontram inseridos.

A comunidade é constituída por um grupo de indivíduos com características e interesses comuns, incluindo a criança, família, a vizinhança, os amigos, o ambiente físico, serviços educacionais, serviços de saúde e sociais, espaços de lazer¹⁵. O Enfermeiro desenvolve um trabalho em parceria com a criança e família em todos os contextos que a envolvem¹⁶, articulando com a comunidade, como forma de promover a saúde, a qualidade de vida, identificando e mobilizando recursos de suporte¹⁶. A criança em idade escolar com DM1 e sua família vivenciam períodos de transição, relacionados com o processo de desenvolvimento e com o diagnóstico de uma doença crónica desestabilizadora da rotina e dinâmica familiar. Uma transição diz respeito à transferência de responsabilidades de cuidados dos profissionais para os cuidadores, numa ótica de promoção da continuidade e segurança¹⁷ e ainda, à passagem de um estado de estabilidade para outro igualmente estável, caracterizado por uma mudança, que pode ser esperada ou inesperada e por isso causadora de vulnerabilidade e insegurança¹⁸. Estudos que identificam os fatores envolvidos para uma transição segura nos indivíduos com condições crónicas, destacam a continuidade dos cuidados, o relacionamento entre os profissionais de saúde e familiares, os conhecimentos e o envolvimento na gestão terapêutica¹⁹.

Segundo a *World Health Organization*²⁰, uma transição para o domicílio inadequada é responsável por um aumento da mortalidade, morbilidade, eventos adversos; falta de suporte, demora no acesso a cuidados adequados e sistemas de suporte da comunidade; aumento da necessidade de recurso aos serviços de saúde e do número de episódios de urgência; aumento da necessidade de exames adicionais; readmissões hospitalares evitáveis; dor, sofrimento emocional e físico para a criança e família, e ainda para a sua insatisfação.

Promover a continuidade de cuidados à criança e família com DM1, planeando de forma atempada a alta, contribui para a qualidade de vida, suporte, adesão terapêutica e minimização dos custos em saúde, representando uma estratégia e política de saúde a cumprir pelos serviços de saúde²¹⁻²². Ainda assim, e apesar do exposto, a transição do hospital para a comunidade nem sempre é realizada de forma eficiente, garantindo o suporte, o apoio para o processo adaptativo e para as necessidades sentidas na alta²².

Deste modo, é objetivo desta revisão, mapear e identificar na evidência científica as intervenções que são facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1 hospitalizada.

Métodos

Desenho do Estudo

A presente Revisão *Scoping* seguiu a metodologia do Joanna Briggs Institute, tendo sido realizada uma pesquisa inicial no Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports) e nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, não tendo sido verificada na evidência científica nenhuma Revisão Sistemática da Literatura efetuada ou em desenvolvimento referente à temática. Para a sua concretização foi definida numa fase inicial, uma pergunta de investigação, seguindo o modelo Participantes, Conceito e Contexto (PCC), que igualmente nortearam os critérios de inclusão. O protocolo desta revisão não foi registado ou publicado.

Objetivo/Questão de Investigação

O objetivo desta revisão é identificar e mapear na evidência científica as intervenções que são facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1.

Quais as intervenções que facilitam a transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1?

Questões de Investigação

Quais as intervenções realizadas pelos enfermeiros que facilitam a transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1?

Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde que facilitam a transição da criança em idade escolar com DM1 para a comunidade?

Quais os sistemas de suporte que estão descritos como facilitadores na transição da criança em idade escolar com DM1 para a comunidade?

CrITÉRIOS de Seleção

A presente revisão *scoping* teve como critérios de inclusão todos os estudos de natureza qualitativa, quantitativa e todo o tipo de Revisões Sistemáticas da Literatura, publicados em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa. Ao nível temporal e sustentados na procura das intervenções mais recentes e inovadoras (telemedicina/videokonferência/Apps), optou-se por definir como critério de inclusão os estudos publicados nos últimos 5 anos (2016 a 2021).

Foram considerados critérios de inclusão no que se refere aos participantes, os estudos que envolvessem crianças em idade escolar com DM1. Relativamente ao conceito, o critério foram todos os estudos que abordassem a transição para o domicílio/comunidade. Relativamente ao contexto, consideraram-se os estudos que envolvessem o processo de transição de crianças em idade escolar com DM1 para a comunidade, sejam em contexto hospitalar, serviços de pediatria (internamento e ambulatório em consulta de especialidade) e ainda o domicílio.

Foram excluídos estudos que não incluíssem de entre a população alvo, crianças em idade escolar com DM1.

Colheita de Dados

A estratégia de pesquisa teve por base os critérios de inclusão definidos no PCC e foi realizada em três etapas, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*²³ (JBI).

Etapa 1- Foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) (via EBSCO) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Complete*) (via EBSCO) utilizando os termos em linguagem natural. Foram analisados os termos em linguagem natural, presentes no título e no resumo, e os termos indexados que descrevem os artigos resultantes da pesquisa. Com base nos termos em linguagem natural e indexada identificados, foram agrupados os conceitos que correspondem à definição dos Participantes, Conceito e Contexto (PCC), utilizando o marcador booleano OR entre os termos que definem o conceito chave, e o marcador booleano AND

entre os termos que definem os participantes, conceito e contexto.

Expressão de Pesquisa:

((child* [título/resumo] OR “child” [termos MeSH] OR school age children [título/resumo]) AND (diabetes [título/resumo] OR diabetes mellitus type 1 [título/resumo] OR diabetes mellitus type I [título/resumo] OR “diabetes mellitus type 1” [termo MeSH])) AND ((community [título/resumo] OR home [título/resumo] OR “community integration” [termo MeSH] OR “community reintegration” [termo CSH] AND (transition* [título/resumo] OR continuity care [título/resumo] OR discharge transition [título/resumo] OR coordination [título/resumo] OR transitional care [título/resumo] OR safe transition [título/resumo] OR “continuity of patient care” [termo MeSH] OR “transitional care” [termo MeSH])) AND ((hospital [título/resumo] OR hospital pediatric [título/resumo] OR hospital units [título/resumo] OR pediatric unit [título/resumo] OR pediatric nursery [título/resumo] OR hospital discharge [título/resumo] OR “hospital units” [termo MeSH] OR “hospital pediatric” [termo MeSH] OR “pediatric units” [termo CSH]))))

Etapa 2 - Posteriormente foi realizada uma pesquisa extensiva, realizada em abril de 2021, de todos os termos em linguagem natural e indexada selecionados, nas bases de dados CINAHL complete, Medline complete, JBI, Cochrane, Eric, MedicLatina e Nursing Reference.

No que respeita à pesquisa dos artigos na literatura cinzenta, foram utilizados o Google Scholar e o RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Etapa 3- Nesta etapa foi realizada uma pesquisa das referências dos artigos identificados, com vista a encontrar fontes adicionais.

Dos artigos recuperados, procede-se à exclusão dos duplicados. Os restantes foram analisados por dois revisores independentes, tendo por base a relevância do título e do resumo, das palavras-chave e termos de indexação MeSH. Em caso de dúvida realizou-se a leitura do texto completo.

Após seleção de todas as publicações, foram considerados os artigos para leitura na íntegra, e avaliados em detalhe em relação aos critérios de inclusão. Em caso de discordância, a mesma foi resolvida com recurso a um terceiro revisor como forma de determinar a elegibilidade da publicação.

Análise e Tratamento de Dados

Para os estudos que cumprem os critérios de inclusão, foram extraídos os dados que se verificaram relevantes para dar resposta à questão de investigação e objetivos da presente revisão *scoping*. Foi desenvolvido um instrumento de extração de dados com o intuito de facilitar a consulta de detalhes específicos da população em estudo, do conceito, do contexto e dos métodos de estudo. Os resultados foram agrupados relativamente às intervenções facilitadoras na transição para a comunidade da criança em idade escolar com Diabetes Mellitus tipo1. Os dados foram extraídos por dois revisores independentemente. As discordâncias que surgiram foram resolvidas por meio de discussão ou com recurso a um terceiro revisor. Os autores dos artigos foram contactados para solicitar dados ausentes ou adicionais, sempre que necessário.

Por se tratar de uma revisão *scoping*, não foi levada a cabo nenhuma avaliação da qualidade dos artigos.

Resultados

Tal como apresentado no Fluxograma (Figura 1) foram identificados nas bases de dados supracitadas 162 artigos potencialmente relevantes, tendo sido removidos 2 por se encontrarem duplicados. Foram analisados o título e o resumo, quanto aos critérios de inclusão e indexação, excluindo-se 146. Ficam para leitura do texto integral 14 artigos, tendo-se excluído 1 por ser um artigo incompleto e não ter sido possível a sua aquisição, o que consideramos ter sido uma limitação. Após a leitura integral dos 13 artigos, procedeu-se à análise dos mesmos excluindo-se 7 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão. Aos restantes 6, adicionam-se 2 artigos encontrados na literatura cinzenta, igualmente analisados quanto ao cumprimento dos critérios de inclusão. Por fim, foram incluídos nesta revisão *scoping* 8 artigos, que se encontram sintetizados na tabela 1. Os países de origem, tipos de estudos, profissionais envolvidos e intervenções identificadas encontram-se descritas sob a forma de narrativa.

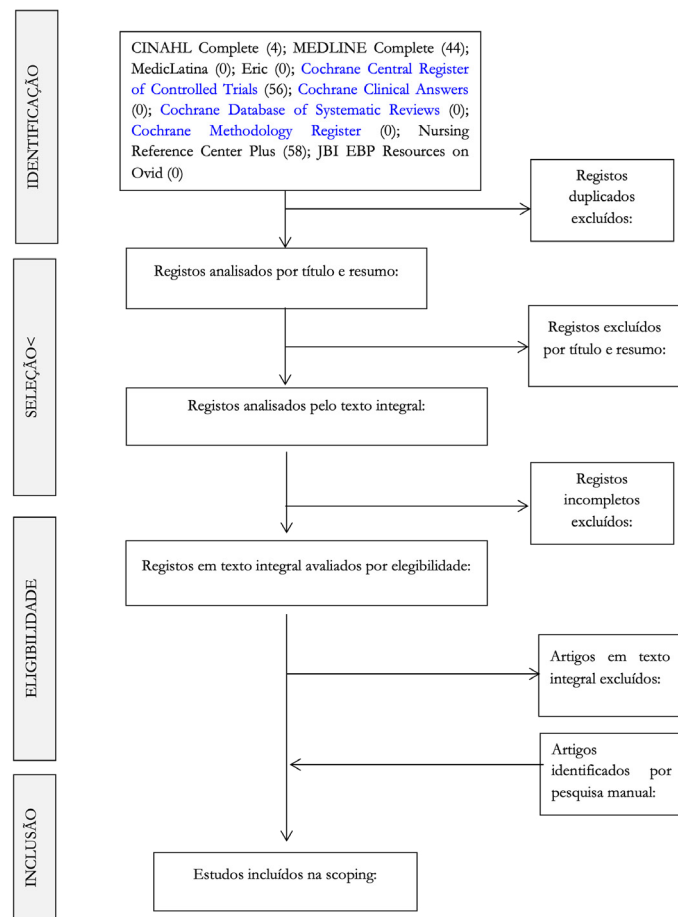


Figura 1 – Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos

Fonte: Moher, Tetzlaff, and Altman (2009).

Autor/Ano	Objetivo (S)	População	Conceito	Contexto
1. Sparud-Lundin, C e Hallström, I, 2016 ⁽²⁴⁾	Explorar a experiência dos pais perante duas abordagens diferentes de cuidados: cuidados baseados no domicílio hospital e cuidados domiciliários.	36 diádes: 17 no grupo do cuidado hospitalar e 19 no grupo do cuidado domiciliário hospitalar. 14 eram crianças em idade escolar.	Foram analisadas as condições ambientais e de aprendizagem para o regresso a casa.	Hospitalar Domiciliário Hospitalar
2. Schub T e Smith N, 2017 ⁽²⁵⁾	Desenvolver um programa de intervenção, promotor da capacitação e adaptação das crianças, adolescentes e família com DM1.	Crianças em idade escolar, adolescentes e famílias.	Identificadas intervenções promotoras da capacitação para a gestão terapêutica da DM1 com início na admissão hospitalar e possíveis recursos na comunidade.	Hospitalar
3. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Nascimento LC e Guedes MVC, 2017 ⁽²⁶⁾	Compreender a influência do modo de vida da criança e família, as suas redes de apoio social, para orientar o cuidado à criança com DM1.	26 diádes mãe - criança em idade escolar.	As redes de apoio identificadas, foram a família, os amigos, a escola, a convivência com outras famílias de crianças com DM1, as crenças espirituais e os profissionais de saúde.	Ambulatório de referência especializado no tratamento da Diabetes.
4. Wolkers PCB, Pina JC, Wernet M, Furtado MCC e Mello DF, 2019 ⁽²⁷⁾	Investigar a trajetória e o acompanhamento de crianças com DM1 no que concerne à atenção prestada pelos serviços de saúde, a coordenação entre os serviços, a criança e suas famílias.	46 Mães, 8 pais, 2 avós (das 56 crianças com DM1 envolvidas, 46 tinham idade compreendida entre os 6 e os 11 anos)	Os dados foram categorizados com a falta de profissionais qualificados; dificuldades no acesso; défice de comunicação entre os serviços de saúde; insegurança nos outros serviços; excesso de burocracia; necessidade de humanização, individualização nos cuidados e de coordenação.	Ambulatório do Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Minas Gerais e Ambulatório de pediatria do hospital universitário
5. Schiaffini R, Barbeti F, Rapini N, et al., 2020 ⁽²⁸⁾	Avaliar a eficácia do retorno exclusivo aos cuidados parentais em crianças em idade pré-escolar e escolar com DM1 com o sistema Tandem Basal IQ durante a pandemia COVID-19.	22 diádes (pais - crianças entre os 3 e os 10,5 anos) Todas as crianças possuíam tecnologia Tandem Basal IQ para a gestão e controlo metabólico.	Foi comparado o controlo metabólico através da MCG entre as duas últimas semanas do fim da pandemia e as 2 semanas de confinamento pela pandemia à COVID-19.	Unidade Diabetes do hospital infantil Bambino Gesù
6. Klee K, Thomas, K, Atkins D e Ness K, 2020 ⁽²⁹⁾	Explorar as percepções das famílias de crianças com DM1 sobre a formação recebida, a sua capacidade de transferir a aprendizagem para o domicílio, como forma de melhorar o conteúdo educacional.	Familiares de crianças (3 – 16 anos) com DM1 nativos de um país da África Oriental	Definidas duas categorias relacionadas com o processo de capacitação obtido no momento da hospitalização, e relacionada com a transição dos conhecimentos para o domicílio.	Consulta de endocrinologia associada ao Hospital

Tabela 1 – Seleção e descrição dos artigos

7. Braune K, Boss K, Schmidt-Herzel J, Gajewska KA, Thieffry A, Schulze L, et al., 2021 ⁽³⁰⁾	Avaliar e analisar os fatores de sucesso e as barreiras na transição do atendimento convencional para o digital nas crianças com DM1 e sua família.	28 crianças (3-12 anos) com DM1, com bomba de insulina e seus cuidadores	Consultas remotas, com acesso clínico de dados através de ferramentas digitais. Analisada a satisfação e a eventual inclusão deste tipo de acompanhamento.	Hospital Universitário
8. Tong H-J, Qiu F e Fan L, 2021 ⁽³¹⁾	Explorar a influência do plano de alta hospitalar com base nas necessidades de cuidados parentais de crianças com DM1.	102 diades: crianças (59 em idade escolar) com DM1 e familiares	Aplicado um plano de transição para a alta com continuidade após a mesma.	Internamento hospitalar

Tabela 1 – Seleção e descrição dos artigos

Países de origem

Dos artigos incluídos, 2 tiveram origem no Brasil²⁶⁻²⁷, 1 na China³¹, 1 na Itália²⁸, 1 na Suécia²⁴, 1 no Canadá³⁰ e 2 nos Estados Unidos da América^{29, 25}.

Tipos de Estudo

Dos 8 artigos, 2 são estudos quantitativos^{28,31}, 3 são estudos qualitativos^{26-27, 29}, 2 são mistos^{24,30} e 1 diz respeito a um manual de procedimentos/guideline²⁵.

Dos estudos quantitativos, verifica-se que um faz uso do método observacional retrospectivo²⁸ e o outro utiliza um estudo quase-experimental, utilizando como metodologia um ensaio clínico prospectivo³¹.

Dos 3 estudos qualitativos, um utiliza uma abordagem fenomenológica²⁶.

Dos 2 estudos mistos, ambos utilizam na vertente qualitativa a entrevista, na vertente quantitativa um apresenta um desenho de coorte longitudinal prospectivo e o outro um ensaio clínico randomizado controlado^{24, 30}.

Profissionais Envolvidos

Dos 8 artigos, verifica-se que 5 dos estudos foram realizados por enfermeiros^{25-27,29, 31}, 2 por médicos^{24,28} e um por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogo e assistente social³⁰. Verifica-se que a maioria dos estudos foi realizada por profissionais de enfermagem.

Intervenção e Avaliação

Um dos estudos faz referência ao desenvolvimento de um plano de cuidados centrado na criança com DM1 e família, de apoio ao exercício profissional²⁵. Por sua vez, é destacado como uma intervenção facilitadora da transição, um cuidado individualizado, centrado nas necessidades, no contexto ambiental/cultural onde a criança e família se inserem como forma de facilitar a tomada de decisão e adesão terapêutica^{26,28-29}.

O estudo de Tong, Qiu e Fan³¹ apresenta como intervenção facilitadora da transição um plano de alta hospitalar com continuidade

de após a alta através de consultas de *follow-up* via telefónica ou *weechat*. Outro estudo demonstra que o Cuidado Domiciliário Hospitalar se revelou uma importante intervenção facilitadora da transição para a comunidade, pelo carácter realista que confere ao processo de capacitação²⁴.

Promover uma comunicação intersectorial fluida e que garanta a continuidade de cuidados entre as várias instituições de saúde e profissionais, foi apontada como uma intervenção promotora de satisfação pelos pais de criança com DM1, segurança e confiança para uma adequada gestão terapêutica²⁷.

A rede de apoio social às famílias e as ferramentas tecnológicas de suporte social são igualmente descritas como intervenções facilitadoras²⁶, bem como, o suporte conferido pela comunidade escolar às famílias de crianças com DM1 no que diz respeito a uma adequada gestão terapêutica da DM1 durante o período escolar²⁸. Neste último importa realçar a capacitação da comunidade escolar e a adoção de novas intervenções, como a telemedicina centrada no suporte da comunidade escolar²⁵. Como novas intervenções aliadas à tecnologia e de adaptação a um contexto digital, identificam-se as consultas remotas através das plataformas digitais como facilitadoras da transição³⁰.

Síntese dos Resultados

Atendendo aos resultados que emergiram para dar resposta à questão de investigação, podemos agrupar em três categorias, os Recursos/Sistemas de suporte facilitadores da transição; o desenvolvimento de competências (conhecimentos, modelagem e treino); e a comunicação.

Recursos / Sistemas de Suporte à Transição

Vários foram os sistemas de suporte / recursos apontados como facilitadores do processo de transição da criança e família para o domicílio.

No momento do diagnóstico e de regresso a casa, a família sente medo e sobrecarga relacionada com cuidados complexos que a condição de saúde exige, antes mesmo de ter compreendido o diagnóstico e se ter adaptado a ele. Revelam a importância de adequar a informação às necessidades e especificidades culturais da família, para reduzir o impacto negativo. Revela ainda que a existência de intérpretes nas sessões de educação para a saúde são um fator favorável ainda que por vezes possa ser confuso por estar sujeito à interpretação do tradutor²⁹.

A comunidade escolar é considerada um fator de suporte à transição^{26,28}, verificando-se um menor controlo metabólico neste contexto quando comparado com um cuidado exclusivamente parental²⁸ no período de confinamento devido à pandemia COVID 19. Assim como a escola, a religião, os amigos, outros cuidadores e a equipa de saúde contribuem para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e resolução das adversidades relacionadas com o cuidado à criança. Deste modo, deve envolver, para além da família, os outros cuidadores, amigos da criança e a comunidade escolar, pelo que a promoção de um cuidado culturalmente sensível é apontado como um importante contributo para a qualidade de vida de crianças com DM1 e seus familiares^{26, 25}.

Os grupos de apoio, informais revelaram-se como uma importante estratégia de suporte, no âmbito do conhecimento sobre a DM1 e partilha de experiências, em que as famílias/cuidadores demons-

tram a necessidade de se desenvolverem ações formais neste âmbito²⁶.

O recurso a tecnologias e a consultas remotas (virtuais) são considerados benéficas para as crianças e família, promotoras do envolvimento e da tomada de decisão³⁰.

O cuidado domiciliário hospitalar, que consiste na assistência domiciliária pela equipa do hospital, é considerado um recurso mais orientado para a família e para as suas necessidades, conferindo à família um sentimento de maior preparo e confiança no regresso a casa. É promotor da aprendizagem situacional, por ser mais semelhante à vida diária real e por exigir a reflexão e a tomada de decisão, ainda que suportada e apoiada pelo enfermeiro (contacto telefónico e visita)²⁴.

Também é apontado como essencial no cuidado durante o processo de transição o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista e psicólogo) no cuidado à criança com diabetes e sua família.^{25,30-31}

Desenvolvimento de Competências (Conhecimentos, Modelagem e Treino)

Os conhecimentos da família e cuidador da criança sobre a DM1 (fisiopatologia, sinais, sintomas, manifestações clínicas e respetivo tratamento) são revelados como fundamentais para a aquisição da autonomia na gestão terapêutica e determinantes para o sucesso na transição para o domicílio^{24-26,28-29,31}.

A criança em idade escolar pode nesta fase de desenvolvimento iniciar o processo através da manipulação de equipamentos, podendo-se recorrer a desenhos e imagens para facilitar a integração da mensagem educacional²⁵. Referem ainda a frequência nos campos de férias para crianças com DM1 como uma estratégia facilitadora para o desenvolvimento de competências na gestão da DM1²⁵.

A adequação do plano de ensino à criança e família, atendendo à sua cultura e estilo de vida é descrito²⁹ como uma estratégia a integrar nos cuidados.

O desenvolvimento e implementação de um plano de alta hospitalar revelou ser uma estratégia para melhorar a preparação para a alta, promotor da adesão terapêutica, tomada de decisão no momento da alta e um melhor controlo glicémico. O plano de capacitação envolvido, adotou sessões de educação temáticas para as crianças com DM1 e suas famílias e o treino de habilidades através do método de ensino-retorno “*talk-back*” e “*demo-back*”³¹, respetivamente. Relacionado com o *empowerment* profissional verifica-se que os profissionais necessitam de aprimorar as suas competências no cuidado à criança com DM1 e sua família, nos vários serviços de saúde²⁷, como forma de promover a segurança dos cuidados, a confiança dos pais de crianças com DM1 quando necessitam de recorrer a serviços de serviço que vão para além da consulta de especialidade.

Comunicação / Continuidade

Os familiares e cuidadores da criança com DM1 relatam como barreira a uma transição bem-sucedida a comunicação deficitária entre as instituições de saúde/serviços de saúde, a fragilidade no vínculo com os serviços especializados de acompanhamento da criança com DM1 e sua família (consulta de endocrinologia), uma abordagem dos serviços de saúde muito centrada na patologia como ineficiente frente à complexidade das condições crónicas, comprometendo a segurança dos cuidados, a humanização dos cuidados, aumentando

a vulnerabilidade, o acompanhamento na tomada de decisão e a desinformação. Destacam a necessidade de ações intersectoriais, a participação social e a coordenação das redes de atenção, promotor do acesso e inclusão²⁷, através da capacitação da equipa dos serviços de saúde no cuidado à criança com DM1 e sua família, com vista a ordenar, coordenar o cuidado e tornar o cuidado mais especializado nesta área; através de práticas de educação em saúde para a criança e família, da criação de espaços reflexivos com escuta qualificada, troca de experiências e valorização de saberes; através da possibilidade de atendimento telefónico para referenciação em rede, continuidade no cuidado e suporte; através de visitas domiciliárias para uma maior especificidade frente às dúvidas que surgem no dia-a-dia permitindo um acompanhamento focado e humanizado na criança com DM1 e família.

A realização de acompanhamento telefónico e intervenção *Wechat* (*on-line*) após a alta, espaçadas gradualmente (1 semana, 1 mês, 3 meses) constituíram estratégias facilitadoras de uma transição bem-sucedida ao nível do controlo metabólico³¹.

A telemedicina centrada na escola, na qual a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista) permanecem em contacto telefónico com a escola, numa ótica de apoio, suporte e capacitação para uma adequada gestão terapêutica da DM1, foi também apontada como uma estratégia que facilita a continuidade de cuidados da criança com DM1 na escola²⁵.

As consultas de seguimento remotas (*on-line*) realizadas durante a pandemia pela COVID-19 foram também consideradas pelas famílias com uma boa estratégia, aumentam a proximidade dos profissionais e as famílias e melhoram a qualidade de vida das crianças com DM1 e sugerem que se mantenham futuramente³⁰.

Outra estratégia muito valorizada são os cuidados domiciliários hospitalares, pois oferecem uma transição para casa mais gradual, com a possibilidade de transitarem para uma casa do hospital, com supervisão dos profissionais de saúde, e retornarem ao domicílio em períodos do dia (exemplo, a criança e a família permanecerem na casa do hospital durante o dia irem dormir a sua casa)²⁴.

Discussão

Nos últimos 5 anos foram encontrados 8 estudos que nos remetem para intervenções facilitadoras da transição da criança com DM1 hospitalizada e sua família para a comunidade, dando deste modo resposta à questão de investigação formulada inicialmente.

A extensa e disponível evidência mapeada na presente *Scoping Review* indica-nos que os sistemas de suporte como exemplo os profissionais de saúde, a comunidade, a existência de um plano educacional e de um plano de alta hospitalar se revelam importantes focos de atenção para o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da transição.

Nos estudos encontrados a promoção da capacitação da criança com DM1 em idade escolar e sua família para a gestão terapêutica, autonomia e tomada de decisão, foi a intervenção mais valorizada para uma transição segura do hospital para o domicílio. Tong, Qiu e Fan³¹ referem que a intervenção educacional, dirigida aos pais de crianças com DM1 no sentido de promover a aquisição de competências e habilidades antes da alta hospitalar, com foco na resolução de problemas e habilidades de autogestão, são fundamentais para a transição do hospital para o domicílio. A educação de elevada qualidade na preparação da alta hospitalar é benéfica para, garantir que os cuidados continuam a ser prestados após a alta, prevenir as

complicações, reduzindo as taxas de readmissões hospitalares por intercorrências³¹. Sy³² refere que a capacitação efetiva da criança com DM1 e família resulta numa diminuição dos custos em saúde e aumenta a satisfação no profissional de saúde. Os resultados revelam que os enfermeiros sentem insegurança, relacionam com défice nos conhecimentos necessários para a promoção da capacitação, pelo que desenvolveu um plano de formação dirigido aos enfermeiros, facilitador do processo de aquisição de competências com foco no profissional e na família. Este plano de formação incluiu, para além da componente teórica, o treino de simulações nos profissionais e o desenvolvimento de instrumentos e recursos de apoio para o profissional, tais como um plano educacional a implementar na criança e família, desde a sua admissão até à alta, ressaltando que o mesmo deverá ser flexível às necessidades e individualidades do cliente³².

O *empowerment* e perícia do profissional é descrito num dos estudos como facilitador do acesso à saúde e acompanhamento da criança com DM1 nos vários serviços públicos²⁷. Resultados corroborados nos resultados do estudo de Sparud-Lundin e Hallström²⁴ onde referem que os familiares sentem insegurança e frustração quando percebem que o enfermeiro não é perito na DM1, podendo este sentimento de dúvida e insegurança ser uma barreira ao desenvolvimento de competências de gestão da DM1.

O processo de capacitação da criança com DM1 e família começa no hospital pouco tempo depois do momento em que é revelado o diagnóstico e de acordo com o estudo elaborado por Tong, Qiu e Fan³¹ está programado para ser concluído numa média de três dias, pelo que os cuidadores descrevem o ritmo de aprendizagem como sendo “esmagador e complexo”²⁹. Neste sentido, o mesmo autor, corroborado por Pennafort et al.²⁶ referem que é necessário adequar o ritmo da formação e capacitação, em concordância com o processo de adaptação ao diagnóstico, às mudanças no estilo de vida, ao estado emocional e disponibilidade para aprendizagem da criança com DM1 e sua família.

É igualmente relevante neste domínio, que os cuidados prestados sejam culturalmente competentes e adequados à individualidade de cada criança com DM1 e família. Um dos estudos realizado com cuidadores e famílias oriundas da África Oriental revelaram uma dissonância na adequação dos ensinamentos e cuidados culturalmente competentes, quando o treino de contabilização dos hidratos de carbono no hospital, era feito com alimentos e horários de refeição completamente diferentes dos seus hábitos de vida em casa²⁹. Apesar de os autores referirem como limitação o número reduzido de participantes na amostra, os resultados alertam para a necessidade de considerar nestes programas de capacitação para a gestão da DM1 a cultura, religião, tradições e hábitos alimentares de famílias imigrantes²⁹.

A comunicação é outro aspeto que é referido como intervenção facilitadora da transição da criança com DM1 e sua família do hospital para o domicílio, a acessibilidade à informação sobre a saúde e respetivos cuidados e está relacionada com a compreensão e domínio por parte do profissional de saúde do seu idioma. As diferenças culturais interferem na compreensão das orientações prestadas e quando não percebidas tornam estas famílias mais vulneráveis e em risco. Familiares expressam a necessidade de um profissional de saúde que fale a sua língua materna, para que durante o processo de capacitação e acesso aos cuidados, a informação não seja sujeita à interpretação do tradutor²⁹.

Uma boa comunicação e articulação intersectorial é destacada

como uma condição fundamental para uma transição segura. Um dos estudos refere como barreira ao cuidado da criança com DM1 o fato da saúde ser fragmentada e organizada em pontos de atenção isolados e sem comunicação entre si, o que coloca em risco a segurança dos cuidados, e a continuidade dos mesmos²⁷. Este estudo revela que o défice de comunicação entre os profissionais, compromete o cuidado integral à saúde destas crianças e família. Os familiares e cuidadores envolvidos no estudo descrevem como intervenção facilitadora um contacto telefónico disponível continuamente e visitas domiciliárias, além da maior especialização no atendimento e acompanhamento²⁷.

Os resultados desta Revisão *Scoping* destacam a comunidade, como a escola, os amigos, a rede de apoio social, os familiares e os serviços de saúde são focos de atenção para o desenvolvimento de estratégias facilitadoras de transição. No entanto, um dos estudos revela que a comunidade escolar nem sempre possui os conhecimentos necessários para a adequada gestão terapêutica da criança com DM1²⁸. Sendo a escola um contexto em que as crianças passam grande parte do seu dia, é importante que a comunidade educativa possua as competências e treino necessário à promoção de um ambiente seguro para a criança com DM1 e para a manutenção do seu controlo glicémico. O défice de conhecimento para dar continuidade ao cuidado na gestão terapêutica da criança com DM1, pode-se repercutir negativamente na confiança e segurança sentida pelos pais²⁸. A escola e os amigos representam suportes sociais importantes para o controlo da diabetes, podendo os amigos por um lado desempenhar um papel facilitador no processo de adaptação à condição, controlo e cuidado em situações de intercorrência, ou por outro lado, influenciar negativamente as escolhas alimentares²⁶. Schiaffini et al.²⁸ reforça a necessidade de fortalecer as competências na gestão da DM1 neste contexto, quando referem nos seus resultados que os níveis glicémicos das crianças estiveram mais controlados durante o confinamento provocado pela pandemia COVID19, período em que os pais foram os únicos cuidadores quando comparados com os valores no período prévio. A telemedicina centrada na escola, surge como uma forma de promover uma efetiva articulação com a escola e assim facilitar a transição da criança com DM1 para a comunidade²⁵.

As redes sociais informais, entre mães e cuidadores, são descritas como favorecedoras do processo de transição para o domicílio, constituindo um importante suporte, promotor de confiança, e do processo de adaptação à doença do filho. Perspetiva-se a importância de se desenvolverem ações formais pelos profissionais, que possibilitem o encontro das mães de crianças com DM1, dando-se assim visibilidade às questões socioculturais²⁶.

A construção de um plano para a alta no internamento revelou ser uma intervenção importante a integrar a nível institucional, uma vez que promove a transição de um contexto hospitalar para a comunidade, iniciando na admissão e sendo um processo contínuo que se prolonga até depois da alta, através de consulta telefónica e intervenção por *wechat*. Ao preparar a família da criança com DM1 para a alta, promove-se a sua satisfação, na medida em que se conhecem as suas necessidades e se ajusta o plano de educação ao cliente e às necessidades identificadas no domicílio³¹.

A adoção do cuidado domiciliário hospitalar, na qual a criança e família após estabilidade clínica é transferida para uma casa do hospital, local onde se desenvolve o processo de capacitação com o apoio do enfermeiro e restante equipa multidisciplinar, revelou ser uma efetiva intervenção facilitadora da transição e de capacitação

eficaz no que se refere ao controlo glicémico. Os pais referem uma maior satisfação, confiança no regresso a casa, mais conhecimentos e um maior envolvimento na tomada de decisão, por ser uma intervenção num ambiente semelhante ao de sua casa e as atividades normais do dia-a-dia quando comparado com o ambiente hospitalar e os *stressores* que o envolvem²⁴.

Para facilitar a adaptação ao domicílio e consequente recetividade para a aprendizagem, mais personalizada às dificuldades sentidas no dia a dia e centrado na resolução de problemas concretos, a implementação de uma consulta online em contexto pandémico com recurso a plataformas digitais, é destacada pelos familiares como redutoras do *stress* associado à ida ao hospital, a possibilidade de estar num contexto mais confortável, seguro e familiar, com um aumento do empenho³⁰. No entanto, referem como constrangimento estarem dependentes de tecnologia (bombas de insulina, monitorização contínua da glicose, registos de saúde eletrónicos, computador, ligação à internet) e da necessária literacia tecnológica³⁰.

É notório o destaque que é dado ao contributo da equipa multidisciplinar envolvida no processo de transição com a capacitação para a gestão terapêutica da DM1 que implica não só o controlo glicémico e insulínico, mas também a adequação alimentar, exercício físico, prevenção e gestão de intercorrências, além da necessária intervenção da psicologia para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e de gestão emocional^{25, 30-31}.

Conclusão

A presente Revisão *Scoping* permitiu mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções facilitadoras da transição para a comunidade na criança em idade escolar com DM1, e dar uma resposta efetiva ao objetivo proposto e à questão de investigação.

Verificou-se que as estratégias encontradas nesta revisão estão interligadas, e que a transição para a comunidade implica uma resposta complexa e multidimensional.

Emergiram como estratégias facilitadoras de uma transição segura, a individualização dos cuidados e os cuidados culturalmente competentes; o desenvolvimento de um plano de transição para a alta com continuidade após a saída do hospital; a necessidade de se criarem formalmente grupos de apoio para partilha de conhecimento e de experiências entre cuidadores; uma efetiva comunicação e articulação de cuidados entre serviços para um acompanhamento integral da saúde da criança com doença crónica com destaque nas soluções digitais/virtuais; a perícia do profissional de referência em DM1 e formação na área como intervenção fundamental para que transmite segurança, confiança e qualidade no processo de capacitação dos pais; o envolvimento da comunidade escolar, sugerindo o recurso à telemedicina centrada na escola; a realização de consultas via on-line, como minimizador do *stress* hospitalar e promoção da continuidade dos cuidados no domicílio; a criação de uma linha telefónica de apoio à família da criança com doença crónica e por fim o destaque no cuidado domiciliário hospitalar como um cuidado hospitalar promotor da transição e regresso a casa. Os sistemas de suporte, o desenvolvimento de competências de gestão da DM1 (conhecimento e treino) e a comunicação/continuidade são destacados como foco de atenção no desenvolvimento das intervenções promotoras de uma transição segura. Podemos concluir, que a transição é influenciada por fatores relacionados com as condições ambientais, profissionais, organizacionais e da própria família.

Importa realçar que, associada à pandemia pela COVID-19 emer-

giram novas formas de cuidar, aliadas ao desenvolvimento tecnológico e que podem ser importantes soluções facilitadoras de uma transição segura da criança com DM1 e sua família.

Consideramos que a exclusão de um artigo, por não ter sido possível a sua aquisição foi uma limitação da presente revisão.

Implicações para a Investigação

Futuros estudos primários devem procurar conhecer as estratégias da transição no sentido da promoção da continuidade de cuidados e de articulação intersectorial, uma vez que foi uma das lacunas identificadas nesta revisão *scoping*.

Implicações para a Prática

Emerge desta revisão *scoping* um conjunto de intervenções com potencial para serem efetivas na facilitação da transição para a comunidade da criança em idade escolar com DM1. Por terem sido realizadas em países com uma política de saúde diferente, sugere a necessidade de se realizarem estudos primários que avaliem a efetividade destas estratégias/intervenções, tais como o cuidado domiciliário hospitalar, a telemedicina centrada na escola em Portugal. Esta revisão *scoping* permitiu perspetivar uma evolução no cuidado mais centrado na pessoa e no ambiente.

Conflitos de Interesse

Não há quaisquer conflitos de interesse em relação a esta revisão *scoping*.

Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas [Internet]. 9th ed.; Bruxelas: International Diabetes Federation; 2019 [citado em 2020 Ago 20]. p.26-66. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/en/>
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 2020 Ago 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>
3. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e números: O ano de 2015: Relatório anual do Observatório da Diabetes [Internet]. Lisboa: SPD; 2016 [citado em 2020 Ago 21]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/03/15/diabetes-factos-e-numeros-2015/>
4. American Diabetes Association. Children and adolescents. Diabetes Care [Internet]. 2017;40(Suppl 1):S105-S113. doi:10.2337/dc17-S0152017
5. Direção-Geral da Saúde. Crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1: Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação [Internet]. Lisboa: DGS; 2019 Set. [citado em 2020 Ago 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx>

6. Papalia DE, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH editora Lda; 2013.
7. Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, et al. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: A statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005 Jan.; 28(1):186–212. doi: [10.2337/diacare.28.1.186](https://doi.org/10.2337/diacare.28.1.186)
8. Christie D. How do children and adolescents understand their diabetes? *Pract Diabetes*. 2019 Jul; 36(4):117. doi: [10.1002/pdi.222](https://doi.org/10.1002/pdi.222)
9. Regulamento nº 351/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série [Internet]. 2015 [citado em 2020 Ago 21] p.16666-16665. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>
10. McConville A, Noser AE, Nelson E-L, Clements MA, Majidi S, Patton SR. Depression as a predictor of hypoglycemia worry in parents of youth with recent-onset type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2020 Ago; 21(5):909–16. doi: [10.1111/pedi.13039](https://doi.org/10.1111/pedi.13039)
11. Sparapani VC, Nascimento LC. Children with type 1 diabetes mellitus: Strengths and weaknesses in the management of this disease. *Cien Saude Colet*. 2009 Abr; 8(2):274–9. doi: [10.4025/ciencsaud.v8i2.8211](https://doi.org/10.4025/ciencsaud.v8i2.8211)
12. Nascimento LC, Amaral MJ, Sparapani VC, Fonseca LMM, Nunes MDR, Dupas G. [Type 1 diabetes mellitus: evidence from the literature for appropriate management in children's perspective]. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Jun; 45(3):764–9. doi:[10.1590/s0080-62342011000300031](https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000300031)
13. Docherty SI, Barfield R, Thaxton C & Brandon D. Cuidado centrado na família de crianças com necessidades especiais. In: Hockenberry M, Wilson D, editores. *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. p. 515-455.
14. Nieto-Eugenio I, Ventura-Puertos PE, Rich-Ruiz M. S.O.S! My child is at school: A hermeneutic of the experience of living a chronic disease in the school environment. *J Pediatr Nurs*. 2020 Jul; 53:e171–8. doi: [10.1016/j.pedn.2020.03.016](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.016)
15. Brosnan CA, Upchurch SI, Gallagher MR. Cuidados à criança e à família com base na comunidade. In: Hockenberry M, Wilson D, editores. *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. p.17-21
16. Regulamento nº 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série [Internet]. 2018 [citado em 2020 Ago 21] p.19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
17. Direção-Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017 [Internet]. Lisboa: DGS; 2017 [citado em 2020 Ago 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt>
18. Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. In: Meleis AI, editor. *Transitions theory: Middle range and situations-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 38-51.
19. Bonati M. Transitioning youth to adult age also through health services. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Jan 9; 29:e88. doi: [10.1017/S2045796019000842](https://doi.org/10.1017/S2045796019000842)
20. World Health Organization. Transitions of care: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [Citado em 2020 Out 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf?sequence=1>
21. Mendes FRP, Gemitto MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Casa-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Cien Saude Colet*. 2017 Mar, 22(3), 841-853. doi: [10.1590/1413-81232017223.26292015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015)
22. Paniagua DV, Ribeiro MPH, Correia AM, Cunha CRFE, Baixinho CL, Ferreira Ó. Project K: Training for hospital-community safe transition. *Rev Bras Enferm*. 2018 Set 2; 71(5):2264–71. doi:[10.1590/0034-7167-2018-0190](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190)
23. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBİ manual for evidence synthesis*, JBI [Internet]. 2020 [citado em 2020 Ago 21]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
24. Sparud-Lundin C, Hallström I. Parents' experiences of two different approaches to diabetes care in children newly diagnosed with Type 1 Diabetes. *Qual Health Res*. 2016 Ago; 26(10):1331–40. doi: [10.1177/1049732315575317](https://doi.org/10.1177/1049732315575317)
25. Schub T, Smith N. Patient education: Teaching the child or adolescent with Diabetes Mellitus, Type 1. *CINAHL Nursing Guide* [Internet]. 2017 [citado em 2021 Out 28]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T705748&site=nup-live&scope=site>
26. Pennafort VPDS, Queiroz MVO, Nascimento LC, Guedes MVC. Network and social support in family care of children with diabetes. *Rev Bras Enferm*. 2016 Set; 69(5):912–9. doi: [10.1590/0034-7167-2015-0085](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0085)
27. Wolkers PCB, Pina JC, Wernet M, Furtado MCC, Mello DF. Children with Diabetes Mellitus Type 1: Vulnerability, care and access to health. *Texto & Contexto Enferm*. 2019 Jan; 28:1–17. doi: [10.1590/1980-265X-TCE-2016-0566](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0566)
28. Schiaffini R, Barbetti F, Rapini N, Inzaghi E, Deodati A, Patera IP, et al. School and pre-school children with type 1 diabetes during Covid-19 quarantine: The synergic effect of parental care and technology. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020 Ago, 166:108302. doi:

[10.1016/j.diabres.2020.108302](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108302)

29. Klee K. Perceptions of diabetes education among east african immigrant parents. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2020 Mai [citado em 2021 Out 28]; 46(3):146–51. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143616623&lang=pt-pt&site=ehost-live>


30. Braune K, Boss K, Schmidt-Herzel J, Gajewska KA, Thieffry A, Schulze L, et al. Shaping workflows in digital and remote diabetes care during the COVID-19 Pandemic via service design: Prospective, longitudinal, open-label feasibility trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021 Abr 5; 9(4):e24374. doi: [10.2196/24374](https://doi.org/10.2196/24374)


31. Tong H-J, Qiu F, Fan L. Effect of hospital discharge plan for children with type 1 diabetes on discharge readiness, discharge education quality, and blood glucose control. *World J Clin Cases*. 2021 Fev 6; 9(4):774–83. doi: [10.12998/wjcc.v9.i4.774](https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i4.774)


32. Sy V. Empowering staff nurses as primary educators to children with Type 1 Diabetes. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2016 Set [citado em 2020 Out 28]; 42(5):247–51. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29406645&lang=pt-pt&site=ehost-live>


Ambientes de trabalho saudáveis e processo ensino-aprendizagem em enfermagem: *scoping review*


Laura Cavalcanti de Farias Brehmer¹
 orcid.org/0000-0001-9965-8811

Mayara Souza Manoel²
 orcid.org/0000-0002-7241-9383

Bruna Pedroso Canever³
 orcid.org/0000-0002-3484-0740

Flávia Regina Souza Ramos⁴
 orcid.org/0000-0002-0077-2292

Gisele Cristina Manfrini⁵
 orcid.org/0000-0003-0445-1610

Alessandra Perazzoli de Souza⁶
 orcid.org/0000-0001-6115-1388

¹PhD. Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

³PhD. Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

⁴PhD. Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

⁵PhD. Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

⁶PhD. Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

Resumo

Enquadramento

O conceito de Ambientes de Trabalho Saudáveis, insere-se no contexto da formação profissional em enfermagem como referencial para a promoção da saúde dos sujeitos deste processo.

Objetivo

Identificar como docentes e estudantes de cursos de graduação em Enfermagem percebem os “Ambientes de Trabalho Saudáveis” no processo ensino-aprendizagem.

Método

Estudo do tipo *scoping review* com busca realizada nas bases PubMed/MEDLINE, EM-BASE, Scopus, Web of Science, CINAHL, LILACS e BDNF considerando estudos independentemente do tipo, idioma e ano de publicação. A questão norteadora foi orientada pela estratégia mnemônica: População, Conceito, Contexto. Os dados passaram por análise descritiva, bibliométrica e exploratória.

Resultados

Foram identificadas 386 referências, 83 foram selecionadas para serem lidas na íntegra, das quais 56 fizeram parte da amostra final. Assim, foram elaboradas duas categorias: “Ambientes de Trabalho Saudável: espaços do ensino e dos serviços de saúde” e “Estratégias de promoção de Ambiente Saudável”.

Conclusão

Os conceitos em análise evidenciam experiências de estudantes em ambientes das instituições de ensino e dos serviços de saúde. Acerca das práticas dos docentes emergiram as condições de trabalho em âmbitos de infraestrutura, subjetividades e organização institucional e políticas do trabalho.

Palavras-chave

Local de trabalho; Saúde do Trabalhador; Condições de Trabalho; Educação em Enfermagem; Docentes; Revisão.

Introdução

Define-se como Ambientes de Trabalho Saudáveis aqueles em que todas as pessoas implicadas colaboram para a efetividade de um processo de melhoria contínua da promoção e proteção da saúde, segurança e bem-estar de todos os trabalhadores bem como objetivam a sustentabilidade do ambiente de trabalho.¹ Este conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda quatro grandes áreas de ações voltadas para Ambientes de Trabalho Saudáveis, as quais consistem no ambiente físico de trabalho, ambiente psicossocial de trabalho, recursos para a saúde pessoal e envolvimento da empresa na comunidade.¹ Para a área da Enfermagem, os Ambientes de Trabalho Saudáveis caracterizam-se por padrões no processo de trabalho que evidenciem habilidades de comunicação, colabora-

Autor de correspondência:

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer
 E-mail: laura.brehmer@ufsc.br

Recebido: 26.08.2022

Aceite: 21.11.2022

Como citar este artigo: Brehmer, LCF, Manoel, MS, Canever, BP, Ramos, FRS, Manfrini, GC, Souza, AP. Ambientes de trabalho saudáveis e processo ensino-aprendizagem em enfermagem: *scoping review*. Pensar Enf [Internet]. 2022 Dez; 26(1):15-23. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26i1.204>



ção entre os membros da equipe, de tomadas de decisões eficazes, número adequado de profissionais, reconhecimento significativo devido às contribuições e a liderança autêntica.² O conceito de Ambientes de Trabalho Saudáveis na área da Enfermagem constrói-se, ainda, sob a perspectiva de organizações e relações capazes de promover qualidade na oferta de atenção à saúde e qualidade de vida para os trabalhadores de modo indissociável.³

Considerando os ambientes da formação em enfermagem, é fundamental articular as perspectivas de enfermeiros docentes e estudantes sobre as experiências no processo ensino-aprendizagem. No campo específico da docência exercida por enfermeiros questões relacionadas a salário, benefícios, carga de trabalho, ambiente de colegiado, preparação de funções e desenvolvimento profissional, bolsa de estudos, reconhecimento, apoio institucional e liderança são pressupostos de avaliação para os Ambientes de Trabalho Saudáveis.⁴ Outros estudos evidenciam aspectos como infraestrutura e estratégias de ensino cujas influencias nas experiências de formação de Enfermeiros se associam a saúde física e mental de docentes, bem como de estudantes.^{5,6}

Na interface entre os contextos dos ambientes do trabalho em saúde e da formação em enfermagem e das relações entre trabalhadores, enfermeiros-docentes e estudantes, emergiu o presente estudo cujo objeto, Ambientes de Trabalho Saudáveis, insere-se no contexto da formação profissional. Ainda, considerando-se a relevância do tema, o objetivo foi identificar como docentes e estudantes de cursos de graduação em Enfermagem percebem os “Ambientes de Trabalho Saudáveis” no processo ensino-aprendizagem.

Métodos

Trata-se de um *scoping review* que tem como finalidade mapear os conceitos que fundamentam um campo de pesquisa, bem como esclarecer definições e/ou limites de um tema. Para o desenvolvimento desta pesquisa, seguiu-se as recomendações do Joanna Briggs Institute, atualizadas em 2020, e as etapas realizadas foram: definição do objetivo e pergunta; escolha dos critérios de inclusão; escolha da abordagem para a busca de evidências, seleção, extração de dados e apresentação das evidências; análise dos dados; resumo e apresentação dos resultados.⁷

A questão norteadora desta pesquisa foi orientada pela estratégia mnemônica PCC (População, Conceito e Contexto), que, nesta pesquisa, relacionou-se a P= Docentes e estudantes graduação em enfermagem, C = Ambientes de Trabalho Saudáveis, C = Cursos de Graduação em Enfermagem (Universidades, Faculdades, Escolas. Originou-se, portanto, a questão de pesquisa “Como docentes e estudantes de cursos de graduação em Enfermagem percebem os “Ambientes de Trabalho Saudáveis” no processo ensino-aprendizagem?”.

Para a extração das evidências foram utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed/MEDLINE, EMBASE, Scopus, Web of Science, LILACS/BDENF e CINAHL. A busca foi realizada no mês de novembro de 2020, os critérios de inclusão foram: Estudos publicados que continham os seguintes termos de busca: (“Healthy Work Environment” OR “Favorable Practice Environment” OR “Positive Practice Environment”) AND (“Education, Nursing”[Mesh]* OR “Nursing Learning” OR “Faculty, Nursing”[Mesh]* OR “Nursing teacher” OR “Nursing educator” OR “Students, Nursing”[Mesh]* OR “Pupil Nurse”).

Os critérios de exclusão consistiram em: estudos duplicados; estu-

dos que não contemplaram o escopo dessa pesquisa; estudos não disponíveis gratuitamente na íntegra.

A fim de organizar a inclusão e exclusão dos estudos foi realizado o diagrama de fluxo (FIGURA 1) de acordo com PRISMA Extension for Scoping Review (PRISMA-ScR).⁸

O protocolo de buscas foi elaborado com o apoio de uma bibliotecária, que também contribuiu com o processo de buscas nas bases de dados supracitadas. Após a busca foi realizada a leitura dos títulos e resumos por uma das autoras. Na etapa seguinte, de leitura na íntegra dos estudos, duas autoras confirmaram a aderência para alcance do objetivo da pesquisa.

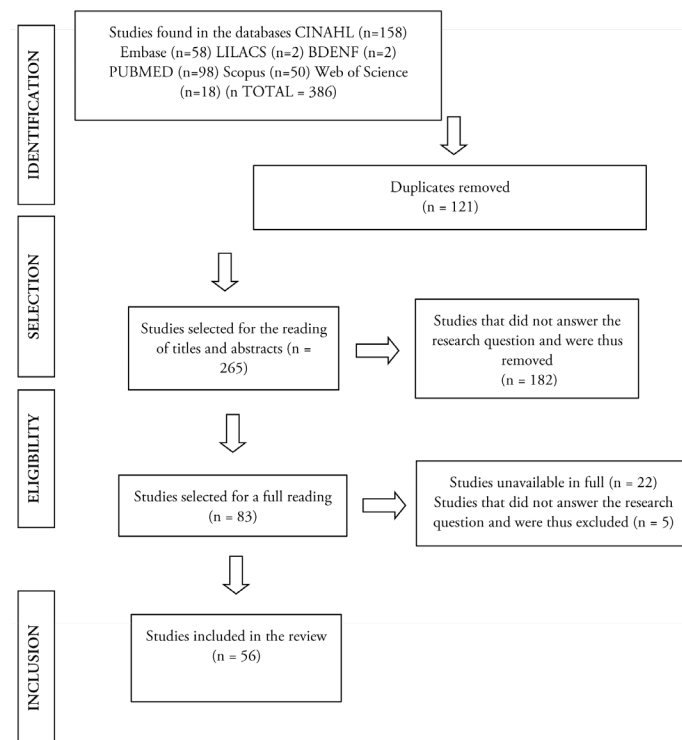


Figura 1 – Diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão de artigos.

Os estudos selecionados passaram, novamente, pela leitura minuciosa do seu conteúdo para evidenciar os pontos relevantes que foram organizados em uma tabela no Microsoft Excel e preencheram os seguintes aspectos: 1) Base de Dados, Título, Autores, País, Idioma, Ano de publicação, Tipo de publicação, Natureza da pesquisa, Método, População e/ou tamanho da amostra e Descritores, que compuseram os resultados de perspectiva bibliométrica; 2) Objetivo do estudo, Resultados, Conclusões consistiram no corpus da análise de conteúdo dirigido pelos construtos objetos da análise.⁹ Os dados foram codificados segundo as contribuições para o atual estudo. Os códigos foram agrupados segundo proximidade dos conteúdos em consonância com as possibilidades de respostas para a questão norteadora. Por fim, emergiram as categorias que representam os pontos em comum a partir da inferência e a interpretação dos resultados.

A realização desta pesquisa recebeu o apoio, por meio de bolsa de iniciação científica, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão de fomento brasileiro.

Variáveis	N	Variáveis	N
Bases		Ano Publicação	
CINAHL	32	≤2000	2
Embase	1	2001-2005	5
LILACS e BDNF	2	2006-2010	8
PUBMED	18	2011-2015	14
Scopus	2	2016-2020	27
Web of Science	1	Tipos de Estudo	
Países de origem*		Artigos	38
EUA	20	Relatos de Experiência	7
Brasil	19	Opinião	4
Reino Unido	3	Reflexão	3
Austrália	3	Tese, Nota Prévia, Resumo em Anais, Módulo Educação Continuada	1 (cada = 4 total)
Nova Zelândia	2	Idioma	
Espanha, Turquia, Irã, Finlândia, Holanda, Itália, México e Suécia	1 (cada = 8 total)	Inglês	36
		Português	19
Multicêntrico - Espanha, Portugal e Brasil	1	Espanhol	1

Quadro 1 – Características bibliométricas das publicações da amostra (n = 56), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Fonte: Autores.

Resultados

Foram recuperadas 386 referências, das quais, por duplicidade, foram excluídas 121, resultando em uma amostra inicial de 265 publicações indexadas. Após leitura dos títulos e resumos foram excluídas 182 referências por não atenderem ao escopo temático deste estudo, bem como, mais 22 publicações foram excluídas por não estarem disponíveis na íntegra. Procedeu-se à leitura na íntegra de 61 referências, contudo, se considerou a exclusão de mais cinco publicações por não responderem à pergunta de pesquisa. Desta forma, a amostra final desta Revisão de Escopo foi de 56 referências. A perspectiva bibliométrica da amostra está apresentada no QUADRO 1.

Categoria 1 - Ambientes de Trabalho Saudável: espaços do ensino e dos serviços de saúde	Categoria 2 - Estratégias de promoção de Ambiente Saudável
Ambiente acadêmico institucional na perspectiva dos estudantes Mussi, Pires, Carneiro, Costa, Ribeiro, Santos; 2019. ¹⁰ Kerr, Ratcliff, Tabb, Walter; 2020. ¹¹ Fretth, Fry; 2005. ¹² Erlam, Smythe, Clair; 2018. ¹³ Sundler, Pettersson, Berghund; 2015. ¹⁴ Kox, Bakker, Bierma-Zeinstra, Runhaar, Miedema, Roelofs; 2020. ¹⁵	Mussi, Pires, Carneiro, Costa, Ribeiro, Santos; 2019. ¹⁰ Kerr, Ratcliff, Tabb, Walter; 2020. ¹¹ Fretth, Fry; 2005. ¹² Erlam, Smythe, Clair; 2018. ¹³ Sundler, Pettersson, Berghund; 2015. ¹⁴ Kox, Bakker, Bierma-Zeinstra, Runhaar, Miedema, Roelofs; 2020. ¹⁵ Fontaine, Koh, Carroll; 2010. ²⁵ Mintz-Binder; 2013. ²⁶ Kuehn; 2010. ²⁸ Gazza; 2009. ³⁷ Brady; 2010. ⁴³ Blevins; 2016. ⁴⁷ Harmon, DeGemmaro, Norling, Kennedy, Fontaine; 2018. ⁴⁸ Rocha, Greco, Moura, Godinho; 2017. ⁴⁹ Azambuja, Kerber, Kirchoff; 2007. ⁵⁰ Mosteiro-Díaz, Baldonado-Mosteiro, Borges, Baptista, Queiros, Sánchez-Zaballos, et al; 2020. ⁵¹ Soares, Albino Filho, Takeda, Pinheiro; 2016. ⁵² Borges, da Silva, de Almeida, Rocha, Bonow, Cezar-Vaz; 2014. ⁵³ Wood; 2014. ⁵⁴ Whitaker, Wynn, Williams; 2002. ⁵⁵ Franco, Bisio; 1996. ⁵⁶ Van; 2016. ⁵⁷ Blake, Collins; 2017. ⁵⁸ Collins, Berry, Graves, Engle; 2009. ⁵⁹ Bauer-Wu, Fontaine; 2015. ⁶⁰ Ward, Scruth-Chavez, Yokum, Rossie, O'Leary-Kelley; 2008. ⁶¹ Freitas, Paixão, Santos, Meira, Carneiro; 2015. ⁶² Bak, Hoyle, Maloney, Kyle; 2020. ⁶³ Moreira, Dias, Silva, Souza, Beserra, Abreu, et al; 2013. ⁶⁴ Trinkoff AM; 2018. ⁶⁵
Ambiente do cuidado na perspectiva dos estudantes Rodríguez-García, Márquez-Hernández, Granados-Gómez, Aguilera-Manrique, Gutiérrez-Puertás; 2021. ¹⁶ Sergeks, Baykale; 2016. ¹⁷ Yousefi, Yazdani, Mohammadi; 2015. ¹⁸ Chan; 2001. ¹⁹ Decker, Shellenbarger; 2012. ²⁰ Gomes, Rodrigues, Pereira, Handem, Passos; 2015. ²¹ James, Butterfield, Tuell; 2019. ²² Boucaut, Cusack; 2016. ²³ Reza, Ferreira, Silva, Gandarilla, Solano, Martínez; 2016. ²⁴	
Condições de trabalho docente Fontaine, Koh, Carroll; 2010. ²⁵ Mintz-Binder; 2013. ²⁶ Mixer, McFarland, Andrews, Strang; 2013. ²⁷ Kuehn; 2010. ²⁸ Rudy; 2001. ²⁹ Botelho-Sampaio, Cardoso-Mourão, Vieira-de-Almeida; 2016. ³⁰ Piano, Pintor, Datta; 2017. ³¹ D'Oliveira, Souza, Varella, Almeida; 2020. ³² D'Oliveira, Almeida, Souza, Pires, Madriaga, Varella; 2018. ³³ Corral-Muñato, Bueno, Franco; 2010. ³⁴ Rocha, Felli; 2004. ³⁵ Harri; 1993. ³⁶ Gazza; 2009. ³⁷ Madriaga, Souza, D'Oliveira, Carvalho, Lisboa, Andrade; 2019. ³⁸ Soares, Zeitonme, Lisboa, Mauro; 2011. ³⁹ Castner; 2019. ⁴⁰ Sturgeon, Garrett-Wright, Main, Blackburn, Jones; 2017. ⁴¹ Tavares, Magnago, Beck, Silva, Prestes, Lautert; 2014. ⁴² Brady; 2010. ⁴³ Kaylor, Johnson; 2019. ⁴⁴ Moreira; 2018. ⁴⁵ Souza, Prado, Monticelli, Radluz, Carraro; 2007. ⁴⁶	

Quadro 2 – Distribuição das referências da amostra conforme categorias e subcategorias oriundas da análise de conteúdo, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Fonte: Autores.

A partir da análise de conteúdo da amostra foram elaboradas duas categorias que representam o conceito “Ambientes de Trabalho Saudáveis” em contextos de formação no ensino superior de enfermagem. A primeira categoria denomina-se “Ambientes de Trabalho Saudável: espaços do ensino e dos serviços de saúde”. Esta categoria é composta por três subcategorias: “Ambiente acadêmico institucional na perspectiva dos estudantes” (seis referências); “Ambiente do cuidado na perspectiva dos estudantes” (nove referências); “Condições de trabalho docente” (22 referências). A segunda categoria recebeu o título de “Estratégias de promoção de Ambiente Saudável” (30 referências). O QUADRO 2 apresenta esta distribuição.

Ambientes de Trabalho Saudável: Espaços do Ensino e dos Serviços de Saúde

Nesta categoria se desdobram três subcategorias acerca das perspectivas dos estudantes acerca de suas experiências formativas em ambientes do ensino, bem como em ambientes do trabalho em saúde. Ainda, a terceira subcategoria atém-se à perspectiva dos docentes cujas experiências, apesar de transitarem entre os mundos do ensino e do cuidado, são próprias do seu papel profissional, seja o papel enfermeiro docente ou enfermeiro assistencial. Nestes dois contextos os docentes alinham o conceito de Ambientes de Trabalho Saudáveis às condições para o desenvolvimento de suas atividades e responsabilidades laborais.

Ambiente Acadêmico Institucional na Perspectiva dos Estudantes

O estresse relacionado ao trabalho na área da enfermagem inicia-se desde a graduação, percebido de modo mais evidente em acadêmicos concluintes.¹⁰ Estudos evidenciaram os ambientes de simulações clínicas como ambientes geradores de sofrimento no acadêmico, especialmente por seu caráter avaliativo. Estes achados indicam que uma estratégia pedagógica plasmada em um ambiente simulado do cuidado de enfermagem não atinge seu propósito, efetivamente, quando tornam-se experiências não saudáveis.¹¹⁻¹⁴

Outro fator atribuído aos ambientes de trabalho na enfermagem não saudáveis, percebido por estudantes, consiste nas complicações musculoesqueléticas decorrentes das atividades laborais. Desde a formação profissional os estudantes percebem as condições insalubres dos ambientes, inclusive, de ensino.¹⁵

Ambiente do Cuidado na Perspectiva dos Estudantes

O ambiente de cuidado se refere aos ambientes de trabalho dos enfermeiros onde se processam as experiências teórico-práticas e de estágios na formação.

Estudos demonstraram que embora os serviços de saúde, cenários do processo ensino-aprendizagem, associem-se ao desenvolvimento das habilidades e outras competências profissionais, também se configuram em ambientes reconhecidos por suas adversidades, produtoras de insatisfação e adocimento dos estudantes. Houve destaques aos impactos negativos sobre a saúde física e mental dos

estudantes ao experienciarem práticas e condições de trabalho dos enfermeiros que se distanciam da teoria e das condições consideradas adequadas. Ao se repostarem ao distanciamento entre teoria e prática, relatam vivências no mundo do trabalho marcadas pela falta de recursos materiais, sobrecarga das equipes por número insuficiente de profissionais. Acidentes de trabalho, conflitos relacionais em equipes não colaborativas, entre outros fatos que se processam no cotidiano dos serviços de saúde. Ainda, da condição de estudante, emergem sentimentos de exclusão, subvalorização, estresse pelos processos avaliativos e falta de acolhimento e empatia dos docentes. Todos estes aspectos conferem aos ambientes da prática de enfermagem características não saudáveis frequentemente percebidas pelos estudantes.¹⁶⁻²⁴

Condições de Trabalho Docente

As condições de trabalho dos docentes revelam se o ambiente de trabalho no ensino e aprendizado em enfermagem são saudáveis ou não.

Sobre a temática, a literatura evidenciou condições de trabalho dos docentes desfavoráveis para promoção da saúde destes trabalhadores. O número de docentes ainda é menor que o necessário para atender todas as demandas da carreira docente, que abarcam o ensino da graduação e pós-graduação, a pesquisa, a extensão e a administração, realidade de inúmeras instituições de ensino superior. Também foram evidenciadas outras características atribuídas ao ambiente adoeceador do trabalho docente, como condições materiais inadequadas e insuficientes, baixos salários, falta de suporte técnico administrativo, relações competitivas entre os pares, exigências de alta produtividade acadêmica para ascender na carreira e atingir reconhecimento, até experiências de assédio, entre outros conflitos ético morais oriundos das relações entre trabalhadores, gestores e com os estudantes. Por isso, fica evidente que as condições de trabalho dos docentes levam ao estresse ocupacional, sofrimento moral, depressão, problemas de saúde físico e psíquico, ou seja, um ambiente de trabalho nada saudável e que interfere no processo de ensino e aprendizado.²⁵⁻⁴⁶

Estratégias de Promoção de Ambientes de Trabalho Saudáveis

Estudantes e docentes, apesar das experiências em ambientes de ensino aprendizagem permeados por fatores limitadores de suas práticas e promotores de adoecimentos e insatisfações, continuamente confrontam expectativas e exercitam a superação dos limites.

Nos estudos acerca das práticas simuladas como desencadeadoras de estresse e sofrimento foram reconhecidas estratégias de enfrentamento. Sobretudo, para minimizar as experiências negativas em ambientes da formação cujas repercussões podem se estender para a vida profissional dos egressos.¹⁰ As práticas em laboratórios e simulações como estratégias na formação em enfermagem representam uma aproximação entre teoria e prática. É um primeiro contato com o cuidado. Estudantes que experienciam simulações clínicas relataram desenvolvimento de segurança e confiança para as práticas em serviços de saúde. Portanto, para atingir seus objetivos esse ambiente de ensino-aprendizagem requer consolidar-se como saudável, especialmente a fim de ultrapassar o caráter avaliativo punitivo.¹¹⁻¹⁴

A associação do ambiente de ensino-aprendizagem a distúrbios musculoesqueléticos, contrariando a perspectiva positiva de um

ambiente promotor de saúde, aponta para a adoção de estratégias protetivas com investimentos em ergonomia e biomecânica. Estas estratégias devem perpassar o planejamento do ambiente e suas condições materiais, bem como o planejamento pedagógico com conteúdos curriculares transversais sobre movimentação, elevação, transferência e manuseio de pessoas e programas de exercício físico.¹⁵

É importante ressaltar que a maioria das referências tratou do tema dos ambientes de ensino aprendizagem com o foco nas estratégias, a partir do trabalho do docente. Como estratégias para tornar os ambientes de trabalho da enfermagem menos insalubres e, conseqüentemente, mais saudáveis, encontrou-se estudos que recomendam a adoção dos padrões para Ambientes de Trabalho Saudáveis, envolvendo habilidade de comunicação, colaboração entre os membros da equipe, tomada de decisão eficaz, número adequado de profissionais, reconhecimento significativo devido às contribuições, e liderança autêntica.^{25,26,28,47,48}

Outros estudos pautaram-se nos padrões da NLN, os quais consistem em salário, benefícios, carga de trabalho, ambiente de trabalho, preparação de funções e desenvolvimento profissional, bolsa de estudos, reconhecimento, apoio institucional, e, liderança.^{26,28,37,43,47}

Iniciativas de fomento institucional que adotam diretrizes para práticas saudáveis de trabalho promovem a saúde pelo autocuidado. Estas instituições ampliam suas capacidades de formar um corpo docente sólido, por meio de melhores condições de trabalho e ações de incentivos a estilos de vida saudáveis. Assim, os docentes encontram a satisfação com suas atividades e o significado do seu trabalho ganha contornos palpáveis. O aspecto relacional entre docentes e estudantes possui interfaces que, por vezes, se confundem entre as perspectivas destes atores em seus papéis de aprendizes, de facilitadores do processo ensino aprendizagem e de profissionais de saúde com o compromisso do ensino. Docentes vislumbram em seu processo de trabalho a formação de colegas de profissão. Assim, figura dentre suas preocupações pedagógicas as abordagens acerca dos aspectos implicados no conceito Ambientes de Trabalho Saudável. Estudos demonstraram estas preocupações a partir de inserções nos currículos de conteúdos sobre saúde ocupacional e saúde do trabalhador. Contudo, ressalta-se que estas incursões dos currículos formais devem extrapolar as abordagens voltadas para desenvolvimento de competências para atuação de enfermeiros especialistas em saúde do trabalhador. O seu desejado sentido está na expressão biopsicossocial do cuidado de si e da promoção do cuidado dos seus pares nos ambientes de atuação profissional.⁴⁹⁻⁶⁰

Ainda, em cenários intra e extramuros, nos processos formativos de enfermeiros as ações de extensão universitária envolvendo a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador assumiu, em alguns estudos, contornos de estratégias transversais que relacionam os ambientes de trabalho saudável e o processo ensino aprendizagem. Especialmente, quando as ações de extensão são realizadas com trabalhadores de enfermagem os estudantes aproximam-se, ainda mais, dos contextos reais do trabalho que, em um futuro breve, serão, também, ocupados por eles.⁶¹⁻⁶⁵

Discussão

O processo ensino-aprendizagem na educação superior em enfermagem se processa em espaços das Instituições de Ensino Superior (IES) e nos espaços dos serviços de saúde aonde são desenvolvidas as atividades teórico-práticas e de estágios, como hospitais, clínicas,

ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Um componente imaterial relacionado ao ambiente de trabalho em processos formativos na enfermagem, evidenciado na literatura, pelas lentes dos estudantes, trata-se do estresse associado aos processos avaliativos que acompanham toda a formação e ainda se caracteriza pelo seu caráter somativo em detrimento do formativo. Todas as atividades da formação, avaliativas ou não, são referidas como demandas desencadeadoras de estresse, sobretudo as simulações.^{11,14}

O uso de simulações no processo ensino aprendizagem emerge no bojo das metodologias ativas configurando-se em estratégias para o desenvolvimento das habilidades técnicas em ambiente controlado, prezando o aprendizado dos estudantes e o cuidado seguro. As práticas simuladas, ainda, estabelecem relação entre teoria e prática, promovem o raciocínio clínico e a reflexão das práticas nos momentos de *debriefing*. Contudo, são evidenciados vieses na implementação de propostas de simulação que as distanciam dos seus propósitos, quando não se avança para práticas pedagógicas crítico-reflexivas, mantendo-se o foco na avaliação que expõe e constrange.^{66,67}

Além das práticas pedagógicas que interferem no ambiente de trabalho, ainda negativamente, esta revisão de escopo integrando cenários do ensino e do cuidado na área da enfermagem, desvelou os processos de adoecimento osteomusculares. Estes são relatados desde a formação e acentuam-se ao longo do exercício profissional, pela constante exposição à movimentos repetitivos e emprego da força física para transporte e mudança de posição de pessoas no leito e desenvolvimento de técnicas como banhos, curativos, sondagens em condições ergonômicas inadequadas. Desta forma, o ensino transversal da mecânica corporal deve aliar-se à melhores condições de aprendizagem e trabalho.^{68,69}

A formação em enfermagem congrega conhecimento teórico e habilidades técnicas cujo exercício acontece, sobremaneira, em experiência teórico-práticas. Há referências que apontam estressores relacionados às práticas, devido a insegurança em atingir os melhores desempenhos na execução dos cuidados. Somado a estes fatores os estudantes relatam sobrecargas de tarefas que repercutem no gerenciamento do tempo para outras atividades da vida diária, incluindo os deslocamentos entre casa e instituição de ensino, bem como, para a interações sociais, de lazer e cuidado da saúde física e mental.^{70,71}

Houve destaque para as perspectivas dos estudantes sobre os ambientes dos serviços de saúde, em experiências práticas durante a formação em enfermagem. As vivências em cenários do cuidado e do trabalho do enfermeiro representam, por um lado, oportunidade inequívoca de desenvolvimento das competências profissionais, mas, por outro, espaços de enfrentamentos de diversos conflitos subjetivos e intersubjetivos. Os ambientes dos serviços de saúde representam para os estudantes fonte de insegurança pela alta expectativa com o desempenho, pela avaliação e pela responsabilidade inerente ao cuidado à saúde. Também são referenciadas as relações conflituosas com equipes de saúde pouco acolhedoras, o que passa a ser reconhecido por sua associação com o sofrimento de estudantes^{116,72,73}

No processo ensino-aprendizagem se encontram, no mínimo, dois atores, estudantes e docentes, portanto, estudos desta revisão, também evidenciaram as perspectivas dos docentes acerca dos ambientes de trabalho. À luz do conceito de “Ambientes de Trabalho Saudáveis” se revelaram questões das condições de trabalho dos enfermeiros docentes. Estes trabalhadores estão expostos à altas

exigências de produtividade no ensino, na pesquisa e na extensão, a tríade indissociável das carreiras universitárias. Condições de infraestrutura figuram como aspecto associado a saúde física e mental dos docentes que desenvolvem suas atividades em salas de aula precárias, com instrumentos insuficientes, inadequados e sucateados. Os ambientes acadêmicos também são permeados por conflitos oriundos de processos que correlacionam trabalho e subjetividade e trabalho e políticas trabalhistas e organizacionais.^{74,75}

Foram aludidos, até o momento, aspectos caracteristicamente negativos dos ambientes envolvidos no processo ensino-aprendizagem, inclusive em oposição aos desejados Ambientes de Trabalho Saudáveis, ou seja, promotor de saúde. Contudo, o escopo desta revisão pretendeu ultrapassar estes limites, apesar de reconhecê-los como barreiras, de modo a captar dos estudos as estratégias que se propõem a superar os fatores persistentes na promoção de adoecimento. Além de transpor modelos pedagógicos pautados na avaliação com caráter punitivo, construídos desde experiências anteriores ao ensino superior^{66,67} são necessárias políticas sólidas de investimentos para a educação e para a ciência e tecnologia, a fim de promover melhores condições de trabalho para os docentes, com reflexos nas condições de aprendizagem dos estudantes.⁷⁶

Os estudos voltam-se, de modo particular, para a formação, como espaço privilegiado de superação dos revezes e promoção de ambientes de trabalho saudável para enfermeiros e docentes. Este pode ser entendido como um retorno aos cenários, assim se entende, pois, ao evidenciarem entraves para consolidação de práticas críticas, reflexivas, sobretudo saudáveis para seus atores, os estudos retornam para os mesmos cenários na busca por proposições estratégicas. São os espaços da formação (co) responsáveis por mobilizar planos e ações voltadas para este fim. A saúde do trabalhador representa uma importante diretriz orientadora dos currículos.⁷⁷ Em experiências de formação dos enfermeiros, nas práticas curriculares e em ações de extensão, nos serviços de saúde e na comunidade, são construídos e consolidados conhecimentos que aliam a teoria com as necessidades reais de saúde. Assim, estudantes e docentes passam os âmbitos da promoção, proteção e recuperação da saúde de modo a perceberem concretamente a relação ambiente e saúde, trabalho e saúde, e, conectá-los.⁷⁸

Conclusão

Desta revisão emergiram evidências que apontam para experiências e percepções acerca dos “Ambientes de Trabalho Saudáveis” no processo ensino-aprendizagem. Docentes (enfermeiros), bem como, estudantes de cursos de graduação em Enfermagem convergem em apontamentos sobre as influências de elementos políticos intra e interinstitucionais, da infraestrutura, da organização do processo de trabalho e das relações intersubjetivas, nas Instituições de Ensino Superior e na integração com os serviços de saúde, como promotores de ambientes saudáveis.

Destaca-se que os ambientes de trabalho figuram, sobremaneira, em discussões motivadas pelos aspectos negativos que geram adoecimento nos sujeitos implicados. Elencar Ambientes de Trabalho Saudáveis representa uma perspectiva positiva para pensar nos cuidados ao trabalhador com repercussões sobre seu ser e sobre o seu fazer. Portanto, desvelar os elementos associados favorecem as ações de promoção à saúde do trabalhador, em detrimento a perspectiva da saúde ocupacional.

Os limites desta revisão se encontram na abordagem do objeto

ocorrer de modo transversal e por inferência na análise dos estudos da amostra. Pesquisas que integrem efetivamente o conceito de Ambientes de Trabalho Saudáveis nos cenários de formação de Enfermeiros contribuirão para compreensão do fenômeno de promoção e proteção da saúde no trabalho, desde a formação profissional, incluindo estudantes, docentes, profissionais e usuários de serviços de saúde que integram ensino e educação.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. [Internet]. Geneva: WHO, 2010 [acesso em 2021 jul 5]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/healthy-workplaces-a-model-for-action>
2. Kelly LA, Johnson KL, Bay RC, Todd M. Key elements of the critical care work environment associated with burnout and compassion satisfaction. *Am J of Crit Care* [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jul 5]; 30(2): 113-120. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2021775>
3. Internacional Council of Nurses. Ambientes favoráveis à prática: condições de trabalho: cuidados de qualidade: instrumentos de informação e ação. [Internet]. Genebra: Internacional Council of Nurses; 2007 (acesso em 2021 jul 5). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf
4. National League for Nursing. Healthful work environment tool kit©. 2018 (acesso em 2021 jul 5). Disponível em: https://www.nln.org/docs/default-source/uploadedfiles/professional-development-programs/the-healthful-work-environment-tool-kit.pdf?sfvrsn=f44bdc0d_0
5. Hirsch CD, Barlem ELD, Almeida LK de, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Ramos AM. Fatores percebidos pelos acadêmicos de enfermagem como desencadeadores de estresse no ambiente formativo. *Tex Context Enferm* [Internet]. 2018 (acesso em 2021 jul 5); 27(1): e0370014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000370014>
6. Santos RdeJLdaL, Sousa EPde, Rodrigues GMdeM, Quaresma PdaC. Estresse em acadêmicos de enfermagem: importância de identificar o agente estressor. *Braz J Hea Rev* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 2(2): 1086-1094. Disponível em: <https://brasilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/1304/1183>
7. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11, Scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, (editors). *JBImanual for evidence synthesis*. [Internet]. JBI, 2020 [acesso em 2021 jul 5]. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul 5]; 169(7): 467-473. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
9. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* [Internet]. 2005 [acesso em 2021 jul 5]; v15(9):1277-1288. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1049732305276687>
10. Mussi FC, Pires CGdaS, Carneiro LS, Costa ALS, Ribeiro FM-SeS, Santos AFdos. Comparison of stress in freshman and senior nursing students. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 53(0): e03431. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017023503431>
11. Kerr D, Ratcliff J, Tabb L, Walter R. Undergraduate nursing student perceptions of directed self-guidance in a learning laboratory: An educational strategy to enhance confidence and workplace readiness. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 5]; 42: 102669. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102669>
12. Freeth D, Fry H. Nursing students' and tutors' perceptions of learning and teaching in a clinical skills centre. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2005 [acesso em 2021 jul 5]; 25(4): 272-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2005.01.007>
13. Erlam G, Smythe L, Wright-St Clair V. Action research and millennials: Improving pedagogical approaches to encourage critical thinking. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul 5]; 61: 140-145. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.023>
14. Sundler AJ, Pettersson A, Berglund M. Undergraduate nursing students' experiences when examining nursing skills in clinical simulation laboratories with high-fidelity patient simulators: A phenomenological research study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2015 [acesso em 2021 jul 5]; 35(12): 1257-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.008>
15. Kox JHAM, Bakker EJM, Bierma-Zeinstra S, Runhaar J, Miedema HS, Roelofs PDDM. Effective interventions for preventing work related physical health complaints in nursing students and novice nurses: A systematic review. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 5]; 44: 102772. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102772>
16. Rodríguez-García MC, Márquez-Hernández VV, Granados-Gómez G, Aguilera-Manrique G, Gutiérrez-Puertas L. Undergraduate nurses' perception of the nursing practice environment in university hospitals: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag* [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jul 5]; 29(3): 477-486. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13184>
17. Serçekuş P, Başkale H. Nursing students' perceptions about clinical learning environment in Turkey. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 17: 134-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.12.008>
18. Yousefy A, Yazdannik AR, Mohammadi S. Exploring the en-

- vironment of clinical baccalaureate nursing students' education in Iran: A qualitative descriptive study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2015 [acesso em 2021 jul 5]; 35(12): 1295-300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.028>
19. Chan DS. Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2001 [acesso em 2021 jul 5]; 38(4): 447-59. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489\(00\)00082-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00082-1)
20. Decker JL, Shellenbarger T. Strategies for nursing faculty to promote a healthy work environment for nursing students. *Teach Learn Nurs* [Internet]. 2012 [acesso em 2021 jul 5]; 7(2): 56-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2010.12.001>
21. Gomes SV, Rodrigues CMdeA, Pereira ÉAA, Handem PdeC, Passos JP. Accidents at work in the field practice of nursing students. *R Pesq Cuid Fundam Online* [Internet]. 2015 [acesso em 2021 jul 5]; 7(4): 3366-74. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3366-3374>
22. James L, Butterfield P, Tuell E. Nursing students' sleep patterns and perceptions of safe practice during their entrée to shift work. *Workplace Health Saf* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 67(11): 547-553. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/2165079919867714>
23. Boucaut R, Cusack L. 'Sometimes your safety goes a bit by the wayside' ... exploring occupational health and safety (OHS) with student nurses. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 20: 93-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.07.005>
24. Reza CG, Ferreira MdeA, Silva RCda, Gandarilla JV, Solano GS, Martínez VG. Profile of mexican students in nursing clinics. *Esc Anna Nery R de Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 20(1): 11-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160002>
25. Fontaine DK, Koh EH, Carroll T. Promoting a healthy workplace for nursing faculty and staff. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2012 [acesso em 2021 jul 5]; 47(4): 557-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2012.07.008>
26. Mintz-Binder RD. From frontline nurse managers to academic program directors: research, strategies, and commonalities. *Nurs Forum* [Internet]. 2013 [acesso em 2021 jul 5]; 48(2): 114-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12016>
27. Mixer SJ, McFarland MR, Andrews MM, Strang CW. Exploring faculty health and wellbeing: creating a caring scholarly community. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2013 [acesso em 2021 jul 5]; 33(12): 1471-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.05.019>
28. Kuehn MB. Creating a healthy work environment for nursing faculty. *Creat Nurs* [Internet]. 2010 [acesso em 2021 jul 5]; 16(4): 193-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.16.4.193>
29. Rudy EB. Supportive work environments for nursing faculty. *AACN Clin Issues* [Internet]. 2001 [acesso em 2021 jul 5]; 12(3): 401-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00044067-200108000-00008>
30. Sampaio TB, Mourão LC, Almeida AV. O corpo na formação pedagógica: análise socioclínica institucional das práticas profissionais dos docentes de enfermagem. *Rev de Enferm UFPE online* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 10(4): 3716-3719. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11149p3716-3719-2016>
31. Pinto MJdeS, Pintor FA, Detta FP. Condições de trabalho que mais impactam na saúde dos docentes de enfermagem: revisão integrativa. *Enferm em Foco* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jul 5]; 8(3): 51-55. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1239>
32. D'Oliveira CAFB, Souza NVDdeO, Varella TCMMyML, Almeida PF. Configurações do mundo do trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores docentes de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 5]; 28: e33123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.33123>
33. D'Oliveira CAFB, Almeida CM, Souza NVDdeO, Pires A, Madriaga LCV, Varella TCMMyML. Teaching work of nursing and the impact on the health-disease process / Trabalho docente de enfermagem e as repercussões no processo saúde-doença. *Rev Pesq Cuid Fundam online* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul 5]; 10(1): 196-202. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.196-202>
34. Corral-Mulato S, Bueno SMV, Franco DdeM. Docência em enfermagem: insatisfações e indicadores desfavoráveis. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2021 jul 5]; 23(6):769-774. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002010000600009>
35. Rocha SdeSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2004 [acesso em 2021 jul 5]; 12(1): 28-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692004000100005>
36. Harri M. Mental wellbeing of nurse educators at work. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 1993 [acesso em 2021 jul 5]; 7(2): 73-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00169.x>
37. Gazza EA. The experience of being a full-time nursing faculty member in a baccalaureate nursing education program. *J Prof Nurs* [Internet]. 2009 [acesso em 2021 jul 5]; 25(4): 218-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.006>
38. Madriaga LCV, Souza NVDdeO, D'Oliveira CAFB, Carvalho EC, Lisboa MTL, Andrade KBSde. O docente de enfermagem: uma análise sociodemográfica, laboral e de saúde. *Rev de Enferm UFPE online* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 13(2): 438-448. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a235941p438-448-2019>

39. Soares RJdeO, Zeitoune RCG, Lisboa MTL, Mauro MYC. Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. *Text Context Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 2021 jul 5]; 20(4): 758-765. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072011000400015>.
40. Castner J. Healthy environments for women in academic nursing: Addressing sexual harassment and gender discrimination. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 24(1). Disponível em: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01Man06>
41. Sturgeon LP, Garrett-Wright D, Main E, Blackburn D, Jones MS. Nurse educators' occupational and leisure sitting time. *Workplace Health Saf* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jul 5]; 65(5): 184-187. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/2165079916665849>
42. Tavares JP, Magnago TSBdeS, Beck CLC, Silva RMda, Prestes FC, Lautert L. Prevalence of minor psychiatric disorders in nursing professors. *Esc Anna Nery R de Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 jul 5]; 18(3): 407-414. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140058>
43. Brady M. Healthy nursing academic work environments. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2010 [acesso em 2021 jul 5]; 15(1). Disponível em: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No01Man06>
44. Kaylor SK, Johnson PT. Peace, love, field day: An innovative approach to cultivating healthy academic communities. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 40(6): 386-387. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000368>
45. Moreira DdeA. Prazer e sofrimento de docentes e discentes na pós-graduação stricto sensu em enfermagem [dissertação] [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. 125 p. [acesso em 2021 jul 5]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ENFC-BA9HUD>
46. Souza M de L de, Prado ML do, Monticelli M, Radünz V, Carraro TE. Being human with yourself and the others in nursing: an essay. *Online Braz J of Nurs* [Internet]. 2007 [acesso em 2021 jul 5]; 6(2). Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.2007985>
47. Blevins J. Model for a healthy work environment. *J Christ Nurs* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 33(4): E46-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/cnj.0000000000000332>
48. Harmon RB, DeGennaro G, Norling M, Kennedy C, Fontaine D. Implementing healthy work environment standards in an academic workplace: An update. *J Prof Nurs* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul 5]; 34(1): 20-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.06.001>
49. Rocha R, Greco R, Moura D, Godinho M. Saúde do trabalhador: concepções de acadêmicos de enfermagem. *Rev Enferm Uerj* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jul 5]; 25: 1-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.16143>
50. Azambuja EP, Kerber NPdaC, Kirchoff AL. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007 [acesso em 2021 jul 5]; 41(3): 355-362. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342007000300003>
51. Mosteiro-Díaz M-P, Baldonado-Mosteiro M, Borges E, Baptista P, Queirós C, Sánchez-Zaballos M, et al. Presenteeism in nurses: comparative study of spanish, portuguese and brazilian nurses. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 5]; 67(4): 466-475. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12615>
52. Soares MML, Albino Filho MA, Takeda E, Pinheiro OL. Percepção de professores sobre os princípios de ergonomia física nos cursos de medicina e enfermagem = Teacher's perception about the physical ergonomics principles in medicine and nursing courses. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 15(3): 546-552. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v15i3.29384>
53. Borges AM, da Silva DF, de Almeida MCV, Rocha LP, Bonow CA, Vaz MRC. Evaluation of teaching in worker's health by nursing students. *Rev Pesq Cuid Fundam online* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 jul 5]; 6(4): 1349-60. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1349-1360>
54. Wood PJ. Nurses' occupational health as a driver for curriculum change emphasising health promotion: an historical research study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 jul 5]; 34(5): 709-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.008>
55. Whitaker S, Wynn P, Williams N. Occupational health teaching for pre registration nursing students. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2002 [acesso em 2021 jul 5]; 22(2): 152-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1054/nedt.2001.0673>
56. Franco G, Bisio S. Evaluation of an occupational health course: Developed for nursing education programs in Italy. *AAOHN J* [Internet]. 1996 [acesso em 2021 jul 5]; 44(12): 581-4. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/216507999604401202>
57. Varn CB. The South Carolina Nurse Association. President's Column [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul 5]. Disponível em: <https://assets.nursingald.com/uploads/publication/pdf/1370/South Carolina Nurse 7 16.pdf>
58. Blake N, Collins M. Importance of healthy work environment education in nursing schools. *AACN Adv Crit Care* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jul 5]; 28(3): 289-290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4037/aacnacc2017511>
59. Collins AS, Berry CG, Graves BA, Engle SW. Integrating healthy work environment standards into undergraduate curriculums. *AACN Adv Crit Care* [Internet]. 2009 [acesso em 2021 jul 5]; 20(1): 15-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/nci.0b013e3181943645>

60. Bauer-Wu S, Fontaine D. Prioritizing clinician wellbeing: The University of Virginia's compassionate care initiative. *Glob Adv Health Med* [Internet]. 2015 [acesso em 2021 jul 5]; 4(5): 16-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7453/gahmj.2015.042>
61. Ward J, Scruth-Chavez E, Yokum C, Rossie J, O'Leary-Kelley C. Collaboration with healthy work environment education: A seed is planted. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2008 [acesso em 2021 jul 5]; 28 (2): e1–e54. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2008.28.2.e1>
62. Freitas P, Paixão L, Santos A, Meira C, Carneiro C. “Pit-stop” sobre saúde do trabalhador: Um relato de experiência. *Rev de Enferm UFPE online* [Internet]. 2015 [acesso em 2021 jul 5]; 9(7): 8608-8612. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i7a10633p8608-8612-2015>
63. Bak MAR, Hoyle LP, Mahoney C, Kyle RG. Strategies to promote nurses' health: A qualitative study with student nurses. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 5]; 48: 102860. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102860>
64. Moreira MRC, Dias FL, Silva AMda, Souza ASade, Beserra LR, Abreu JGde, et al. Lian Gong em 18 terapias: Uma proposta para prevenir os transtornos traumáticos cumulativos. *Enferm em Foco* [Internet]. 2013 [acesso em 2021 jul 5]; 4(1): 33-36. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2013.v4.n1.499>
65. Trinkoff AM. Training program team recently won a NIOSH Bullard-Sherwood research to practice intervention award. *The Maryland Nurse News and Journal* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul 5]. Disponível em: http://www.nursingald.com/uploads/publication/pdf/1587/Maryland_Nurse_11_17_WEB.pdf
66. Hirsch CD, Barlem ELD, Almeida LKde, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Ramos AM. Fatores percebidos pelos acadêmicos de enfermagem como desencadeadores do estresse no ambiente formativo. *Text Context Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul 5]; 27(1): 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000370014>
67. Silva RMda, Costa ALS, Mussi FC, Lopes VC, Batista KdeM, Santos OPdos. Health alterations in nursing students after a year from admission to the undergraduate course. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 53: 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018008103450>
68. Rennó HMS, Ramos FRS, Brito MJM. Moral distress of nursing undergraduates: myth or reality?. *Nurs Ethics* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 25(3): 304-312. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733016643862>
69. Maffisoni AL, Sanes MdaS, Oliveira SNde, Martini JG, Lino MM. Violência e suas implicações na formação em enfermagem: revisão da literatura. *Rev Cuid* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 5]; 11(2): e1064. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1064>
70. Marcomini EK, Martins ES, Lopes NV, Paula NVKde, Liberati BAdosS. Influência da simulação realística no ensino e aprendizado da enfermagem. *R Varia Scientia – Ciênc da Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jul 5]; 3(2): 233-240. Disponível em: <https://doi.org/10.48075/vscs.v3i2.17687>
71. Santos LC, Conceição KO, Melo MS, Barreiro MdoSC, Freitas CKAC, Rodrigues IDCV. Características e repercussões da simulação como estratégia para o ensino-aprendizagem em enfermagem: revisão integrativa. *Arquiv de Ciênc da Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 5]; 27(1): 70-75. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.27.1.2020.1911>
72. Morais BX, Magnago TSBdeS, Cauduro GMR, Dalmolin GdeL, Pedro CMP, Gonçalves NGdaC. Fatores associados à dor musculoesquelética em estudantes de enfermagem. *R de Enferm da Ufsm* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jul 5]; 7(2): 206-221. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769226442>
73. Morais BX, Dalmolin GL, Andolhe R, Dullius AIDS, Rocha LP. Musculoskeletal pain in undergraduate health students: Prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 53: e03444. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018014403444>
74. Bublitz S, Beck CLC, Silva RM da, Pai DD, Camponogara S. Risks of illness of nursing professors working in in post-graduation courses. *Rev Gaúcha de Enferm* [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jul 5]; 42: 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190514>
75. Sena, BAC de, Lima AIO. Mental suffering and higher education teaching in nursing. *Psic e Saúd em Debate* [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jul 5]; 7(1): 241-255. Disponível em: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V7N1A17>
76. Castro MR de, Zeitoun RCG, Tracera GMP, Moraes KG, Batista KC, Nogueira MLF. Humanization in the work of nursing faculty. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 10 ago 2021]; 73(1): e20170855. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0855>
77. Fernandes NDS, Coronel DA, Gama DM. Saúde do trabalhador de enfermagem em interface com a formação: Revisão narrativa. *R Saúd Multidisciplinar* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 5]; 7(1): 1-7. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/108>
78. Ferreira PB, Suriano MLF, Domenico EBL. Contribuição da extensão universitária na formação de graduandos em enfermagem. *Rev Ciênc Ext* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul 5]; 14(3): 31-49. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1874/2080



**PENSAR
ENFERMAGEM**
Revista Científica | Journal of Nursing