



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na  
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**  
Relatório de Estágio

**Intervenção Culturalmente Competente do  
Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica  
em Contexto Perioperatório**

**Filipa Oliveira Nobre**

---

**Lisboa  
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na  
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**  
Relatório de Estágio

**Intervenção Culturalmente Competente do  
Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica  
em Contexto Perioperatório**

**Filipa Oliveira Nobre**



Orientadora: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes  
Martins Henriques



**Lisboa  
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*"Dizem que sou um homem de sorte. Só sei que quanto mais me  
esforço mais sorte tenho."*

Anthony Robbins

## Agradecimentos

Uma primeira palavra de agradecimento aos meus pais, que sempre proporcionaram as condições necessárias para as vivências que me trouxeram até aqui, pelas sopas que me salvaram durante este período e pelos doces de todos os dias.

Ao meu querido esposo, pela paciência, marmitas, roupa lavada e casa mais ou menos arrumada.

À minha orientadora Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques pelo apoio, palavras de compreensão e tentativas sucessivas de me fazer reconhecer as minhas capacidades.

À Carolina, minha companheira de lutas e de glórias, que os nossos caminhos nos levem juntas ao que sabemos que desejamos.

Aos meus amigos, pelos jantares e convívios curtos porque não era possível mais, obrigada por contarem sempre comigo.

Aos meus companheiros de curso, toda a sorte e sucesso, obrigada pela partilha.

Aos enfermeiros orientadores: *“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”* (Paulo Freire).

## Lista de Abreviaturas e Siglas

**ACIDI** – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

**ACM** – Alto Comissariado para as Migrações

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**AESOP** – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

**AIMA** – Agência para a Integração, Migrações e Asilo, I.P.

**AORN** – Association of Perioperative Registered Nurses

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BO** – Bloco Operatório

**BPS** - Behavioral Indicators of Pain Scale

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CLAIM** – Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes

**CNAIM** – Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EGC** – Equipa de Gestão de Camas

**GCL-PPCIRA** – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

**IACS** – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**LA** – Linha Arterial

**PBCI** – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

**PCR** – Paragem Cardiorrespiratória

**PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**RCE** – Recuperação da Circulação Espontânea

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**RIL** – Revisão Integrativa da Literatura

**SEF** – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

**SMI** – Serviço de Medicina Intensiva

**SO** – Sala de Observação

**SR** – Sala de Reanimação

**ST** – Sala de Tratamento

**SUC** – Serviço de Urgência Central

**TAC** – Tomografia Axial Computorizada

**TEV** - Trombectomia Endovascular

**UC** – Unidade Curricular

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCPA** – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

## Resumo

O presente relatório foi criado, como elemento de análise e reflexão do percurso de aquisição de competências como enfermeira especialista, no decorrer dos estágios curriculares inseridos no I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Cuidar da pessoa em situação crítica requer o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, de relação e comunicação com a pessoa e família. Cada pessoa é única e possui crenças e valores intrínsecos à sua cultura, pelo que o cuidado deve ser individualizado e centrado.

O cuidado culturalmente competente, também em contexto perioperatório, assume grande relevância pela diversidade cultural, a crescente migração e a globalização. É um processo dinâmico, fluído e contínuo onde profissionais e instituições de saúde encontram estratégias de prestação de cuidados apoiados no conhecimento cultural das crenças, atitudes e comportamentos das pessoas a quem prestam cuidados (Davidhizar & Giger, 1998).

Adquirir conhecimento e sensibilidade cultural, adequar a linguagem à situação, pessoa e família, promover o envolvimento familiar enquanto elemento facilitador, apostar na formação de intérpretes e na formação dos enfermeiros para o cuidado culturalmente competente são importantes estratégias para reduzir iniquidades em saúde.

**Palavras-chave:** Pessoa em situação crítica, enfermeiro, cuidado culturalmente competente, comunicação, perioperatório

## **Abstract**

This report was created to analyze and make a reflection about the journey of acquiring skills as a nurse specialist during the curricular internships included in the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing - Critically Ill Person at the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Caring for people in a critical situation requires the development of technical and scientific skills, as well as relationships and communication with the person and their family. Each person is unique and has their own beliefs and values intrinsic to their culture, care must be centered and individualized.

Culturally competent care, also in the perioperative context, is highly relevant due to the growing cultural diversity caused by increasing migration and globalization. It is a dynamic, fluid and continuous process in which health professionals and institutions find strategies for providing care based on cultural knowledge of the beliefs, attitudes and behaviors of the people they care for (Davidhizar & Giger, 1998).

Acquiring cultural knowledge and sensitivity, adapting language to the situation, person and family, promoting family involvement as a facilitating element, investing in training interpreters and training nurses in culturally competent care are important strategies for reducing health inequities.

**Key words:** Critical ill patient, nurse, culturally competent care, communication, perioperative

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>Intervenção Culturalmente Competente à Pessoa em Situação Crítica .....</b>	<b>12</b>
O Cuidado Culturalmente Competente.....	15
A Cultura e a Saúde em Portugal .....	19
O Contexto Perioperatório.....	22
<b>Processo de Desenvolvimento de Competências .....</b>	<b>24</b>
Contextos de Estágio.....	24
Análise do Percorso de Desenvolvimento de Competências Especializadas.....	30
<b>Conclusão .....</b>	<b>61</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>64</b>

## Lista de Figuras

Figura 1 - Quadro Conceptual da Intervenção de Enfermagem Culturalmente Competente .....	19
--	----

## Introdução

Este relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A realização deste relatório tem como finalidade refletir sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e família, construído com base numa análise reflexiva dos resultados da Revisão Integrativa da Literatura (RIL), nas observações e na intervenção prática em contexto de estágio no Serviço de Urgência Central (SUC), na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e no Bloco Operatório (BO).

A conclusão deste relatório e a sua futura apresentação e discussão em provas públicas pretende a aquisição do grau de Mestre e a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica.

O grau de mestre é conferido, de acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018) a quem demonstre possuir conhecimentos e capacidade de os compreender, desenvolver e aprofundar, aplicando-os na sua prática e na aprendizagem ao longo da vida.

O estudo realizado, aliado à experiência e aos conhecimentos adquiridos na prática, contribuem para a evolução até enfermeiro perito conforme referido no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus (Dreyfus e Dreyfus, 1986, conforme citado por Benner, 2001). Este processo permite reforçar a confiança, mudar a forma como são encaradas as situações diárias, contribuindo para o envolvimento, a prevenção e a atuação de forma autónoma e eficiente.

O desempenho do enfermeiro especialista, por sua vez, deve demonstrar uma prestação de cuidados de nível avançado, desenvolvendo capacidade reflexiva, que conduzirá ao cuidado de excelência (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, para delinear as competências a desenvolver, sustentei-me nos objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Decreto-Lei n.º 65/2018 que altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, no Regulamento n.º 140/2019 das competências

comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica do Regulamento n.º 429/2018.

A área em estudo é o cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica de *background* cultural diferente em contexto perioperatório e a escolha deste tema está relacionada com os desafios encontrados na prática clínica, em bloco operatório, quando a pessoa que necessita de intervenção cirúrgica não fala ou compreende corretamente a língua portuguesa, ou cuja cultura requer cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

O presente relatório tem como base teórica o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar. Este modelo reconhece a importância da cultura nos comportamentos de saúde/doença, foi desenvolvido para ajudar os profissionais de saúde a compreender de que forma as diferenças culturais podem também afetar os cuidados de saúde e como se podem desenvolver estratégias para uma prestação de cuidados culturalmente competentes adaptados às crenças, valores e herança cultural de cada pessoa. Estas estratégias culturalmente sensíveis melhoram a qualidade dos cuidados, a satisfação da pessoa e os resultados em saúde.

O percurso formativo foi enriquecido pela realização de estágios em três contextos, estes permitiram observar e colocar em prática intervenções que visam os cuidados de excelência à PSC e ainda responder à questão de investigação "*Qual a intervenção do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica em contexto de perioperatório para uma comunicação e cuidado culturalmente competentes?*", atingindo o objetivo geral de desenvolver competências de enfermagem especializada que visam a promoção de cuidados culturalmente competentes à pessoa em situação crítica em contexto perioperatório, sendo que propus atingir os seguintes objetivos específicos:

- ❖ Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica;
- ❖ Enquadrar conceptualmente a prática de enfermagem culturalmente competente, sustentada no Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar;
- ❖ Analisar como o conhecimento cultural pode influenciar a competência dos cuidados de enfermagem e os seus resultados;
- ❖ Definir estratégias para diminuir barreiras comunicacionais em contexto perioperatório;

- ❖ Desenvolver competências especializadas promotoras da comunicação efetiva com a pessoa em situação crítica em contexto perioperatório;
- ❖ Promover cuidados culturalmente competentes à pessoa em situação crítica em contexto perioperatório.

Com recurso a metodologia descritiva e crítico-reflexiva, o desenvolvimento deste relatório é constituído por dois capítulos: o enquadramento teórico, com o referencial teórico; e o processo de desenvolvimento de competências para a atribuição do grau de mestre em enfermagem na área da pessoa em situação crítica com a análise reflexiva dos contextos de estágio, atividades realizadas e contributos para o desenvolvimento de competências relacionando com os resultados da RIL.

A conclusão constitui uma discussão final dos objetivos e questão de investigação, com a análise dos contributos dos estágios e da RIL enquanto promotores do conhecimento científico, do desenvolvimento profissional e pessoal, pontos fortes e limitações ao longo do percurso académico.

Por fim, são apresentadas as referências que compreendem toda a bibliografia consultada para a realização do presente relatório. Em apêndice encontra-se o protocolo de Revisão Integrativa da Literatura e em anexo alguns certificados de participação em eventos relacionados com o cuidado à PSC.

## **Intervenção Culturalmente Competente à Pessoa em Situação Crítica**

A pessoa em situação crítica é aquela que está gravemente doente ou ferida e que não detém capacidade de manter a estabilidade fisiológica de forma independente ou que está em risco de desenvolver instabilidade rapidamente (Benner, Stannard, & Kyriakidis, 2011).

A saúde é, segundo Leininger (2002), um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado. Desta forma, todas as culturas têm práticas de cuidados de saúde específicas que variam nas diferentes culturas.

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica cuida destas pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica, identificando e atuando em focos de instabilidade, monitorizando e avaliando a resposta às intervenções implementadas, dando resposta às necessidades de bem-estar físico, psicossocial e espiritual, gerindo o medo e a ansiedade, demonstrando conhecimentos, competências e estratégias de comunicação adequados à pessoa, construindo uma relação terapêutica que tem como finalidade os melhores resultados em saúde e a qualidade elevada de cuidados (Regulamento n.º 429/2018).

Diariamente no exercício das minhas funções, no Bloco Operatório, recebo doentes com necessidade de cirurgia, por vezes urgente/emergente. Estes encontram-se em situação crítica, aguda, e é cada vez mais frequente serem oriundos de diferente *background* cultural, o que pode acarretar barreiras comunicacionais que limitam a passagem e a compreensão da informação.

A comunicação é uma componente básica nos cuidados de saúde e na educação para a saúde, bem como na organização e gestão em saúde, constituindo um bom indicador da qualidade dos cuidados e sistemas de saúde (Ramos, 2012). O encontro entre saúde, comunicação e cultura, particularmente em contextos multiculturais, coloca, segundo Ramos (2012), novos paradigmas e desafios estratégicos, políticos, teóricos e metodológicos na prevenção, informação, educação e promoção em saúde, bem como nas competências comunicacionais e interculturais.

Devemos ainda estar cientes que mesmo entre profissionais de saúde e doentes que falam o mesmo idioma podem existir padrões de compreensão diferentes, pelo que é necessário adequar a linguagem e as estratégias de transmissão da mensagem, procurando confirmar o que foi compreendido e onde podem ainda existir necessidades de informação.

A cultura são os valores, as crenças e os estilos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos pelas gerações. Esta tem influência na forma como pensam, agem e tomam decisões (Leininger & McFarland, 2002). Multiculturalidade é a perceção da existência de diversas culturas no mundo, reconhecendo, valorizando e respeitando cada uma delas.

Para Giger e Haddad (2021), cultura é uma resposta comportamental padronizada resultante da impressão na mente de estruturas sociais, religiosas, manifestações intelectuais e artísticas e que se encontram em desenvolvimento ao longo do tempo.

O cuidado transcultural tem em consideração a diversidade, a especificidade e unicidade da pessoa e família no seu contexto cultural (Giger & Davidhizar, 2002). O contexto cultural pode permitir a atribuição de significados diversos à mesma situação ou mensagem transmitida e criar perceções diferentes, estas podem conduzir a incompreensão de ambas as partes, conflitos e dificuldades comunicacionais.

A cultura de origem e o tempo de residência no país influenciam, segundo Estevan e Ruiz (2017), a forma como se acede aos serviços de saúde. Da mesma forma, ser parte integrante de um grupo minoritário e vulnerável cria barreiras que dificultam não apenas o acesso à saúde, mas também à educação, trabalho e vida social. Os mesmos autores referem ainda como barreiras o idioma, o preconceito relacionado com vestuário, crenças religiosas, organização familiar e ainda a desconfiança nos profissionais de saúde, bem como o género dos mesmos.

Para Oliveira (2023), é importante compreender que as diferenças na saúde, entre nativos e estrangeiros, podem refletir desigualdades no acesso aos serviços de saúde (barreira linguística, por exemplo) e necessidades de proteção de saúde diversas em função das características sociodemográficas de cada um dos grupos.

Existe disparidade nos cuidados de saúde quando pessoas de diferentes raças, grupos étnicos e culturas não recebem cuidados de saúde iguais e a doença ocorre de

forma desproporcional entre grupos (Giger et al., 2007). São fatores de disparidade em saúde as diferenças raciais (Giger et al., 2007), os rendimentos, a idade, comorbilidades, status socioeconómico, baixa literacia em saúde, barreiras linguísticas e o “como, quando e porquê” os doentes expressão os seus sintomas e recorrem aos cuidados de saúde (Institute of Medicine, 2012; Kersey-Matusiak, 2012; Campinha-Bacote, 2009, conforme citado por Smith, 2013).

Oliveira (2023), citando a Comunicação [COM(2016) 377 final] da Comissão Europeia, reconhece que é essencial garantir o acesso aos cuidados de saúde, mas os cidadãos estrangeiros podem ter de enfrentar questões relacionadas com o acesso, a adaptação aos sistemas de saúde e a comunicação com os profissionais, sendo o acesso insuficiente aos serviços de saúde um dos obstáculos à integração e inclusão de estrangeiros no país de acolhimento.

As transições saúde-doença são por si impulsionadoras de sentimentos como ansiedade, insegurança e vulnerabilidade. Viver a vulnerabilidade tem impacto físico, psicológico e social (Rogers, 1997), a pessoa de *background* cultural diverso terá tendência a sofrer de uma vulnerabilidade acrescida pelas múltiplas transições que vivencia, saúde-doença, mas também situacionais e/ou organizacionais, fatores que podem ter reflexo nos comportamentos e nos resultados em saúde.

Para Meleis et al. (2000, p.12), a vulnerabilidade está relacionada com experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a potenciais danos com recuperações problemáticas ou prolongadas e a um *coping* tardio que não é saudável.

A vulnerabilidade deve assumir importante relevância para os enfermeiros, pelas implicações na saúde, mas também por constituir um princípio ético. Viver a vulnerabilidade é um fator de ansiedade e stress com impacto físico, psicológico e social, estando intrinsecamente ligado à saúde e a problemas de saúde (Rogers, 1997).

Desta forma, quando nos referimos ao contexto perioperatório, devemos incluir a vulnerabilidade da pessoa com expressão de ansiedade e medo relacionados com o procedimento cirúrgico e o desconhecido, pois quanto menor é o controlo e conhecimento que possuímos maior será o sentimento de vulnerabilidade.

A minha experiência pessoal e profissional confere força à afirmação anterior enquanto enfermeira cuidadora e pessoa ex-imigrante cuidada, a vulnerabilidade pode

ser vivida por qualquer um de nós, em algum momento das nossas vidas, e a comunicação, o tempo, o espaço, as variações biológicas, o controlo ambiental e a organização social, como referido no Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, influenciam o cuidado e o impacto no cuidar o outro. Esta experiência, adquirida pela vivência pessoal e pela prática profissional é, *per se*, fator de crescimento e desenvolvimento de competências.

## **O Cuidado Culturalmente Competente**

O fenómeno da cultura como elemento com influência nos comportamentos em saúde tem sido amplamente estudado desde a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de Leininger (1985), o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar (1988), entre outros não sendo um tema somente relacionado com o cuidado de enfermagem, mas com toda a equipa multiprofissional que intervém no doente.

Leininger foi pioneira na criação de uma teoria de enfermagem que olha para a diversidade cultural. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (1985), explica e prediz os padrões de cuidado e práticas de enfermagem, identificando e explicando valores, crenças, práticas e normas multiculturais das pessoas e profissionais de saúde (Holland, 2018). Tem enfoque no estudo e na prática, nas diferenças e semelhanças do cuidado para prestar cuidados benéficos, com significado e congruência cultural (Leininger & McFarland, 2002).

Os enfermeiros têm no seu código deontológico um conjunto de normas e regras que regem a profissão, desta forma, os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com conhecimentos científicos e técnicos adequados, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Lei n.º 156/2015, 2015, p.8078).

O artigo 102º do Código Deontológico dos Enfermeiros refere o respeito pelos valores humanos, “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa “e “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer,

nestas áreas, os seus direitos” (Lei n.º 156/2015, 2015, p.8079). Cada pessoa é única e deve ser tratada como tal, o cuidado individualizado e centrado na pessoa que é olhada como um todo. A sua cultura, as suas vivências são importantes e devem influenciar o processo de cuidar.

Os fluxos migratórios constituem muitas vezes um desafio para a saúde pública (Oliveira e Gomes, 2018, conforme citado por Oliveira, 2023), sendo o acesso e utilização dos serviços de saúde do país de acolhimento condição fundamental para a saúde, bem-estar e integração dos imigrantes. A proteção da saúde dos migrantes e o acesso aos cuidados são um direito humano básico, vital para a sua integração, um fator importante para reduzir a pobreza e desigualdades, sendo essencial para a coesão social, proteção da saúde pública e o bem-estar de todos (ACM, 2022).

Campinha-Bacote (2002), define competência cultural na saúde como o processo de empenho do profissional de saúde para trabalhar de forma efetiva no contexto cultural da pessoa que procura cuidados de saúde. Para tal, é fundamental desenvolver consciência cultural, compreensão e respeito pelas crenças e práticas de saúde do outro. A mesma autora refere ainda a importância de respeitar o idioma.

O referencial teórico que rege este trabalho é o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, que defende o cuidado assente no reconhecimento das diferenças culturais, na especificidade de cada pessoa e família conduzindo ao cuidado culturalmente competente (Giger & Davidhizar, 1995). É uma perspetiva que vai ao encontro da visão do cuidar da atualidade, centrado na pessoa e que surge como ferramenta para avaliar variáveis culturais e de que forma estas impactam os comportamentos em saúde e doença.

No Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, desenvolvido em 1988, os indivíduos são culturalmente únicos, fruto das suas culturas, experiências, valores, crenças e religião. Este incide na avaliação cultural e em técnicas de intervenção, tendo por base seis fenómenos culturais (comunicação, espaço, organização social, tempo, controlo ambiental e variações biológicas) que se evidenciam em todos os grupos culturais e que são utilizados como base para proporcionar cuidados culturalmente competentes.

A comunicação envolve toda a interação e comportamento do homem, é a forma como se transmite e preserva a cultura (Giger & Davidhizar, 2002). Pode assumir a

forma verbal e não verbal, é complexa e pode constituir um problema/dificuldade quando avaliamos pessoas de diferentes *backgrounds* culturais. Mesmo quando partilhamos o mesmo idioma podem existir padrões de comunicação e compreensão diferentes como resultado de orientações culturais diversas.

Através da comunicação efetiva a pessoa toma conhecimento e compreende a alteração no seu estado de saúde. Contudo, o tempo que existe entre diagnóstico e intervenção é muita vez curto, não permitindo um período de reflexão ou o tempo necessário para compreender e questionar, o que pode levantar questões éticas e morais no processo do consentimento informado, que não cumprirá os seus requisitos.

O espaço está relacionado com a distância entre os indivíduos quando interagem, as regras variam de cultura para cultura. As violações do espaço individual podem causar desconforto, recusa de tratamento ou até que não regresse para tratamentos futuros (Giger & Davidhizar, 2002).

A organização social é o papel da família na sociedade e estrutura social. A estrutura e organização familiar, valores, crenças religiosas e atribuições de papéis podem estar relacionados com a etnicidade e cultura. Os padrões de comportamento cultural são aprendidos num processo que as autoras chamam *enculturation*, este envolve a aquisição de conhecimento e a interiorização dos valores culturais.

O tempo é importante na comunicação interpessoal, pode existir uma orientação para o passado, presente ou futuro, sendo que os cuidados de prevenção requerem, por exemplo, uma orientação de futuro (Giger & Davidhizar, 2002). Esta perceção cultural do tempo determina como as pessoas vivem e conduzem as suas atividades diariamente.

O controlo ambiental está relacionado com a capacidade de controlar a natureza e gerir fatores ambientais. A saúde pode ser vista como equilíbrio entre a pessoa e o ambiente. Assim, quando existe maior crença no controlo externo que no interno, a procura de cuidados de saúde pode ser vista como inútil (Giger & Haddad, 2021).

As variações biológicas fundamentam-se nas diferenças biológicas e variações genéticas existentes entre diferentes grupos raciais, está relacionado com as diferenças epidemiológicas entre culturas e com a forma como as estruturas biológicas e os sistemas influenciam a resposta à saúde e doença. De salientar, que dentro do mesmo grupo racial podem existir variações biológicas. Conhecer dados gerais de determinado

grupo é importante para prestar cuidados culturalmente competentes, contudo, não devemos generalizar, as diferenças existentes entre grupos e dentro dos grupos não devem ser desvalorizadas, a individualidade de cada um nunca será igual à de um grupo/comunidade. As pessoas, os seus pensamentos e sentimentos em relação a algo não são estáticos, estes podem alterar-se com a idade, as convicções políticas, o status social e a personalidade do próprio (Moita & Silva, 2016). As visões culturais de uma pessoa não devem nunca ser generalizadas pois os comportamentos e as culturas estão fundamentados em princípios filosóficos, espiritualidade, religião, política e dependem também do contexto específico da situação (Leininger, 2002). Diferentes conceitos de doença influenciam a forma como gerem os cuidados de saúde em diversas situações.

O cuidado culturalmente competente é um processo dinâmico, fluído e contínuo onde profissionais e instituições de saúde encontram estratégias de prestação de cuidados apoiados no conhecimento cultural das crenças, atitudes e comportamentos das pessoas a quem prestam cuidados (Davidhizar & Giger, 1998). Para tal, é fundamental que o enfermeiro, ou outros profissionais de saúde, mobilizem conhecimentos e fundamentem as suas práticas em modelos e teorias de cuidados culturalmente competentes.

O *background* cultural da pessoa em situação crítica pode ser diverso. Os elementos de comunicação, o toque, a esfera individual, a orientação para o tempo e a *compliance* variam dentro dos grupos culturais (Davidhizar et al., 1998).

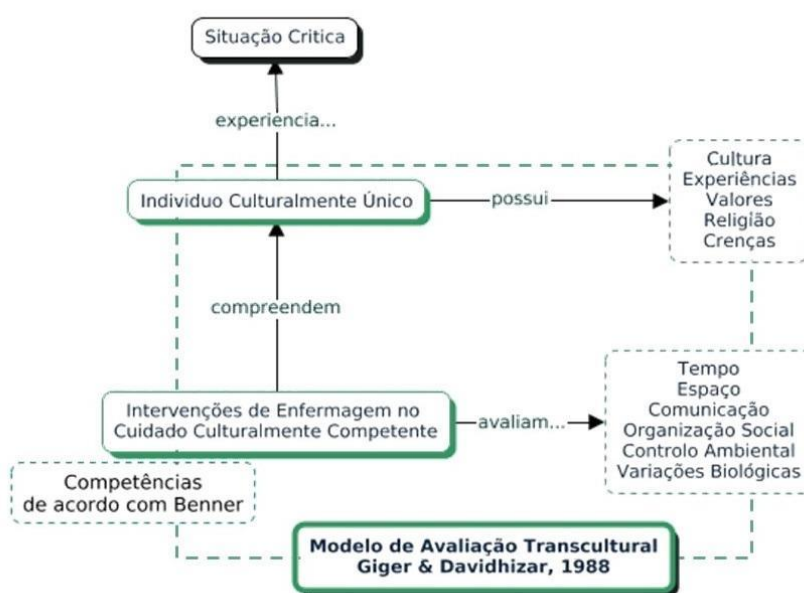


Figura 1 - Quadro Conceptual da Intervenção de Enfermagem Culturalmente Competente

O cuidado culturalmente competente exige o conhecimento dos valores éticos e morais culturais e a consciencialização da existência de violação de direitos quando os cuidados não vão ao seu encontro. Princípios éticos como o da beneficência, não maleficência, dignidade humana, da autonomia, da justiça e equidade poderão estar comprometidos quando os enfermeiros não conseguem prestar os cuidados mais adequados e competentes, não respeitando os princípios e valores básicos da enfermagem, sentindo a frustração de não conseguir cuidar o próximo.

O enfermeiro com competência cultural comunica de forma mais eficaz, aprecia e relaciona os conhecimentos culturais adquiridos na sua prática e prestação de cuidados à pessoa de diferente *background* cultural. Este enfermeiro pode influenciar positivamente a satisfação, a qualidade e os resultados (Dobrowolska et al., 2020). Da mesma forma, para os autores, um défice de competência cultural pode conduzir a barreiras no acesso, frustração pela dificuldade em comunicar, preconceitos e discriminação que poderão resultar em diagnósticos e tratamentos incorretos.

O contacto com a diversidade cultural, como viver num país multicultural, falar outro idioma ou visitar outros países pode influenciar o desenvolvimento de competência cultural (Dobrowolska et al., 2020).

Diversos autores sugerem a necessidade de investir na educação dos profissionais de saúde, para o cuidado culturalmente competente (Bonus et al., 2022; Krupić et al., 2019; Clayton et al., 2014; Giger et al., 2007; Leininger, 2002), sendo referido como um aspeto fundamental para reduzir iniquidades em saúde. Cursos de ética para enfermeiros ajudam a aprender a lidar com questões éticas no exercício clínico, investigação, educação e consulta, capacitando para o julgamento clínico e a tomada de decisão (Leininger, 2002).

## **A Cultura e a Saúde em Portugal**

Portugal, enquanto país de acolhimento, é visto como um país seguro, com vantagens fiscais para o regime de residente não habitual (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2023). Segundo o Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo de 2022 o número de estrangeiros residentes em Portugal em 2021 era de 698.887 pessoas, em 2022 esse número subiu para 781.915, um aumento de 11,9% (Serviço de Estrangeiros e

Fronteiras, 2023). As nacionalidades mais representativas são o Brasil (30,7%), Reino Unido (5,8%), Cabo Verde (4,7%), Índia (4,5%, um aumento de 17,1% face ao ano anterior) e Itália (4,4%, uma subida de 10,4% face a 2021).

No distrito de Lisboa estão registados 325.319 migrantes residentes (aumento de 10,4% em relação a 2022) e no distrito de Santarém 20.807, sendo que este distrito registou um aumento de residentes na ordem dos 14,0% em relação ao ano anterior (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2023). Segundo dados deste Relatório, em 2022 a população migrante potencialmente ativa representava 77,1%, sendo o grupo etário dos 25-44 anos o mais expressivo.

Com a extinção do SEF, a Agência para a Integração, Migrações e Asilo, I.P. (AIMA) assume a componente administrativa e o Alto Comissariado para as Migrações, I.P. é responsável pelo acolhimento e integração, combate ao racismo e discriminação, integração de grupos étnicos, promoção do diálogo intercultural e inter-religioso e a desigualdade interseccional (Provedor de Justiça, 2023).

As pessoas não migram apenas por questões económicas ou laborais (Benbenishty, 2017). Contextos socioeconómicos, desastres ambientais, pandemias, conflitos armados contribuem para os movimentos migratórios, contudo, dados demonstram que em Portugal existe uma tendência crescente para pedidos de residência relacionados com outros motivos.

O Relatório Estatístico Anual de Indicadores de Integração de Imigrantes 2023, refere que em 2022 a percentagem de vistos de residência atribuídos para estudo (31,8%), reagrupamento familiar (27,7%) e para reformados (19,2%) representava 78,7% do total. Portugal tem assim observado uma alteração do perfil de entradas e um aumento dos fluxos de estudantes, investigadores e pessoas altamente qualificadas, trabalhadores independentes, investidores e reformados, ao contrário das entradas registadas na primeira década do século XXI que estavam mais associadas a atividades laborais subordinadas (Oliveira, 2023).

Perante a crescente tendência migratória os enfermeiros devem atribuir significado à cultura enquanto fator de forte influência nos comportamentos em saúde e assegurar a liderança para que todos tenham igual acesso a cuidados de saúde de qualidade e culturalmente competentes (Giger & Haddad, 2021).

A Constituição da República Portuguesa estabelece que, todos os cidadãos, mesmo os estrangeiros, têm direito à prestação de cuidados globais de saúde, sendo que os meios devem ser disponibilizados na medida das necessidades individuais, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais (direito regulado no Despacho do Ministério da Saúde n.º 25 360/2001, de 12 de dezembro).

Segundo consta na base 21 da Lei de Bases da Saúde:

são igualmente beneficiários do SNS os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável (Lei n.º 95/2019, 2019, p.62).

São recomendações da Organização Mundial de Saúde fortalecer o acesso à saúde sem discriminação, reduzir barreiras de comunicação, promover a saúde física e mental dos migrantes e a formação dos profissionais de saúde para que se tornem culturalmente mais sensíveis (Oliveira, 2023).

O Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações de 2019 previa, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, a implementação de uma medida onde fossem incorporadas as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos de saúde nacionais/locais, reduzindo a discriminação e as barreiras de comunicação, dando como exemplo o recurso a serviços de tradução do ACM.

Oliveira (2023), postula que um melhor conhecimento das relações entre migrações e saúde, pode auxiliar os decisores políticos na identificação e compreensão da complexidade dos determinantes de saúde que influenciam o estado de saúde, as necessidades, o acesso e a utilização dos serviços de saúde. O conhecimento mais aprofundado das questões culturais pode apoiar a criação de políticas e orientações mais adequadas para o acesso e utilização dos serviços de saúde em Portugal.

Como resposta a diversas dificuldades sentidas pelos migrantes em Portugal e necessidade de apoio e acompanhamento, foram criados os Centros Nacionais de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM), estes são dependentes do Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.). Entre os serviços prestados pelos gabinetes está o Serviço de Tradução Telefónica onde são realizadas traduções imediatas ou por agendamento em cerca de 70 idiomas.

Em Portugal existem ainda mais de 150 CLAIM que articulam com diversas estruturas locais, apoiando a integração e acolhimento dos migrantes. Estes centros podem ser contactados presencialmente, por telefone ou por e-mail por migrantes ou governos/entidades/instituições que necessitem de apoio em diversas questões, reconhecendo que a integração acontece inicialmente a nível local.

## **O Contexto Perioperatório**

Segundo a AESOP (2012), os blocos operatórios são um local de prestação muito dispendioso, pela tecnologia, diferenciação das cirurgias, especialização dos intervenientes e pela situação clínica do doente. O avanço científico e tecnológico, por exemplo na anestesia, exige ao enfermeiro perioperatório uma atualização contínua dos conhecimentos teóricos e práticos para uma prestação de cuidados altamente especializada e individualizada.

O primeiro conceito de enfermagem perioperatória surgiu em 1978 pela AORN, tem como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família que vai ser submetida a intervenção cirúrgica ou a procedimento invasivo em bloco operatório, os cuidados envolvem três fases: pré-, intra- e pós-operatório (Cabral, 2004).

O pré-operatório é o momento em que se deve planear e individualizar os cuidados respeitando as necessidades individuais do doente sob todos os pontos de vista (físicos, psicológicos e espirituais), garantindo a sua integridade e segurança.

Para a AESOP (2012), a enfermagem perioperatória consiste no conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações onde reconhece as necessidades do doente a quem planeia e presta cuidados com destreza e segurança, realizando no final uma avaliação e apreciação dos resultados. A mesma entidade, citando a AORN (1998), refere que são funções do enfermeiro perioperatório: identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente e família, elaborar um plano de cuidados individualizado com conhecimento científico com a finalidade de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar da pessoa antes, durante e após a cirurgia.

O Bloco Operatório é um ambiente de riscos físicos, químicos, biológicos e ambientais, estando a pessoa exposta a todos eles quando necessita de intervenção

cirúrgica. O enfermeiro assume um papel bastante relevante na promoção da segurança e conforto.

O enfermeiro perioperatório deve proteger a pessoa contra qualquer dano ou prejuízo, tendo presente o seu Código Deontológico, o REPE e os direitos do doente, é ele o responsável pelo doente até que este possa estar novamente capaz de tomar decisões, advogando pela dignidade do doente, promovendo a sua segurança e privacidade.

Bonus et al. (2022), refere que minorias étnicas estão mais associadas a experiências de disparidade cirúrgica, complicações no pós-operatório e readmissões, enfatizando o desenvolvimento de competências culturais na enfermagem perioperatória enquanto principais advogados do bem-estar dos doentes. Também Smith et al. (2022), citando estudos de Mossey (2011) e Lawrence et al. (2020), demonstra disparidades significativas na gestão da dor no pós-operatório, principalmente na cirurgia geral e ortopedia.

## Processo de Desenvolvimento de Competências

A análise e reflexão crítica das atividades realizadas, com vista ao desenvolvimento de competências, tem como objetivo retratar o percurso realizado no decorrer dos estágios, demonstrando as aprendizagens, intervenções e reflexões para a aquisição de competências de mestre, comuns e de especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

A formação contínua do enfermeiro abrange o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e qualidades humanas (Hesbeen, 2000), sendo por isso um meio para o objetivo central: A melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Com o objetivo geral de desenvolver competências de enfermagem especializada que visam a promoção de cuidados culturalmente competentes à pessoa em situação crítica em contexto perioperatório, a aquisição e desenvolvimento de competências foi enriquecido por três estágios de contacto com a pessoa em situação crítica. O primeiro decorreu num serviço de urgência central, seguindo-se o estágio em unidade de cuidados intensivos e finalmente, por um período mais curto, o estágio em bloco operatório (o meu contexto profissional e um local privilegiado para investigar e identificar áreas passíveis de intervenção e melhoria).

De seguida realizarei uma descrição dos contextos de estágio para melhor enquadrar o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre. Estes contextos, pela complexidade dos seus doentes, permitiram desenvolver competências, conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holista à situação de doença crítica e/ou falência orgânica do doente e à sua família/pessoa significativa (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

### Contextos de Estágio

#### ❖ Serviço de Urgência Central

O estágio de apreciação à intervenção na pessoa com doença crítica decorreu entre 15 de maio e 21 de julho de 2023 no Serviço de Urgência Central (SUC) de um hospital central da Área Metropolitana de Lisboa com todas as valências médicas e cirúrgicas.

Este hospital é um centro de referência para as Vias Verdes (AVC, Coronária, Trauma e Sepsis), possui Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e articula com o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação.

O SUC é constituído por três postos de triagem, realizada segundo o protocolo de Triagem de Manchester, duas salas de reanimação (SR) com três unidades capacitadas para receber três doentes ventilados em simultâneo, para estas alas entram diretamente as pessoas triadas como gravemente doentes, as Vias Verdes e os doentes encaminhados pelo CODU. Cada unidade das SR está equipada com monitor, ventilador portátil, carros de emergência para adultos e pediatria com desfibrilhador, um LUCAS® (sistema mecânico de compressões torácicas) e uma área com material de apoio para procedimentos invasivos e não invasivos (estando o material para colocação de CVC e LA embalado em kits que permitem aumentar a eficiência na rápida colocação).

Possui quatro salas de tratamentos:

- sala de tratamentos 1 com três gabinetes médicos e uma sala de tratamentos, onde se encontram os doentes triados com a cor laranja;
- sala de tratamentos 2 com seis gabinetes médicos e uma sala de tratamentos, onde se encontram os doentes triados com as cores amarela, verde e azul;
- sala de tratamentos 3 onde se encontram doentes que aguardam vaga para internamento;
- sala de tratamentos 4 encontrava-se fechada desde a pandemia por SARS-COV-2.

A pequena cirurgia tem duas salas de observação, bem como a ortopedia. O serviço de observação (SO) possui dezasseis camas para doentes de medicina e cirurgia que se encontrem internados sob observação e que aguardam vaga de enfermaria, permitindo a monitorização permanente. Existem ainda algumas macas que permitem cuidados a um maior número de doentes em períodos de maior afluência.

Por fim, a Zona COVID é uma unidade construída pela altura da pandemia para dar resposta à necessidade acrescida de camas de internamento para isolamentos COVID positivo, esta mantém-se à data do estágio a receber doentes do foro respiratório. Com oito quartos e dezassete boxes equipadas e permite acompanhamento e monitorização de doentes que necessitam, ou não, de isolamento.

Realizar estágio no serviço de urgência constituiu desde o primeiro momento um desafio pessoal e profissional, sobretudo pela completa ausência de experiência

profissional na área, pelo seu caráter de cuidado urgente/emergente, aparentemente pouco organizado e onde parecia não existir uma real relação terapêutica.

O *software* clínico *ALERT*® foi também um desafio, uma vez que não era familiar e exigia que uma parte significativa de registos fosse realizada em texto corrido. As notas de enfermagem, para promover a continuidade de cuidados e evitar o erro na passagem de informação, devem conter linguagem técnica e científica, de preferência com recurso a uma taxonomia de enfermagem. Por ser a taxonomia que melhor domino, recorri à *CIPE*® para realizar os meus registos de enfermagem e à mnemónica *ISBAR* para a transmissão oral de informação sobre o doente.

Apesar dos desafios, para a excelência do exercício profissional é dever do enfermeiro assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos (Lei n.º 156/2015, 2015), e fundamentar-se na evidência disponível ajustando e planeando as suas intervenções em função da necessidade individual da pessoa cuidada. Assim, de forma proativa e interessada, iniciei o estágio com a vontade de aprender e absorver o melhor que esta experiência de partilha entre colegas iniciados, peritos e especialistas me poderia oferecer para a melhoria do meu desempenho profissional e dos meus conhecimentos. Segundo o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus (Benner, 2001), a partilha e a experiência durante a prática clínica impulsionam a aquisição de um julgamento crítico a um nível mais proficiente.

A dotação de enfermeiros no SUC é de 22 enfermeiros no turno da manhã, 22 no turno da tarde e 20 no turno da noite, distribuídos pelas várias áreas, sendo que existe em cada turno um enfermeiro coordenador responsável pela distribuição e apoio à equipa sempre que necessário.

#### ❖ Unidade de Cuidados Intensivos

Integrado na UC Estágio com Relatório, decorreu entre o dia 2 de outubro de 2023 e 19 de janeiro de 2024 o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) num hospital distrital da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos era constituída por vinte e nove enfermeiros, um enfermeiro chefe e um enfermeiro coordenador. Na equipa cinco enfermeiros são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e quatro

são especialistas em enfermagem de reabilitação. A equipa conta ainda com dezoito auxiliares de ação médica.

A distribuição diária dos enfermeiros é de cinco enfermeiros no turno da manhã, quatro enfermeiros no turno da tarde e quatro enfermeiros no turno da noite, sendo que existe sempre um enfermeiro responsável de turno que na manhã recebe as informações médicas e de enfermagem mais relevantes sobre cada doente, auxilia na prestação de cuidados, nos pedidos de material e medicação, eventualmente necessários.

Apesar de ser atribuído um a dois doentes a cada enfermeiro, o trabalho em equipa e a entreatajuda são muito valorizados.

Existem nove unidades equipadas para receber doentes de especialidades médicas e cirúrgicas de nível de cuidados intermédios e intensivos, sendo uma delas um quarto de isolamento com pressão negativa. As unidades estão equipadas com ventilador, três seringas perfusoras e três bombas de infusão, monitor eletrocardiográfico, rampas de oxigénio, fonte de vácuo, material de posicionamento, entre outros. As camas são equipadas com a função de balança que permitem o controlo de peso diário e ainda um mecanismo que permite tornar o colchão mais firme, facilitando a prestação de cuidados e manobras de suporte de vida. A unidade possui equipamentos de substituição da função renal e de ventilação com alto fluxo.

Os processos clínicos estão informatizados, são utilizados vários *softwares* clínicos e não clínicos para realizar os registos e efetuar os pedidos inerentes às necessidades individuais dos doentes. A taxonomia utilizada no *PatientCare*® é a CIPE® e são registadas e atualizadas todas as intervenções realizadas ao doente nos intervalos horários, específicos desta unidade.

A integração na UCI foi demorada, devido às particularidades do serviço e especificidades do cuidado ao doente crítico em UCI. Foi necessário adotar uma atitude mais positiva e proativa, aliada ao estudo permanente da literatura e da documentação da unidade. Ao fim de alguns turnos consegui ultrapassar os maiores constrangimentos e o estágio tornou-se mais motivante e gratificante, desenvolvendo maior segurança e confiança nas minhas competências e autonomia na prestação de cuidados.

#### ❖ Bloco Operatório

No decorrer da UC Estágio com Relatório houve ainda a oportunidade de estagiar num Bloco Operatório (BO), o que me permitiu acompanhar e promover estratégias para o cuidado de enfermagem culturalmente competente no contexto de cirurgia urgente/emergente. Este estágio decorreu num BO de um hospital da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo no período entre 22 de janeiro e 9 de fevereiro de 2024.

O BO é um serviço de grande diferenciação que permite realizar intervenções cirúrgicas ou exames que careçam de um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia (ACSS, 2011).

A equipa de enfermagem deste BO é constituída por um enfermeiro gestor, um enfermeiro com funções de segundo elemento e cinquenta e sete enfermeiros na prestação direta de cuidados, distribuídos nas valências de bloco operatório e unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA).

Nesta equipa oito enfermeiros são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, existe um enfermeiro especialista em saúde mental e um enfermeiro especialista em saúde comunitária.

O BO é constituído por nove salas operatórias, oito delas completamente equipadas e prontas para iniciar cirurgias, sendo que uma delas está especialmente direcionada para cirurgias urgentes/emergentes, assegurando cuidados cirúrgicos 24h/dia. No que concerne à produção cirúrgica, em 2023 foram realizadas 1066 cirurgias urgentes/emergentes, sem contabilizar os números da obstetrícia.

Existem ainda dois espaços de recobro, um destinado a cirurgias de ambulatório com dez camas e dez cadeirões e o outro espaço, que constitui a UCPA, com nove camas, sendo cada unidade individualizada por cortinas. As salas de recobro estão equipadas com monitor eletrocardiográfico, fonte de vácuo e rampa de oxigénio. Possuem ainda um carro de emergência pediátrica e de adulto com desfibrilhador.

A UCPA é definida pela AESOP (2006) como uma unidade especializada, equipada com meios competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos durante o curto período crítico posterior à intervenção cirúrgica. A mesma entidade refere que a capacidade de funcionamento da UCPA não deve ser inferior ao número de salas operatórias.

Neste BO realizam-se intervenções cirúrgicas e exames especiais de várias especialidades com recurso a anestesia: cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, gastroenterologia e pneumologia.

No corredor de acesso às salas operatórias encontra-se um carro de apoio à via aérea difícil, um carro de emergência de adultos com desfibrilhador e um carro de emergência pediátrico.

Ainda dentro da área restrita deste BO, entre o *transfer-in* e as salas operatórias, existe uma sala de indução anestésica, como recomenda a ACSS (2011). No entanto, todos os procedimentos anestésicos são realizados na sala operatória por questões relacionadas com a disponibilidade de recursos humanos.

No BO são utilizados maioritariamente dois sistemas de apoio aos registos de enfermagem: *Glintt (Aplicações de Saúde e Aplicação Tátil)* e *B-Anesthetic*. Tendencialmente os registos no intraoperatório são pré-definidos, gerais para todas as cirurgias, existindo depois na secção pós-cirurgia um local para criar um plano de cuidados individualizado onde os enfermeiros do intraoperatório registam maioritariamente a temperatura do doente (a cada 30 minutos), glicemia capilar (segundo esquema) e a monitorização da pele. Outros registos incluem uma nota de enfermagem e o horário de administração de medicação previamente prescrita pelo cirurgião. A administração de medicação na indução anestésica e de analgesia é realizada por prescrição oral do anestesista e registada posteriormente.

A integração neste contexto de estágio revelou-se mais rápida e natural uma vez que constitui a minha realidade profissional, reconhecer os procedimentos e o modo de trabalho onde já somos considerados peritos, foi um elemento facilitador. Contudo, é de ressaltar que, apesar dos anos de experiência profissional na área de bloco operatório, os estágios (em UCI e SUC) e a aquisição de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica permitiram que transpusesse novos conhecimentos e formas de trabalhar na minha prática profissional diária, contribuindo para maior confiança e autonomia, bem como para um julgamento e raciocínio clínico mais seguro e sustentado.

## Análise do Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas

Neste subcapítulo abordarei os objetivos específicos propostos e as atividades realizadas para os atingir, aludindo ainda às competências de enfermeiro especialista e mestre adquiridas e aprofundadas durante o percurso académico.

Este percurso foi norteado pelo objetivo de aprofundar o conhecimento na temática do cuidado de enfermagem culturalmente competente, aumentando a eficiência da comunicação com o doente e família de *background* cultural diverso e, assim, contribuir para melhores resultados em saúde e maior satisfação do doente/família.

- ❖ Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica
- ❖ Enquadrar conceptualmente a prática de enfermagem culturalmente competente, sustentada no Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar

Enquadrar conceptualmente refere-se a estabelecer uma estrutura teórica para a compreensão do fenómeno da enfermagem culturalmente competente. Para tal, identifiquei os conceitos relevantes, relacionei-os com a prática clínica e criei uma base para desenvolver a pesquisa, análise, reflexão e discussão dos conhecimentos e competências adquiridas.

A prática baseada na evidência consiste no uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual, que resulta da investigação, da experiência clínica e dos valores dos doentes para a tomada de decisão clínica sobre o cuidar individual (Sackett et al., 1996). Exige a observação de uma necessidade, a pesquisa bibliográfica, uma avaliação da evidência encontrada, aplicação na prática clínica e avaliação dos resultados obtidos. Não recorrer à melhor evidência disponível pode aumentar o risco de práticas desatualizadas e com prejuízo para os doentes (Sackett et al., 1996).

A prática baseada na evidência deve ter em consideração princípios éticos de respeito pela autonomia (consentimento informado), beneficência e não-maleficência (não prejudicar) e da justiça (como o respeito pela equidade).

O Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, com os seis fenómenos de tempo, espaço, comunicação, organização social, controlo ambiental e

variações biológicas facilita a avaliação cultural e o reconhecimento de técnicas de intervenção.

O cuidado culturalmente competente deve existir independentemente do nível de cuidados procurados, sejam eles primários, secundários ou terciários. Para tal, todos os enfermeiros devem estar conscientes da relevância que o conhecimento cultural possui no planeamento e intervenção nos cuidados de saúde.

A enfermagem transcultural, em articulação com a educação, a pesquisa e a prática, mantém-se um desafio, são processos que requerem elevada disponibilidade e envolvimento (Vieira & Deodato, 2018).

Em colaboração com o enfermeiro orientador e concordância do enfermeiro em funções de gestão, planeie e criei um panfleto para a UCI, com o objetivo de dar a conhecer alguns resultados da RIL e facilitar o acesso a contactos com serviços de tradução, apoio religioso, serviço social e centros nacionais e locais de apoio aos migrantes. Estes contactos incluem a colaboração com instituições externas ao hospital que prestam serviços que promovem a integração dos migrantes em Portugal.

Considero que a partilha de conhecimentos teóricos e estratégias práticas entre os pares são fatores que contribuem para o desenvolvimento de competências profissionais.

Em UCI os cuidados culturalmente competentes apresentam-se ainda mais desafiantes, na medida em que os doentes apresentam quadros bastante complexos, de maior vulnerabilidade, exigindo cuidados de elevado nível de competência para os cuidar a eles e às suas famílias (Dobrowolska et al., 2020).

No decorrer dos estágios, no contacto com doentes e famílias de *background* cultural diferente, senti que a barreira linguística foi fator de frustração, sentindo-me menos competente a transpor essas barreiras e a fornecer a informação que doente e família poderiam necessitar. Apoiada por aplicações disponíveis na internet, tentei traduzir frases simples e, em algumas situações, com a intuição e percepção cultural já adquirida, utilizei a linguagem não verbal, como o toque, como forma de transmitir conforto e empatia, atenuando em mim alguns dos sentimentos menos positivos.

Para o estágio em BO senti a necessidade de me envolver mais na questão da comunicação, tradução e passagem da mensagem à PSC.

Apesar do meu foco ser a PSC, considero que o trabalho que pretendo desenvolver em conjunto com o Conselho de Administração e os Recursos Humanos da instituição assume relevância para qualquer pessoa/família/comunidade que necessite de cuidados. Ao longo do estudo desenvolvido e do contacto com pessoas de diversos *backgrounds* culturais é óbvio o significado que a comunicação assume em todas as vertentes da vida, a passagem da mensagem, da história, do conhecimento cultural, as raízes do ser de cada um.

Se é certo que Giger e Davidhizar nos oferecem contributos para avaliar os seis fenómenos, é através da comunicação que a pessoa compreende o processo de saúde/doença que está a vivenciar. A forma como comunicamos deve ser adequada à pessoa que nos escuta e a mensagem transmitida de forma clara e sem que fiquem dúvidas, questionando o outro se for necessário para averiguar o que foi compreendido. Apenas desta forma estaremos seguros de que, por exemplo, o consentimento informado é realmente esclarecedor e inequivocamente consentido.

Para tal, encontro-me a trabalhar na atualização da lista de tradutores do hospital, inserindo todos os idiomas falados pelos colaboradores, contactos para intérpretes de língua gestual e contactos mais atuais dos centros locais e nacionais de apoio a migrantes.

Na organização social, a prática religiosa e a espiritualidade podem constituir um apoio valioso nos processos de doença e de sofrimento. O apoio religioso, nas diferentes confissões, pode ser um importante fator de bem-estar (Decreto-Lei n.º 253/2009, 2009).

Em todos os locais de estágio foi possível solicitar apoio espiritual e religioso, alguns enfermeiros conheciam o processo e solicitavam regularmente, outros apenas a pedido do doente ou família em estados terminais, por exemplo. Contudo, em todos os contextos de estágio existiam instruções de trabalho para o procedimento, existindo contactos diretos para o serviço religioso.

A lei da Liberdade Religiosa (Decreto-Lei n.º 253/2009, 2009), estabelece que não deve ser impedido o direito à assistência religiosa e à prática de atos de culto, mesmo que a pessoa se encontre hospitalizada, as instituições devem criar condições para o exercício religioso, garantindo assistência independentemente da confissão. Está ainda

previsto que esta assistência possa ser solicitada pelo doente, família ou por pessoas próximas, desde que se presuma que é a vontade do doente.

Da mesma forma, este Decreto-Lei prevê que é um direito dos doentes o acesso a alimentação que respeite as suas convicções, para tal, deve ser solicitada a visita de um nutricionista e a dieta individualizada (respeitando as indicações médicas).

Na UCI era comum que o apoio religioso e espiritual fosse solicitado e, em alguns casos, a presença do assistente era regular, sem necessidade de ser contactado.

No período do Natal, durante o estágio na UCI, um grupo organizado de profissionais de saúde visitou o serviço entoando cânticos de Natal, momento que gerou grande comoção nos doentes e nos profissionais. Este tipo de atividade contribui para o conforto do doente, mas também para a sua orientação temporal após estado crítico, período de maior desorientação no tempo e no espaço.

A competência cultural exige formação e treino, para além do apelo pessoal para adquirir mais conhecimento e consciência cultural. Com currículos estruturados e mais treino haverá um aumento da capacidade e da eficiência dos profissionais para os ambientes multiculturais (Baratipour et al., 2021; Chao et al., 2011; Giger et al., 2007).

No BO, presenciei em todas as cirurgias o *Team Time Out* antes da incisão cirúrgica. É um momento em que todos os intervenientes estão presentes em sala e que tem como objetivo resumir aspetos importantes para a segurança na cirurgia: identificação do doente, dos intervenientes na cirurgia, nome do procedimento, alergias, passos críticos, perdas sanguíneas estimadas e tempo de cirurgia previsto, confirmar a disponibilidade e visualização de exames de diagnóstico e indicações de antibioterapia ou profilaxia tromboembólica, são ainda referidos aspetos do cuidado específico de cada doente no sentido de promover a segurança e individualidade do doente, bem como, o envolvimento da equipa.

Assim, pelo referido, considero que ao longo do percurso académico, valorizando o autoconhecimento e a assertividade, a formação contínua e a prática baseada na evidência, aprofundando o conhecimento na área da pessoa em situação crítica e no cuidado de enfermagem culturalmente competente, desenvolvi competências relacionadas com o desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados respeitadoras dos direitos humanos e das responsabilidades

profissionais, desenvolvendo práticas de qualidade na busca pela melhoria contínua e garantindo um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n. 429/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

- ❖ Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica
- ❖ Analisar como o conhecimento cultural pode influenciar a competência dos cuidados de enfermagem e os seus resultados
- ❖ Promover cuidados culturalmente competentes à pessoa em situação crítica em contexto perioperatório

A competência cultural na enfermagem é construída com base na interação com a pessoa de *background* cultural diverso. É esperado que o profissional identifique lacunas de conhecimento à medida que cresce a necessidade e interesse em aprender e adequar a prestação. Na dissertação de Reis (2014), esta questiona a percepção que o imigrante possui do cuidado de enfermagem, no decorrer dos processos de saúde/doença. Com a RIL e no desenvolvimento de competências parece-me pertinente compreender e atribuir significado ao que pensam os doentes sobre os nossos cuidados, a sua qualidade e sensibilidade.

A cultura influencia a forma como a pessoa lida com a saúde e a doença. Compreender a cultura é essencial para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, centrados na pessoa, criando uma relação terapêutica de confiança com melhoria dos resultados em saúde. Para tal, é necessário reconhecer e respeitar as crenças e valores culturais, atendendo às necessidades individuais.

A base da intervenção culturalmente competente, para além de uma tomada de consciência por parte do profissional para as questões culturais e sua relevância na prática clínica, passa pela colheita de dados eficaz (os seis fenómenos culturais transversais do Modelo de Giger e Davidhizar podem facilitar), fomentando a confiança e o sentimento de segurança na criação da relação terapêutica.

Este reconhecimento cultural pode ainda contribuir para identificar fatores de risco que predispõem determinados grupos a algumas doenças, como a doença cardiovascular em pessoas com ascendência africana, pela maior dificuldade de controlar e tratar fatores de risco como a hipertensão arterial e a diabetes (Negrão, 2018).

O conhecimento e reconhecimento cultural pode auxiliar os enfermeiros a melhorar a sua comunicação com a pessoa, pois a cultura tem influência na forma como comunicamos e nos expressamos. Adaptar a linguagem à pessoa e à situação é uma estratégia para uma comunicação mais eficiente (Agnew & Jorgensen, 2012).

Enquanto futura especialista acredito ter aprofundado as competências relativas à gestão do ambiente terapêutico e seguro, fomentando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais da pessoa e família (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Numa situação vivenciada no BO, uma mulher jovem, guineense, com história de múltiplos abortos espontâneos, um nado morto e uma cerclage uterina foi ao BO para realizar uma segunda cerclage para viabilizar a gravidez. Esta mulher trazia atado por baixo do ventre um cordão em tecido, segundo ela este está culturalmente relacionado com a fertilidade, com a crença de que a gravidez decorrerá sem problemas. Esta cirurgia foi considerada limpa-contaminada, pelo que, após discussão entre a equipa multidisciplinar, tendo em conta todos os processos vivenciados pela mulher e que não constituiria um risco acrescido de infeção, permitiu-se que fosse mantido o cordão e respeitada a identidade cultural. Esta situação demonstrou à mulher que, apesar da necessidade de manter os padrões de higiene e segurança da cirurgia, ela é olhada e cuidada pela equipa de forma individualizada. Foi visível a confiança nos profissionais e a diminuição da ansiedade.

A Guiné possui diversos grupos étnicos, sendo que a sua maioria refere comunicar em crioulo. De acordo com o postulado por Giger e Davidhizar (2002), ainda que a mulher comunicasse em português, é importante recorrer a um tom de voz calmo, com vocabulário simples e atender à linguagem não verbal. Devemos assegurar que comunicamos de forma assertiva e que a mensagem é compreendida.

Da mesma forma, quando uma adolescente menor de idade, muçulmana, acompanhada pelo pai, deu entrada no BO para cirurgia urgente, a sensibilidade cultural da equipa organizou os cuidados de forma a que antes da indução anestésica apenas as profissionais do género feminino estivessem em contacto com a doente. As mulheres muçulmanas preferem ser tratadas por outras mulheres (Bonus et al., 2022). Foi colocada de imediato a touca cirúrgica, para que a jovem se sentisse mais confortável sem o *Hijabe* e foi promovido o aquecimento corporal, sem que fosse

retirada a bata que trazia vestida antes de terminada a indução anestésica. Esta adaptação dos procedimentos no intraoperatório não coloca em risco a celeridade necessária da intervenção cirúrgica e contribui para o bem-estar do doente, atribuindo significado à cultura e religião na saúde.

Neste momento observei a evolução da minha consciência cultural e que a partilha de conhecimentos fazia sentido para a equipa, tornando todos mais conscientes e respeitadores das crenças e valores, num processo de desenvolvimento contínuo (Giger & Haddad, 2021).

Em estado crítico, no serviço de observação do SU, uma mulher de 40 anos necessitava de uma transfusão sanguínea urgente, o seu valor de hemoglobina era de 3g/dl. Esta mulher, de ascendência africana, nunca referiu crença religiosa, não estava acompanhada e recusava perentoriamente a transfusão, colocando em risco a manutenção da vida.

O cuidado culturalmente competente olha a pessoa e avalia os seis fenómenos culturais como forma de prestar cuidados mais sensíveis, ajustando a comunicação, reconhecendo crenças, valores e costumes, tendo em conta que estes são significativos para a pessoa cuidada e que favorecem o processo de transição saúde-doença. Desta forma, com a enfermeira que coordenava o SO procurou-se uma comunicação mais efetiva e questionou-se de que forma poderíamos ajudar para que aceitasse realizar a transfusão sanguínea, esta questão não havia sido colocada por nenhum outro profissional. A mulher respondeu que teria de telefonar ao irmão, residente em África, pois era ele o responsável pela tomada de decisão em saúde na família. Neste caso, a organização social era o fator decisivo no comportamento de saúde, apesar de não revelar nenhuma crença religiosa, de não existirem barreiras linguísticas, de existir consciência da situação que vivenciava, a figura do representante da família possuía um papel fundamental para a decisão.

Numa reflexão sustentada no Modelo de Giger e Davidhizar, esta situação demonstrou a importância de adaptar a nossa postura enquanto prestadores de cuidados e colocar a questão certa na altura certa.

Acredito ter desenvolvido competências de gestão da comunicação interpessoal que fundamentam a relação terapêutica com a pessoa face à situação de alta

complexidade do seu estado de saúde, demonstrando conhecimentos em técnicas de comunicação (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O cuidado de enfermagem culturalmente competente, com conhecimento cultural, conduz a maior satisfação do doente/família, maior adesão ao tratamento e por isso melhores resultados em saúde, promovendo o bem-estar e a segurança.

Inicialmente, os Cursos realizados de Suporte Avançado de Vida no Adulto e Pediátrico e Suporte Avançado de Vida em Trauma foram uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos sobre a intervenção e manutenção da vida em situações críticas. Aprofundar a abordagem ABCDE, a avaliação secundária do doente e a comunicação dentro da equipa permitiram uma base para desenvolver o estudo com reflexo na prática clínica nos estágios e diariamente na intervenção à pessoa em situação crítica.

Durante os turnos realizados na SR do SUC foi-me permitida a possibilidade de cuidar da PSC em situações de urgência e emergência. Recebi, avaliei e cuidei da PSC. Com supervisão do enfermeiro orientador tive contacto com diversas patologias, do foro respiratório com necessidade de ventilação mecânica invasiva, cardíaco com arritmias e paragens cardiorrespiratórias, Vias Verdes (AVC, Coronária, Trauma e Sépsis), reações anafiláticas, envenenamento e cuidados ao dador de órgãos de coração parado. Em todas as situações os doentes foram avaliados utilizando a mnemónica ABCDE (via aérea e proteção da coluna cervical, ventilação e respiração, circulação e controlo de hemorragia, disfunção e estado neurológico, exposição) e a mnemónica SAMPLE (sinais e sintomas, alergias, medicação, história passada, última refeição, eventos). Este contexto permitiu a realização de vários procedimentos de enfermagem, a observação e avaliação da PSC na antecipação de focos de instabilidade e na ação/intervenção eficiente e em tempo útil.

Benner (2001), faz referência ao domínio da função de diagnóstico e vigilância do doente, detetando e determinando mudanças significativas no estado, antecipando situações de crise e deterioração, antecipando problemas e necessidades e avaliando o potencial de cura do doente. Salienta ainda que, o processo de decisão é colocado em evidência nestas competências, nas relacionadas com a gestão eficaz de situações de evolução rápida e na qualidade dos cuidados, implicando que os enfermeiros sejam experientes e que existam estruturas que assegurem a formação contínua.

As Vias Verdes, segundo o Despacho n.º 10319/2014 (2014), remetem para a implementação de um sistema de resposta rápida para identificar e tratar patologias cujos resultados estão dependentes do tempo.

*"Tempo é cérebro"* foi uma frase repetida diariamente pelos colegas, quando entrava uma Via Verde AVC na SR. Depois de confirmados os critérios para ativação da Via Verde AVC (evolução sintomática inferior a 4h30, dificuldade em falar ou desvio da comissura labial ou falta de força num braço - escala de Cincinnati) a pessoa é encaminhada para a SR, transferida para uma maca, puncionada, realizadas colheitas para análises sanguíneas e, de forma célere, é conduzida para o serviço de imagiologia para realização de TAC craneoencefálica. É no serviço de imagiologia que se efetua o diagnóstico diferencial bem como a tomada de decisão para o tratamento a administrar, segundo a etiologia do AVC. Após o diagnóstico diferencial, colaborei na administração do trombolítico, na vigilância de sinais e sintomas relacionados com o tratamento (como risco hemorrágico e de hematomas, controlo tensional e glicemia capilar).

A relevância de uma resposta célere e direcionada faz salientar o fundamental trabalho multidisciplinar com mobilização e articulação de recursos.

São competências do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, bem como, garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018, 2018), as quais considero ter desenvolvido.

No decorrer do percurso formativo, tive a possibilidade de realizar um transporte inter-hospitalar para realização de angioplastia coronária, uma atividade que nunca havia realizado e que constituiu uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências, tanto ao nível do cuidado culturalmente competente, como do cuidado à PSC assegurando um transporte seguro.

Indiano, com barreira linguística, foi diagnosticado com Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Apesar de mantida a função ventricular, observava-se um perfil hipertensivo, mesmo com perfusão endovenosa de Dinitrato de Isossorbida. Foi solicitada a transferência do doente para um Hospital diferenciado.

O planeamento e ativação é uma responsabilidade da equipa médica. O transporte da PSC possui riscos, pode ser fonte de instabilidade e agravamento do estado clínico, contudo, é fundamental para permitir um nível de assistência especializado. Os profissionais que realizam o transporte devem ser capazes de antecipar possíveis complicações e necessidades, proporcionando o mesmo nível de cuidados durante o transporte que no serviço de origem.

Segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), idealmente, a equipa que realiza os transportes de doentes críticos deve possuir um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC. A criação das equipas de transporte deve considerar a necessidade de treino e experiência na função e deve existir investimento na formação, acompanhamento e auditorias pelas instituições de saúde (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), as intervenções do enfermeiro são autónomas e interdependentes, estes decidem sobre as técnicas e os meios a utilizar na prestação, tendo em conta os recursos existentes, devendo em situações de emergência agir de acordo com as suas qualificações e com os conhecimentos adquiridos, procurando a recuperação ou manutenção das funções vitais (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

O contacto com este doente foi reduzido, envolveu transmitir a mensagem do que se estava a passar, os seus diagnósticos e intervenções futuras. O doente comunicava com um inglês muito modesto e ficou a certeza de que não havia compreendido toda a informação transmitida com a necessidade de agilizar rapidamente o processo de transferência. A equipa de enfermagem, dentro das suas competências, tentou proporcionar conforto e elencar estratégias de comunicação efetiva, recorrendo a mímica e aplicações de tradução.

Apesar da dor que sentia, a principal preocupação desta PSC era a sua mala, tinha receio de perder os seus documentos. A comunicação e a empatia assumiram um papel fundamental para a criação de uma relação terapêutica e de confiança.

Esta situação originou a necessidade da realização de um jornal de aprendizagem sobre a temática do transporte da PSC e da intervenção culturalmente competente na PSC. Esta reflexão permitiu-me aprofundar conhecimentos relacionados

com o transporte de doentes, as orientações existentes e os desafios para a melhoria e a continuidade de cuidados, nomeadamente o défice de registos durante o transporte e a dificuldade para auditar. Da mesma forma, permitiu uma reflexão sobre estratégias de comunicação com o doente quando estamos perante a barreira linguística.

A dor é uma experiência universal da existência humana (Davidhizar & Giger, 2004), é um estado desagradável multidimensional que envolve componentes sensitivos e emocionais com intensidade variável, sendo que a procura do alívio da dor constitui um dos principais motivos pelos quais a pessoa recorre aos serviços de saúde, o seu controlo é um dever dos profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Davidhizar e Giger (2004), salientam que os valores e as crenças culturais têm forte influência na manifestação da dor, existem diferenças na forma como cada um experiencia e exprime a sua dor. As autoras sugerem sete estratégias para uma avaliação e gestão da dor apropriadas: utilizar ferramentas de avaliação da dor (escalas da dor), apreciar as variações da resposta à dor (estoica ou emotiva), ser sensível às variações nos estilos de comunicação (comunicação não verbal), reconhecer que referir dor pode não ser aceitável numa determinada cultura (considerada falta de respeito ou desvio da atenção do enfermeiro para factos menores), valorizar que o significado da dor varia entre culturas (circunstâncias e valores culturais), utilizar o conhecimento das variações biológicas (metabolismo da medicação, adequação das doses) e desenvolver uma consciência dos valores e crenças que podem afetar as respostas à dor (a nossa própria influência na decisão de intervir ou não, pela forma como vemos a dor).

No cuidado à PSC a avaliação e gestão diferenciada da dor e do bem-estar é essencial para otimizar a resposta e as intervenções individualizadas. Kuprić et al. (2019), refere que a barreira linguística e as diferenças culturais podem propiciar experiências de dor severa.

Após a avaliação das necessidades podem ser planeadas e aplicadas medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor, estas podem incluir uma massagem, aplicação de frio/calor ou posicionamento (Kolcaba, 2003). Estas medidas constituem uma intervenção autónoma de enfermagem que possibilita maior conforto.

Contudo, esta avaliação pode estar comprometida pela dificuldade da PSC em expressar e avaliar a dor, por se encontrar sob ventilação mecânica ou não conseguir comunicar. Na UCI, a escala BPS (*Behavioral Indicators of Pain Scale*) era o recurso

utilizado, esta é uma escala comportamental que permite avaliar a dor tendo em consideração a expressão facial, a adaptação à ventilação mecânica e o movimento dos membros. Contornar limitações de comunicação verbal permite desenvolver estratégias de avaliação da dor com recurso a escalas adaptadas.

No SUC, foi possível prestar cuidados à PSC politraumatizada, situação em que está bastante presente a necessidade do controlo da dor, também associada a alterações no estado hemodinâmico. A PSC com politraumatismo foi monitorizada, observada por diversas especialidades médicas e cirúrgicas e o anestesista, de acordo com os dados recolhidos, prescreveu a analgesia a administrar que, aliada a estratégias não farmacológicas, como o posicionamento anatómico dos membros, ajudaram a que o doente obtivesse algum conforto até ser conduzido ao BO para intervenção cirúrgica.

A dor é um problema importante para os doentes no pós-operatório (Meissner, et al., 2018, conforme citado por Tamer & Dağ, 2020) e, embora a gestão da dor seja uma parte importante do cuidado no intra- e pós-operatório, 30-75% dos doentes refere dor moderada a severa no pós-operatório (Buvanendran et al., 2015; Gan et al., 2014; Meissner et al., 2015, conforme citado por Tamer & Dağ, 2020). Segundo os mesmos autores, o objetivo da gestão da dor aguda é prevenir complicações no pós-operatório, acelerar o processo de cura, minimizar efeitos secundários causados pelos analgésicos, prevenir que a dor aguda se transforme em dor crónica e reduzir a frequência e a intensidade da dor. Uma experiência negativa de dor pode aumentar o medo e ansiedade, o que influencia a qualidade dos cuidados no pós-operatório.

Para Kastanias et al. (2020), obter informação pelos doentes é requisito para prevenir e tratar a dor cirúrgica, é uma necessidade universal, independentemente da língua, cultura, tipo de cirurgia, estado de saúde, idade ou experiências prévias de dor.

O contexto físico e ambiental também está associado a estados de dor, quando nos referimos à acomodação dos doentes em macas com poucas condições, marquesas operatórias muito rígidas e salas operatórias frias.

No BO, a analgesia era prescrita pelo anestesista e dependente do tipo de cirurgia, tendencialmente, numa cirurgia abdominal, a analgesia endovenosa era complementada com analgesia loco-regional, com raquianestesia ou com colocação de cateter epidural.

Estas vivências contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e família (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do doente, olhando-o e cuidando-o como um todo. Em contexto perioperatório, sobretudo intraoperatório, o doente que será submetida a um procedimento cirúrgico experiência elevados níveis de ansiedade (também relacionados com o processo de doença e hospitalização), pelo medo associado ao ato anestésico e à intervenção cirúrgica em si (AESOP,2012). Assim, a intervenção do enfermeiro perioperatório deve iniciar-se logo no primeiro contacto, pois este será o seu cuidador, advogando pela sua integridade, durante o período de grande dependência no perioperatório (Hamlin et al., 2009).

Segundo a AORN, conforme citado pela AESOP (2012), é função do enfermeiro perioperatório identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente e família, implementando um plano de cuidados individualizado, que conduza ao restabelecimento ou conservação da saúde e bem-estar do indivíduo nas fases pré-, intra- e pós-operatórias.

A família também deve ser alvo do cuidado do enfermeiro, os processos de saúde/doença não afetam apenas a PSC, mas também a sua família. Alterações a nível situacional, organizacional, exigências na mudança de rotinas e da estrutura familiar têm impacto significativo em todos os envolvidos.

O cuidado culturalmente competente atribui significado à família, envolvendo e informando sobre os cuidados e considerando que esta constitui uma importante fonte de informação para a colheita de dados sobre a PSC. O enfermeiro deve estar consciente das características únicas da família e integrá-las no processo de cuidar (Giger & Haddad, 2021).

O doente da UCI tem presente o risco de comunicação comprometida, pela intubação ou alteração do estado de consciência, tornando ainda mais importante a presença da família como fonte de informação (Luck, 2006). O mais prolongado e frequente contacto que tive com as famílias foi durante o estágio em UCI, as visitas eram diárias e permitiam momentos para comunicar e conhecer as mesmas.

Na minha abordagem pretendia criar uma relação terapêutica e empática, apresentando-me enquanto enfermeira e estudante de mestrado, questionava sobre o parentesco, transmitia informações sobre os cuidados e o estado do doente naquele dia. Procurei saber se existia alguma forma mais pessoal de se tratarem, alguma preferência de tema para conversar. Senti que aqueles cinco minutos em que apelava à sua atenção eram valorizados, por vezes no silêncio ou através de um sorriso entre lágrimas. Constatei ainda que existia uma reação no doente quando o chamava pelo mesmo nome que a família, *“senhor Tonho, tem a mota lá à porta da oficina”*.

Durante as visitas, os familiares estão muitas vezes focados nos monitores e alarmes desviando a atenção. Inicialmente é necessário investir algum tempo junto da família explicar a utilidade dos alarmes (facilitadores da vigilância e deteção de sinais de instabilidade), mas que não devem ser o foco da atenção da família durante o curto período da visita.

A alteração da imagem no doente era também fator para o desvio de atenção, alguns familiares evitavam olhar diretamente e tocar no seu ente querido, sendo os monitores refúgio nestas situações.

Acredito, desta forma, ter desenvolvido competências especializadas na gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No decorrer dos estágios foi possível realizar alguns turnos de gestão, tanto na gestão diária da prestação de cuidados com o enfermeiro responsável de turno, como com o enfermeiro gestor, que gere todo o funcionamento do serviço, recursos humanos e materiais. Para além da possibilidade de desenvolver competências, considero que só conhecendo a gestão de um serviço/hospital poderemos desenvolver um pensamento e julgamento crítico que nos permite visualizar, compreender e reconhecer todo o trabalho por detrás da prestação de cuidados (consumos, farmácia, logística, rouparia, formulação de horários, gestão de conflitos, gestão de camas, etc.).

O enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, otimizando o processo de tomada de decisão, delegando e supervisionando tarefas. Constitui uma competência do enfermeiro especialista a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados, otimizando o trabalho

em equipa por forma a obter a melhor motivação e resposta dos colaboradores (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em equipas multiculturais, o enfermeiro responsável de turno e de gestão, enquanto líder, deve assumir estratégias de compreensão, adaptação, aceitação e imparcialidade da equipa constituída por profissionais de diversos contextos culturais. Há a necessidade de entender a diversidade cultural e comunicar de forma clara, educada e com respeito entre enfermeiros (Clayton et al., 2016).

Os profissionais de saúde assumem a prestação de cuidados de forma diária, estando presentes, respeitando e demonstrando empatia, são a cara da instituição de saúde, contudo, também os líderes gestores são chamados à responsabilidade quando falamos em alcançar os melhores resultados em saúde, existem muitas pressões relacionadas com a manutenção da saúde da instituição, associada à qualidade dos cuidados, proteção e retenção de trabalhadores e ainda objetivos económicos (Bello, et al., 2022).

É esperado que, em funções de liderança, essa pessoa conheça bem a sua equipa, seja como um exemplo, com capacidade de cooperação, comunicação, resolução de problemas, empatia e assertividade (Formozo et al., 2012, conforme citado por Silva et al., 2019), liderando os seus pares com respeito, transmitindo segurança e confiança.

A competência emocional é a forma como as pessoas, mesmo experienciando uma reação emocional, conseguem utilizar o seu conhecimento sobre emoções para manter uma relação adequada com os outros. Bisquerra (2002), citado por Jardim e Franco (2019), acrescenta que é o conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes para compreender, expressar e regular os fenómenos emocionais, referindo a dimensão do trabalho em equipa como uma delas. Um líder com competência emocional será capaz de responder de forma adequada mesmo em situações de stress (Aveleira, 2013; Tavares, 2013, conforme citado por Silva et al., 2019).

É fundamental uma liderança presente, que conhece os seus colaboradores e os faz sentir apoiados, fomentando o espírito de trabalho em equipa transversal na equipa multidisciplinar. São necessários bons líderes para conduzir as equipas à excelência.

Os turnos de gestão que realizei com os enfermeiros em cada contexto de estágio permitiu-me refletir sobre a importância de um bom líder para conduzir as

equipas à excelência, mas também para mediar conflitos na equipa e entre equipas multidisciplinares.

No SUC, o enfermeiro chefe de equipa é quem supervisiona a prestação de cuidados, faz a gestão dos elementos da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, faz a gestão e articulação de recursos materiais, é o gestor de conflitos e colabora na gestão de vagas e transferências para o internamento.

Na UCI, o enfermeiro responsável de equipa assume a distribuição dos restantes elementos no turno, o aprovisionamento de material necessário à prestação de cuidados, a gestão de vagas e transferências e ainda a recolha estatística do número de doentes com cateter vesical, cateter venoso periférico e cateter venoso central. No turno da manhã, na ausência do enfermeiro com funções de gestão, é o enfermeiro responsável de turno que assiste à passagem de turno da equipa médica.

No BO, a enfermeira chefe e a enfermeira com funções de segundo elemento gerem a distribuição dos enfermeiros nos diferentes postos e áreas de trabalho, estão em contacto permanente com elementos superiores e o departamento de gestão de camas, atualizando a necessidade de vagas para cirurgias programadas e urgentes, gerem pedidos de estupefacientes, respondem a incidentes reportados na plataforma *HER+* e o aprovisionamento quando os níveis falham ou existem ruturas de *stock*.

No percurso de aquisição e desenvolvimento de competências foi ainda possível realizar turnos com equipas de gestão de camas e altas, estes turnos permitiram-me conhecer melhor os hospitais e os seus serviços, o funcionamento da gestão de altas e a referência de doentes.

Os turnos de gestão de camas e altas foram mais uma experiência em gestão de conflitos. Os hospitais estão sob forte pressão de recursos humanos, mas também materiais. A falta de vagas de internamento leva a que doentes que necessitem de internamento fiquem “internados” em salas de observação nos serviços de urgência. É necessário um trabalho diário e insistente de enfermeiros e médicos na procura da gestão mais eficiente de vagas/altas e no encaminhamento para a rede de cuidados continuados, para permitir que outros doentes sejam intervencionados e recebam melhores cuidados.

Com a realização destas atividades, acredito ter adquirido competências na gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na

equipa de saúde, para maior segurança e qualidade, bem como na liderança e gestão adaptadas aos recursos e necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Esta questão da sobrelotação hospitalar conduz, também, a questões relacionadas com a prevenção e controlo da infeção hospitalar.

Nos contextos de SUC, UCI e BO são frequentes procedimentos invasivos complexos para monitorização, administração de protocolos terapêuticos complexos e intervenções cirúrgicas, estes aumentam o risco de infeção e contaminação por microrganismos multirresistentes. Cabe aos enfermeiros assumir a implementação de medidas de controlo e prevenção da infeção, tendo em consideração as precauções básicas de controlo de infeção.

No que concerne ao controlo da infeção no BO, existem aspetos específicos do papel do enfermeiro perioperatório. É necessário que cada interveniente desenvolva a chamada consciência cirúrgica, que é definida pela AESOP (2012) como um sistema de valores que conduzem à prática correta a qualquer altura do desempenho profissional.

A limpeza e desinfeção das diversas zonas do BO estão sujeitas às normas estabelecidas pelo GCL-PPCIRA. O enfermeiro especialista deve conhecer os procedimentos e circuitos para a prevenção e controlo da infeção pelas vias de transmissão.

No BO todos os profissionais de saúde intervenientes são auditados regularmente pelos elos de ligação do PPCIRA, para a lavagem e desinfeção das mãos, são testadas as superfícies limpas e os dados são divulgados posteriormente em sessões de formação interna com vista à melhoria dos resultados.

É fulcral que o enfermeiro especialista conheça o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e as diretivas das comissões de controlo de infeção, compreendendo as necessidades específicas do serviço. A instituição onde realizei estágio no BO integra o desafio “STOP infeção Hospitalar”, promovido pela Fundação Gulbenkian em parceria com a DGS e o PPCIRA, havendo cartazes distribuídos pelos elevadores alusivos às normas da DGS sobre os “Feixe de Intervenções”.

Em 2015 a DGS lançou as normas clínicas com os “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção do local cirúrgico, da pneumonia associada à intubação e da infeção relacionada com o cateter vascular central. Estas normas, inseridas no objetivo estratégico “5.3 Reduzir as infeções

associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, têm como objetivo uniformizar a implementação dos feixes de acordo com a evidência disponível. Os feixes de intervenção constituem um conjunto de intervenções que promovem a melhoria dos resultados pela sua aplicação num todo, ao invés de individualmente (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

O conhecimento e o estudo destes feixes de intervenção permitiram nortear as minhas intervenções de enfermagem indo de encontro ao preconizado para uma correta colocação, manutenção e prestação de cuidados aos doentes submetidos a procedimentos invasivos.

Durante o estágio na UCI prestei cuidados à PSC submetida a intubação endotraqueal. O feixe de intervenções na prevenção da pneumonia associada à intubação recomenda a implementação das seguintes intervenções integradas: utilizar sedação ligeira, realizar provas de ventilação espontânea diárias, manter a cabeceira do leito elevada a 30°, realizar higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia e manter a pressão do balão do tubo ou cânula endotraqueal entre os 20 e 30cmH<sub>2</sub>O, sabendo que a pneumonia associada à intubação surge no doente submetido a intubação endotraqueal há mais de 48 horas ou extubado há menos de 48 horas (Direção-Geral da Saúde, 2015c). Estas intervenções eram adequadas a cada doente num plano de cuidados individualizado e realizado pela equipa multidisciplinar.

Antes de iniciar a prestação de cuidados à PSC sob intubação endotraqueal analisava cuidadosamente a necessidade de aspiração de secreções na cavidade oral e via aérea superior, realizando a higiene oral com clorexidina 2% e repetindo a cada turno pelo menos três vezes por dia. Os filtros do ventilador eram substituídos diariamente e os circuitos apenas quando absolutamente necessário, segundo a Direção-Geral da Saúde (2015c), a troca frequente dos circuitos ventilatórios parece estar associada ao aumento do risco de pneumonia associada à intubação e ao aumento dos custos associados.

A cabeceira do leito, para a prestação de cuidados de higiene, era baixa, mas sempre mantendo a atenção nos parâmetros vitais, frequentemente os doentes descompensavam a função respiratória e cardiovascular com alteração significativa no perfil tensional. Nestas situações devemos agir de imediato em função das alterações

observadas, por vezes voltar a elevar a cabeceira é suficiente, mas presenciei situações mais graves onde foram necessários ajustes ventilatórios, na analgesia e na perfusão de vasopressores. A aspiração de secreções das vias aéreas inferiores era realizada apenas quando necessária ou por indicação médica, como para colheita de expectoração para análise. Aspirei secreções com recurso a instilação de 5ml de soro fisiológico e insuflação com ambu e também tive oportunidade de aspirar secreções através de circuito fechado, que desconhecia o seu manuseamento.

Após a prestação de cuidados era controlada a pressão do balão do tubo ou cânula, contudo, pela ausência de *cuffometro* este controlo era realizado através do recurso a uma seringa e à sensibilidade do enfermeiro que manuseava o balão. Esta ausência de recursos de monitorização e controlo de pressão do *cuff* foi abordada no estudo caso realizado, relatando a rotura do balão de uma cânula após controlo da pressão. Esta PSC tinha sido submetida a traqueotomia há menos de 24 horas, encontrava-se sob ventilação mecânica invasiva e o incidente resultou em desadaptação ventilatória, perfil hipertensivo de difícil controlo, com necessidade de aumentar a sedoanalgesia. Este doente veio a falecer dias depois.

Quanto aos níveis de sedação, estes eram adaptados diariamente sempre que considerado necessário pela equipa médica. As provas de ventilação espontânea eram realizadas aos doentes que cumpriam critérios, após avaliação pelo médico intensivista. O doente era colocado em modo ventilatório de pressão assistida e com auxílio de um tubo em "T" era avaliada a tolerância à ventilação espontânea ou o tempo em que era tolerada.

Em 2020, verificou-se uma diminuição da incidência de pneumonia associada à intubação para 5,0 por 1000 dias de intubação, comparado com 7,1 por 1000 dias de intubação em 2014 (Direção-Geral da Saúde, 2015c).

Em contexto perioperatório a prevenção da infeção do local cirúrgico assume grande relevância. Na fase pré-operatória é norma da DGS a realização do rastreio para *Staphylococcus aureus* metilina resistente, o resultado ditará a necessidade de se realizar a descolonização nas cirurgias de elevado risco de infeção para este agente. É procedimento habitual para todas as cirurgias no BO onde estagiei o banho com clorexidina 2% e a tricotomia é realizada preferencialmente na sala operatória com uma máquina com peça de corte de uso único. Existe em cada sala uma norma de

administração profilática de antibiótico, ainda que esta esteja sempre dependente de confirmação pelo cirurgião responsável aquando da entrada do doente na sala e tendo em consideração o cumprimento dos tempos de administração do antibiótico prescrito.

A preparação da pele no local cirúrgico é efetuada com solução antisséptica de clorexidina 2% em álcool a 70%, exceto quando existe exposição de cavidade abdominal ou em locais anatómicos onde o seu uso esteja desaconselhado.

Durante a fase intraoperatória o enfermeiro partilha com o anestesista a responsabilidade pela manutenção da normotermia ( $\geq 36^{\circ}\text{C}$ ), normoglicemia ( $\leq 180\text{mg/dl}$ ) e saturação periférica de oxigénio ( $\geq 95\%$ ). Estas monitorizações estão protocoladas no hospital e são sujeitas a auditorias regulares, com partilha dos resultados como preconiza a Direção-Geral da Saúde. Outros fatores de risco para a infeção do local cirúrgico são a duração da cirurgia, a técnica cirúrgica e o tipo de cirurgia, a contaminação do campo operatório, do material utilizado, do ar, das mãos dos intervenientes. Deve procurar manter-se a consciência cirúrgica e evitar-se a entrada e saída de pessoas da sala sem que exista essa necessidade.

O local de desinfeção de pessoal, segundo a ACSS (2011), deve encontrar-se entre o vestiário e a sala de operações, comunicando com esta através de uma porta com abertura por interruptor e deve ser suficientemente espaçoso para que durante a desinfeção cirúrgica das mãos não exista o risco de contacto físico.

No pós-operatório deve manter-se a homeostasia, com a normotermia, normoglicemia e saturação periférica de oxigénio nos parâmetros recomendados. Fulcral é ainda realizar o penso à ferida cirúrgica cumprindo a técnica asséptica.

Segundo dados da DGS (2015b), a infeção do local cirúrgico é responsável por 7 a 11 dias de internamento adicional e aumenta o risco de mortalidade entre 2 a 11 vezes.

A algaliação é um procedimento de rotina em UCI, é fundamental monitorizar o balanço hídrico para auxiliar na avaliação da função renal, no BO, por exemplo em cirurgias ginecológicas as doentes são algaliadas para prevenir lesões da bexiga. É, contudo, importante considerar a remoção do cateter vesical tão breve quanto possível e manuseá-lo com as precauções e técnica asséptica para prevenção da infeção.

Durante os estágios existiu a possibilidade de prestar cuidados a doentes com CVC e linha arterial, auxiliando na sua colocação, realizando colheitas de sangue para análise e gasometrias diárias através dos mesmos.

O CVC é inserido por médicos com treino e experiência, seguindo o conjunto de intervenções do feixe de intervenções para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central (Direção-Geral da Saúde, 2015d). A avaliação para a remoção do cateter deve ser diária e a sua manipulação respeita as normas de higiene e descontaminação, sendo o penso realizado segundo o material utilizado, com compressa até 48h, com penso transparente até 7 dias ou sempre que se encontre visivelmente sujo ou descolado.

Em qualquer contexto e serviço deve ainda ter-se em consideração o isolamento profilático dos doentes contaminados ou colonizados com agentes microbianos, estes, dependente do agente, podem ser isolados por *coorte* ou isolamento restrito para controlar e evitar a disseminação do agente. Para além das PBCI, existem precauções específicas para as diferentes vias de transmissão (contacto, gotículas e via aérea).

O recurso a precauções de contacto está indicado quando a transmissão envolve o contacto direto entre pele/mucosas, com transferência direta de microrganismos, entre doentes, pela contaminação das mãos dos profissionais ou pelo contacto indireto com superfícies contaminadas.

As precauções na via de transmissão por gotículas, para além das precauções básicas, está indicado nas suspeitas e nos doentes infetados ou colonizados por microrganismos que possam ser transmitidos por gotículas (tosse, espirro ou procedimentos como aspiração de secreções ou broncoscopia). Geralmente estas partículas percorrem distâncias superiores a 1 metro e não ficam suspensas no ar, não requerendo um cuidado especial com a ventilação.

Na transmissão por via aérea, geralmente partículas de dimensões  $\leq 5 \mu\text{m}$ , os microrganismos são transportados pelo ar e permanecem suspensos podendo ser inalados. Para esta via de transmissão é recomendado o isolamento em quarto individual, com pressão negativa, mantendo a porta fechada.

Estas e outras orientações estão disponíveis na página *web* da DGS no documento em atualização "Recomendações para as precauções de isolamento precauções básicas e dependentes das vias de transmissão", consultado pela última vez em fevereiro de 2024.

Na UCI existia um quarto de isolamento que permitia alterar as pressões. A pressão positiva do quarto de isolamento permite um isolamento protetor, com filtro de

ar HEPA para filtrar o ar que entra no quarto. Neste quarto existe uma antecâmara, a porta encontra-se fechada, o material de uso clínico era desperdiçado na alta do doente, todos os profissionais e familiares que entravam no quarto tinham de utilizar bata, máscara, luvas e touca.

Na UCI os doentes, exceto no quarto de isolamento, estavam em *open space* dificultando a gestão de isolamentos. Na admissão na UCI, todos os doentes eram colocados em isolamento de contacto, as precauções consistiam na utilização de equipamentos de proteção individual e no banho com clorexidina 2% durante 5 dias. No decorrer do estágio existiu um aumento de contágios pelo vírus da gripe A e SARS-COV, exigindo uma complexa gestão de isolamentos, com a colocação de todos os doentes sob medidas de isolamento.

Enquanto futura enfermeira especialista na PSC procurei assim desenvolver a competência que maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Saliento ainda a participação na formação interna sobre o Plano de Emergência Externa e Interna do SUC onde realizei estágio. Esta formação foi integrada na preparação para receber a Jornada Mundial da Juventude em Portugal.

O plano, revisto pela última vez em junho de 2016, descreve um conjunto de ações que definem a atuação e responsabilidades dos profissionais como resposta a situação de catástrofe ou de emergência externa. A formação refere as alterações que acontecem no SUC com a ativação do plano e como devem os profissionais proceder para a ativação do mesmo. Reforça a necessidade do envolvimento de todos e do conhecimento das posições que cada um deve assumir numa situação de crise. A ativação do plano é exigente na gestão de recursos humanos e materiais, sendo fundamental prever necessidades e articular de forma eficiente com as autoridades responsáveis, respeitando a hierarquia e as suas orientações para manutenção da ordem, o que possibilitará a prestação e a continuidade de cuidados.

É competência do enfermeiro especialista na PSC dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Regulamento n.º

429/2018, 2018), para tal, deve ser conhecedor do Plano de Segurança Interno, colaborando na sua revisão.

Como resposta à necessidade de aprofundar esta competência participei no *Webinar* Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe organizado pela Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria e pela *Ocean Medical*, que permitiu assimilar conhecimentos partilhados pelos preletores, especialistas e peritos em situações de emergência, exceção e catástrofe, bem como na liderança de equipas.

Integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório colaborei na organização do *I International Webinar - Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the critically ill person - Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care*, organizado em conjunto pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e o I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, onde se procurou disseminar e contribuir para o novo conhecimento, buscando a prática clínica especializada na área da liderança nos cuidados à PSC.

- ❖ Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica
- ❖ Definir estratégias para diminuir barreiras comunicacionais em contexto perioperatório
- ❖ Desenvolver competências especializadas promotoras da comunicação efetiva com a pessoa em situação crítica em contexto perioperatório

Giger e Haddad (2021), recomendam diversas estratégias e intervenções para uma prática de cuidados culturalmente competentes pelos enfermeiros: avaliando os fenómenos culturais, sendo flexíveis, interessados e respeitadores da cultura, planeando, avaliando e reformulando o plano de cuidados individualmente e de acordo com os aspetos culturais, recorrendo a técnicas de comunicação e avaliando a compreensão da mensagem, falando de forma calma e com linguagem adequada, evitando termos médicos ou abreviaturas. As autoras referem ainda o recurso a intérpretes como facilitadores da comunicação e sugerindo um intérprete com sensibilidade cultural. A presença e a formação de intérpretes médicos profissionais facilita o acesso e a compreensão da informação médica, contribuindo para decisões em saúde mais conscientes, maior satisfação do doente e melhores resultados em

saúde, estes podem estar presentes fisicamente, por videochamada ou chamada telefónica (Krupić et al., 2019; Rorie, 2015; Agnew & Jorgensen, 2012).

Gaspar et al. (2020), numa *Scoping Review* sobre estratégias dos enfermeiros para ultrapassar barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas, referem que são necessárias competências emocionais (respeito, conforto, intercâmbio cultural, ser livre de preconceitos), competências cognitivas (aquisição de conhecimentos sobre outras culturas e a sua compreensão), competências comportamentais (flexibilidade para a comunicação verbal e não verbal) e, finalmente, competências linguísticas (dominar vários idiomas e não colocar a sua cultura como dominante no processo de cuidar).

Como refere Campinha-Bacote (2002) ser culturalmente competente exige uma motivação intrínseca, conjugando consciência cultural, conhecimento cultural, encontro cultural, habilidade cultural e desejo cultural.

Constituem estratégias para a comunicação efetiva adaptar a linguagem, recorrer a imagens ou figuras para facilitar a transmissão da informação, tendo em atenção as cores e tamanho das letras. Recorrer às tecnologias de informação e comunicação, com suporte visual e auditivo, como fonte de informação. Pedir ao doente que resuma as informações transmitidas e recorrer ao familiar/acompanhante para auxiliar na comunicação. Pode ainda recorrer-se à mímica, leitura de lábios e língua gestual em doentes com défices auditivos.

De forma a contornar barreiras culturais, estas devem ser identificadas e comunicadas dentro da equipa multidisciplinar, analisando a melhor forma de resposta. Esta pode passar pela presença de um mediador cultural ou representante religioso ou pela alteração na dieta. Toda a avaliação cultural, barreiras identificadas e estratégias utilizadas devem ser registadas pelos elementos da equipa para favorecer a continuidade de cuidados.

Os doentes necessitam, querem e merecem que os cuidados de enfermagem sejam culturalmente competentes e os enfermeiros culturalmente competentes acreditam que cada pessoa e família merecem iguais oportunidades de acesso e cuidados justos de saúde, respeitando o papel da cultura nas suas conceções sobre saúde e doença (Smith, 2013).

A falta de conhecimento cultural, das crenças e valores, pode, por si só, constituir uma barreira, pois diferentes culturas possuem diferentes percepções e atribuições de significado para a mesma realidade (Gaspar et al., 2020). Constituem também barreiras o idioma, o preconceito relacionado com o vestuário, a desconfiança, crenças religiosas, o género do profissional e os papéis de organização familiar (Estevan & Ruíz, 2017).

As atividades realizadas no decorrer dos períodos de estágio têm a sua base de fundamento na evidência científica obtida durante a RIL e a pesquisa na literatura cinzenta, na reflexão e análise dos resultados obtidos, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializada à PSC de diferente *background* cultural, mas também a todos os que recorrem à instituição de saúde e que necessitam de cuidados.

Os resultados da RIL foram fundamentais para compreender como é possível intervir e as estratégias úteis para ultrapassar barreiras como as comunicacionais.

Uma situação prática experienciada na UCI demonstrou a relevância do conhecimento cultural, de desenvolver estratégias de comunicação efetiva e da necessidade de articulação com entidades e instituições externas para proporcionar melhores cuidados, maior satisfação do doente e atingir melhores resultados em saúde.

Paquistânês, a residir em Portugal há mais de 7 anos, com a sua situação regularizada, dá entrada no serviço de urgência por AVC. Afásico, sem família ou pessoa significativa, esteve internado na UCI por vários dias para estabilização hemodinâmica e tratamento de infeção respiratória adquirida na comunidade.

Durante o tempo em que esteve internado na UCI a equipa acreditava que não compreendia português, observei a prestação de cuidados sem que fossem criadas oportunidades ou utilizadas estratégias de comunicação. Até que a fisioterapeuta, utilizando mímica e palavras simples, demonstrou que era possível comunicar de forma efetiva com o doente. Ele não só entendia o que lhe era dito como tentava responder por sons e gestos.

Pelo estado clínico crítico e a afasia, a avaliação deste doente foi incompleta, baseada em poucas informações do acompanhante no dia da entrada no serviço de urgência. Também as questões culturais não foram relevadas. Quando estive responsável pela sua prestação de cuidados comunicámos e percebemos que tinha um irmão. Desta forma, o Serviço Social em colaboração com o CLAIM da região, viriam a

estabelecer uma videochamada com o irmão e esta possibilitou o acesso à Rede de Cuidados Continuados Integrados, processo que exige a existência de uma pessoa responsável pelo doente.

Com este doente foi possível realizar testes à capacidade de deglutição com recurso a espessante alimentar, voltar a ingerir alguns alimentos com textura de pudim foi um momento de felicidade para o doente, que não expressava necessidades relacionadas com a religião, mas valorizava o tempo de contacto com os profissionais de saúde e a sua atenção, estimulando a comunicação, sobretudo não verbal.

Outra experiência cultural que enriqueceu o meu percurso de aquisição de competências e possibilitou a disseminação de conhecimento pela equipa multidisciplinar foi vivenciada no bloco de partos durante o estágio no BO.

Uma jovem afegã, deu entrada no bloco de partos para cesariana gemelar. Como enfermeira perioperatório de apoio à anestesia já me encontrava na sala à sua chegada, com todos os fármacos prescritos preparados e devidamente identificados e todos os equipamentos necessários testados e funcionantes. Esta preparação prévia permite que tenhamos mais disponibilidade para oferecer à grávida. O facto de estarem presentes duas enfermeiras de apoio à anestesia (sendo eu uma estudante de mestrado com atenção especial às questões culturais), permitiu que se criasse a oportunidade perfeita para o desenvolvimento de competências. Começámos por tentar conhecer melhor a jovem, primeiro filho (gémeos), falava mal português, mas compreendia a comunicação clara e simples, o marido apenas falava inglês e encontrava-se noutra sala porque, segundo as suas crenças e valores culturais, sendo a mãe da jovem a matriarca seria ela a pessoa indicada como acompanhante. Contudo, a jovem desejava partilhar o momento com o marido. Ao discutir a situação com a equipa multidisciplinar, concordámos que se deveria comunicar com a matriarca e tentar fazer com que o futuro pai estivesse presente como acompanhante.

A mãe da jovem falava um inglês fluente, apresentei-me, expliquei a situação e pedi que atendesse ao desejo da filha, permitindo que o futuro pai estivesse presente num momento tão especial para o casal. A matriarca acabou por assentir e, na presença do marido a jovem não conteve a emoção, foi um momento de felicidade contagiante.

Nesta situação pude salientar a importância da nossa sensibilidade e de gestos simples que, atribuindo significado às crenças e valores culturais, podem trazer

pequenas mudanças que influenciam positivamente a experiência dos cuidados pelos nossos doentes.

É importante que a sensibilidade cultural cresça na nossa profissão, que seja permitido o tempo para uma avaliação transcultural baseada nos seis fenómenos culturais de Giger e Davidhizar e que este conhecimento permita um discernimento e desenvolvimento de estratégias que proporcionam resultados tanto para os doentes como para profissionais.

Cada situação e pessoa é única e garantir uma comunicação eficaz exige uma abordagem personalizada. O BO, por si, não é um local onde se permita o tempo necessário para criar uma relação terapêutica com o doente, por isso, os enfermeiros devem desde a entrada no hospital começar a construí-la, comunicando, colhendo dados relevantes e transmitindo aos colegas na transição de cuidados, promovendo a continuidade de cuidados e um ambiente de colaboração entre enfermeiro-doente.

Comunicar de forma simples, com linguagem clara, concisa recorrendo a frases curtas, evitando o jargão médico, recorrer a intérpretes e incentivar a pessoa a repetir a informação transmitida (Agnew & Jorgensen, 2012) são estratégias para uma comunicação mais eficaz, contudo, devemos estar conscientes do tempo que a mobilização destes recursos exige.

Quando falamos em contexto perioperatório é impossível não referir o consentimento informado e a forma como deve ser obtido, preferencialmente por escrito e após o esclarecimento da pessoa quanto aos procedimentos a realizar.

Um recurso que exige algum planeamento e tempo para a sua utilização são os tradutores ou intérpretes. A barreira linguística pode ser ultrapassada recorrendo a serviços de tradução (Krupić et al., 2019), garantindo assim que a mensagem é transmitida de forma completa e compreendida. Este ponto é muito relevante na obtenção do consentimento informado assinado pelo doente, constatamos diversas vezes que o doente não se encontra suficientemente informado e esclarecido sobre os diagnósticos e a intervenção cirúrgica a que será submetido.

O consentimento informado está previsto na base XIV da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019), é um processo de comunicação entre o prestador de cuidados de saúde e o doente (maior de 16 anos) ou responsável, que, assegurando o princípio ético do respeito pela autonomia, reconhece a vontade e a capacidade do doente para

assumir de forma livre as suas decisões de saúde e dos cuidados que são propostos. O consentimento informado deve ficar registado no processo clínico.

Ora, se é pretendido que o doente tome uma decisão informada, esclarecida e livre sobre os procedimentos propostos, é fundamental que a informação seja transmitida de forma perceptível pelo mensageiro, constituindo a não existência de consentimento informado um crime contra a liberdade do doente. Para tal, é necessário que, se for o caso, haja recurso ao serviço de tradução por uma entidade externa, por um profissional de saúde ou por um familiar ou pessoa de referência para o doente. É dever do médico certificar-se de que o doente ou responsável está devidamente informado, prestando todos os esclarecimentos dentro das suas especificidades.

Está ainda previsto pela lei o consentimento a rogo, este é válido nas situações em que o doente está consciente e capaz de avaliar o ato proposto, contudo, não se encontra capaz de assinar o documento, desta forma o consentimento será válido mediante a assinatura pelo médico responsável e duas testemunhas.

O consentimento presumido é recurso em situações de emergência, quando o atraso no início do procedimento cause dano grave para a vida ou situação de saúde do doente, quando o doente não se encontra na capacidade de discernir sobre a sua situação ou quando não existe a presença de um representante legal. O dissentimento é o direito do doente em recusar o procedimento. Estas e outras informações estão descritas na Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, revista em 2015.

Com recurso a tradutores/intérpretes ou a outras estratégias de comunicação verbal ou não verbal, é de suma importância estar certo que a mensagem foi recebida e compreendida corretamente, pois, podemos considerar que transmitimos as informações de forma adequada, mas o doente ou família não a compreendeu corretamente. Uma opção passa por fazer algumas questões abertas e possibilitar a colocação de dúvidas.

No SUC, o contacto mais frequente com pessoas que não falavam português foi durante o turno realizado na sala de triagem, foi interessante observar as estratégias de comunicação não verbal e ainda perceber que o principal recurso para facilitar a comunicação é a multiculturalidade da equipa multidisciplinar, inclusivamente, durante o período de estágio, fui chamada para a tradução português-alemão. Sabendo que o serviço de intérpretes traz benefícios nos resultados em saúde e satisfação do doente

(Krupić et al., 2019; Rorie, 2015; Agnew & Jorgensen, 2012), apesar do contacto do serviço de tradução estar afixado em cada posto de triagem este não é considerado uma estratégia eficaz, uma vez que a disponibilidade de um tradutor pode não ser imediata e o tempo para triar um doente, segundo a Triagem de Manchester, deve ser o mais curto e eficaz possível.

Os intérpretes facilitam e melhoram a comunicação, reduzem erros, promovem melhores cuidados, melhores resultados clínicos e maior satisfação dos doentes (Rorie, 2015). O recurso a familiares enquanto tradutores pode conter aspetos negativos como não conseguirem manter o foco quando se trata dos seus entes queridos (Smith, 2013), a linguagem médica nem sempre é fácil de traduzir e tenderão a fazer uma tradução que não é fiável (Bonus et al., 2022). Mais riscos associados a intérpretes/tradutores não oficiais são a omissão, adição, condensação, mudança de papéis ou riscos associados à confidencialidade (Pickens, 2021). O ideal será, sempre que possível promover o recurso a intérpretes profissionais (Krupić et al., 2019; Lundin et al., 2018; Rorie, 2015).

No SUC, o contacto telefónico do serviço de tradução do Alto Comissariado para a Migração, CNAIM e SEF, foi afixado em vários locais após o início do meu estágio. Considero que, apesar da utilização deste recurso na triagem não ser o mais viável, a sua utilização em SO é possível, uma vez que o fator tempo já não é tão limitado.

Quando não existe tempo para mobilizar um intérprete, podemos ainda recorrer à tecnologia, como aplicações móveis de tradução (Krupić et al., 2019) ou de videochamada que podem auxiliar a superar barreiras comunicacionais. Apesar de não ser o mesmo que cara a cara (Coleman & Angosta, 2016), a tecnologia permite a presença de familiares, envolvendo-os nos cuidados mesmo à distância, tornando-os elementos facilitadores na colheita de dados relevantes.

Quando nos referimos à família como intérprete, van Keer et al. (2019) salienta que alguns profissionais de saúde preferem recorrer a familiares ou pessoas relativas ao doente como intérpretes, ainda que existam intérpretes oficiais disponíveis.

Em contexto perioperatório, a primeira reunião com o doente cirúrgico é referida na literatura pela importância que pode ter na diminuição de barreiras (Krupić et al., 2019). A visita pré-operatória constitui a primeira intervenção do enfermeiro perioperatório, assumindo-se como profissional de referência no BO (Cabrita, 2011).

O Projeto da Visita Pré-Operatória, que aguarda reimplantação no BO onde estagiei, foi realizado por uma enfermeira especialista em Saúde Mental que reconhece a comunicação e a relação de ajuda como fundamentais para alcançar os melhores resultados em saúde. Num momento de partilha com a colega, esta explicou o porquê de ser uma visita e não uma consulta, demonstrando que a consulta por vezes acontece meses antes da data da intervenção cirúrgica e que pelo distanciamento temporal a pessoa tende a esquecer o que lhe foi explicado sobre o procedimento e os ensinamentos realizados. A visita envolve um período mais curto entre a intervenção do enfermeiro e a realização da cirurgia, pelo que se afigura uma estratégia com maior impacto no resultado pretendido: estabelecer uma relação terapêutica de confiança, contribuir para um doente/família mais informado, tranquilo e satisfeito com os cuidados prestados.

No BO, o enfermeiro perioperatório envia uma mensagem ao familiar ou acompanhante com informação do início e final de cirurgia. Esta ação tem o intuito de diminuir a ansiedade, aumentar os níveis de satisfação com os cuidados prestados e manter a família/accompanhante informada.

Na prestação de cuidados são necessárias *hard skills*, competências técnicas e conhecimentos específicos necessários à prática clínica, contudo, o cuidado culturalmente competente demanda também *soft skills*, que são as competências pessoais, características que nos valorizam e diferenciam enquanto profissionais: comunicação, ética laboral, trabalho em equipa, capacidade de tomada de decisão, gerir o tempo, motivar, ter pensamento crítico e resolução de conflitos, capacidade de adaptação a ambiente multicultural, por exemplo.

Os empregadores apreciam enfermeiros que possuem um balanço entre competências técnicas e *soft skills* no desempenho das suas funções em equipa multidisciplinar (Jamaludin et al., 2021). Para estes autores, as *soft skills* compreendem traços de personalidade, positividade, cordialidade e confiabilidade, ética, inteligência emocional e estilos de comunicação adaptados.

Num artigo de Ng (2020), segundo dados quantitativos, os doentes e família classificaram as *soft skills* da fiabilidade e capacidade de resposta como altamente importantes para os cuidados de enfermagem. As *soft skills* incluíam o pensamento crítico, aptidões sociais, capacidade de comunicação, trabalho em equipa e atitudes éticas (Bergh et al., 2014; Cimatti, 2016; Heckman e Kautz, 2012; Tulgan, 2015, conforme

citado por Ng, 2020). A adoção destas competências criam um impacto positivo nos resultados para os doentes e na sua satisfação (Dalaya et al., 2015; Hamann, 2014, conforme citado por Ng, 2020).

Em suma, as estratégias adotadas pelos enfermeiros culturalmente competentes para ultrapassar barreiras passam pelo conhecimento cultural e respeito pelas culturas, adaptação da comunicação às necessidades individuais da pessoa, às capacidades cognitivas e às representações que a saúde/doença podem ter nas diversas culturas (Ramos, 2012), como a presença religiosa e proporcionar a comunicação na língua mãe (Van Keer et al., 2017). Para tal, o investimento na formação para as questões culturais e o desenvolvimento de habilidades e competências de comunicação diferenciadas é muito importante, tanto para os estudantes, como para os profissionais de saúde.

Acredito, desta forma, ter desenvolvido competências comunicacionais e de relação, aprofundando o estudo destes temas na evidência científica, cuidando da PSC e sua família de forma empática e holística, com disponibilidade e respeito pelos valores éticos e deontológicos (Decreto-Lei n.º 161/1996, 1996; Lei n.º 156/2015, 2015). O percurso académico permitiu-me ainda desenvolver competências relacionadas com a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, no que concerne a demonstrar conhecimentos sobre estratégias facilitadoras da comunicação com a pessoa com barreiras à comunicação (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

## Conclusão

Ao longo deste relatório procurei realizar uma reflexão crítica entre a prática clínica, decorrente nos contextos de estágio e as referências teóricas, científicas e legais resultantes do meu trabalho de pesquisa, na revisão integrativa da literatura.

Numa sociedade em constante evolução científica e tecnológica, o enfermeiro e a profissão de enfermagem estão também em permanente desenvolvimento, para tal, é fundamental acompanhar a atualização, procurando desenvolver competências diferenciadas para a melhoria na prestação de cuidados e obtenção dos melhores resultados em saúde, baseando e fundamentando a nossa prática na melhor e mais recente evidência científica.

Esta evolução da sociedade demanda, por parte dos enfermeiros e de todos os envolvidos no processo de cuidar, uma consciencialização para a aquisição, atualização e aprofundar dos conhecimentos culturais. No mestrado em Saúde Pública, que concluí no ano de 2013, desenvolvi o tema da Responsabilidade Social em Saúde Pública, na altura um conceito ainda sem definição. Com a aquisição e aprofundar de conhecimentos percebi que os enfermeiros podem também possuir a sua responsabilidade social, na medida em que são elementos privilegiados na promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa/família/comunidade. A enfermagem é uma profissão nobre, ética e o seu código deontológico demanda a atualização de conhecimentos, como refere o artigo 109º no dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, utilizar de forma competente as tecnologias, não esquecendo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Lei n.º 156/2015, 2015).

Num processo de atualização e melhoria contínua, incluir conhecimentos na perícia clínica é chave para o progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner, 2001).

A procura de construto teórico no Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, com a avaliação dos seis fenómenos culturais presentes em todas as culturas (comunicação, tempo, espaço, ambiente, organização social e variações biológicas), afigurou-se essencial para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes à PSC e família e ainda para uma tomada de decisão fundamentada. O cuidado culturalmente competente melhora o acesso e a qualidade

dos cuidados de saúde para todos, diminuindo as disparidades e potenciando os resultados (Smith, 2013).

O percurso académico foi desenvolvido continuamente, culminando na execução deste Relatório de Estágio que foi enriquecido pelas atividades planeadas na criação do projeto, fundamentadas na RIL, pela participação em ações de disseminação do conhecimento e na prestação de cuidados culturalmente competentes à PSC e família, cumprindo os objetivos propostos e adquirindo/desenvolvendo competências de mestre e enfermeiro especialista na PSC.

Todos os contextos se demonstraram desafiantes e ricos na prestação de cuidados à PSC e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica, com grande enfoque na comunicação efetiva, na diversidade e sensibilidade cultural, bem como, na sua relevância nos comportamentos de saúde/doença, satisfação do doente e melhoria contínua dos resultados em saúde.

Considero ter desenvolvido competências Comuns de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e Específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), bem como as competências de Enfermeiro Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), demonstrando possuir conhecimentos e capacidade de os compreender, desenvolver, aprofundar e emitir juízos, aplicando-os na prática e na aprendizagem ao longo da vida.

A diminuição das barreiras comunicacionais e a promoção da comunicação efetiva com o doente de diverso *background* cultural no perioperatório deve começar na admissão do doente, em SU ou de forma eletiva, possibilitando a presença da família, proporcionando serviço de tradução ou apoio religioso, por exemplo.

Os dados recolhidos sobre o doente devem ser registados, facilitando a continuidade de cuidados e contribuindo para a melhoria nos resultados esperados. O tempo no BO, para a equipa conhecer o doente, podem ser apenas alguns minutos. De forma a antecipar o plano de cuidados, é importante que exista uma comunicação eficaz na equipa multidisciplinar no momento da passagem de informação.

O cuidado culturalmente competente é interdependente, todos os profissionais devem adquirir consciência cultural e procurar contribuir para cuidados holísticos que consideram todas as vertentes do doente, incluindo o respeito pelos fenómenos culturais.

É fundamental atribuir maior relevância às questões culturais, aumentando a consciencialização e conhecimento sobre a temática do cuidado culturalmente competente, com maior investimento na formação, melhor articulação entre os recursos disponíveis na instituição e os representantes/elementos facilitadores na comunidade a que os profissionais podem recorrer.

A RIL e toda a pesquisa bibliográfica de evidência científica demonstra a importância da prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis, não somente à pessoa em situação crítica, mas também à família, conduzindo a melhores resultados em saúde e na satisfação dos alvos da prestação de cuidados.

Contudo, o número de artigos científicos e literatura encontrados na RIL sobre o cuidado culturalmente competente em contexto perioperatório revelou-se limitante. Pouca literatura atual incluía todos os critérios, pelo que, o aprofundar da temática, resulta em grande parte do contacto e partilha de experiências entre os pares e no aplicar das estratégias presentes na revisão da literatura.

Os desafios ao longo do percurso académico foram inúmeros, a dificuldade para conciliar os horários laborais e de estágio, a gestão do tempo para as restantes atividades escolares e familiares demonstraram uma capacidade de resiliência que, em parte, desconhecia.

Futuramente pretendo continuar a trabalhar com o Serviço Social, os Recursos Humanos e o Conselho de Administração da instituição onde trabalho no sentido de atualizar as listas de tradutores do hospital e na promoção da utilização da videochamada para promoção da comunicação do doente com familiares que estão distantes e não têm possibilidade de visita, contribuindo para menor ansiedade e stress, melhorando o acesso à informação sobre o estado de saúde.

O reduzido número de artigos obtidos durante a RIL e a ausência de referências a alguns dos fenómenos culturais do Modelo de Giger e Davidhizar, como orientação social (religião, por exemplo), ou as variações biológicas (como as estratégias de *coping* ou outras características psicológicas relacionadas com o contexto perioperatório), revela que ainda existe espaço para contribuir com estudos nesta área do cuidado culturalmente competente em contexto perioperatório.

## Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). Recomendações técnicas para bloco operatório: RT 05/2011. Ministério da Saúde. [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT\\_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf)
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações técnicas para a instalação de unidades de cuidados intensivos. Ministério da Saúde <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>
- Alto Comissariado para as Migrações, I.P.. (2022). Guia de acolhimento para migrantes. ACM. <https://www.acm.gov.pt/documents/10181/0/Guia+de+Acolhimento+para+Migrantes/>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidacta
- Agnew, J., & Jorgensen, D. (2012). Informed consent: a study of the OR consenting process in New Zealand. *AORN journal*, 95(6), 763–770. DOI: [10.1016/j.aorn.2010.11.039](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.11.039)
- Alves, F., Bäckström, B., Nunes, J.S. (2012). Saúde e multiculturalidade. *Fórum Sociológico*, 22, 7-10. DOI: [10.4000/sociologico.537](https://doi.org/10.4000/sociologico.537)
- Baratipour, M., Hanifi, N. & Amini, K. (2021). Relationship between cultural intelligence with communication skills and social interactions of emergency department staff: A cross-sectional study. *Medical Surgical Nursing Journal*, 10(4), DOI: [10.5812/msnj.121175](https://doi.org/10.5812/msnj.121175)
- Benbenishty, J., Gutysz-Wojnicka, A., Harth, I., Barkestad, E., Satosek, D., Jacobsson, K., & Blackwood, B. (2017). The migrant crisis and the importance of developing cultural competence in the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 22(5), 262–263. DOI: [10.1111/nicc.12313](https://doi.org/10.1111/nicc.12313)
- Bello, C., Filipovic, M. G., Andereggen, L., Heidegger, T., Urman, R. D., Luedi, M. M. (2022). Building a well-balanced culture in the perioperative setting. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 36(2), 247-256. Doi: [10.1016/j.bpa.2022.05.003](https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.05.003)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. (2 ed.). Quarteto.

- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2 ed.). Springer Publishing.
- Bonus, C. G., Northall, T., Hatcher, D., & Montayre, J. (2022). Experiences of perioperative care among ethnically diverse older adult patients: An integrative review. *Collegian*, 29(6), 911–923. DOI: [10.1016/j.colegn.2022.07.006](https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.07.006)
- Cabral, D. M. G. G. C.(2004). Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: Contributos para a sua implementação [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/64648>
- Campinha-Bacote J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 13(3), 181–201. DOI: [10.1177/10459602013003003](https://doi.org/10.1177/10459602013003003)
- Chao, M. M., Okazaki, S., & Hong. Y. (2011). The quest for multicultural competence: Challenges and lessons learned from clinical and organizational research. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 263-274. DOI: [10.1111/j.1751-9004.2011.00350.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00350.x)
- Clayton, J., Isaacs, A. N., & Ellender, I. (2016). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 7–15. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014)
- Coleman, J. S. & Angosta, A. D. (2016). The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited english proficiency: A silent shift. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 678–689. DOI: [10.1111/jocn.13567](https://doi.org/10.1111/jocn.13567)
- Davidhizar, R., Dowd, S. B., & Bowen, M. (1998). The educational role of the surgical nurse with the multicultural patient and family. *Today's Surgical Nurse*, 20(4), 20–24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10026642/>
- Davidhizar, R., & Giger, J. (1998). *Canadian transcultural nursing: Assessment and intervention*. C. V. Mosby

- Davidhizar, R., & Giger, J. N. (2001). Teaching culture within the nursing curriculum using the Giger-Davidhizar Model of Transcultural Nursing Assessment. *The Journal of nursing education*, 40(6), 282–284. DOI: [10.3928/0148-4834-20010901-10](https://doi.org/10.3928/0148-4834-20010901-10)
- Davidhizar, R. & Giger, J.N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*, 5, 47-55. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2003.00208.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2003.00208.x)
- Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República*. 1.ª Série (N.º 205 de 4 de Setembro de 1996), 2959-2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 253/2009. (2009). Aprova o regulamento da assistência espiritual e religiosa no serviço nacional de saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*. 1.ª Série (N.º 185 de 23-08-2009), 6794-6798. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/253/2009/09/23/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (Nº 157 16-08-2018), 4147-4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, II Série (Nº 153 11-08-2014), 20673-20678. <https://dre.tretas.org/dre/318721/despacho-10319-2014-de-11-de-agosto>
- Despacho n.º 25360/2001. (2001). Determina que seja facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do serviço nacional de saúde (SNS), aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS. Ministério da Saúde. *Diário da República*, II Série (Nº 286

12-12-2001), 20597-20598.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/25360-2001-3622857>

Direção-Geral da Saúde. (2003). A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14 de junho. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Norma n.º 015/2013 atualizada a 04/11/2015. DGS. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Norma n.º 019/2015 atualizada a 20/08/2022. DGS. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_019\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022\\_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2015b). “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico. Norma n.º 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. DGS. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_loca\\_l\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_loca_l_cirurgico.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2015c). “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022. Portugal: DGS. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_021\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_pneum\\_assoc\\_intubacao\\_corrigida\\_marco\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2015d). “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central. Norma n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022. DGS. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022-prev\\_inf\\_cvc.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf)

Dobrowolska, B., Gutysz-Wojnicka, A., Ozga, D., Barkestad, E., Benbenishty, J., Breznik, K., Filej, B., Jarosova, D., Kaučič, B. M., Nytra, I., Smrke, B., Zelenikova, R., &

- Blackwood, B. (2020). European intensive care nurses' cultural competency: An international cross-sectional survey. *Intensive & Critical Care Nursing*, 60, 102892. DOI: [10.1016/j.iccn.2020.102892](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102892)
- Dudas, M. (2021). *Concept mapping: A powerful tool for building actionable knowledge*. EmergingEdTech. [www.emergingedtech.com/2021/06/concept-mapping-powerful-tool-building-actionable-knowledge/](http://www.emergingedtech.com/2021/06/concept-mapping-powerful-tool-building-actionable-knowledge/)
- Estevan, M. D. G., & Ruíz, M. C. S. (2017). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención. *Atencion primaria*, 49(9), 549–556. DOI: [10.1016/j.aprim.2016.10.013](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013)
- Gaspar, A. M., Branco, C. B., Pedro, C. F. S., Nunes, D. F., Alves, N. S., Reis, A. (2020). As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas – Uma scoping review. *Revista da UIIPS*, 8(1), 215-222. DOI: [10.25746/ruiips.v8.i1.19893](https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19893)
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (1995). *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. (2 ed.). Mosby- Year Book, Inc.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 13(3), 185–201. DOI: [10.1177/10459602013003004](https://doi.org/10.1177/10459602013003004)
- Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., Strickland, O., & American Academy of Nursing. (2007). American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of transcultural nursing*, 18(2), 95–102. DOI: [10.1177/1043659606298618](https://doi.org/10.1177/1043659606298618)
- Giger, J.N., & Haddad, L. G. (2021). *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. (8 ed.). Elsevier.
- Goodman, T., Spry, C. (2013). *Essentials of perioperative nursing*. Jones and Bartlett.
- Hamlin, L., Richardson-Tench, M., Davies, M. (2009). *Perioperative nursing: An introductory text*. Mosby.
- Heaslip, V., & Ryden, J. (2013). *Understanding vulnerability: A nursing and health care approach*. (1ªed.). Wiley Blackwell.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência.

- Holland, K. (2018). *Cultural awareness in nursing and health care: An introductory text* (3 ed.). Routledge.
- Jamaludin, T. S. S., Nurumal, M. S., Ahmad, N., Muhammad, S. A. N., & Chan, C. M. (2021). Soft skill elements in structured clinical nursing assessment for undergraduate nursing students: A systematic review. *Enfermeria Clinica*, 31(2), S58-S62. DOI: [10.1016/j.enfcli.2020.10.019](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.019)
- Jardim, J., Franco, J. E. (2019). *Dicionário de educação para o empreendedorismo*. (1 ed.). Gradiva.  
[https://www.researchgate.net/publication/340444002\\_Empreendipedia\\_-\\_Dicionario\\_de\\_Educacao\\_para\\_o\\_Empreendedorismo\\_Entrepreneurship\\_Education\\_Dictionary](https://www.researchgate.net/publication/340444002_Empreendipedia_-_Dicionario_de_Educacao_para_o_Empreendedorismo_Entrepreneurship_Education_Dictionary)
- Kastanias, P., Buzon-Tan, A., Zhang, B., & Robinson, S. (2020). What do adult surgical patients speaking primarily Cantonese, Italian or Portuguese really want to know about pain and pain management?. *Pain Management Nursing*, 21(5), 462-467. DOI: [10.1016/j.pmn.2020.02.003](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.02.003)
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, Inc.
- Krupić, F., Grbić, K., Čustović, S., Hamrin Senorski, E., & Samuelsson, K. (2019). Immigrant patients in brief meetings with anaesthetist nurses - Experiences from perioperative meetings in the orthopaedic setting. *Medicinski glasnik*, 16(1), 93-101. DOI: [10.17392/980-19](https://doi.org/10.17392/980-19)
- Lei n.º 95/2019. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a [Lei n.º 48/90](#), de 24 de agosto, e o [Decreto-Lei n.º 185/2002](#), de 20 de agosto. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 169 04-09-2019), 55-66. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a [Lei n.º 2/2013](#), de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 81 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts theories, research and practices*. (2ª ed.). McGraw-Hill.

- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice*. (3ª ed.). McGraw-Hill.
- Luck, F. (2006). Sprachbarrieren bei der pflege fremdsprachiger patienten: Sprechen sie deutsch?. *Pflegezeitschrift*, 4, 206-210.  
[https://www.researchgate.net/publication/7111879\\_Do\\_you\\_speak\\_German#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/7111879_Do_you_speak_German#fullTextFileContent)
- Lundin, C., Hadziabdic, E. & Hjelm, K. (2018). Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC Int Health Hum Rights*, 18(23), 1-14. DOI: [10.1186/s12914-018-0157-3](https://doi.org/10.1186/s12914-018-0157-3)
- Malone, R. E. (2000). Dimensions of vulnerability in emergency nurses' narratives. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 1-11. DOI: [10.1097/00012272-200009000-00005](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00005)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. DOI: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. da. (2016). Modelos de competência cultural: uma análise crítica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 72–89. <http://hdl.handle.net/10400.26/23731>
- Negrão, L. (2018, Janeiro 29). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Fundação Portuguesa de Cardiologia. <https://www.fpcardiologia.pt/fatores-de-risco-modificaveis-e-nao-modificaveis/>
- Neves, M. P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira De Bioética*, 2(2), 157–172.  
<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>
- Ng, L. K. (2020). The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study. *Nurse Education Today*, 85, 104302. DOI: [10.1016/j.nedt.2019.104302](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104302)
- Nichiata, L. Y. I, Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F., & Fracolli, L. A. (2008). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 16(5). DOI: [10.1590/S0104-11692008000500020](https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020)
- Oliveira, C. R. (2023). *Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual 2023* (1ª ed.) Observatório das Migrações. [www.om.acm.gov.pt/publicacoes-om/colecao-imigracao-em-numeros/relatorios-anuais](http://www.om.acm.gov.pt/publicacoes-om/colecao-imigracao-em-numeros/relatorios-anuais)

- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Comissão Nacional da UNESCO – Portugal. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). DOI: [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
- Pickens, B. (2021). Communicating with the american sign language user in the emergency department. (2021). *Journal of emergency nursing*, 47(1), 16–17. DOI: [10.1016/j.jen.2020.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.09.004)
- Provedor de Justiça. (2023, 20 de Julho). *Monitorização da Atividade e do Processo de Extinção do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras: Relatório*. Provedor de Justiça. [www.provedor-jus.pt/documentos/monitorizacao-da-atividade-e-do-processo-de-extincao-do-servico-de-estrangeiros-e-fronteiras/](http://www.provedor-jus.pt/documentos/monitorizacao-da-atividade-e-do-processo-de-extincao-do-servico-de-estrangeiros-e-fronteiras/)
- Ramos, M. N. P. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade - Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Reciis*, 6. DOI: [10.3395/reciis.v6i4.672pt](https://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt)
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série, (Nº 26 06-02-2019), 4744-4750. [Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro | DRE](https://dre.pt/web/guest/legislacao/normas-subordinadas/legislacao-em-vigencia/regulamento-n-140-2019-de-6-de-fevereiro)
- Regulamento n.º 190/2015. (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série, (Nº 79 23-04-2015), 10087-10090. [Regulamento n.º 190/2015 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://dre.pt/web/guest/legislacao/normas-subordinadas/legislacao-em-vigencia/regulamento-n-190-2015-de-23-de-abril)
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – Pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série, (Nº 135 16-07-2018), 19359–19370. [Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho | DRE](https://dre.pt/web/guest/legislacao/normas-subordinadas/legislacao-em-vigencia/regulamento-n-429-2018-de-16-de-julho)
- Reis, A. M. S. S. C. (2014). Da multiculturalidade em cuidados à produção de competências nos enfermeiros [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências

- Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Aberto Universidade do Porto.  
<https://hdl.handle.net/10216/84696>
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65–72. DOI: [10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x)
- Rorie, S. (2015). Using medical interpreters to provide culturally competent care. *AORN Journal. Periop Briefing*, 101(2). [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(14\)01420-3](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(14)01420-3)
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71–72. DOI: [10.1136/bmj.312.7023.71](https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71)
- Scanlon, A., & Lee, G. A. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: Why does it differ and what does it mean?. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 24(3), 54–59.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/175181674>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2023). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2022*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.  
<http://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2022). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2021*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.  
<http://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2021%20vfin2.pdf>
- Silva, M. A., Cardoso, É. L. S., Miranda, T. T. L., & Sampaio, J. (2019). Competências emocionais como dispositivo para integralização do cuidado em saúde: Contribuições para o trabalho interprofissional. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 10(2), 226. DOI: [10.5433/2236-6407.2019v10n2p226](https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n2p226)
- Smith, L. S. (2013). Reaching for cultural competence. *Nursing*, 43(6), 30–38. DOI: [10.1097/01.NURSE.0000429794.17073.87](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000429794.17073.87)
- Tamer, L. K., & Dağ, G. S. (2020). The assessment of pain and the quality of postoperative pain management in surgical patients. *SAGE Open*, 10(2). DOI: [10.1177/2158244020924377](https://doi.org/10.1177/2158244020924377)
- Toronto, C. E., & Remington, R. (2020). *A step-by-step guide to conducting an integrative review*. Springer. DOI: [10.1007/978-3-030-37504-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1)

- Van Keer, R. L., Deschepper, R., Huyghens, L., & Bilsen, J. (2017). Mental well-being of patients from ethnic minority groups during clinical care: A qualitative ethnographic study. *BMJ Open*, 7, 1-7. DOI: [10.1136/bmjopen-2016-014075](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014075)
- Van Keer, R. L., Deschepper, R., Huyghens, L., & Bilsen, J. (2019). Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: An ethnographic study. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2199–2207. DOI: [10.1016/j.pec.2019.06.017](https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.017)
- Vieira, M., Neves-Amado, J., & Deodato, S. (2018). *11th International seminar on nursing research proceedings - May 2017*. Porto: Instituto de Ciências Sociais. <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/26862/1/2017049.pdf>