

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

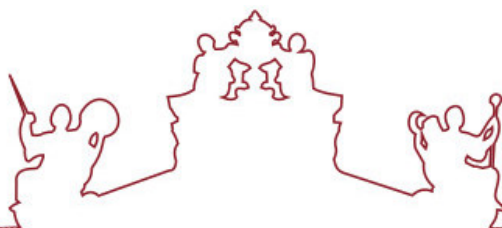
Relatório de Estágio

Cuidado ativo: A jornada terapêutica do adolescente

Catarina Alcaria Viegas

Orientador(es) | Ana Ramos

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

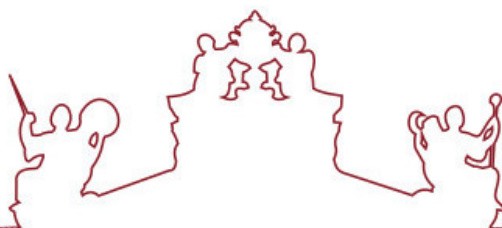
Relatório de Estágio

Cuidado ativo: A jornada terapêutica do adolescente

Catarina Alcaria Viegas

Orientador(es) | Ana Ramos

Évora 2026



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente	Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
Vogais	Ana Maria Guégués da Silva Dias (Universidade de Évora) (Arguente) Ana Ramos (Universidade de Évora) (Orientador) Marta Catarino (Universidade de Évora)

AGRADECIMENTOS

Este percurso não se construiu sozinho. Foi feito de desafios, de superação e, sobretudo, de pessoas que, de diversas formas, nunca me deixaram desistir.

À minha família, por ser sempre o meu ponto de partida e de regresso. Em especial, à minha mãe, por me incentivar diariamente a ir mais além, por nunca aceitar um “não consigo” como resposta e por acreditar em mim mesmo quando eu própria duvidei. A tua força tornou-se a minha. À minha tia Lena, pelo exemplo constante de determinação e coragem, que sempre me inspirou a crescer.

À Luz, Malveiro e Ventura, que cresceram comigo e fazem parte de quem sou. Por estarem sempre presentes, nas conquistas celebradas em conjunto e nos momentos em que bastava não estar sozinha. Com vocês, tudo faz mais sentido.

Às amigas que esta jornada me trouxe, por tornarem este caminho mais leve e partilhado. Pelo apoio, pelas horas de trabalho e por todos os momentos que transformaram um percurso exigente numa experiência também bonita de viver.

À Professora Ana Cristina Martins, por ter impulsionado o meu percurso na área da pediatria, despertando em mim o interesse e a motivação que deram sentido a este caminho. À Professora Ana Ramos, pela disponibilidade, pela exigência construtiva e pelo incentivo constante para fazer mais e melhor, promovendo um olhar crítico essencial ao meu crescimento enquanto futura enfermeira.

Aos profissionais de saúde que me acompanharam nos diferentes contextos clínicos, pela forma como me integraram, pelo conhecimento partilhado e, acima de tudo, pelo exemplo. Foi convosco que aprendi que cuidar é mais do que técnica, é presença, sensibilidade e compromisso. Levo comigo mais do que aprendizagens, levo pessoas, histórias e tudo aquilo que ajudou a construir a profissional que estou a construir.

CUIDADO ATIVO: A JORNADA TERAPÊUTICA DO ADOLESCENTE

RESUMO

O presente relatório evidencia o percurso desenvolvido em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com enfoque na aquisição de competências especializadas e de nível de mestrado. Desenvolveu-se o projeto “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente”, centrado na promoção da literacia em saúde, do autocuidado e da capacitação de adolescentes com doença crónica. A fundamentação integrou o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a Teoria da Aprendizagem Experiencial de Kolb e o Modelo de Cuidados Centrados na Criança. Recorreu-se ao *Design Thinking* para identificar necessidades e desenvolver intervenções educativas em diferentes contextos. Os resultados evidenciam melhorias na autonomia e participação nos cuidados, reforçando o papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde e humanização dos cuidados.

Palavras-chave: Literacia em saúde; adolescente; educação terapêutica; autocuidado; *design Thinking*; enfermagem Pediátrica.

ACTIVE CARE: THE THERAPEUTIC JOURNEY OF THE ADOLESCENT ABSTRACT

This report presents the learning pathway developed in Pediatric and Child Health Nursing, focusing on the acquisition of specialist and master's level competencies. The project "Active Care: The Adolescent Therapeutic Journey" was developed, aiming to promote health literacy, self-care, and empowerment in adolescents with chronic conditions. The theoretical framework was based on Nola Pender's Health Promotion Model, Kolb's Experiential Learning Theory, and the Child-Centered Care Model. Design Thinking was used as a methodological approach to identify needs and develop educational interventions across different care settings. The results highlight improvements in autonomy and active participation in care, reinforcing the role of the specialist nurse in health promotion and the humanization of pediatric care.

Keywords: Health literacy; adolescent; therapeutic education; self-care; design thinking; pediatric Nursing.

Índice

<i>CUIDADO ATIVO: A JORNADA TERAPÊUTICA DO ADOLESCENTE</i>	4
1 <i>INTRODUÇÃO</i>	8
2 <i>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</i>	11
2.1 ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	11
2.2 CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA E NA FAMÍLIA	14
2.3 ADOLESCÊNCIA E LITERACIA EM SAÚDE	15
2.4 EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA E <i>EMPOWERMENT</i> DO ADOLESCENTE	18
2.5 REFERENCIAIS TEÓRICOS DA INTERVENÇÃO	21
2.5.1 Teoria da promoção da saúde de Nola Pender	22
2.5.2 Teoria da aprendizagem experiencial de David Kolb	23
2.6 METODOLOGIA <i>DESIGN THINKING</i> EM CONTEXTO DE SAÚDE	24
3 <i>PERCURSO FORMATIVO</i>	27
3.1 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	28
3.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	29
3.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	31
3.4 UNIDADE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO	33
4 <i>CUIDADO ATIVO: A JORNADA TERAPÊUTICA DO ADOLESCENTE</i>	35
4.1 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADOLESCENTE, EM CONTEXTO NA COMUNIDADE	36
4.2 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADOLESCENTE, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA	39

4.3	ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADOLESCENTE, EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA.....	42
4.4	ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADOLESCENTE, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO	45
5	<i>ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</i>	50
6	<i>CONCLUSÃO</i>.....	54
	<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	56
	<i>APÊNDICES</i>	60
	<i>Apêndice A- Vídeo pedagógico do 1ºciclo</i>.....	61
	<i>Apêndice B- História da lavagem das mãos</i>	63
	<i>Apêndice C- Norma procedimento relativo à proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)</i>	80
	<i>Apêndice D- Jogo de tabuleiro</i>	85

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica caracteriza-se como uma área de especialização orientada para a prestação de cuidados diferenciados, integrados e centrados na criança, no adolescente e na família, acompanhando-os ao longo do seu percurso de crescimento e desenvolvimento e nos diversos contextos de saúde e doença. Os cuidados centrados na criança e na família constituem, atualmente, um modelo amplamente reconhecido na literatura científica, na medida em que promovem a participação ativa dos cuidadores no processo de tomada de decisão, favorecem a corresponsabilização terapêutica e contribuem para melhores resultados em saúde, maior satisfação e maior adesão aos cuidados (Bröder et al., 2017).

Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), conforme definido nos Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, detém competências avançadas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A estas acrescem competências específicas na prestação de cuidados especializados à criança e ao jovem em situações de especial complexidade, exigindo a integração de conhecimento científico atualizado, raciocínio clínico diferenciado e capacidade analítico-reflexiva que sustentem uma prática rigorosa, ética e orientada pela melhor evidência disponível (Ordem dos Enfermeiros, 2018; 2019).

A literatura recente reforça que a implementação de modelos de cuidados centrados na criança e na família constitui um elemento estruturante da qualidade dos cuidados pediátricos, promovendo relações terapêuticas baseadas na confiança, na partilha de informação e na colaboração efetiva entre profissionais, crianças e famílias (Coyne et al., 2016). Paralelamente, a promoção da literacia em saúde emerge como um determinante fundamental para capacitar crianças, adolescentes e cuidadores na compreensão da informação em saúde e na tomada de decisões informadas, influenciando comportamentos, adesão terapêutica e autogestão em situações de doença (World Health Organization, 2022; Bröder et al., 2017).

A adolescência, enquanto etapa marcada por profundas transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, constitui um período crítico para o desenvolvimento de competências de autonomia e tomada de decisão. A evidência demonstra que níveis mais elevados de literacia em saúde nesta fase estão associados a comportamentos mais saudáveis, maior adesão terapêutica e maior capacidade de autogestão, sobretudo em condições crónicas (Sørensen et al., 2012). Assim, a intervenção dos profissionais de saúde, e em particular dos enfermeiros especialistas, assume um papel central na implementação de estratégias educativas adaptadas às características desenvolvimentais dos adolescentes, privilegiando metodologias participativas, interativas e centradas no jovem (Santana et al., 2021).

Foi neste enquadramento que se desenvolveu o presente projeto, centrado na implementação de estratégias de educação terapêutica dirigidas ao adolescente, com o objetivo de promover a literacia em saúde, o autocuidado e a participação ativa na gestão da sua condição de saúde. O relatório final, elaborado no âmbito do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tem como finalidade explicitar, de forma crítica, fundamentada e reflexiva, o percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, Unidade de Cuidados na Comunidade, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Internamento. Procura evidenciar o processo de aquisição, consolidação e integração das competências inerentes ao exercício da prática especializada, articulando conhecimento científico, pensamento crítico, inovação e compromisso ético-profissional.

Mais do que um documento académico, este relatório constitui a expressão de um percurso formativo profundamente transformador, que contribuiu para a construção de uma identidade profissional especializada, orientada para a promoção de cuidados de enfermagem de elevada qualidade e para a obtenção de ganhos efetivos em saúde para a criança, o adolescente e a família. A sua estrutura organiza-se em seis capítulos, iniciando-se com a Introdução, seguindo-se a Fundamentação Teórica, o Percurso Formativo e a descrição da intervenção “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente”. Posteriormente, apresenta-se a análise reflexiva das competências

adquiridas e, por fim, a Conclusão, complementada pelas referências bibliográficas e apêndices. Todo o trabalho foi elaborado de acordo com as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da Universidade de Évora e segue as Normas APA (7.^a edição).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica constitui um elemento essencial na construção de uma prática de enfermagem especializada, na medida em que permite sustentar a reflexão sobre a prática clínica através da integração entre conhecimento científico, pensamento crítico e experiência profissional. Neste sentido, o presente capítulo apresenta o enquadramento conceptual que orienta a análise e interpretação do percurso formativo desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio. Para tal, são abordados os principais conceitos, modelos e teorias que sustentam o trabalho realizado, nomeadamente os relacionados com a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os Cuidados Centrados na Criança e na família, a literacia em saúde na adolescência, a educação terapêutica e o *empowerment* no autocuidado. Paralelamente, são também apresentados os referenciais teóricos e metodológicos que orientaram o desenvolvimento do projeto implementado, destacando-se a Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender, a Teoria da Aprendizagem Experiencial de Kolb e a metodologia *Design Thinking*, enquanto abordagens que sustentam a conceção de intervenções educativas centradas nas necessidades dos adolescentes e promotoras da sua participação ativa no processo de cuidados.

2.1 ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constitui uma área especializada da enfermagem orientada para os cuidados diferenciados à criança, ao/à adolescente e à família, ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento e nos diferentes contextos de saúde e doença. Esta área de especialização reconhece a criança e o/a jovem como indivíduos em constante desenvolvimento, com necessidades específicas que exigem uma abordagem holística, centrada não apenas na dimensão biológica, mas também nas dimensões psicológica, social e familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, a enfermagem pediátrica pressupõe a integração de conhecimentos científicos, competências clínicas diferenciadas e sensibilidade relacional, de modo a responder adequadamente às particularidades desta população.

Os cuidados à criança e ao adolescente apresentam características exclusivas que decorrem das especificidades do desenvolvimento humano nas primeiras etapas da vida. A infância e a adolescência correspondem a períodos marcados por céleres transformações físicas, cognitivas e emocionais, sendo também fases determinantes para a aquisição de hábitos e comportamentos que influenciam a saúde ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, na prevenção da doença e na deteção precoce de situações de risco ou vulnerabilidade (World Health Organization, 2022). Assim, a intervenção em enfermagem pediátrica deve assentar numa abordagem preventiva, promotora de saúde e centrada nas necessidades individuais da criança e da família.

Um dos princípios estruturantes da prática em saúde infantil é a adoção de uma abordagem centrada na criança e na família. Este modelo de cuidados reconhece a família como elemento fundamental no processo de desenvolvimento da criança e como parceiro ativo na prestação de cuidados. De acordo com este paradigma, a criança deve ser considerada no contexto do seu sistema familiar, sendo essencial envolver pais e cuidadores no processo de tomada de decisão e na implementação das intervenções terapêuticas (World Health Organization, 2018). A participação ativa da família contribui para a promoção da segurança, do bem-estar emocional e da continuidade dos cuidados, favorecendo igualmente a capacitação dos cuidadores na gestão das necessidades de saúde da criança.

Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assume um papel central na prestação de cuidados especializados, desenvolvendo intervenções dirigidas à promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação da criança e do adolescente. De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este profissional detém competências específicas para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, identificar precocemente alterações ou situações de risco, apoiar a parentalidade e promover a adaptação da criança e da família aos processos de saúde e doença (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Além destas competências específicas, o enfermeiro especialista deve mobilizar também as competências comuns definidas pela Ordem dos Enfermeiros, que incluem os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Estas competências traduzem-se na capacidade de integrar evidência científica na prática clínica, desenvolver intervenções seguras e eficazes, promovendo a qualidade dos cuidados e contribuir para a formação e desenvolvimento profissional da equipa de saúde.

A atuação do EEESIP desenvolve-se em múltiplos contextos assistenciais, nomeadamente cuidados de saúde primários, serviços de urgência pediátrica, unidades de internamento e unidades de cuidados intensivos neonatais. Cada um destes contextos apresenta características e desafios próprios, exigindo do enfermeiro especialista capacidade de adaptação, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada. Nos cuidados de saúde primários, a intervenção centra-se sobretudo na promoção da saúde, vigilância do crescimento e desenvolvimento e apoio à parentalidade. Em contexto hospitalar, particularmente em situações de doença aguda ou crónica, a atuação do enfermeiro especialista envolve a prestação de cuidados especializados, a gestão de situações de maior complexidade clínica e o apoio à criança e à família na adaptação à hospitalização e à doença.

Paralelamente à dimensão assistencial, a intervenção do EEESIP assume também um papel relevante no desenvolvimento de estratégias educativas que promovam a literacia em saúde e a capacitação da criança, do adolescente e da família para a gestão da própria saúde. A educação para a saúde e a educação terapêutica constituem, assim, componentes fundamentais da prática em enfermagem pediátrica, permitindo apoiar os jovens e as suas famílias na compreensão das condições de saúde, na adesão aos regimes terapêuticos e na adoção de comportamentos promotores de saúde (Coyne et al., 2016).

Deste modo, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume-se como uma área de atuação complexa e dinâmica, que exige do enfermeiro especialista uma prática clínica fundamentada na evidência científica, centrada na criança e na família e orientada para a

promoção do desenvolvimento saudável e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

2.2 CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA E NA FAMÍLIA

Os cuidados pediátricos têm evoluído progressivamente para modelos assistenciais que reconhecem a importância da criança e da família como elementos centrais no processo de cuidado. Neste contexto, os cuidados centrados na criança e na família constituem um paradigma fundamental na prática da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assente no reconhecimento de que o bem-estar e o desenvolvimento da criança estão intrinsecamente relacionados com o contexto familiar em que esta se insere (World Health Organization, 2018).

Este modelo de cuidados baseia-se no princípio de que a família representa a principal fonte de suporte emocional, social e afetivo da criança, desempenhando um papel determinante na promoção da saúde, na prevenção da doença e na gestão das condições de saúde ao longo do ciclo de vida. Assim, a prestação de cuidados deve considerar não apenas as necessidades da criança ou do adolescente, mas também as necessidades, expectativas e capacidades da família, promovendo a sua participação ativa no processo de tomada de decisão e na implementação das intervenções terapêuticas (Shields, 2015).

Os cuidados centrados na criança e na família assentam em princípios fundamentais como o respeito pela individualidade e pelos valores da família, a partilha de informação de forma clara e compreensível, a colaboração entre profissionais de saúde e familiares e a participação ativa destes no planeamento e execução dos cuidados. Estes princípios contribuem para o estabelecimento de relações terapêuticas baseadas na confiança, no respeito mútuo e na comunicação eficaz, elementos essenciais para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados (World Health Organization, 2018).

No contexto da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a adoção deste modelo implica reconhecer a criança e o adolescente como participantes ativos no processo de cuidados, respeitando o seu nível de desenvolvimento, as suas capacidades de compreensão e a sua progressiva autonomia. À medida que a criança cresce e se

desenvolve, torna-se fundamental promover a sua participação nas decisões relacionadas com a sua saúde, favorecendo o desenvolvimento de competências que lhe permitam assumir gradualmente um papel mais ativo na gestão do próprio cuidado.

A adolescência representa, neste sentido, um período particularmente relevante para o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilização em saúde. Durante esta fase, os jovens iniciam um processo de construção da identidade e de afirmação da sua independência, o que pode influenciar a forma como percebem a doença, os cuidados de saúde e a adesão aos regimes terapêuticos. Assim, os profissionais de saúde devem adotar estratégias de comunicação e intervenção que valorizem a participação do adolescente, promovendo um ambiente de cuidado que favoreça a expressão das suas dúvidas, preocupações e expectativas.

Neste enquadramento, o EEESIP assume um papel fundamental na promoção de práticas de cuidado centradas na criança e na família. Através de uma abordagem relacional e educativa, este profissional contribui para fortalecer a parceria entre os profissionais de saúde, a criança e a família, promovendo a capacitação dos cuidadores e incentivando a participação ativa do adolescente no processo de cuidados. Esta abordagem favorece não apenas a melhoria dos resultados em saúde, mas também o desenvolvimento de competências que permitem à criança e ao adolescente lidar de forma mais autónoma e responsável com os desafios relacionados com a sua saúde.

A integração dos princípios dos cuidados centrados na criança e na família revela-se, assim, essencial para o desenvolvimento de intervenções educativas eficazes. Ao reconhecer a criança, o adolescente e a família como parceiros no processo de cuidado, torna-se possível desenvolver estratégias de educação terapêutica mais ajustadas às necessidades individuais, promovendo o *empowerment*, a adesão terapêutica e a construção de comportamentos de saúde mais sustentáveis.

2.3 ADOLESCÊNCIA E LITERACIA EM SAÚDE

A compreensão do projeto realizado exige a construção de um enquadramento conceptual que sustente teoricamente a abordagem adotada. Considerando que o foco da intervenção incide nas estratégias de educação terapêutica dirigidas ao adolescente, torna-

se fundamental clarificar os principais conceitos que estruturam esta problemática, designadamente os relacionados com a adolescência, a doença crónica, o autocuidado, o *empowerment*, a adesão terapêutica e a educação terapêutica. A definição destes conceitos permite não apenas delimitar o objeto de estudo, mas também sustentar de forma consistente a análise crítica, o planeamento das intervenções e a avaliação do seu impacto, conferindo coerência ao desenvolvimento do projeto.

A adolescência corresponde a uma fase determinante do desenvolvimento humano, situada entre a infância e a idade adulta, caracterizada por profundas transformações físicas, emocionais, cognitivas e sociais. Este período é habitualmente dividido em três fases distintas: adolescência inicial (dos 10 aos 13 anos), adolescência intermédia (dos 14 aos 16 anos) e adolescência tardia (a partir dos 16 anos) (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Cada uma destas etapas apresenta desafios específicos relacionados com a construção da identidade, a procura de autonomia e a adaptação às mudanças corporais e relacionais que marcam este período de transição. Simultaneamente, trata-se de uma fase de grande potencial de desenvolvimento, na qual as experiências vivenciadas influenciam significativamente a formação da identidade e o percurso pessoal e social dos jovens. Compreender estas especificidades é fundamental para o desenvolvimento de estratégias educativas ajustadas, capazes de respeitar os ritmos individuais e promover um desenvolvimento saudável e equilibrado.

Embora tradicionalmente associadas à idade adulta, as doenças crónicas têm assumido uma relevância crescente na população pediátrica e adolescente, constituindo atualmente uma importante preocupação em saúde pública. Estas patologias caracterizam-se pela sua duração prolongada, geralmente superior a três meses, e pela complexidade das suas manifestações, podendo comprometer funções vitais e interferir significativamente nas Atividades de Vida Diária (AVD) (Salvador et al., 2015). O aumento da sua prevalência entre crianças e adolescentes tem sido associado a diversos fatores, incluindo os avanços da medicina, que permitem maior sobrevivência de crianças com condições complexas, bem como a alterações nos estilos de vida e fatores ambientais (Gomes et al., 2024).

Viver com uma doença crónica durante a adolescência pode representar um desafio adicional numa fase da vida marcada pela valorização da autonomia, da integração social e da construção da identidade. A presença de limitações físicas ou exigências terapêuticas contínuas pode gerar sentimentos de diferença, frustração ou insegurança, interferindo na autoestima e na perceção de normalidade. Esta realidade pode, por vezes, comprometer a motivação para a adesão ao regime terapêutico e dificultar a integração das exigências da doença na vida quotidiana do adolescente.

Paralelamente às transformações próprias desta etapa do desenvolvimento, a adolescência constitui também um período particularmente relevante para a aquisição e consolidação de competências relacionadas com a literacia em saúde. A literacia em saúde pode ser definida como o conjunto de conhecimentos, competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e utilizar informação relacionada com a saúde, de forma a tomar decisões informadas que promovam e mantenham o seu bem-estar (World Health Organization, 2022). No caso dos adolescentes, estas competências assumem especial importância, uma vez que, progressivamente, os jovens começam a assumir maior responsabilidade na gestão da própria saúde, enquanto são expostos a múltiplas influências sociais, digitais e culturais que moldam comportamentos e estilos de vida.

A evidência científica demonstra que níveis adequados de literacia em saúde durante a adolescência se associam a melhores resultados em saúde, incluindo maior adesão aos tratamentos, maior capacidade de autocuidado e adoção de comportamentos mais saudáveis (Sørensen et al., 2012). Por outro lado, níveis reduzidos de literacia em saúde podem comprometer a compreensão da doença, dificultar a comunicação com os profissionais de saúde e limitar a participação ativa dos adolescentes no processo de tomada de decisão relativamente ao seu plano de cuidados. Neste contexto, os ambientes educativos e os serviços de saúde assumem um papel determinante na promoção destas competências, sendo essencial que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias pedagógicas ajustadas à idade, ao nível de desenvolvimento cognitivo e às experiências de vida dos adolescentes.

A promoção da literacia em saúde deve, assim, ser entendida como um processo contínuo e integrado, que ultrapassa a mera transmissão de informação e privilegia abordagens participativas e centradas na pessoa. Estas abordagens procuram desenvolver competências práticas que permitam aos adolescentes interpretar criticamente a informação disponível e aplicá-la de forma consciente nas suas decisões quotidianas relacionadas com a saúde (Bröder et al., 2017). Neste sentido, a utilização de estratégias educativas inovadoras, interativas e adaptadas aos estilos de aprendizagem dos jovens revela-se particularmente relevante para promover o seu envolvimento no processo de aprendizagem e fomentar comportamentos de saúde mais informados e responsáveis.

Promover a literacia em saúde durante a adolescência constitui, assim, um elemento fundamental para capacitar os jovens na compreensão da sua condição de saúde e na adoção de comportamentos que favoreçam o seu bem-estar. Contudo, o desenvolvimento destas competências exige mais do que o simples acesso à informação, implicando a implementação de estratégias educativas que estimulem a reflexão, a participação ativa e a construção de conhecimentos significativos. Neste contexto, a educação terapêutica assume-se como uma abordagem estruturante no apoio ao adolescente com doença crónica, permitindo desenvolver competências de autocuidado, reforçar o *empowerment* e promover uma maior adesão ao regime terapêutico. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desempenha, assim, um papel central na conceção e implementação de intervenções educativas ajustadas às características, necessidades e estilos de aprendizagem dos adolescentes, favorecendo a sua participação ativa no processo de cuidados.

2.4 EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA E *EMPOWERMENT* DO ADOLESCENTE

A gestão de uma condição de saúde crónica durante a adolescência implica desafios que ultrapassam a dimensão estritamente clínica, exigindo a aquisição progressiva de competências que permitam ao jovem compreender a sua condição e participar ativamente na gestão da própria saúde. Esta etapa do desenvolvimento caracteriza-se por transformações cognitivas, emocionais e sociais que influenciam a forma como o

adolescente interpreta a doença, adere ao tratamento e se envolve no processo de cuidados. Assim, torna-se fundamental promover intervenções que favoreçam o desenvolvimento de capacidades de autocuidado e de tomada de decisão informada, permitindo ao jovem assumir gradualmente um papel mais autónomo e responsável no seu percurso de saúde, uma perspetiva amplamente defendida no âmbito do empoderamento da criança, jovem e família (Ramos, 2020).

O conceito de autocuidado refere-se ao conjunto de ações deliberadas realizadas pelo indivíduo com o objetivo de manter a saúde, prevenir a doença e gerir condições de saúde existentes. No caso dos adolescentes com doença crónica, o autocuidado envolve compreender a sua condição, reconhecer sinais e sintomas relevantes, cumprir o regime terapêutico e integrar as recomendações de saúde na vida quotidiana. Contudo, como refere Charepe (2020), a vivência da doença crónica na adolescência é frequentemente marcada por ambivalência, oscilação entre dependência e autonomia e necessidade de pertença ao grupo de pares, o que pode dificultar a consolidação destas competências.

Neste sentido, o desenvolvimento do autocuidado não decorre de forma espontânea, exigindo acompanhamento sistemático e orientação contínua por parte dos profissionais de saúde. O enfermeiro, e particularmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assume um papel central na capacitação do adolescente, apoiando-o na aquisição de conhecimentos e competências que favoreçam uma gestão mais eficaz da sua condição de saúde. Tal como defendido por Ramos (2020), a intervenção educativa deve ser ajustada ao nível de desenvolvimento cognitivo, emocional e social do jovem, promovendo literacia em saúde, reflexão crítica e confiança na sua capacidade para tomar decisões relacionadas com o próprio cuidado.

Neste processo, a educação terapêutica assume particular relevância enquanto intervenção estruturada que visa apoiar a pessoa com doença crónica na aquisição de conhecimentos, competências e atitudes necessárias para gerir a sua condição de forma autónoma e informada. Mais do que transmissão de informação, a educação terapêutica constitui um processo contínuo de aprendizagem que integra dimensões cognitivas, comportamentais e emocionais, permitindo ao adolescente compreender a sua condição, adaptar o tratamento às exigências do quotidiano e desenvolver estratégias de

enfrentamento eficazes. Esta perspetiva é consistente com a literatura internacional (Morsa et al., 2018) e com os princípios apresentados no livro, que destacam a importância de abordagens educativas centradas na pessoa e na família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A implementação de programas de educação terapêutica dirigidos a adolescentes deve considerar as especificidades desta fase do desenvolvimento, privilegiando metodologias participativas, interativas e orientadas para a experiência. Estratégias como dinâmicas de grupo, jogos educativos, recursos digitais ou atividades práticas podem favorecer o envolvimento dos jovens, promovendo uma aprendizagem significativa e facilitando a integração dos conhecimentos na vida diária, uma abordagem alinhada com a valorização da participação ativa do adolescente no processo de cuidados (Ramos, 2020).

Articulado ao desenvolvimento do autocuidado e à educação terapêutica encontra-se o conceito de *empowerment*, entendido como o processo através do qual os indivíduos adquirem maior controlo sobre as decisões e ações que influenciam a sua saúde. No contexto da doença crónica, o *empowerment* traduz-se na capacidade do adolescente para compreender a sua condição, participar na tomada de decisões relacionadas com o tratamento e assumir um papel ativo na gestão do seu plano de cuidados. Promover o *empowerment* implica reconhecer o adolescente como parceiro no processo terapêutico, valorizando as suas experiências, preocupações e expectativas (Ramos, 2020).

A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o adolescente assume, assim, particular importância. Uma comunicação aberta, empática e ajustada às necessidades do jovem favorece a expressão de dúvidas e preocupações, contribuindo para o fortalecimento da autonomia e da corresponsabilização no processo de cuidados. Esta abordagem encontra suporte nos princípios dos Cuidados Centrados na Família, que defendem a parceria, o respeito e a partilha de informação como pilares fundamentais da prática pediátrica (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Para além dos benefícios individuais, a promoção do autocuidado, da educação terapêutica e do *empowerment* apresenta impacto significativo ao nível da saúde pública. A evidência demonstra que adolescentes com maiores níveis de literacia em saúde e maior

envolvimento no processo de cuidados apresentam melhor adesão terapêutica, menor risco de complicações e menor necessidade de recurso aos serviços de urgência ou hospitalização (Santos et al., 2011). Assim, a implementação precoce de intervenções educativas estruturadas constitui uma estratégia eficaz para melhorar os resultados em saúde e promover a sustentabilidade dos sistemas de cuidados.

Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel fundamental na promoção de intervenções educativas que favoreçam o desenvolvimento do autocuidado e do *empowerment* dos adolescentes. Através de uma prática clínica baseada na evidência, centrada na pessoa e sensível às especificidades do desenvolvimento juvenil, este profissional contribui para capacitar os adolescentes na gestão da sua saúde, promovendo a sua participação ativa no processo de cuidados e facilitando a transição para uma vida adulta mais autónoma e responsável.

2.5 REFERENCIAIS TEÓRICOS DA INTERVENÇÃO

A sustentação teórica constitui um elemento essencial no desenvolvimento de projetos em enfermagem, permitindo que a prática se estruture de forma fundamentada, coerente e alinhada com os objetivos definidos. A utilização de referenciais conceptuais contribui para orientar o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções, promovendo uma prática baseada na evidência e centrada nas necessidades da pessoa em cuidados.

No contexto do presente projeto, cujo foco incide no impacto das estratégias de educação terapêutica no adolescente, foram selecionados referenciais teóricos que permitem compreender simultaneamente os determinantes dos comportamentos de saúde e os processos de aprendizagem associados ao desenvolvimento de competências de autocuidado. Assim, optou-se pela integração do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e da Teoria da Aprendizagem Experiencial de David Kolb, os quais oferecem contributos relevantes para a promoção da literacia em saúde, da autonomia e da participação ativa do adolescente na gestão da sua condição de saúde.

Paralelamente, estes referenciais são enquadrados pelos princípios do Modelo de Cuidados Centrados na Criança, que orienta a prática para uma abordagem participativa,

sensível às necessidades individuais e promotora do envolvimento do adolescente no processo de cuidados.

2.5.1 Teoria da promoção da saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção da Saúde, desenvolvido por Nola Pender, constitui um dos referenciais teóricos amplamente utilizados na enfermagem para compreender os fatores que influenciam a adoção de comportamentos promotores de saúde. Este modelo conceptualiza o indivíduo como um agente ativo no processo de promoção da sua própria saúde, reconhecendo que os comportamentos relacionados com a saúde resultam da interação entre fatores pessoais, experiências anteriores e influências do contexto social e ambiental (Santi & Baldissera, 2023).

Segundo este modelo, os comportamentos de saúde são influenciados por diferentes componentes, entre os quais se destacam as experiências individuais prévias, as características pessoais e os fatores cognitivos e afetivos associados ao comportamento. Estes elementos influenciam a perceção dos benefícios e das barreiras à adoção de determinados comportamentos, bem como o grau de autoeficácia percebida pelo indivíduo para implementar mudanças no seu estilo de vida.

No contexto da adolescência, esta perspetiva assume particular relevância, uma vez que esta fase do desenvolvimento é marcada por processos de construção identitária, procura de autonomia e maior exposição a influências sociais e comportamentais. Assim, compreender os fatores que condicionam as escolhas e comportamentos dos adolescentes torna-se fundamental para desenvolver intervenções educativas eficazes, capazes de promover comportamentos saudáveis e fortalecer a capacidade de gestão da própria saúde.

A aplicação deste modelo no presente projeto revela-se particularmente pertinente, uma vez que permite estruturar estratégias de educação terapêutica orientadas para a promoção da autonomia, da responsabilização e da tomada de decisão informada por parte do adolescente. Ao integrar os princípios do Modelo de Promoção da Saúde, as intervenções propostas procuram ir além da simples transmissão de informação,

privilegiando o desenvolvimento de competências que favoreçam a autogestão da condição crónica, a literacia em saúde e a adesão ao regime terapêutico.

Deste modo, a utilização deste referencial contribui para promover o *empowerment* do adolescente, incentivando a sua participação ativa no processo de cuidados e favorecendo a adoção de comportamentos que promovam o bem-estar e a qualidade de vida (Shields, 2015).

2.5.2 Teoria da aprendizagem experiencial de David Kolb

A Teoria da Aprendizagem Experiencial, desenvolvida por David Kolb, constitui um referencial particularmente relevante para compreender os processos de aquisição e desenvolvimento de competências em contextos educativos e formativos. De acordo com este modelo, a aprendizagem é entendida como um processo dinâmico e contínuo, resultante da transformação da experiência em conhecimento.

Kolb descreve a aprendizagem como um ciclo composto por quatro etapas interligadas: experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstrata e experimentação ativa. Este ciclo permite que o indivíduo vivencie uma experiência, reflita sobre a mesma, desenvolva conceitos ou interpretações a partir dessa reflexão e, posteriormente, aplique esse conhecimento em novas situações (Kolb, 1984).

No contexto da educação terapêutica dirigida aos adolescentes, esta abordagem assume particular pertinência, uma vez que favorece metodologias de aprendizagem participativas, baseadas na experiência e na reflexão crítica. Os adolescentes tendem a aprender de forma mais eficaz quando têm oportunidade de participar ativamente no processo de aprendizagem, experimentar situações práticas e relacionar os conteúdos abordados com a sua realidade quotidiana.

A integração desta teoria no presente projeto permite estruturar estratégias educativas que estimulam a participação ativa dos adolescentes, promovendo uma aprendizagem significativa e contextualizada. Através da criação de atividades interativas, experiências simuladas e momentos de reflexão sobre a gestão da condição de saúde, torna-se possível facilitar a compreensão dos conteúdos e potenciar o desenvolvimento de competências de autocuidado.

Desta forma, a aplicação da teoria de Kolb contribui para fortalecer a literacia em saúde dos adolescentes, permitindo-lhes compreender melhor o seu processo de saúde-doença, desenvolver competências práticas relacionadas com a gestão da condição crónica e assumir um papel mais autónomo e responsável na gestão da sua saúde (Nurunnabi et al., 2022).

Deste modo, os referenciais teóricos apresentados oferecem um enquadramento conceptual consistente para a compreensão dos processos de promoção da saúde e de aprendizagem envolvidos na gestão da condição de saúde durante a adolescência. A articulação entre o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Teoria da Aprendizagem Experiencial de Kolb permite sustentar o desenvolvimento de intervenções educativas que valorizam simultaneamente os determinantes dos comportamentos de saúde e os processos através dos quais os adolescentes constroem conhecimento e desenvolvem competências de autocuidado. Paralelamente, os princípios dos Cuidados Centrados na Criança reforçam a importância de uma abordagem participativa, sensível às necessidades individuais e promotora da autonomia do adolescente no processo de cuidados. Neste enquadramento, a integração destes referenciais teóricos constituiu a base para o planeamento e implementação do projeto desenvolvido, cuja operacionalização metodológica se sustenta pela abordagem de *Design Thinking*, enquanto estratégia inovadora de desenvolvimento de soluções centradas nas necessidades dos adolescentes.

2.6 METODOLOGIA *DESIGN THINKING* EM CONTEXTO DE SAÚDE

A metodologia *Design Thinking* (DT) constitui uma abordagem centrada na pessoa, orientada para a resolução criativa de problemas complexos através de processos colaborativos, reflexivos e iterativos. Inicialmente desenvolvida no contexto do *design* e da inovação, esta metodologia tem vindo a assumir crescente relevância na área da saúde, particularmente no desenvolvimento de intervenções que procuram responder de forma mais eficaz às necessidades reais das populações. Ao privilegiar uma compreensão aprofundada das experiências, expectativas e desafios vivenciados pelos utilizadores dos

serviços de saúde, o DT promove a conceção de soluções ajustadas aos contextos específicos em que se inserem (Beaird, Geist & Lewis, 2018).

Este processo desenvolve-se, de forma geral, em cinco etapas fundamentais: Empatia, Definição, Ideação, Prototipagem e Teste. A fase de empatia corresponde ao momento inicial de compreensão do público-alvo, procurando identificar as suas necessidades, experiências e perceções relativamente ao problema em análise. Segue-se a fase de definição, na qual as informações recolhidas são analisadas e sintetizadas, permitindo delimitar com maior precisão o problema a abordar. A etapa de ideação corresponde ao momento de geração de ideias e possíveis soluções, privilegiando a criatividade e a colaboração entre os diferentes intervenientes. Posteriormente, na fase de prototipagem, as ideias seleccionadas são transformadas em representações concretas ou modelos iniciais que permitem visualizar e testar a solução proposta. Por fim, a fase de teste possibilita avaliar a adequação e eficácia da solução junto dos utilizadores, permitindo o seu aperfeiçoamento através de sucessivos ciclos de melhoria (Beaird, Geist & Lewis, 2018). Este processo caracteriza-se pelo seu carácter dinâmico e iterativo, favorecendo a construção progressiva de soluções inovadoras e adaptadas às necessidades identificadas.

No âmbito do presente relatório, a utilização da metodologia DT constituiu um eixo estruturante para a identificação de necessidades e para o desenvolvimento de intervenções educativas centradas nas pessoas. A aplicação desta abordagem permitiu sustentar uma prática clínica reflexiva e orientada para a criação de soluções inovadoras, alinhadas com as características e necessidades das populações acompanhadas ao longo do percurso de estágio.

A adoção desta metodologia revelou-se particularmente pertinente no contexto da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, considerando a diversidade de contextos assistenciais e as diferentes fases do desenvolvimento da criança e do adolescente. Estas especificidades exigem uma constante adaptação das estratégias de intervenção, bem como a capacidade de desenvolver respostas ajustadas às necessidades individuais e familiares. Ao longo dos diferentes estágios realizados, Unidade de Cuidados na Comunidade, Serviço de Urgência Pediátrica, Internamento Pediátrico e Unidade de

Cuidados Intensivos Neonatais, procurou-se aplicar os princípios do DT, considerando as características das populações-alvo, os recursos disponíveis e as oportunidades de intervenção identificadas em cada cenário de cuidados.

3 PERCURSO FORMATIVO

A formação especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exige a articulação entre conhecimento científico, reflexão crítica e experiência clínica em contextos assistenciais diversificados. Neste percurso, os estágios clínicos assumem um papel estruturante, constituindo espaços privilegiados para a mobilização dos saberes adquiridos, o desenvolvimento de competências especializadas e a compreensão aprofundada das necessidades das crianças, dos adolescentes e das suas famílias ao longo do continuum de cuidados.

No âmbito do presente relatório, os diferentes contextos de estágio representaram oportunidades significativas para a identificação de necessidades em saúde e para a conceção de intervenções ajustadas às características das populações acompanhadas. A diversidade dos cenários assistenciais permitiu uma visão abrangente dos desafios inerentes à prestação de cuidados em saúde infantil e pediátrica, evidenciando a importância de abordagens flexíveis, centradas na pessoa e sustentadas na melhor evidência científica disponível.

Para uma organização clara e coerente do percurso desenvolvido, o capítulo encontra-se estruturado em quatro subcapítulos correspondentes aos diferentes contextos de estágio realizados: Unidade de Cuidados na Comunidade, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Internamento Pediátrico. Em cada um destes contextos são descritas as características do serviço, as necessidades identificadas, as intervenções implementadas e o contributo dessas experiências para o desenvolvimento do projeto e para a consolidação das competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A integração destes diferentes cenários clínicos possibilitou o contacto com realidades assistenciais distintas, proporcionando uma visão global e integrada do cuidar em enfermagem pediátrica ao longo do ciclo de vida e em diferentes níveis de cuidados. O objetivo geral transversal aos diferentes contextos centrou-se no desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com enfoque na promoção da saúde, prevenção da doença e capacitação da criança, do jovem e da família. Paralelamente, foram definidos objetivos específicos ajustados às

particularidades de cada contexto, garantindo uma prática intencional, fundamentada e orientada para a obtenção de ganhos efetivos em saúde.

3.1 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O primeiro estágio decorreu de 15 de setembro de 2025 a 24 de outubro de 2025 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) cuja missão assenta em contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, assim, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde I – ACES Central, agora integrados numa Unidade Local de Saúde.

Esta unidade pauta a sua atuação por um conjunto de valores estruturantes que orientam a prática profissional: a igualdade e o respeito pelos utentes, garantindo a defesa da dignidade humana e dos direitos da pessoa; a ética assistencial, que sustenta decisões responsáveis e humanizadas; a qualidade e eficiência, assegurando intervenções fundamentadas e eficazes; e a responsabilidade, traduzida no cumprimento rigoroso de normas, procedimentos e deveres profissionais. A estes princípios acrescem a solidariedade e o trabalho de equipa, essenciais para garantir acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados, bem como a inovação, promovida através de uma gestão participativa que valoriza a criatividade, a reflexão crítica e o envolvimento ativo dos profissionais.

A unidade caracteriza-se por um modelo de trabalho colaborativo, interdisciplinar e centrado na comunidade, estruturado em diferentes áreas funcionais, entre as quais se destacam o GASMI (Grupo de Apoio à Saúde Mental e Infantil), a Saúde Escolar e a Intervenção Precoce, permitindo uma resposta articulada às necessidades das famílias, crianças e jovens. O método de trabalho da UCC assenta numa lógica de proximidade, planeamento participativo e intervenção territorial, privilegiando a articulação com parceiros locais, escolas, autarquias, Centro de Proteção de Crianças e Jovens, associações comunitárias, e recorrendo a diagnósticos comunitários que orientam a definição de prioridades e a implementação de projetos. A prática é organizada segundo um modelo de gestão de caso e de continuidade de cuidados, no qual cada intervenção é planeada, executada e avaliada em equipa, garantindo coerência, complementaridade e

acompanhamento longitudinal das famílias. A equipa é constituída por 19 enfermeiros, dos quais 2 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assegurando uma prática diferenciada e orientada pelos referenciais da especialidade.

A unidade desenvolve diversos projetos comunitários de relevo, nomeadamente os testes de acuidade visual dirigidos às crianças do pré-escolar, realizados com o apoio e financiamento da autarquia local, garantindo a deteção precoce de alterações visuais e promovendo a equidade no acesso ao rastreio. Paralelamente, dinamiza iniciativas como o “Bora Lá ao Parque”, que visa incentivar estilos de vida ativos e o contacto com espaços verdes, e o Dia da Saúde nas Escolas, um evento anual que reúne professores, bombeiros, farmacêuticos, dietistas e enfermeiros de saúde escolar para sensibilizar os jovens para temas essenciais de saúde e segurança.

Neste contexto, os objetivos definidos para o estágio centraram-se no diagnóstico das necessidades e dos estilos de aprendizagem dos adolescentes, procurando compreender como estes se envolvem, interpretam e utilizam a informação em saúde. Esta identificação foi realizada através da interação direta com os jovens e da participação em atividades educativas, permitindo captar perceções, dúvidas e expectativas de forma espontânea e contextualizada.

3.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O estágio, neste contexto, decorreu de 15 de setembro de 2025 a 24 de outubro de 2025.

O serviço conta com uma equipa de 29 enfermeiros, dos quais 11 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assegurando uma prática diferenciada e tecnicamente robusta. Dentro desta equipa, três enfermeiras especialistas encontram-se alocadas ao Hospital de Dia de Pediatria, garantindo continuidade de cuidados e articulação entre diferentes níveis assistenciais. Esta composição multidimensional reforça a capacidade de resposta do serviço, permitindo integrar diferentes perspetivas clínicas e assegurar uma abordagem global às necessidades das crianças, adolescentes e famílias que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

O método de trabalho do SUP caracteriza-se por uma dinâmica altamente exigente, marcada pela imprevisibilidade, pela necessidade de priorização constante e pela tomada de decisão rápida e fundamentada. A equipa organiza-se segundo um modelo de triagem estruturado, que orienta a avaliação inicial, a definição de prioridades e a distribuição dos utentes pelos diferentes espaços assistenciais (Warren et al., 2008). O trabalho decorre em estreita articulação interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e, sempre que necessário, outras especialidades hospitalares, garantindo uma resposta integrada e contínua. A comunicação é breve, objetiva e orientada para a segurança, recorrendo a estratégias como briefings, passagem de turno estruturada e registos clínicos rigorosos, essenciais para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados num ambiente de elevada rotatividade.

Durante o estágio procurou-se estruturar o processo de identificação de necessidades e conceção de soluções educativas centradas na pessoa, articulando a compreensão das experiências das famílias com a construção de intervenções exequíveis e ajustadas à realidade clínica. Neste cenário, os objetivos definidos para o estágio centraram-se na identificação de necessidades educativas e na promoção da literacia em saúde em contexto de tempo limitado, reconhecendo que a elevada rotatividade de utentes, a diversidade de situações clínicas e a necessidade de respostas rápidas exigem estratégias educativas breves, claras e facilmente integráveis na dinâmica do serviço. Neste sentido, pretendeu-se identificar as principais necessidades de literacia em saúde dos adolescentes em contexto de urgência, desenvolver estratégias de comunicação promotoras da sua participação ativa nos cuidados e implementar intervenções de educação terapêutica adaptadas às diferentes situações clínicas e ao tempo disponível. Paralelamente, procurou-se favorecer o desenvolvimento de competências de autocuidado sempre que adequado e refletir criticamente sobre a adequação das estratégias implementadas às especificidades deste contexto assistencial. Assim, procurou-se identificar lacunas de literacia em saúde nos adolescentes atendidos, recorrendo à observação clínica e a momentos de interação informal, o que permitiu captar dúvidas imediatas, perceções erróneas e necessidades educativas emergentes, orientando a construção de intervenções ajustadas ao contexto e ao tempo disponível.

Durante este estágio tive ainda a oportunidade de passar um dia no Hospital de Dia de Pediatria, o que permitiu compreender de forma mais aprofundada o funcionamento deste serviço e a especificidade dos cuidados prestados. Neste contexto, assisti à realização de provas orais de antibióticos em crianças com alergias previamente identificadas, procedimentos cuidadosamente estruturados segundo esquemas definidos pelo médico e realizados sob monitorização rigorosa da equipa de enfermagem. Tive igualmente contacto com a administração de toxina botulínica a crianças, em contexto de fisioterapia, destinada ao tratamento de espasticidade, bem como com colheitas de controlo em crianças com doenças crónicas e oncológicas, que exigem vigilância contínua e articulação estreita entre equipa, família e diferentes especialidades. Esta vivência permitiu-me compreender a complexidade técnica e relacional inerente ao Hospital de Dia, reforçando a importância da comunicação eficaz, da gestão da ansiedade das famílias e da precisão na execução de procedimentos.

3.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O estágio neste contexto decorreu de 27 de outubro de 2025 a 5 de dezembro de 2025. A Unidade conta com uma equipa de 48 enfermeiros, dos quais 19 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1 especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assegurando uma prática altamente diferenciada e alinhada com os referenciais da especialidade.

Organizacionalmente, o serviço é constituído por três áreas assistenciais: a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), destinada ao acompanhamento de crianças e jovens em situação crítica; o Berçário/Pré-Saída, que acolhe recém-nascidos clinicamente estáveis em fase de transição para o domicílio; e a Neonatologia, onde se concentram os cuidados especializados ao recém-nascido prematuro ou com necessidades clínicas específicas. Esta estrutura tripartida permite uma resposta integrada e ordenada, ajustada ao grau de complexidade clínica e às necessidades de vigilância, intervenção e apoio familiar. A composição e especializada da equipa reforça a capacidade de resposta do serviço, permitindo uma abordagem tecnicamente rigorosa, humanizada e sensível às necessidades do recém-nascido e da família. Neste enquadramento, o *Design Thinking*

permitiu estruturar uma prática verdadeiramente centrada na pessoa, articulando a compreensão das necessidades dos pais com a conceção de soluções ajustadas à realidade assistencial, em consonância com os princípios dos Cuidados Centrados na Família, que reconhecem os pais como parceiros ativos no processo de cuidar (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017).

O método de trabalho da unidade é profundamente influenciado pelos princípios do NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*), que orientam uma prática centrada no desenvolvimento e na individualização dos cuidados. Este modelo privilegia a observação sistemática dos sinais comportamentais do recém-nascido, permitindo ajustar a manipulação, o posicionamento, o ambiente e o ritmo das intervenções às suas capacidades de autorregulação. A equipa organiza-se segundo uma lógica de cuidados neuroprotetores, que inclui a minimização de estímulos nocivos, a promoção da contenção e do toque terapêutico, a proteção do sono e a facilitação do contacto pele-a-pele. A comunicação interdisciplinar é estruturada e contínua, garantindo que cada decisão clínica integra a perspetiva do desenvolvimento e o envolvimento ativo dos pais, reconhecidos como co-cuidadores essenciais. Este enquadramento metodológico assegura uma prática altamente especializada, sensível e individualizada, que procura otimizar a estabilidade fisiológica e emocional do recém-nascido prematuro.

Para além dos objetivos diretamente associados ao desenvolvimento do projeto, os objetivos definidos para este contexto de estágio centraram-se igualmente no desenvolvimento de competências especializadas na abordagem ao recém-nascido em situação de maior vulnerabilidade. Neste âmbito, destacou-se a exploração e aplicação de ventilação não invasiva, reconhecendo as suas indicações, limites e impacto na estabilidade clínica do recém-nascido, bem como a participação na sua monitorização e adaptação em articulação com a equipa multidisciplinar. Na prática clínica diária, tive oportunidade de prestar cuidados a um número significativo de recém-nascidos submetidos a ventilação não invasiva e a grandes prematuros, o que permitiu aprofundar a compreensão da importância dos cuidados neuroprotetores e da forma como estes influenciam a estabilidade fisiológica e emocional do bebé. Parte desta aprendizagem foi transposta para o desenvolvimento do vídeo educativo, procurando integrar elementos

que sensibilizassem os pais para a relevância da contenção, do toque terapêutico, da minimização de estímulos e da participação gradual nos cuidados (Altimier & Phillips, 2013).

3.4 UNIDADE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

O estágio no contexto de internamento pediátrico decorreu numa organização de saúde cuja missão assenta na prestação de cuidados diferenciados, pautados pela qualidade, eficiência e sustentabilidade, com o propósito de melhorar o estado de saúde e o bem-estar das crianças, adolescentes e famílias que recorrem aos seus serviços. Esta instituição orienta a sua atuação por uma visão de referência na medicina privada moderna, sustentada por valores que privilegiam a segurança do paciente, a ética nas relações profissionais, a honestidade, o profissionalismo e a valorização das competências individuais dos seus colaboradores. A cultura organizacional promove ainda o acolhimento e a integração dos profissionais, a formação contínua, a igualdade de oportunidades e uma forte consciência ambiental, assegurando práticas responsáveis e sustentáveis (Grupo HPA Saúde, n.d.). A intervenção desenvolvida neste contexto decorreu de 9 de dezembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026, permitindo uma imersão prolongada na dinâmica assistencial do serviço e possibilitando o desenvolvimento dos objetivos específicos definidos para este contexto, nomeadamente a identificação de necessidades educativas e de autocuidado em adolescentes com doença aguda ou crónica, bem como a implementação de estratégias de educação terapêutica ajustadas ao seu nível de desenvolvimento, interesses e estilos de aprendizagem. Paralelamente, este período permitiu promover o envolvimento ativo do adolescente no processo de gestão da sua saúde e doença, favorecendo a autonomia, a responsabilização e a tomada de decisão informada, em consonância com os princípios do *empowerment* e da literacia em saúde.

Fisicamente, o serviço de internamento pediátrico é constituído por cinco vagas destinadas a recém-nascidos e seis quartos de internamento pediátrico, permitindo uma resposta diferenciada às necessidades clínicas de diferentes faixas etárias. Este serviço recebe maioritariamente crianças e jovens para cirurgias programadas em regime de ambulatório, assegurando um percurso assistencial seguro e eficiente, embora também

acolha, sempre que necessário, internamentos decorrentes de situações de doença aguda, que exigem vigilância clínica contínua e intervenção célere da equipa multidisciplinar.

A equipa de enfermagem integra 17 enfermeiros, incluindo 4 prestadores de serviços, dos quais 8 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (7 do quadro e 1 prestadora especialista). A distribuição das funções reflete a diferenciação técnica da equipa, sendo que os enfermeiros especialistas asseguram predominantemente os cuidados na área neonatal, enquanto os enfermeiros não especialistas assumem maioritariamente os cuidados no internamento pediátrico, garantindo uma resposta adequada à complexidade clínica de cada setor. Este modelo organizacional permite integrar tecnologia avançada com uma abordagem centrada na pessoa, privilegiando a comunicação empática, a humanização dos cuidados e a capacitação da criança, do adolescente e da família.

O método de trabalho do serviço assenta numa organização rigorosa, colaborativa e centrada na criança e na família, estruturada de forma a garantir segurança clínica, continuidade assistencial e humanização dos cuidados. A passagem de turno é realizada segundo o protocolo ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), reconhecido internacionalmente como ferramenta eficaz para melhorar a comunicação clínica, reduzir erros e promover a segurança do paciente (Müller et al., 2018). A utilização sistemática deste método assegura uma transmissão clara, objetiva e completa da informação, permitindo que toda a equipa mantenha uma visão partilhada do estado clínico e das prioridades assistenciais.

Paralelamente, o serviço integra a figura do enfermeiro de referência, que assegura a continuidade relacional e clínica, reforçando a confiança das famílias e promovendo uma prática verdadeiramente centrada na pessoa. Esta abordagem, alinhada com os princípios dos Cuidados Centrados na Família (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017), facilita a comunicação, reduz a ansiedade dos cuidadores e favorece a participação ativa da criança e da família no processo de cuidados. A presença de um profissional de referência contribui ainda para a coerência das intervenções, para a personalização dos cuidados e para a construção de relações terapêuticas consistentes, aspetos essenciais para a humanização da prática pediátrica.

A prática diária integra protocolos clínicos atualizados, *checklists* de segurança e monitorização sistemática, permitindo uniformizar procedimentos e assegurar elevados padrões de qualidade. A articulação interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais, garante uma resposta integrada às necessidades clínicas e emocionais das crianças e das suas famílias. Este método de trabalho, simultaneamente técnico e relacional, permite integrar tecnologia avançada com práticas humanizadas, reforçando a confiança das famílias e a eficácia das intervenções.

4 CUIDADO ATIVO: A JORNADA TERAPÊUTICA DO ADOLESCENTE

A escolha do tema das estratégias de educação terapêutica no adolescente emergiu de forma natural ao longo do meu percurso profissional e pessoal, profundamente marcado pela valorização da capacitação das famílias e pela crença de que o conhecimento é um instrumento de autonomia e segurança. Enquanto enfermeira de pediatria, familiarizada a trabalhar em proximidade com crianças e jovens desde 2022, tenho testemunhado diariamente como a compreensão do próprio processo de saúde-doença transforma a forma como os adolescentes participam nos cuidados, influenciando a adesão terapêutica, a tomada de decisão e a construção de uma identidade saudável. A minha experiência como formadora, aliada a um perfil pessoal assente na empatia, comunicação clara e criatividade, reforçou a vontade de desenvolver intervenções educativas inovadoras, participativas e ajustadas às necessidades reais dos jovens. Foi neste cruzamento entre prática clínica, sensibilidade humana e inquietação pedagógica que nasceu o projeto “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente”. O nome surgiu do desejo de traduzir, de forma simbólica, a ideia de que o adolescente não é apenas destinatário dos cuidados, mas protagonista de uma jornada que exige envolvimento ativo, reflexão e construção conjunta.

Foi neste enquadramento que, orientado pelos princípios da metodologia *Design Thinking*, se desenvolveu o projeto “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente”, centrado na promoção da literacia em saúde, do autocuidado e da

participação ativa do adolescente na gestão da sua condição de saúde. Este projeto emergiu da necessidade de implementar estratégias educativas mais adequadas às especificidades desta faixa etária, particularmente no contexto das doenças crónicas, reconhecendo a relevância de promover competências que favoreçam a autonomia, a responsabilização e a adaptação positiva ao processo de saúde-doença.

A implementação do projeto foi construída de forma progressiva, a partir da análise das necessidades identificadas nos diferentes contextos de estágio, permitindo ajustar as estratégias de intervenção às particularidades de cada cenário assistencial e às características das populações envolvidas. Assim, o presente capítulo apresenta a descrição e a reflexão crítica sobre os contextos de estágio, evidenciando o contributo de cada um deles para o desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como para a conceção e operacionalização do projeto “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente”.

4.1 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADOLESCENTE, EM CONTEXTO NA COMUNIDADE

A fase de empatia constitui o ponto de partida da metodologia *Design Thinking*, assumindo-se como essencial para a compreensão aprofundada das pessoas e dos contextos em que se inserem. A empatia corresponde à capacidade de compreender o outro a partir da sua própria perspetiva, reconhecendo sentimentos, necessidades e experiências sem julgamento (Beaird, Geist & Lewis, 2018). Em contexto de saúde, esta etapa reveste-se de particular relevância, na medida em que permite identificar, de forma sensível e contextualizada, as reais necessidades dos indivíduos, ultrapassando uma visão meramente técnica ou centrada no profissional. Mais do que ouvir, implica observar, interpretar e reconhecer dimensões implícitas das experiências vividas, incluindo fragilidades, expectativas e motivações que nem sempre são expressas de forma explícita.

Esta abordagem possibilitou desenvolver uma intervenção verdadeiramente centrada na criança e no jovem, alinhada com os princípios da empatia e com a filosofia participativa que orienta a metodologia *Design Thinking*.

Foi neste contexto rico em dinâmicas comunitárias que se desenvolveu a fase de empatia do projeto “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente”, permitindo uma aproximação genuína à realidade dos jovens e às suas necessidades educativas. Através de uma sessão informal integrada nas atividades de Saúde Escolar, recorreu-se à plataforma digital Mentimeter, criando um ambiente participativo, acessível e alinhado com a linguagem dos adolescentes. A utilização de recursos interativos, como nuvens de palavras e partilhas anónimas, facilitou a expressão espontânea de ideias, perceções e experiências relacionadas com a aprendizagem em saúde, bem-estar e estratégias educativas.

Este processo revelou-se determinante para identificar interesses, lacunas de conhecimento e preferências metodológicas, constituindo uma base sólida para a etapa subsequente de definição do problema. Apesar de alguns desafios, como respostas descontextualizadas, compreensíveis à luz das características desenvolvimentais da adolescência (Steinberg, 2020; Blakemore, 2018), a atividade permitiu reforçar a importância de ajustar continuamente as estratégias de comunicação e de construir um espaço verdadeiramente participativo. Inicialmente, procedi ao reforço claro e explícito das regras de participação, clarificando a finalidade da atividade e a importância do respeito mútuo, de forma a recentrar o grupo na tarefa. Paralelamente, introduzi momentos de reformulação das perguntas, utilizando linguagem mais direta, concreta e alinhada com o registo comunicacional dos adolescentes, o que facilitou a compreensão e reduziu a margem para respostas irrelevantes. Sempre que surgiam comentários dispersos, recorri a estratégias de redirecionamento positivo, valorizando os contributos pertinentes e convidando o grupo a refletir sobre as questões essenciais, promovendo assim a autorregulação coletiva. Adicionalmente, aumentei o grau de estruturação da atividade, alternando entre momentos de participação aberta e tarefas mais guiadas, o que permitiu equilibrar liberdade de expressão com foco pedagógico. Estas adaptações sucessivas revelaram-se fundamentais para manter o envolvimento dos participantes, reforçar a responsabilidade partilhada e assegurar que a sessão permanecia significativa e produtiva, respeitando simultaneamente as características desenvolvimentais próprias da adolescência.

A etapa de definição permitiu sintetizar a informação recolhida, clarificando o problema central: os adolescentes necessitam de estratégias educativas interativas, motivadoras e adaptadas aos seus estilos de aprendizagem, de forma a promover maior envolvimento no processo educativo e na gestão da sua saúde. A partir desta definição, iniciou-se a fase de ideação, desenvolvida através de *brainstorming* colaborativo com estudantes, equipa de enfermagem e docentes orientadores. Foram identificadas temáticas relevantes como violência no namoro, infeções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, sono, comportamentos de risco, utilização de ecrãs e gestão emocional.

Durante a fase de ideação, emergiram diversas propostas que foram posteriormente organizadas segundo a matriz *How–Wow–Now–Ciao*, permitindo avaliar simultaneamente o grau de inovação e a viabilidade de implementação. Entre estas, destacaram-se várias ideias classificadas como *Now*, consideradas exequíveis, de aplicação imediata e adequadas ao contexto escolar. Foi precisamente este conjunto de propostas que orientou o desenvolvimento final das intervenções educativas. Incluíram-se aqui as sessões dinâmicas com recurso a vídeos temáticos, debates orientados, atividades de reflexão em grupo e a utilização de plataformas digitais como o *Kahoot* para avaliação formativa, estratégias que se revelaram particularmente ajustadas às necessidades e estilos de aprendizagem dos adolescentes. As ideias classificadas como *Wow*, embora inovadoras, como a criação de um *podcast* juvenil sobre saúde ou o desenvolvimento de um jogo digital, foram reconhecidas pelo seu potencial, mas não implementadas devido às exigências logísticas e tecnológicas. As propostas enquadradas na categoria *How*, como a criação de uma aplicação móvel de autocuidado ou workshops interdisciplinares regulares, foram consideradas para desenvolvimento futuro, dada a sua complexidade. Por fim, algumas ideias foram incluídas na categoria *Ciao*, por se revelarem pouco pertinentes ou desajustadas ao contexto escolar. Esta análise permitiu priorizar soluções realistas e eficazes, garantindo que as intervenções desenvolvidas respondiam de forma concreta às necessidades identificadas na fase de empatia.

A fase de prototipagem materializou estas ideias em intervenções concretas: sessões dinâmicas com adolescentes, vídeos pedagógicos cocriados para o 1.º ciclo (Apêndice A)

e histórias narradas no pré-escolar (Apêndice B), garantindo adequação ao desenvolvimento e coerência pedagógica.

A fase de teste permitiu avaliar o impacto das intervenções através de observação, atividades interativas e *feedback* dos participantes. O recurso ao *Kahoot*, aos *banners* de compromisso e à demonstração prática de técnicas possibilitou uma avaliação diversificada e ajustada às idades.

De forma global, a aplicação da metodologia *Design Thinking* permitiu identificar necessidades reais, desenvolver intervenções educativas ajustadas e promover competências de autocuidado, tomada de decisão informada e estilos de vida saudáveis. Paralelamente, foi elaborada uma norma interna (Apêndice C) relativa ao registo da proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar, contribuindo para a monitorização de indicadores e para a uniformização de práticas, em alinhamento com as competências do Enfermeiro Especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Este contexto permitiu, assim, não apenas o desenvolvimento de competências na área da educação para a saúde, mas também o aprofundamento de competências em governação clínica, planeamento estratégico e tomada de decisão baseada na evidência, consolidando uma prática especializada, crítica e orientada para a comunidade.

4.2 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADOLESCENTE, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

A aplicação da metodologia *Design Thinking* no contexto do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) revelou-se particularmente pertinente, dada a natureza dinâmica, imprevisível e temporalmente limitada deste ambiente assistencial. A fase de empatia constituiu o ponto de partida para a compreensão das necessidades da população que recorre ao SUP. Atendendo às especificidades deste contexto, esta etapa foi desenvolvida através da escuta ativa e da reflexão conjunta com a equipa de enfermagem, valorizando o seu conhecimento experiencial e a proximidade ao quotidiano assistencial. Os enfermeiros identificaram padrões recorrentes de défices de literacia em saúde, nomeadamente dificuldades na identificação de sinais de alarme, na gestão de sintomas

em contexto domiciliário e na compreensão dos critérios que justificam o recurso ao serviço de urgência. Esta etapa permitiu reconhecer que muitas das dúvidas manifestadas pelas famílias resultam de lacunas informativas e de experiências prévias marcadas por ansiedade, incerteza ou interpretações erróneas de sintomas, aspetos amplamente descritos na literatura sobre literacia em saúde (Bröder et al., 2017).

Com base na informação recolhida, procedeu-se à fase de definição, na qual se clarificou o problema central: a necessidade de reforçar a literacia em saúde de crianças, adolescentes e famílias, promovendo maior capacidade de compreensão, tomada de decisão informada e utilização adequada dos recursos de saúde. À luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, estas dificuldades podem ser entendidas como resultado da interação entre conhecimentos, perceções individuais, experiências prévias e fatores contextuais que influenciam a adoção de comportamentos de saúde (Santi & Baldissera, 2023).

A fase de ideação centrou-se na identificação e exploração de estratégias educativas compatíveis com a dinâmica do SUP, tendo em conta os períodos de espera das famílias e a limitação temporal para intervenções estruturadas. Neste processo emergiram diversas propostas, posteriormente organizadas segundo a matriz *How–Wow–Now–Ciao*, o que permitiu avaliar simultaneamente a inovação e a viabilidade de cada uma. As ideias classificadas como *Now*, pela sua exequibilidade imediata e adequação ao contexto, incluíram a criação de um recurso educativo breve, visualmente apelativo e de fácil compreensão, capaz de transmitir informação essencial sem interferir com o fluxo assistencial, proposta que viria a ser desenvolvida. Na categoria *Wow* foram incluídas sugestões mais inovadoras, como a criação de pequenos vídeos educativos para exibição na sala de espera ou a implementação de *Quick Response Codes* interativos com acesso a conteúdos multimédia, ideias com elevado potencial, mas cuja concretização exigiria recursos adicionais. As propostas classificadas como *How*, embora pertinentes, implicavam maior complexidade logística, como a realização de sessões educativas presenciais em horários específicos ou a criação de um programa estruturado de literacia em saúde para famílias. Por fim, algumas ideias foram enquadradas na categoria *Ciao*, por se revelarem pouco ajustadas ao ritmo do serviço ou difíceis de integrar na prática

diária. Esta análise sistemática permitiu priorizar soluções realistas e eficazes, orientando o desenvolvimento de uma intervenção educativa alinhada com as necessidades identificadas e com as características do contexto assistencial.

Deste processo resultou a idealização de um recurso educativo visual, direcionado para a promoção da literacia em saúde, com linguagem clara, estrutura objetiva e formato adaptado ao público presente na sala de espera. A proposta procurou equilibrar criatividade e viabilidade, assegurando que a intervenção fosse exequível no contexto clínico e útil para as famílias.

Na fase de prototipagem, procedeu-se ao desenvolvimento do recurso educativo, transformando a proposta conceptual numa ferramenta concreta, destinada a promover a literacia em saúde das famílias durante o período de espera. Esta etapa permitiu refletir sobre a adequação dos conteúdos, a clareza da linguagem e o potencial impacto na prática clínica. O recurso apresenta uma estrutura visual simples e apelativa, recorrendo a ícones, cores suaves e linguagem clara, de modo a facilitar a compreensão por parte de crianças, adolescentes e cuidadores. O vídeo organiza a informação de forma sequencial, abordando temas essenciais como a identificação de sinais de alarme, a gestão de sintomas ligeiros no domicílio, os critérios que justificam o recurso ao serviço de urgência e orientações práticas para a promoção da segurança e bem-estar. A utilização de frases curtas, exemplos concretos e elementos gráficos contribui para tornar a mensagem acessível e facilmente memorizável, mesmo num contexto marcado por ansiedade e limitação temporal. Este formato permitiu transformar conteúdos clínicos complexos em informação clara e funcional, alinhada com as necessidades identificadas na fase de empatia e com a dinâmica do serviço, constituindo uma ferramenta educativa de rápida implementação e elevado potencial de impacto.

Embora a fase de teste tenha assumido um carácter exploratório, a discussão com a equipa possibilitou a recolha de sugestões relativas à pertinência, aplicabilidade e clareza da informação e permitiu antecipar o potencial contributo do recurso educativo para a promoção da literacia em saúde das famílias, favorecendo comportamentos de saúde mais adequados e uma utilização mais eficiente dos serviços disponíveis.

De forma global, a aplicação da metodologia *Design Thinking* no SUP permitiu estruturar o processo de identificação de necessidades e desenvolvimento de uma intervenção educativa de forma sistemática, reflexiva e centrada na pessoa. Paralelamente, evidenciou a importância de desenvolver estratégias de promoção da literacia em saúde ajustadas a contextos de elevada complexidade e limitação temporal.

Enquanto futura enfermeira especialista, esta experiência permitiu aprofundar competências ao nível da análise crítica das necessidades, da conceção de intervenções inovadoras e da adaptação das estratégias educativas a diferentes contextos assistenciais. Adicionalmente, reforçou competências essenciais em comunicação eficaz, priorização de cuidados e tomada de decisão em ambientes de elevada exigência, consolidando uma prática orientada para a qualidade, a evidência e a centralidade da pessoa.

4.3 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADOLESCENTE, EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA

A especificidade do contexto de Neonatologia, marcada pela complexidade dos cuidados, pela utilização de tecnologia altamente diferenciada e pela vulnerabilidade emocional inerente à experiência parental, justificou a adoção da metodologia *Design Thinking* como abordagem orientadora para a identificação de necessidades e para o desenvolvimento de uma intervenção educativa centrada na parentalidade. A intervenção integrou-se num projeto de melhoria contínua do serviço, direcionado para o acolhimento dos pais de recém-nascidos prematuros e desenvolvido em articulação com o serviço de Obstetrícia, do qual emergiu a criação de um gabinete de apoio destinado a futuros pais de bebés prematuros.

A fase de empatia constituiu o ponto de partida para a compreensão aprofundada das necessidades parentais, possibilitando o acesso às suas experiências, preocupações e expectativas num momento particularmente sensível. Esta etapa foi desenvolvida através da observação da interação entre os pais, o recém-nascido e a equipa de saúde, bem como por meio de momentos de diálogo informal durante a prestação de cuidados. Estas interações revelaram que o nascimento prematuro e a consequente hospitalização do recém-nascido constituem experiências frequentemente marcadas pelo medo, ansiedade

e incerteza. Muitos pais demonstravam dificuldades em compreender o funcionamento da unidade de neonatologia, o papel dos diferentes profissionais e os cuidados prestados ao seu bebé. A separação precoce entre pais e recém-nascido emergia como um fator gerador de insegurança e sofrimento emocional, amplamente descrito na literatura (Flacking et al., 2012; Ionio et al., 2016). Verificou-se igualmente que os pais manifestavam dúvidas relativamente à forma como poderiam participar nos cuidados, revelando receio de interferir com o trabalho da equipa e insegurança quanto ao seu papel naquele contexto.

Assim, a fase de empatia permitiu compreender que os pais necessitam não apenas de informação clara e acessível, mas também de estratégias que promovam a sua integração progressiva no ambiente da unidade, reduzam a ansiedade associada ao desconhecido e reforcem a sua confiança enquanto cuidadores. Com base nesta informação, procedeu-se à fase de definição, na qual se clarificou o problema central: a dificuldade dos pais em compreender o contexto da neonatologia e em reconhecer o seu papel no cuidado ao recém-nascido prematuro. O problema foi, assim, conceptualizado como a necessidade de desenvolver estratégias educativas que facilitem o conhecimento prévio da unidade, promovam a familiarização com o ambiente e os profissionais e apoiem os pais na compreensão das possibilidades de participação nos cuidados, contribuindo para a redução da ansiedade e para o reforço da confiança parental.

A fase de ideação centrou-se na exploração de diferentes soluções ajustadas ao contexto da neonatologia. Foram consideradas diversas possibilidades de intervenção, incluindo materiais informativos escritos, recursos visuais e estratégias educativas digitais, tendo em conta a necessidade de disponibilizar informação acessível, clara e facilmente compreensível, mesmo em contextos de elevada carga emocional. Para apoiar o processo de decisão, recorreu-se à matriz *How–Wow–Now–Ciao*, que permitiu analisar as diferentes propostas de intervenção de acordo com a sua viabilidade, grau de inovação e potencial de impacto no contexto da Neonatologia. Durante esta etapa, emergiram várias sugestões, posteriormente organizadas segundo esta matriz. As ideias classificadas como *Now* destacaram-se pela sua exequibilidade imediata e pela facilidade de integração na dinâmica do serviço, nomeadamente o desenvolvimento de um vídeo educativo que

apresentasse a unidade, os profissionais e as possibilidades de participação dos pais nos cuidados, bem como a criação de pequenos recursos visuais com orientações básicas sobre o funcionamento da unidade. As propostas enquadradas na categoria *Wow* revelaram elevado potencial inovador, embora exigissem recursos tecnológicos ou logísticos adicionais, como a criação de uma visita virtual em formato 360° ou o desenvolvimento de uma plataforma digital interativa com conteúdos personalizados para pais de bebés prematuros. Já as ideias posicionadas na categoria *How*, apesar de pertinentes, implicavam alterações organizacionais ou a mobilização de recursos humanos adicionais, como a implementação de sessões presenciais de acolhimento ou *workshops* estruturados de capacitação parental. Por fim, algumas propostas foram incluídas na categoria *Ciao*, por se revelarem pouco ajustadas ao contexto emocional e operacional da Neonatologia, como a criação de um *podcast* temático ou de manuais extensos, cuja utilização seria limitada num momento marcado por ansiedade e sobrecarga informativa. Esta análise sistemática permitiu seleccionar a solução mais adequada, o vídeo educativo, por reunir clareza, impacto e viabilidade, orientando assim o desenvolvimento da intervenção de forma alinhada com as necessidades identificadas e com as características do contexto assistencial.

Na fase de prototipagem, procedeu-se à conceção e desenvolvimento do vídeo educativo, transformando a solução idealizada num recurso concreto. O vídeo foi estruturado de forma a proporcionar uma aproximação gradual ao ambiente da unidade, apresentando os espaços, os profissionais e as dinâmicas de funcionamento, bem como evidenciando as possibilidades de participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido. A utilização de linguagem simples, narrativa acolhedora e elementos visuais apelativos procurou facilitar a compreensão da informação e reduzir a ansiedade associada ao desconhecimento. A experiência adquirida no contacto direto com grandes prematuros e recém-nascidos em ventilação não invasiva contribuiu para a inclusão, no vídeo, de mensagens que valorizam práticas neuroprotetoras e a importância do envolvimento parental na promoção do conforto e estabilidade do bebé.

A fase de teste correspondeu à apresentação do vídeo à equipa de enfermagem, permitindo recolher *feedback* relativamente à sua clareza, pertinência e adequação ao

contexto assistencial. Este momento possibilitou refletir sobre o potencial do recurso enquanto estratégia de apoio ao acolhimento dos pais e identificar oportunidades de melhoria. Paralelamente, o vídeo foi também apresentado a uma grávida internada por elevado risco de parto prematuro, permitindo obter a perspetiva de uma potencial utilizadora. A participante considerou o vídeo uma ferramenta pertinente e útil, destacando a sua capacidade para facilitar a compreensão do contexto da unidade e reduzir a ansiedade associada ao desconhecido, reforçando a sua relevância enquanto estratégia de preparação para a eventual hospitalização do recém-nascido.

De forma global, a aplicação da metodologia *Design Thinking* em contexto de Neonatologia, integrada num projeto de melhoria contínua e em articulação com o serviço de Obstetrícia, permitiu desenvolver uma intervenção educativa centrada nas necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros. O desenvolvimento do vídeo educativo constituiu uma estratégia facilitadora do processo de acolhimento, contribuindo para a redução da ansiedade, para o reforço da confiança parental e para a promoção do envolvimento ativo dos pais nos cuidados, em consonância com uma abordagem de Cuidados Centrados na Família.

4.4 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADOLESCENTE, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

A fase de empatia constitui o ponto de partida do processo de *Design Thinking*, permitindo compreender de forma aprofundada as necessidades, experiências e perceções das pessoas para quem se pretende desenvolver uma intervenção (Beaird, Geist & Lewis, 2018). No contexto da prática clínica em Enfermagem, esta etapa assume particular relevância, na medida em que possibilita uma aproximação à experiência vivida pelos utentes, promovendo uma compreensão sensível, individualizada e contextualizada das suas necessidades. No âmbito do projeto desenvolvido em contexto de internamento pediátrico, esta fase teve como objetivo compreender de que forma os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 percecionam o processo de aprendizagem relacionado com o autocuidado, bem como identificar quais as estratégias educativas que consideram mais facilitadoras do seu envolvimento na gestão da doença.

Para a recolha de dados, foi aplicado um questionário exploratório ao adolescente internado, permitindo identificar preferências relativamente a diferentes metodologias educativas, como explicações verbais, materiais escritos, vídeos educativos, atividades práticas e jogos interativos. Embora esta etapa tenha sido concebida para integrar a participação de vários jovens, apenas foi possível envolver um adolescente, uma vez que se tratava de um internamento em contexto privado, com custos associados que limitam o número de admissões, e de um grupo populacional muito específico, adolescentes com doença crónica, cuja presença no serviço é naturalmente reduzida. Ainda assim, os dados obtidos evidenciaram uma clara valorização de abordagens interativas e participativas, em detrimento de metodologias exclusivamente expositivas. Esta tendência pode ser compreendida à luz da teoria da aprendizagem experiencial de David Kolb, que destaca a importância do envolvimento ativo do indivíduo no processo de aprendizagem, através da experiência, reflexão e experimentação (Kolb, 1984). Estes resultados são consistentes com a evidência que aponta para a eficácia de estratégias educativas centradas no participante, capazes de promover o envolvimento ativo e a construção significativa do conhecimento (Bröder et al., 2017).

Para além da recolha estruturada de dados, esta fase foi enriquecida pela observação da interação do adolescente com os profissionais de saúde e por momentos de diálogo informal durante a prestação de cuidados. Estes momentos permitiram captar dúvidas, preocupações e desafios associados à gestão da diabetes, bem como compreender as dimensões emocionais inerentes ao processo de adaptação à doença crónica. Assim, a fase de empatia possibilitou uma compreensão abrangente das necessidades educativas do adolescente, constituindo uma base sólida para o desenvolvimento de intervenções ajustadas. Esta abordagem encontra-se alinhada com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que enfatiza a importância dos fatores cognitivos, emocionais e experienciados na adoção de comportamentos promotores de saúde (Santi & Baldissera, 2023).

Com base na informação recolhida, procedeu-se à fase de definição, cujo objetivo consiste em sintetizar os dados obtidos e clarificar o problema central que orienta a intervenção (Beird, Geist & Lewis, 2018). A análise das respostas evidenciou que os

adolescentes demonstram maior interesse por estratégias educativas que integrem dinâmicas interativas, participação ativa e elementos lúdicos, favorecendo o envolvimento no processo de aprendizagem. Tornou-se evidente que a utilização de abordagens educativas mais participativas poderia contribuir para aumentar a motivação, a compreensão da doença e o desenvolvimento de competências de autocuidado. Esta perspetiva é consistente com os princípios da educação terapêutica e com o conceito de *empowerment*, entendido como o processo através do qual o indivíduo desenvolve competências que lhe permitem assumir um papel ativo na gestão da sua saúde (Funnell & Anderson, 2004).

A definição do problema foi estruturada através da matriz *Point of View (POV)*, permitindo formular uma síntese clara e centrada no utilizador: os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 necessitam de estratégias educativas interativas e adaptadas às suas preferências de aprendizagem, que promovam a sua participação ativa no processo de educação terapêutica e no desenvolvimento do autocuidado.

A fase de ideação consistiu na geração de diferentes soluções que respondessem às necessidades identificadas (Beaird, Geist & Lewis, 2018). Foram exploradas diversas possibilidades, incluindo materiais educativos ilustrados, jogos interativos, aplicações digitais e dinâmicas educativas em grupo. Para apoiar a tomada de decisão, recorreu-se à matriz *How–Wow–Now–Ciao*, que permitiu analisar as propostas de acordo com o seu grau de inovação e viabilidade.

Nesta etapa, emergiram várias sugestões. Entre as propostas classificadas como *Now*, pela sua exequibilidade imediata, destacaram-se a criação de um jogo de tabuleiro educativo, a elaboração de cartões de perguntas-resposta para treino rápido de conhecimentos e a produção de pequenos guiões visuais com passos essenciais do autocuidado. As ideias enquadradas na categoria *Wow*, embora altamente inovadoras, exigiam recursos tecnológicos ou logísticos adicionais, como o desenvolvimento de uma aplicação digital interativa para treino de competências ou a criação de vídeos personalizados com simulações de situações do quotidiano. Já as propostas posicionadas na categoria *How* revelaram pertinência, mas dependiam de alterações organizacionais, como a implementação de sessões educativas estruturadas em grupo para adolescentes

com doença crónica ou a criação de um programa sequencial de educação terapêutica articulado com consultas externas. Por fim, algumas ideias foram incluídas na categoria *Ciao*, por se revelarem pouco ajustadas ao contexto, como a criação de manuais ou de *podcasts* educativos, cuja utilização seria limitada num internamento de curta duração e num grupo etário com necessidades muito específicas.

A análise destas propostas permitiu selecionar a criação de um jogo de tabuleiro educativo, considerado particularmente adequado por integrar componentes lúdicas e pedagógicas, favorecendo a aprendizagem experiencial e a participação ativa, em consonância com o modelo de Kolb (1984).

Importa salientar que, antes do desenvolvimento desta intervenção, os materiais existentes para o ensino aos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 consistiam essencialmente numa norma interna elaborada pelos profissionais do serviço, que estipulava em que dia do internamento deveriam ser iniciados determinados ensinamentos, acompanhados da entrega de folhetos informativos da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Embora estes recursos constituíssem uma base estruturada de atuação, apresentavam limitações no que respeita à adaptação às preferências de aprendizagem dos adolescentes e à promoção do seu envolvimento ativo. Esta constatação reforçou a pertinência da intervenção e a necessidade de diversificar e atualizar as estratégias educativas, tornando-as mais dinâmicas, participativas e ajustadas às características desta faixa etária.

Na fase de prototipagem procedeu-se ao desenvolvimento do jogo, estruturado com diferentes tipos de casas e cartas que abordavam situações do quotidiano, desafios de conhecimento e questões relacionadas com a dimensão emocional da doença. Esta diversidade de estímulos procurou promover não apenas a aquisição de conhecimentos, mas também a reflexão sobre experiências vivenciadas, estimulando a tomada de decisão, a resolução de problemas e a partilha de vivências, elementos fundamentais para o *empowerment* e a autonomia na gestão da doença crónica.

A fase de teste correspondeu à aplicação do jogo em contexto real, permitindo avaliar a sua adequação e potencial impacto (Beaird, Geist & Lewis, 2018). O jogo foi utilizado como ferramenta de educação terapêutica durante sessões com o adolescente internado,

possibilitando observar o nível de participação, o interesse demonstrado e a interação com os conteúdos. A avaliação, realizada através da observação direta e do *feedback* verbal, evidenciou que o jogo constituiu uma estratégia facilitadora da comunicação e da aprendizagem, promovendo um ambiente educativo mais dinâmico, participativo e emocionalmente seguro. Apesar dos adolescentes manifestarem atualmente uma forte preferência por recursos digitais e tecnologias interativas, este jovem demonstrou particular interesse por estratégias mais simples, como os jogos de tabuleiro, referindo que estas atividades o recordavam de momentos de lazer em família e lhe proporcionavam um ambiente mais descontraído e afetivamente significativo enquanto aprendia a cuidar de si. Esta resposta reforça a importância de integrar abordagens lúdicas e relacionais na educação terapêutica, valorizando não apenas a dimensão cognitiva, mas também a emocional e experiencial do processo de aprendizagem.

De forma global, a aplicação da metodologia *Design Thinking* neste contexto revelou-se uma abordagem eficaz para o desenvolvimento de intervenções educativas centradas no adolescente, permitindo a criação de estratégias ajustadas às suas necessidades, interesses e estilos de aprendizagem. O projeto “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente” centrou-se, assim, na adequação das estratégias de educação terapêutica às características desta faixa etária, promovendo a literacia em saúde, o *empowerment* e o desenvolvimento de competências de autocuidado, elementos essenciais para uma gestão eficaz da diabetes *mellitus* tipo 1 e para a adoção de comportamentos de saúde sustentados ao longo do tempo (Bröder et al., 2017).

5 ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo será realizada uma análise reflexiva das competências adquiridas ao longo do percurso, considerando de forma integrada as competências comuns do enfermeiro especialista, do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as competências de mestre. Opta-se por uma abordagem articulada destas três perspetivas, uma vez que se interligam e complementam na prática profissional. Importa ainda referir que, ao longo do presente relatório, já foram sendo identificadas e evidenciadas várias destas competências, pelo que esta análise pretende consolidar e refletir criticamente sobre o seu desenvolvimento.

Ao longo do percurso desenvolvido, tornou-se possível consolidar, de forma progressiva, crítica e contextualizada, as competências inerentes ao exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2018), articulando-as com as competências de nível avançado preconizadas para o grau de mestre (Decreto-Lei n.º 63/2016). Este processo não se traduziu apenas na aquisição de conhecimentos, mas sobretudo na capacidade de os mobilizar de forma autónoma, fundamentada e ajustada à complexidade dos contextos assistenciais, evidenciando uma evolução sustentada rumo a uma prática reflexiva e transformadora.

No que respeita às competências específicas do enfermeiro especialista, considera-se que a competência de assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde foi amplamente desenvolvida através da implementação do projeto “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente”. As intervenções educativas dinamizadas em contexto de saúde escolar permitiram promover a literacia em saúde, o *empowerment* e a autonomia dos adolescentes, incentivando a sua participação ativa no processo de autocuidado, em consonância com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (2018). Esta experiência evidenciou a capacidade de planear e implementar estratégias educativas ajustadas às necessidades, interesses e estilos de aprendizagem dos jovens, contribuindo para ganhos em saúde. Contudo, a variabilidade nos níveis de motivação e envolvimento dos adolescentes demonstrou que a eficácia destas intervenções depende da capacidade

de adaptação contínua e da utilização de abordagens diferenciadas. Face a este desafio, procurei ajustar as estratégias inicialmente delineadas, recorrendo a metodologias mais interativas e participativas, como a partilha de experiências e a utilização de exemplos do quotidiano dos jovens, de forma a aumentar a sua identificação com os conteúdos. Esta reformulação permitiu potenciar o envolvimento dos adolescentes e promover uma participação mais ativa, evidenciando a importância da flexibilidade e da avaliação contínua das intervenções na promoção de ganhos em saúde. Relativamente à competência de cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade, esta foi particularmente mobilizada nos contextos de neonatologia e urgência pediátrica, de acordo com o perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros (2018). A integração em ambientes assistenciais caracterizados pela imprevisibilidade, exigência técnica e elevada carga emocional implicou a mobilização de conhecimentos científicos, capacidade de tomada de decisão em tempo útil e competências relacionais avançadas. A participação em projetos dirigidos a pais de recém-nascidos prematuros evidenciou a importância do apoio emocional, da comunicação terapêutica e da capacitação parental em contextos de vulnerabilidade. Ainda assim, estes contextos permitiram reconhecer a exigência inerente à gestão da complexidade clínica e emocional, reforçando a necessidade de contínuo desenvolvimento profissional e consolidação de competências especializadas.

No que se refere à competência de prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento, esta foi desenvolvida de forma transversal aos diferentes contextos de estágio, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2018). A adaptação de intervenções a diferentes grupos etários, desde o pré-escolar até à adolescência, permitiu evidenciar a capacidade de adequar conteúdos, linguagem e estratégias às características desenvolvimentais, cognitivas e emocionais das crianças e jovens. Esta diversidade de experiências contribuiu para uma compreensão mais integrada do processo de crescimento e desenvolvimento, embora tenha também evidenciado a necessidade de aprofundar competências na individualização dos cuidados, face à heterogeneidade das populações.

Paralelamente, este percurso permitiu desenvolver de forma consistente os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A), destacou-se a capacidade de prestar cuidados centrados na pessoa, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia e confidencialidade, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2019). A experiência no “Cantinho da Amamentação” foi particularmente relevante neste âmbito, ao exigir uma abordagem sensível, ética e humanizada, embora tenha evidenciado a complexidade inerente à tomada de decisão em contextos reais.

No domínio da melhoria contínua da qualidade (B), a elaboração de uma norma interna relativa ao registo da proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar constituiu uma experiência significativa, enquadrada nas competências de melhoria da qualidade definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019). Esta atividade implicou a análise crítica de indicadores, a articulação com referenciais normativos e o desenvolvimento de estratégias orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados. Contudo, tornou-se evidente que a efetiva implementação destas ferramentas depende de fatores organizacionais e do envolvimento das equipas, reforçando a importância da liderança e da monitorização contínua.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados (C), evidenciou-se a capacidade de planear, organizar e adaptar intervenções às dinâmicas dos diferentes contextos assistenciais, articulando recursos e promovendo a continuidade dos cuidados, de acordo com o referencial da Ordem dos Enfermeiros (2019). A gestão do tempo, a priorização de intervenções e a adaptação às limitações dos contextos revelaram-se competências fundamentais, ainda que desafiantes em ambientes caracterizados por elevada exigência e variabilidade.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D), destacou-se a capacidade de reflexão crítica sobre a prática, a identificação de necessidades de aprendizagem e a procura ativa de evidência científica para sustentar a intervenção, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2019). A integração de metodologias inovadoras evidenciou uma postura proativa na construção do

conhecimento, embora tenha reforçado a necessidade de avaliação contínua do impacto das intervenções desenvolvidas.

Ao nível das competências de mestre, este percurso permitiu desenvolver capacidades avançadas de análise crítica, tomada de decisão fundamentada e resolução de problemas em contextos complexos e imprevisíveis, conforme definido no Decreto-Lei n.º 63/2016. A capacidade de integrar conhecimento teórico com a prática clínica evidenciou uma prática sustentada na evidência. Para além disso, a conceção, implementação e avaliação do projeto desenvolvido demonstraram competências ao nível da investigação aplicada, da inovação e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, em alinhamento com o perfil de competências de mestre.

De forma global, este percurso evidenciou que o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e de mestre constitui um processo dinâmico, exigente e em constante construção, em consonância com os referenciais da Ordem dos Enfermeiros (2018) e do Decreto-Lei n.º 63/2016. A capacidade de refletir criticamente sobre a prática, reconhecer limitações e identificar oportunidades de melhoria assumiu-se como central, reforçando o compromisso com uma enfermagem que se constrói de forma consciente, fundamentada e orientada para a transformação dos cuidados.

6 CONCLUSÃO

A promoção da literacia em saúde e do autocuidado na adolescência constitui, atualmente, um dos desafios mais exigentes para os sistemas de saúde, exigindo práticas inovadoras, participativas e profundamente centradas na pessoa. O percurso desenvolvido ao longo deste estágio permitiu consolidar uma prática profissional crítica, reflexiva e intencional, articulando o conhecimento teórico com a intervenção em contextos reais, complexos e marcados por múltiplas vulnerabilidades.

A conceção e implementação do projeto “Cuidado Ativo: A Jornada Terapêutica do Adolescente” assumiram-se como eixo estruturante deste processo formativo, evidenciando o potencial transformador das estratégias de educação terapêutica na promoção da autonomia, do *empowerment* e da responsabilização dos adolescentes com doença crónica. A aposta em metodologias participativas, interativas e ajustadas aos estilos de aprendizagem dos jovens demonstrou ser determinante para potenciar o seu envolvimento ativo, favorecendo não apenas a aquisição de conhecimentos, mas sobretudo a sua integração prática no quotidiano, um princípio amplamente defendido na literatura e nos referenciais da enfermagem pediátrica.

A integração de modelos teóricos, como o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Teoria da Aprendizagem Experiencial de Kolb, permitiu sustentar uma intervenção fundamentada, reconhecendo o adolescente como agente ativo no seu processo de saúde-doença. Paralelamente, a utilização da metodologia *Design Thinking* revelou-se uma mais-valia na estruturação de uma prática centrada na pessoa, facilitando a identificação de necessidades reais e a coconstrução de soluções educativas contextualizadas, flexíveis e adaptáveis, alinhadas com abordagens contemporâneas de inovação em saúde.

A intervenção decorreu, contudo, em contextos marcados por elevada complexidade, diversidade sociocultural e constrangimentos organizacionais, que influenciaram a uniformização e o alcance das estratégias implementadas. Estes desafios reforçam a necessidade de desenvolver intervenções cada vez mais adaptativas, sensíveis ao contexto e sustentadas numa articulação efetiva entre diferentes níveis de cuidados e agentes educativos.

A experiência permitiu igualmente reconhecer que, apesar da crescente digitalização dos ambientes de aprendizagem, a eficácia das estratégias educativas não depende exclusivamente da tecnologia, mas da sua adequação às necessidades, preferências e vivências dos adolescentes. Abordagens lúdicas, relacionais e experiencialmente orientadas revelaram-se particularmente eficazes, reforçando a importância de uma pedagogia diversificada e centrada no jovem.

Perspetivando o futuro, torna-se essencial investir na continuidade e aprofundamento deste tipo de intervenções, privilegiando processos de cocriação com os adolescentes, garantindo que as estratégias educativas emergem das suas próprias narrativas, expectativas e modos de estar no mundo. A avaliação sistemática do impacto destas intervenções, através de indicadores de saúde e metodologias de acompanhamento longitudinal, constitui um passo fundamental para robustecer a evidência científica e sustentar a tomada de decisão em enfermagem.

Neste sentido, delineia-se um percurso de desenvolvimento profissional contínuo, orientado para a consolidação e expansão do trabalho desenvolvido. Pretende-se dar continuidade ao projeto “Cuidado Ativo”, ampliando o seu alcance e adaptando-o a novos contextos, bem como concluir a *scoping review* iniciada, contribuindo para a sistematização do conhecimento científico nesta área. Paralelamente, ambiciona-se o desenvolvimento de futuras publicações que explorem a aplicação do *Design Thinking* em enfermagem, reforçando a sua relevância enquanto estratégia inovadora na promoção da literacia em saúde.

Em síntese, este percurso representou muito mais do que um processo de aquisição de competências: constituiu a construção de uma identidade profissional assente numa prática crítica, reflexiva e profundamente humana. Cuidar do adolescente com doença crónica implica ir além da dimensão técnica, exigindo a capacidade de educar, capacitar e envolver o jovem como verdadeiro parceiro no seu processo de saúde. Reafirma-se, assim, o compromisso com uma enfermagem que não apenas intervém, mas que transforma, promovendo autonomia, dando voz aos adolescentes e contribuindo para trajetórias de saúde mais conscientes, sustentadas e humanizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(2), 69–87.
- Beaird, G., Geist, M. J., & Lewis, E. J. (2018). Design thinking: Opportunities for application in nursing education. *Nurse Education Today*, 64, 115–118.
- Blakemore, S.-J. (2018). *Inventing ourselves: The secret life of the teenage brain*. PublicAffairs.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., ... Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 20, 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08524-0>
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). Cuidados Centrados na Família. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 28–32). Lidel – Edições Técnicas.
- Charepe, Z. (2020). *A criança e o jovem com doença crônica ou incapacitante*. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 231–237). Lidel – Edições Técnicas.
- Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 20(4), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- Decreto lei nº63. (2016). *Ciências, Tecnologia e Ensino Superior*. 3159–3191. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A.M., Ahlqvist, S., Moran, V.H., Ewald, U., & Dykes, F.C. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 101, 1032 - 1037.
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123–127. <https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123>

Gomes, A., Pereira, F., & Silva, C. (2024). Doença crónica na infância: Desafios atuais e perspectivas futuras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 42(1), 15–23.

Grupo HPA Saúde. (n.d.). *Missão e valores*. <https://www.grupohpa.com/pt/hpa-saude/apresentacao/missao-e-valores/>

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals*.

Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe's journal of psychology*, 12(4), 604–621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.

Morsa, M., Lombrail, P., Boudailliez, B., Godot, C., Jeantils, V., & Gagnayre, R. (2018). A qualitative study on the educational needs of young people with chronic conditions transitioning from pediatric to adult care. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2649–2660. <https://doi.org/10.2147/PPA.S184991>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). *Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review*. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Nurunnabi, A. S. M., Rahim, R., Alo, D., Al Mamun, A., Kaiser, A. M., Mohammad, T., & Sultana, F. (2022). *Experiential learning in clinical education guided by the Kolb's Experiential Learning Theory*. *International Journal of Human and Health Sciences*, 6(2), 155–160. <https://doi.org/10.31344/ijhhs.v6i2.438>

Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E. M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031023>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (Coords.). (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel – Edições Técnicas.

Salvador, M. S., Gomes, G. C., P. K. O., Gomes, V. L. O., Busanello, J., & Modernel Xavier, D. (2015). Estratégias De Famílias No Cuidado a Crianças Portadoras De Doenças Crônicas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(3), 662–669. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000300014>

Santana, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., ... Kouri, P. (2021). Updating health literacy for healthy people 2030: Defining its importance for a new decade in public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(S6), S258–S264. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001324>

Santi, D. B., & Baldissera, V. D. A. (2023). *Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice* [Resenha]. *Saúde em Debate*, 47(139), 993–996. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313919>

Santos, S., Santos, E., Ferrão, A., & Figueiredo, C. (2011). *Impacto da doença crónica na adolescência*. *Nascer e Crescer – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(1), 16-19.

Shields, L. (2015). What is “family-centered care”? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(2), 139–144.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Steinberg, L. (2020). *Adolescence* (12th ed.). McGraw-Hill Education.

Warren, D. W., Jarvis, A., LeBlanc, L., & Gravel, J. (2008). Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *CJEM*, 10(3), 224–232.

World Health Organization. (2018). *Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities*. WHO.

World Health Organization. (2022). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases*. WHO Regional Office for Europe.

APÊNDICES

Apêndice A- Vídeo pedagógico do 1ºciclo



https://www.canva.com/design/DAGp93uMsGc/QGYYSIH9vzxFny4I9HRaw/edit?utm_content=DAGp93uMsGc&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

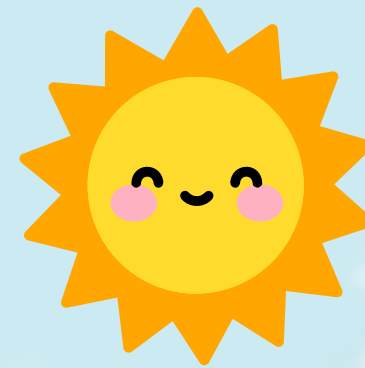
Apêndice B- História da lavagem das mãos

O's Guardiões das Mãos Limpas



O Reino Esquecido





Há muito, muito tempo, existia um lugar mágico chamado Reino das
Mãos Limpas. Todas as crianças tinham mãos brilhantes como o sol,
pois sabiam cuidar da sua higiene.



Mas um dia, criaturas pequeninas, invisíveis e muito espertas, os Germínios, invadiram o Reino! Eles escondem-se nas mãos sujas e fazem as pessoas ficarem doentes



A Missão dos Pequenos Guardiões

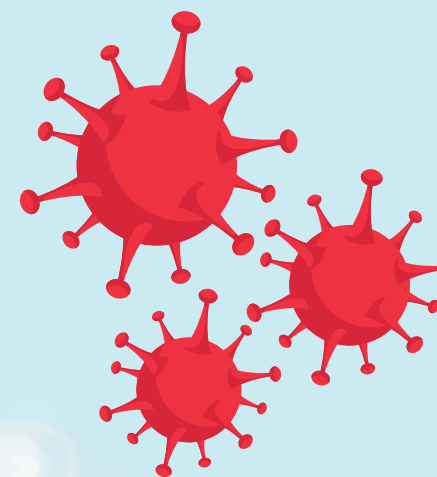
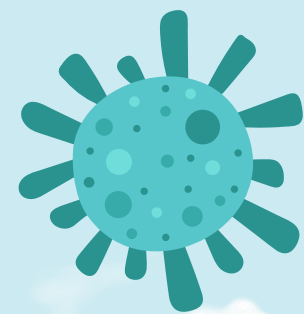


O Rei Águadio e a Rainha Saboneta decidiram chamar os valentes

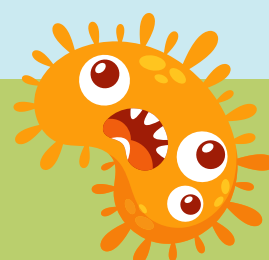
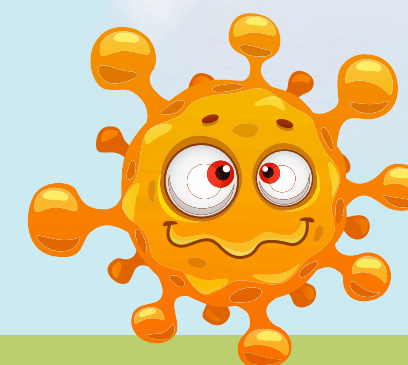
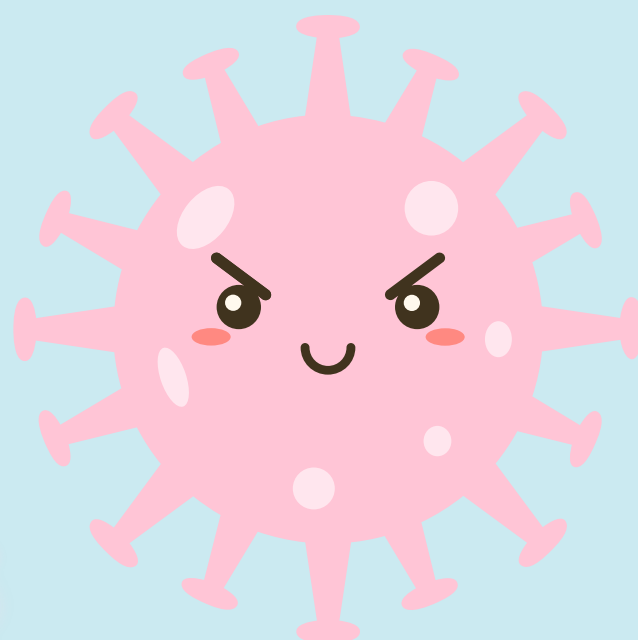
Guardiões das Mãos Limpas! E sabem quem eles são?

Vocês!





O Labirinto dos Germes



Os Germínios montaram um labirinto para impedir os guardiões de
chegar à Fonte da Água Mágica. Só os mais cuidadosos vão
conseguir!



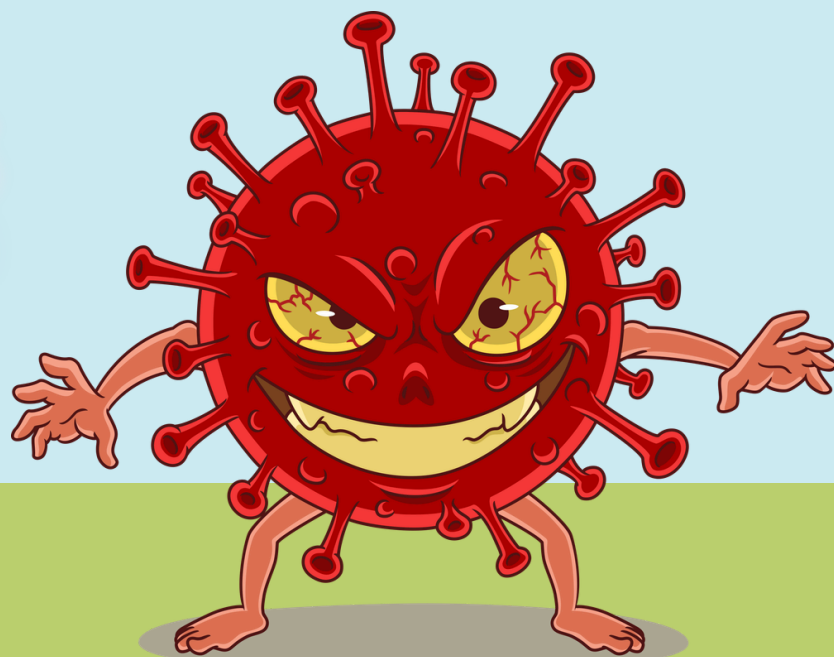
A Sabedoria da Água Mágica



Depois de muito esforço, os guardiões chegam à Fonte da Água Mágica. E esta suavemente diz: “Para vencer os Germínios, precisam de aprender os 6 passos da lavagem perfeita!”



O Desafio do Chefe Germínio



De repente, surge o temido Germus, o Rei dos Germes, dizendo:

“Vocês não nunca me irão derrotar, se não souberem cuidar das
mãos!





ÁGUA E SABÃO



PALMA DAS MÃOS



ENTRE OS DEDOS



POLEGARES



DORSO DAS MÃOS



PUNHOS

O Reino Restaurado



Com os Germínios derrotados, o Reino das Mãos Limpas volta a
brilhar! O Rei Águadio e a Rainha Saboneta convidam todos para uma
celebração especial!



Uma história divertida e cheia de aventura para ensinar às crianças a importância de lavar bem as mãos e vencer os vilões invisíveis dos germes! Aprender a lavar as mãos nunca foi tão divertido!

Catarina Viegas

Prof^a

Enf^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

 UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

 INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

 POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde

 SAUDE
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICO SETÚBAL

 Politécnico Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

 UAlg^{ESS}
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Apêndice C- Norma procedimento relativo à proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	Nº DATA	Páginas
ASSUNTO: PROCEDIMENTO DE REGISTO RELATIVO À PROPORÇÃO DE TURMAS ABRANGIDAS PELO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR (PNSE)		REALIZADO POR: Enf. ^a Enf. ^a Catarina Viegas	
UCC – GENTES DE LOULÉ EQUIPA DE SAÚDE INFANTIL		VALIDADO POR ENF.^a GESTORA Enf. ^a	
PALAVRAS-CHAVE: indicadores em saúde; saúde escolar; padrão alimentar		APROVADA PELA ENF.^a DIRETORA	
ENTRADA EM VIGOR: Quando for aprovada		A REVER EM:	

INTRODUÇÃO

Indicadores de Saúde constituem ferramentas de medida que refletem de forma direta ou indireta, as informações relevantes sobre diferentes dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam. Estes, visam melhorar o conhecimento sobre os determinantes da saúde e identificar lacunas no estado de saúde e/ou populações específicas (PNS 2012-2016).

DEFINIÇÃO

Registo de procedimento relativo à proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Esta norma é realizada no âmbito da intervenção da saúde escolar, operacionalizada na UCC-Gentes de Loulé na melhoria da monitorização da acessibilidade aos cuidados previstos no Programa Nacional de Saúde Escolar.

OBJETIVO

- Uniformizar registos relativos à proporção de turmas abrangidas pelo PNSE;
- Obter ganhos em saúde relativos à acessibilidade das comunidades educativas aos cuidados previstos pelo PNSE.

POPULAÇÃO-ALVO

Todas as turmas parametrizadas nas diferentes comunidades educativas incluídas no parque escolar da área de abrangência.

QUEM EXECUTA

Enfermeiros da equipa de Saúde Escolar em parceria com a Enfermeira Gestora da UCC-Gentes de Loulé.

HORÁRIO

Durante os turnos: Manhã e Tarde.

DURAÇÃO

Prazo de cinco dias para realização de registos.

METODOLOGIA

São consideradas para registo de indicador, todas as turmas parametrizadas nas diferentes comunidades educativas incluídas no parque escolar da área de abrangência.

O conselho clínico e de Saúde do ACES garante que até o dia 31 de dezembro do primeiro ano de cada “ano letivo”, ficam registadas no sistema de informação em uso pelas UCC, todas as turmas do parque escolar que tenham sido contratualizadas com a UCC.

A UCC deve manter atualizado o registo das turmas do parque escolar, mantendo ativas em cada mês as que pertençam ao “ano letivo” em curso. Para efeitos deste indicador, são consideradas todas as turmas ativas pelo menos um dia no período em análise.

INSTRUMENTOS

SClínico - perfil de enfermagem com a lista de programas de saúde. Acesso à lista de valores relativa aos programas de saúde, efetuado dentro do processo de um utente/família/comunidade, através do ícone “Prog.” (programas e projetos de saúde). Os programas de saúde elegíveis são:

- P.N.S.E.: Saúde Individual e Coletiva;
- P.N.S.E.: Inclusão Escolar;
- P.N.S.E.: Ambiente Escolar;
- P.N.S.E.: Estilos de Vida.

Estes, devem ser associados em todos os contactos cujo âmbito de intervenção esteja relacionado com os mesmos.

AVALIAÇÃO

1ª Consulta de Enfermagem:

- 1- Selecionar o separador das Comunidades;
- 2- Selecionar turma;
- 3- Local de contacto: Estabelecimento de Ensino;
- 4- Tipo de contacto: Consulta de Enfermagem;
- 5- Programas de Saúde (Ativar pelo menos um dos seguintes): P.N.S.E. Saúde Individual e Coletiva; P.N.S.E.: Inclusão Escolar; P.N.S.E.: Ambiente Escolar; P.N.S.E. Estilos de Vida;
- 6- Intervenções de Diagnóstico: Selecionar qualquer uma das intervenções que consta no quadro de intervenções de diagnóstico;
- 7- Selecionar uma das intervenções de diagnóstico que se adeque ao contacto realizado e proceder à respetiva avaliação;
- 8- Selecionar o foco de atenção e diagnóstico sugerido, e de seguida selecionar pelo menos uma intervenção sugerida face ao foco/diagnóstico;
- 9- No Processo de Enfermagem: Ativar o Foco de Atenção e Diagnóstico;
- 10- Terminar Contacto.

BIBLIOGRAFIA

Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização. (2024)
<https://sdm.min-saude.pt/BI.aspx?id=432&clusters=S>

PNS, (2012-2016). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. *Indicadores de Metas em Saúde*

Apêndice D- Jogo de tabuleiro

REGRAS

JORNADA TERAPÊUTICA

- Nesta jornada promove-se a aprendizagem, autonomia e autocuidado do adolescente com diabetes mellitus tipo 1, através da tomada de decisões em situações do cotidiano, consolidação de conhecimentos e expressão emocional.
- O profissional de saúde surge como facilitado de aprendizagem, incentivando à participação, promovendo reflexão e discussão, validando emoções e evita julgamentos ou penalizações excessivas.

JOGADORES

- Escolha um nível de dificuldade e compre uma carta do baralho.
- Escolha o seu peão e coloque-o no INÍCIO. Jogue à vez: Lance o dado

CARTAS ESPECIAIS

- Cartas de Situação
- Cartas de Escolha
- Cartas de Desafio
- Cartas de Emoção

CARTÕES DE PERGUNTAS

- **Cartas de Situação:** Simulam situações reais do dia a dia do adolescente com diabetes;
- **Cartas de Escolha:** Apresentam três opções de resposta, apenas uma correta;
- **Cartas de Desafio:** Casas destinadas a avaliar e consolidar conhecimentos;
- **Cartas de Emoção:** Casas que exploram emoções e pensamentos associados à diabetes e ao internamento.

CUIDADO ATIVO: JORNADA TERAPÊUTICA DO ADOLESCENTE



FÁCIL

- Questões de situação com cenários realistas;
- Questões de escolha, que oferecem 3 opções. Resposta correta avança uma casa, resposta errada recua uma casa;



Cenário:
São 18h começa a sentir fome e tremores. O que deves fazer?

Glicémia: 65 mg/dL. O que deves fazer?

Tratar a hipoglicémia e ingerir 1 pequena feição de HC de absorção lenta (= 12g HC).





Cenário:
Vais tomar o pequeno-almoço e tens insulina prescrita.

O que fazes primeiro?

Avaliar a glicémia antes da refeição.

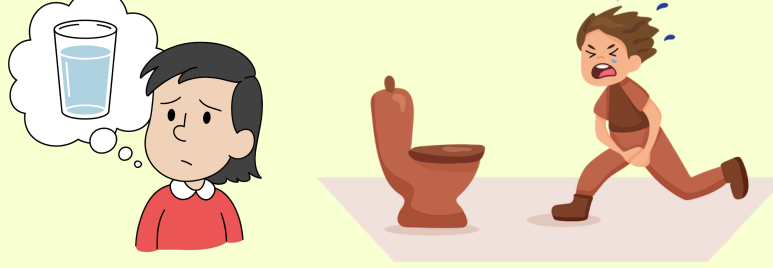




Cenário:
Estás com muita sede e vais várias vezes à casa de banho.

O que isto pode significar?

Sinais de hiperglicémia.





Hipoglicémia
Glicémia abaixo de 70 mg/dL.

O que deves fazer?

A) Vais dormir
B) Ingerir açúcar
C) Fazes exercício

Correta: B
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Insulina
Para que serve a insulina?

A) Baixar a glicémia
B) Dar energia diretamente
C) Substituir refeições

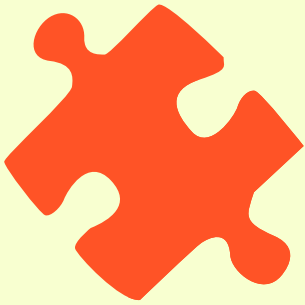
Correta: A
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Autocuidado
Qual destes faz parte do autocuidado?

A) Ignorar a glicemia
B) Avaliar a glicémia regularmente
C) Comer doces sem conta

Correta: B
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Verdadeiro ou Falso
“Posso parar a insulina quando me sinto bem.”

Resposta: Falso
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Sentimentos
“Porque é que isto aconteceu comigo?”

Já te sentiste assim?
O que te ajuda quando pensas assim?



Sentimentos
Medo de agulhas e picas no dedo.

Partilha se já sentiste
Ou sugere uma estratégia para lidar com este medo

MODERADO

- Questões de situação com cenários realistas;
- Questões de escolha, que oferecem 3 opções. Resposta correta avança uma casa, resposta errada recua uma casa;



Cenário:
Vais jogar futebol.
A glicemia está a 95 mg/dL.

O que deves considerar antes?

Prevenção de hipoglicemia.



Cenário:
São 19h30 avalias a glicémia: 270 mg/dL e vais ingerir 45g HC.

O que fazes?

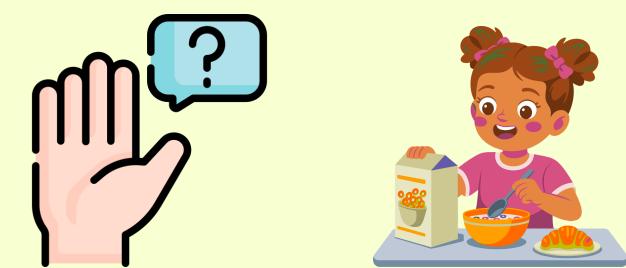
Fazer as contas do total de insulina a administrar segundo os hidratos de carbono.



Cenário:
Estás na escola e esqueceste o lanche.

O que podes fazer?

Pedir ajuda.



Contagem de hidratos
Para que serve contar hidratos de carbono?

A) Evitar comer demais
B) Administrar apenas insulina necessária
C) Substituir glicemias

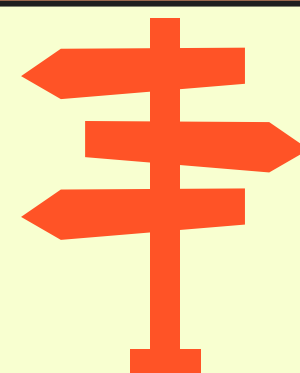
Correta: B
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Sensor
O sensor serve para:

A) Avaliar a glicémia continuamente
B) Administrar insulina
C) Curar a diabetes

Correta: A
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Noite
Durante a noite, 3h, avalias a glicémia.
Glicémia: 50mg/dl

A) Dormir
B) Ingerir açúcar para tratar a hipoglicémia e ingerir HC de absorção lenta (=12g HC).
C) Fazer exercício

Correta: B
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Verdadeiro ou Falso
"Posso ter hipoglicémia mesmo sem usar insulina a mais."

Resposta: Verdadeiro
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Sentimentos
"Estou cansado de pensar na diabetes o tempo todo."

Alguma vez te sentiste assim?
O que te ajuda nestes momentos?



Sentimentos
"Sinto-me diferente dos meus amigos."

Partilha
Ou sugere uma estratégia

DIFÍCIL

- Questões de situação com cenários realistas;
- Questões de escolha, que oferecem 3 opções. Resposta correta avança uma casa, resposta errada recua uma casa;



Cenário:
São 22h30, avalias a glicémia.

Glicémia: 250 mg/dL e cetonas negativas. O que deves fazer?

Fazer as contas do total de insulina a administrar segundo os hidratos de carbono.





Cenário
Vais a uma festa com comida variada e horários irregulares.

Como te organizas?

Planeamento + ajustes.



Cenário
Estás doente e a glicemia está elevada.

O que é importante fazer?

Avaliar frequentemente a glicémia, hidratação e administração de insulina.



Hipoglicemia noturna
O que deves fazer?

A) Ignorar
B) Comer algo
C) Beber refrigerante grande

Correta: B
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Autonomia
O que mostra boa autonomia?

A) Não pedir ajuda
B) Conhecer sinais e agir
C) Evitar medir

Correta: B
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Tecnologia
O sensor ajuda porque:

A) Substitui decisões
B) Permite uma autovigilância mais confortável e alertar em casos de hipoglicémia
C) Evita todas as hipos

Correta: B
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Verdadeiro ou Falso
“Stress e emoções podem alterar a glicemia.”

Resposta: Verdadeiro
Correta: avança 1 casa
Incorreta: recua 1 casa



Sentimentos
“Tenho medo de complicações no futuro.”

Já sentiste?
O que te ajuda a lidar com este medo?



Sentimentos
“Sinto pressão por ter de cuidar de mim sozinho.”

Partilha
Estratégias de apoio?