



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM NA
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES
EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO**

***SPECIALIST NURSE INTERVENTIONS IN CULTURALLY
COMPETENT NURSING CARE IN THE PERIOPERATIVE
CONTEXT***

Bernardo Manuel Gonçalves da Fonseca

**Almada
2025**



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

I MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Relatório de Estágio

INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

SPECIALIST NURSE INTERVENTIONS IN CULTURALLY COMPETENT NURSING CARE IN THE PERIOPERATIVE CONTEXT

Bernardo Manuel Gonçalves da Fonseca

Professora Doutora Ana Vanessa Antunes

**Almada
2025**



AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar por agradecer a toda a minha família, em especial à minha mãe e à minha madrinha, pelo apoio inabalável e pela motivação constante que me deram para superar esta etapa. Agradeço também aos meus irmãos, primas e à minha tia, pelo carinho, pela escuta atenta e pelo apoio contínuo ao longo deste processo tão desafiante.

Aos meus amigos, um agradecimento especial, nomeadamente à minha amiga Cláudia, com quem partilhei tantas horas deste mestrado. Estendo também o meu reconhecimento às minhas colegas de trabalho, que sempre me apoiaram, mesmo sabendo que os nossos caminhos poderiam eventualmente seguir direções distintas.

Um agradecimento muito especial à pessoa que me amparou nos últimos momentos deste percurso, tornando os meus dias mais leves e felizes.

Agradeço sinceramente aos enfermeiros orientadores e à enfermeira gestora do meu atual local de trabalho, por acreditarem no meu potencial e investirem no aperfeiçoamento das minhas competências.

Por fim, expresso a minha profunda gratidão à Professora Doutora Ana Vanessa Antunes e à Professora Carmo Pereira, pela partilha de conhecimentos, pela confiança nas minhas capacidades e pelo investimento em mim enquanto profissional e académico.



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente documento académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas que o constituem. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

RESUMO

O presente relatório apresenta uma reflexão sobre o percurso realizado ao longo do estágio em dois contextos perioperatórios, evidenciando as competências desenvolvidas. Foi também realizada uma investigação centrada nos cuidados de enfermagem culturalmente competentes em contexto perioperatório, tema que emergiu da realidade intercultural vivida nos locais de estágio, onde se identificaram desafios específicos. Assim, notou-se a importância de garantir cuidados seguros, humanizados e sensíveis à diversidade cultural dos utentes.

Num mundo globalizado, emergem conceitos como multiculturalidade, interculturalidade e diversidade cultural. A multiculturalidade refere-se à convivência entre culturas distintas, mas com interação limitada. A interculturalidade, por sua vez, promove o diálogo e a troca entre culturas, enriquecendo a convivência. Já a diversidade cultural enfatiza a necessidade de proteger e valorizar as expressões culturais de diferentes grupos, mantendo a partilha intercultural. Tais conceitos ganham relevância no bloco operatório, ambiente tecnologicamente complexo e culturalmente diverso, onde prestar cuidados sensíveis à cultura constitui um desafio crescente. Neste cenário, o enfermeiro especialista assume um papel central na humanização dos cuidados e na criação de um ambiente terapêutico que respeite as dimensões culturais e espirituais da pessoa. Para tal, deve aplicar estratégias que favoreçam a integração e o respeito pelas práticas e crenças culturais dos utentes.

A revisão *scoping* realizada teve como objetivo mapear a evidência científica sobre os cuidados culturalmente competentes em contexto perioperatório, tendo identificado três áreas principais: barreiras aos cuidados culturalmente competentes, estratégias para a sua promoção, e o seu impacto na qualidade dos cuidados.

Conclui-se que o percurso de estágio e investigação foi determinante para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, reforçando a importância das competências culturais na prática perioperatória.

Palavras-chave: competência cultural; enfermagem perioperatória; diversidade cultural

ABSTRACT

This report showcases a reflection on the journey undertaken throughout the internship in two perioperative settings, highlighting the competencies developed. A research project was also conducted, focusing on culturally competent nursing care within the perioperative context. The selection of this topic emerged from the intercultural reality observed in the placement settings, where specific challenges were identified. Consequently, the importance of ensuring safe, humanised care that is sensitive to the cultural diversity of patients became evident.

In a globalised world, concepts such as multiculturalism, interculturality, and cultural diversity emerge. Multiculturalism refers to the coexistence of distinct cultures with limited interaction. In contrast, interculturality promotes dialogue and exchange between cultures, enhancing coexistence. Cultural diversity, meanwhile, emphasises the need to protect and value the cultural expressions of different groups while maintaining intercultural sharing. These concepts are particularly relevant in the operating theatre, a technologically complex and culturally diverse environment, where providing culturally sensitive care presents an increasing challenge. In this context, the specialist nurse plays a central role in the humanisation of care and in the creation of a therapeutic environment that respects the cultural and spiritual dimensions of the individual. To this end, they must implement strategies to support the integration and respect of patients' cultural beliefs and practices.

The scoping review aimed to map the existing scientific evidence on culturally competent care in the perioperative context, identifying three main areas: barriers to culturally competent care, strategies for its promotion, and its impact on the quality of care.

In conclusion, the internship and research project were essential for developing competencies of the specialist nurse, reinforcing the importance of cultural competence in perioperative nursing practice.

Keywords: cultural competence; perioperative nursing; cultural diversity

RESUMEN

El presente documento presenta una reflexión sobre el camino recorrido a lo largo de la práctica clínica en dos contextos perioperatorios, evidenciando las competencias desarrolladas. Asimismo, se llevó a cabo una investigación centrada en los cuidados de enfermería culturalmente competentes en el contexto perioperatorio, una temática que surgió de la realidad intercultural vivida en los lugares de prácticas, donde se identificaron desafíos específicos. De este modo, se evidenció la importancia de garantizar cuidados seguros, humanizados y sensibles a la diversidad cultural de los pacientes.

En un mundo globalizado, emergen conceptos como multiculturalidad, interculturalidad y diversidad cultural. La multiculturalidad se refiere a la convivencia entre culturas distintas, aunque con una interacción limitada. La interculturalidad, por su parte, promueve el diálogo y el intercambio entre culturas, enriqueciendo la convivencia. La diversidad cultural subraya la necesidad de proteger y valorar las expresiones culturales de los distintos grupos, manteniendo el intercambio intercultural. Estos conceptos adquieren especial relevancia en el quirófano, un entorno tecnológicamente complejo y culturalmente diverso, donde la prestación de cuidados sensibles a la cultura se convierte en un reto creciente. En este contexto, el enfermero especialista asume un papel central en la humanización de los cuidados y en la creación de un entorno terapéutico que respete las dimensiones culturales y espirituales de la persona. Para ello, debe aplicar estrategias que favorezcan la integración y el respeto por las prácticas y creencias culturales de los pacientes.

La revisión *scoping* realizada tuvo como objetivo mapear la evidencia científica existente sobre los cuidados culturalmente competentes en el contexto perioperatorio, habiéndose identificado tres áreas principales: barreras a los cuidados culturalmente competentes, estrategias para su promoción, y su impacto en la calidad de los cuidados.

Se concluye que el recorrido de prácticas e investigación fue determinante para el desarrollo de competencias del enfermero especialista, reforzando la importancia de la competencia cultural en la práctica perioperatoria.

Palabras clave: competencia cultural; enfermería perioperatoria; diversidad cultural

LISTA DE ABREVIATURAS

AESOP – Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco operatório

CQS - Comissões de Qualidade e Segurança

DGS – Direção Geral da Saúde

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

EE(s) – Enfermeiro(s) Especialista(s)

EEEMC-PSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EORNA - European Operating Room Nurses Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ULS – Unidade Local de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura



ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	3
1.1 CULTURA, DIVERSIDADE CULTURAL, E SAÚDE	3
1.2 DIVERSIDADE CULTURAL E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	4
1.3 INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO	7
1.4 TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER	12
2. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	14
2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	14
2.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	18
2.2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista	20
2.2.2 Competências específicas do EEEMC-PSP.....	30
2.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	43
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
3. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Opção I – Estágio e Relatório, integrada no plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EMCPSP), no ano letivo 2024/2025, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio. Este relatório trata-se duma apresentação, reflexão e fundamentação do percurso académico realizado, relevando-se ainda a componente de investigação em enfermagem.

Neste relatório são descritas as competências adquiridas com objetivo de aquisição do título de mestre em enfermagem na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e, posteriormente, a obtenção do grau de Enfermeiro Especialista pela Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021), o estágio configura-se como um pilar imprescindível na transformação do enfermeiro em especialista. Nesse contexto, o relatório final de estágio ergue-se como uma peça central, pois é a reflexão direta do pensamento crítico e reflexivo cultivado ao longo do percurso. É através deste documento que se revelam, com clareza e profundidade, as competências adquiridas — tanto as comuns a todos os especialistas, quanto as específicas que definem o enfermeiro especialista na sua esfera de atuação e conhecimento.

Face ao exposto, a temática que guia o presente relatório final de estágio e a revisão *scoping* são as intervenções do enfermeiro especialista na prestação de cuidados culturalmente competentes em contexto perioperatório.

Atualmente, somos confrontados com a realidade dum mundo que expande os limites geográficos através da tecnologia e globalização, e onde se vivencia a falsa perceção da unidade mundial sem fronteiras que diferenciem países, populações ou culturas (Weissmann, 2018). Sendo também evidentes atualmente os conceitos de multiculturalidade, interculturalidade, e diversidade cultural, procura-se defini-los de forma a compreendê-los. Face a esta nova realidade, a prestação de cuidados de saúde em ambientes tecnologicamente diferenciados (Monteiro & Mendes, 2013), como é o caso dos serviços de urgência e dos blocos operatórios, revela-se complexa.

Para fundamentar este saber e prática dos cuidados culturalmente congruentes, recorre-se à teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger. Esta teoria, ancorada numa visão antropológica da enfermagem, enfatiza a importância do conhecimento e da sensibilidade do enfermeiro para captar as particularidades de cada cultura — suas crenças, valores e vivências — e como estas influenciam o processo de saúde e doença (Leininger & McFarland, 2002).

Em relação à sua estrutura, o presente relatório está organizado em três capítulos principais. O primeiro dedica-se ao enquadramento teórico, onde se expõe a relevância do tema e o referencial teórico de enfermagem adotado. O segundo capítulo centra-se na análise das competências comuns e específicas do EE e do Mestre em Enfermagem que foram desenvolvidas e adquiridas, incluindo ainda a reflexão sobre os aspetos éticos relacionados com a investigação realizada e a elaboração do relatório. Por fim, o terceiro capítulo apresenta as considerações finais, oferecendo uma visão abrangente e crítica sobre todo o percurso realizado.

Este documento foi redigido em conformidade com o novo acordo ortográfico e estruturado segundo as orientações para a elaboração de projetos e relatórios de estágio dos mestrados em enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. As referências bibliográficas seguem rigorosamente as normas da American Psychological Association (APA), na sua sétima edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 CULTURA, DIVERSIDADE CULTURAL, E SAÚDE

A cultura é um modelo dinâmico de valores, crenças, normas e representações, que influenciam os comportamentos e os processos de tomada de decisão (Giger & Davidhizar, 1995), sendo transmitidos socialmente através das gerações, e dando origem a respostas comportamentais padronizadas entre elementos da mesma cultura. Assim, são as diferenças culturais que levam a percepções e interpretações diferentes da mesma realidade (Ramos, 2008). A experiência do estado de saúde/doença é, em si mesma, um fenómeno cultural, no qual cada indivíduo constrói as suas próprias representações e crenças sobre o que é a saúde, como a vivência, o que espera dos cuidados de saúde e a relação que estabelece com os profissionais (Ramos, 2008). São estas diferentes representações que suscitam novos obstáculos aos cuidados de saúde, nomeadamente aos cuidados de enfermagem.

Weissmann (2018) afirma que nos deparamos atualmente com um mundo que expande os próprios limites geográficos, moldado pela tecnologia e globalização, em que se vivencia a fantasia ideal do mundo unitário sem fronteiras que diferenciem países, populações ou culturas. Segundo a autora, a multiculturalidade é o contacto de um conjunto de culturas em constante interação, mas sem “mistura”, tratando-se de diferentes culturas “no mesmo patamar”. Assim, através da multiculturalidade, são exaltadas as diferenças entre os grupos e promovida a separação entre eles, sendo feitas críticas a este conceito pela perpetuação da segregação, concentração em relações interétnicas ou de género, e conceptualização de culturas como sistemas fechados.

Consequentemente, é proposto outro termo diferente, a interculturalidade. Este conceito remete não só para o contacto e coexistência entre culturas, mas também para a sua interação, havendo conflitos, diálogos, e trocas, que levam à entrelace, e não há exaltação de diferenças. Segundo Weissmann (2018, pg. 27-28), “*A interculturalidade também permite ampliar horizontes, dando lugar às diferenças e apontando ao enriquecimento e mudança contínua*”. O conceito de interculturalidade tem se expandido a nível internacional, tendo-se tornado inclusivamente

um conceito mundial. A UNESCO (2005) define a interculturalidade como a existência e interação equitativa de diversas culturas, existindo a possibilidade de criação de expressões culturais partilhadas através do diálogo e respeito mútuo. A UNESCO celebrou esta convenção em Paris no ano de 2005, (*“Convention on the Protection and Promotion of the Diversity of Cultural Expressions”*), tendo como objetivos proteger as expressões culturais, incentivar o diálogo entre culturas, para que se assegurem intercâmbios culturais mais amplos e equilibrados no mundo, promover a interculturalidade de forma a fomentar a interação cultural, criando pontes entre povos, entre outros. Observa-se então, através deste documento, uma preocupação mundial com a interculturalidade, relevando a necessidade de quebrar barreiras e construir pontes, como mencionado.

Além disso, a UNESCO (2005) introduz um conceito adicional relevante para o diálogo sobre culturas, sendo este o conceito de diversidade cultural, definindo-o como a manifestação múltipla e variada em que as culturas dos grupos e sociedades se expressam. Estas expressões culturais são passadas entre os grupos e sociedades, tanto internamente como entre si. A diversidade cultural manifesta-se não só na multiplicidade de expressões do património cultural da humanidade — permanentemente enriquecido e transmitido —, como também nos variados modos de criação artística, produção, disseminação, distribuição e apreciação cultural, independentemente dos suportes ou tecnologias empregues.

Fundamentando-se nos conceitos descritos previamente, conclui-se que se observa atualmente um aumento no contacto e coexistência entre múltiplas culturas, cujos fatores essenciais subjacentes são a globalização, o aumento das populações migrantes e a urbanização (Ramos, 2008). Consequentemente, surgem desafios significativos a nível da comunicação, gestão da diversidade cultural, e na área da saúde.

1.2 DIVERSIDADE CULTURAL E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Torna-se excecionalmente complexa a prestação de cuidados de saúde culturalmente sensíveis em ambientes tecnologicamente diferenciados (Monteiro & Mendes, 2013), como é o caso dos serviços de urgência e dos blocos operatórios. Os enfermeiros praticam cuidados que nem

sempre são estruturados, recorrendo a ferramentas de negociação, flexibilidade, e criatividade na gestão de dificuldades derivadas da divergência cultural. Contudo, esta flexibilidade dos enfermeiros e respeito pela divergência cultural, que são inerentes aos cuidados, é mais visível em áreas como a psiquiatria e obstetrícia, tendo em conta que as intervenções clínicas são vistas como acessórias (e, conseqüentemente, negociáveis), pois não colocam a vida da pessoa cuidada em risco, ao contrário dos contextos perioperatórios e de cuidados críticos (Monteiro & Mendes, 2013). Num bloco operatório, onde a comunicação é um elemento-chave, a multiculturalidade presente entre a equipa de saúde, tal como entre utentes, torna-se um desafio significativo (Clayton & Ellender, 2016). Assim, no contexto português, onde a multiculturalidade se transformou na norma devido à emigração e aos fatores abordados anteriormente, a integração social revela-se como elemento-chave.

No contexto espanhol, uma realidade similar à portuguesa, também se sentem dificuldades a nível da relação entre as culturas diversas e os cuidados de saúde. Sánchez-Ojeda, Segura-Robles, Gallardo-Vigil e Alemany-Arrebola (2018) postulam que a diversidade cultural cresceu ao convergir múltiplos povos com os seus costumes e crenças próprios nas cidades espanholas, exigindo então que os profissionais de saúde reconheçam e valorizem as tradições distintas para organizar os cuidados de saúde. Em especial, a enfermagem tem evoluído em conjunto com as mudanças da humanidade e, devido ao aumento da diversidade cultural, os enfermeiros têm tido necessidade de instruir-se mais sobre outras culturas para que possam prestar cuidados culturalmente competentes, humanizando os cuidados, pois *“el cuidado que proporciona las enfermeras es lo que humaniza (lo que vuelve humanos a los seres), no las tecnologías”* (Sánchez-Ojeda, Segura-Robles, Gallardo-Vigil & Alemany-Arrebola, 2018). Estando cientes de que a forma de pensar de um país influencia os seus habitantes, predominando preconceitos e estereótipos contra determinados coletivos (nomeadamente, aos emigrantes, a quem muitas vezes se atribui a culpa do aumento do crime e delinquência, e o próprio colapso do sistema de saúde), os mesmos autores defendem que não existe espaço na profissão de enfermagem para este tipo de pensamento, pois é incompatível com os seus princípios éticos. O enfermeiro deve lutar contra o preconceito, não consentindo com atitudes racistas ou discriminatórias, pois a diversidade cultural já chegou às instituições de saúde, e o enfermeiro tem de estar preparado para lidar com ela.

Além da própria experiência nos contextos de saúde, revela-se crucial uma fundamentação teórica sólida do papel do enfermeiro especialista na promoção de cuidados de enfermagem culturalmente competentes. Partindo do princípio de que o enfermeiro especialista deve possuir competências que lhe possibilitem a prestação de cuidados sensíveis às especificidades culturais, o Regulamento de Competência Comuns do Enfermeiro Especialista dita na competência B3 *“Garante um ambiente terapêutico seguro”* que o enfermeiro especialista *“promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo”* (OE, 2019, pg. 4747). Deste modo, cabe-lhe a responsabilidade de promover cuidados culturalmente sensíveis, criando um ambiente terapêutico seguro não apenas nos domínios físico e psicossocial, mas igualmente nas dimensões cultural e espiritual, assegurando uma assistência equitativa e centrada na diversidade sociocultural de cada pessoa. Complementarmente, o mesmo regulamento reforça que o enfermeiro especialista *“fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo”* (OE, 2019, pg. 4747), destacando a importância da competência cultural na criação de ambientes terapêuticos verdadeiramente seguros. As atitudes mencionadas (sensibilidade, consciência e respeito cultural) constituem, consequentemente, alicerces fundamentais das competências culturais, conforme será aprofundado na abordagem à teoria da enfermagem transcultural de Madeleine Leininger, apresentada adiante neste relatório. Estabelece-se igualmente neste regulamento que o enfermeiro especialista *“envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais”* (OE, 2019, pg. 4748), sublinhando a importância da sua intervenção na inclusão da família no processo de cuidados, numa perspetiva que valoriza as dimensões culturais e espirituais da pessoa em contexto de saúde. Corroborando o já citado, o regulamento aborda também o dever de respeito pelos direitos humanos, constatando que o enfermeiro especialista *“assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos”* (OE, 2019, pg. 4746).

Em suma, num ambiente tecnológico e sujeito a uma alta pressão, como o bloco operatório, emerge uma necessidade de desenvolvimento de competências culturais, com vista a ultrapassar divergências culturais e promover a humanização dos cuidados. Como promotor de um ambiente terapêutico seguro, em todas as suas dimensões, o enfermeiro especialista é

compelido a desenvolver ações que respeitem as crenças, valores e práticas culturais e espirituais das pessoas alvo de cuidados.

1.3 INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

A crescente complexidade cultural nos contextos de cuidados de saúde, particularmente nos ambientes mais tecnicistas e de elevada exigência como o bloco operatório, evidencia, como abordado anteriormente, a necessidade de competências específicas por parte dos enfermeiros especialistas na promoção de cuidados culturalmente sensíveis. Esta exigência torna-se ainda mais crítica quando se considera que o respeito pela diversidade cultural não pode ser comprometido mesmo perante intervenções clínicas urgentes ou inadiáveis, próprias do contexto perioperatório.

Apesar das orientações regulamentares e dos princípios éticos que sustentam a prática da enfermagem especializada, como também já foi referido, persiste uma lacuna significativa no conhecimento consolidado sobre quais fatores influenciam, facilitam ou dificultam a implementação de cuidados culturalmente competentes neste cenário específico. Esta lacuna, aliada à escassez de orientações clínicas adaptadas à realidade multicultural dos blocos operatórios, reforçou a necessidade de uma exploração mais aprofundada da literatura científica disponível sobre o tema.

Assim, foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear e sistematizar as evidências existentes relativamente aos fatores que influenciam a prestação de cuidados culturalmente competentes no contexto perioperatório. A revisão permitiu identificar barreiras à prestação de cuidados culturalmente competentes, estratégias para a promoção dessas competências, e o impacto das competências culturais na qualidade dos cuidados.

As **barreiras à prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes** podem ser subdivididas em várias dimensões: linguísticas/comunicacionais, culturais e

organizacionais. Estas barreiras são fatores que dificultam a implementação de cuidados eficazes e sensíveis à diversidade cultural, podendo comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos utentes.

Quanto às barreiras linguísticas, a língua é uma das principais barreiras à comunicação eficaz no contexto perioperatório, especialmente quando os utentes não partilham o mesmo idioma que a equipa de enfermagem. A falta de fluência pode levar a mal-entendidos, erros na administração de medicamentos, na explicação de procedimentos ou no entendimento das necessidades e expectativas dos utentes (Krupić *et al.*, 2019; Kostareva *et al.*, 2023; O'Shea & Foran, 2024); Van Wicklin, 2023; Bonus *et al.*, 2024). A comunicação inadequada pode causar ansiedade e desconforto, impactando negativamente a experiência do cuidado. Além das dificuldades comunicacionais com o próprio utente, foram descritas dificuldades relacionadas com utilização de intérpretes (Krupić *et al.*, 2019; Bonus *et al.*, 2024), nomeadamente relacionadas com os atrasos dos intérpretes oficiais, a falta de domínio da terminologia médica, preferências dos utentes por intérpretes e profissionais do mesmo sexo, e conflitos entre utentes e intérpretes. É possível ainda identificarmos barreiras comunicacionais. Mesmo quando não há uma barreira linguística direta, as diferenças nos estilos de comunicação entre enfermeiros e utentes de diferentes culturas podem ser um obstáculo significativo, apesar da literatura encontrada sobre o assunto ser escassa. A comunicação não verbal pode ser interpretada de maneira diferente por diversas culturas, levando a possíveis conflitos ou interpretações erradas (Krupić *et al.*, 2019; Bonus *et al.*, 2024).

Apesar do enfoque de alguns estudos nas barreiras linguísticas, é possível também identificar barreiras culturais ao cuidado, nomeadamente pela existência de princípios religiosos, culturais e/ou ideológicos para os quais os profissionais perioperatórios não estavam despostos, afetam a relação terapêutica e sendo sentido como dificuldades pela equipa, e, por isso, se conclui a existência de barreiras culturais: as diferenças nos valores, crenças e práticas culturais podem representar um desafio substancial na prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes (O'Shea, O., & Foran, P., 2024; Cowles, D., 2024; Tekbaş, A., von Lilienfeld-Toal, M., Sayrafi, F., & Settmacher, U., 2024; Bonus *et al.*, 2024). No contexto perioperatório, onde a compreensão de normas culturais específicas é crucial para o sucesso do tratamento e recuperação, estas barreiras podem se manifestar, por exemplo, na resistência de utentes a

determinados procedimentos médicos, no não cumprimento de orientações devido a crenças religiosas ou na recusa de alguns cuidados por não serem compatíveis com os seus valores. A falta de sensibilização cultural por parte dos enfermeiros pode resultar em cuidados que não atendem adequadamente às necessidades do utente, afetando sua confiança no sistema de saúde. Um exemplo claro de barreira cultural presente na prestação de cuidados perioperatórios, como mencionado por Bonus *et al* (2024) é a remoção de objetos pessoais (óculos, objetos religiosos, etc.), sendo que este ato dificulta a comunicação com os utentes e lhes causa stress, sendo simultaneamente uma barreira cultural (objetos religiosos) como comunicacional (óculos).

Apesar dos fatores relacionais evidenciados, existem também barreiras organizacionais que dificultam a competência cultural, relacionados maioritariamente com a prioridade da eficiência do bloco operatório sobre a compreensão do utente, assim como a falta de tempo proporcionado pela organização e os rácios aumentados (Krupić *et al.*, 2019; Ayaz, N. P., & Sherman, D. W., 2022; Bonus *et al.*, 2024). Assim, denota-se tensão entre os protocolos de segurança impostos pela instituição e as necessidades culturais do utente (Bonus *et al*, 2024), apesar da aparente diminuição da sua segurança quando existem barreiras linguísticas ou culturais (Krupić *et al*, 2019). A estrutura e os recursos das instituições de saúde também podem criar barreiras significativas. A falta de políticas claras e orientações para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, a escassez de formação contínua em competências culturais para os enfermeiros e a falta de apoio institucional para a implementação de práticas culturalmente competentes podem limitar a eficácia dos cuidados. A escassez de intérpretes qualificados ou a falta de materiais educativos adaptados culturalmente são exemplos de como a organização pode dificultar o acesso a cuidados adequados para populações culturalmente diversas (Williams, C. J., Kander, Y., Law, K., Kennedy, P., Binge, G., & Strathdee, E., 2021; Krupić *et al.*, 2019; Kostareva *et al.*, 2023; Bonus *et al.*, 2024). Um fator organizacional abordado por Tekbaş *et al* (2024) que se correlaciona com as barreiras culturais abordada, demonstrando a inexistência de consciência, conhecimento e competência cultural por parte das equipas perioperatórias e das organizações de saúde, é a desconsideração dos aspetos culturais e religiosos relacionados com a prescrição e administração de fármacos.

Essas barreiras interagem frequentemente de forma complexa e podem ter um impacto negativo direto na qualidade do cuidado, levando a desigualdades no acesso e nos resultados de saúde. Superá-las exige um esforço concertado tanto a nível individual como institucional, através da formação contínua, desenvolvimento de políticas inclusivas e a promoção de práticas organizacionais que respeitem e integrem as diferenças culturais.

As estratégias para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes incluem várias abordagens fundamentais que permitem superar barreiras culturais e melhorar a qualidade do cuidado.

No que respeita ao desenvolvimento de competências relacionais, a comunicação eficaz, a escuta ativa, e a empatia são essenciais para estabelecer uma relação de confiança entre enfermeiro e utente, especialmente em contextos culturais diversos. A compreensão de outras culturas, a preparação prévia ao contato com os utentes, o respeito pelos seus valores e tradições, e a advocacia pelos mesmos são também cruciais para garantir que as necessidades de todos os utentes sejam atendidas de forma respeitosa e eficaz, independentemente das suas origens culturais (Krupić et al., 2019; O'Shea, O., & Foran, P., 2024; Cowles, D., 2024; Van Wicklin, S. A., 2023).

Relativamente à adaptação e personalização dos cuidados, utilizar intérpretes qualificados, ferramentas digitais e envolver familiares para facilitar a comunicação são estratégias práticas para superar barreiras linguísticas e garantir que o utente compreenda todas as informações relevantes (Williams *et al.*, 2021; Krupić et al., 2019; Kostareva *et al.*, 2023; Van Wicklin, S. A., 2023; Bonus *et al.*, 2024). O envolvimento da família (ou de pessoa de referência) nos cuidados de saúde, nomeadamente nas tomadas de decisão e em momentos críticos, é uma ação prática muito abordada nos artigos (Krupić *et al.*, 2019; Kostareva *et al.*, 2023; O'Shea, O., & Foran, P., 2024; Cowles, D., 2024; Van Wicklin, S. A., 2023; Ayaz, N. P., & Sherman, D. W., 2022; Bonus *et al.*, 2024). A inclusão de membros da equipa do mesmo sexo ou cultura pode também ajudar a estabelecer uma ligação mais próxima e confortável (Krupić et al., 2019; Ayaz, N. P., & Sherman, D. W., 2022; Bonus et al., 2024). O uso de fardamento culturalmente personalizado (Peake, B., Smirk, A., & Debelak, G., 2024) e o respeito pelas necessidades religiosas (O'Shea, O. & Foran, P., 2024; Cowles, D., 2024; Van Wicklin, S. A., 2023; Tekbaş

et al., 2024), como preferências alimentares ou práticas religiosas, são formas importantes de demonstrar respeito pela identidade cultural do utente.

A sensibilização da equipa através da formação contínua sobre competências culturais e a realização de simulações de cenários clínicos ajudam a preparar a equipa de enfermagem para lidar com situações complexas e variadas, melhorando a sua capacidade de oferecer cuidados culturalmente sensíveis e de alta qualidade (O'Shea, O. & Foran, P., 2024; Van Wicklin, S. A., 2023). Outro método de aprendizagem aparentemente eficaz é o aumento da experiência profissional com populações de contextos culturais diversos, como mencionado por Krupić et al (2019).

O impacto das competências culturais em enfermagem na qualidade dos cuidados prestados reflete-se: na redução de cancelamentos cirúrgicos (Williams, 2021), pois pode contribuir para uma melhor comunicação entre enfermeiros e utentes, reduzindo mal-entendidos e a falta de adesão à preparação pré-operatória. Quando os enfermeiros compreendem e respeitam as crenças culturais dos utentes, conseguem explicar de forma mais clara os procedimentos, minimizando a ansiedade e a resistência ao tratamento; na diminuição das complicações pós-operatórias (Kostareva et al, 2023), pois enfermeiros com competências culturais conseguem identificar e responder melhor às necessidades específicas dos utentes, nomeadamente na gestão da dor, nas preferências alimentares, limitações físicas e deteção precoce de complicações; na diminuição das disparidades em saúde (Cowles, D., 2024) pois enfermeiros que estão cientes das diferenças culturais podem identificar e abordar barreiras específicas que afetam populações marginalizadas, assegurando que todos os utentes recebam cuidados equitativos e de alta qualidade, independentemente da sua origem cultural; no aumento da satisfação dos utentes e da equipa (Peake et al, 2024), pois utentes que se sentem compreendidos, respeitados e bem tratados em função das suas crenças e necessidades culturais tendem a ter uma experiência mais positiva no ambiente hospitalar. A comunicação eficaz e a adaptação dos cuidados às suas preferências aumentam a confiança e a satisfação dos utentes, o que é essencial para a sua adesão ao tratamento e recuperação. Adicionalmente, enfermeiros com formação em competências culturais, estão melhor preparados para trabalhar de forma eficaz com uma população diversificada, reduzindo frustrações e conflitos e contribuindo para um ambiente mais colaborativo.

O desenvolvimento de competências culturais por parte dos enfermeiros é benéfico para as pessoas em situação perioperatória, tal como para si próprios e para a equipa que os rodeia. Através do desenvolvimento de autoconhecimento, otimização da comunicação, e implementação de ações práticas, é possível desenvolver uma prática de cuidados culturalmente sensível e competente. A formação contínua e o treino em equipa são essenciais para o desenvolvimento destas competências e são um dever dos enfermeiros.

1.4 TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Para compreender melhor o conceito de cultura em relação com os cuidados de enfermagem, é necessário evocar Madeleine Leininger, pioneira no desenvolvimento do conceito de cultura na disciplina e prática da enfermagem. Segundo Leininger & McFarland (2002), o cuidado transcultural é o conhecimento e sensibilidade do enfermeiro para compreender a especificidade de cada cultura e, conseqüentemente, as suas crenças, valores, e experiências no processo de saúde/doença. É através do respeito pelas características culturais individuais que é possibilitado ao enfermeiro desenvolver estratégias para a satisfação das reais necessidades da pessoa cuidada, assentando-se num conceito de cuidado que demonstra compaixão, sensibilidade, e congruência cultural.

Aprofundando o conceito de cuidado transcultural, este fundamenta-se no reconhecimento e valorização das diferenças culturais de cada pessoa e da respetiva família, tendo como referência a individualidade de ambos, enquanto inseridos num contexto sociocultural específico (Giger & Davidhizar, 2002a). Neste âmbito, entende-se que o cuidado transcultural é intrinsecamente um cuidado culturalmente competente. Estes autores desenvolvem ainda um modelo de avaliação transcultural que assenta no pressuposto que cada pessoa é única e detém seis dimensões culturais: a comunicação, o espaço, a organização social, o tempo, o ambiente e as variações biológicas (Giger & Davidhizar, 2002b). Conseqüentemente, o conhecimento obtido através deste modelo viabiliza ao enfermeiro adaptar a prestação de cuidados às particularidades culturais da pessoa cuidada, respeitando a sua herança cultural, os seus valores, crenças e comportamentos (Giger & Davidhizar, 2002a).

Contudo, para que se prestem verdadeiramente cuidados transculturais, é necessário que se reúnam várias características (Burchum, 2002), sendo elas: consciência cultural, conhecimento cultural, compreensão cultural, sensibilidade cultural, e competência cultural. A consciência cultural é o reconhecimento da diversidade e a respetiva influência nos comportamentos e processos de tomada de decisão. Ao se ganhar consciência cultural, o indivíduo procura e adquire conhecimentos sobre uma determinada cultura (conhecimento cultural), que posteriormente leva ao desenvolvimento de compreensão e sensibilidade cultural, referindo-se não só ao próprio conhecimento das diferenças, mas também à aceitação das mesmas, e à forma como a própria cultura do enfermeiro afeta a sua prestação dos cuidados de enfermagem. Estas características só se desenvolvem através da imersão cultural, ou seja, momentos em que membros de diferentes culturas entram em contacto e interação. Das características abordadas, nasce a competência cultural durante a imersão cultural, ou seja, a capacidade de comunicar eficazmente e incorporar, nos cuidados, as crenças e valores da pessoa cuidada. Conclusivamente, a competência cultural é a capacidade de implementar cuidados adaptados às características culturais da pessoa cuidada e que se desenvolve através da consciência cultural, conhecimento cultural, compreensão/sensibilidade cultural, e da imersão cultural.

Com o objetivo de analisar e sintetizar o conceito de competência cultural, a investigadora Cai examinou 43 estudos na área, definindo-o como “*the gradually developed capacity of nurses to provide safe and quality healthcare to clients with different cultural backgrounds. Cultural competence includes cultural awareness, sensitivity, knowledge, and skill*” (Cai, 2016, pg. 272). Deste modo, compreende-se que a competência cultural é a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade a pessoas de contextos culturais diversos, constituída pelos atributos de consciência cultural, sensibilidade cultural, conhecimento cultural e habilidade cultural. A clarificação conceptual assim alcançada orienta o desenvolvimento de práticas culturalmente competentes e fundamenta investigações futuras em enfermagem transcultural. O interesse sobre a formação de enfermeiros culturalmente competentes é notório desde os meados da década de 1990. Assim, vários autores propõem instrumentos de avaliação da competência cultural e de intervenções destinadas a aprimorar a prática de enfermagem, segundo Cai (2016). Não obstante, persiste alguma ambiguidade na definição concreta do conceito, o que se reflete na variedade abundante de instrumentos existentes, cada um mensurando uma dimensão diferente da competência cultural.

2. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Com o objetivo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, foram desenvolvidos dois estágios em contexto de bloco operatório.

Previamente à caracterização dos serviços onde decorreu o estágio, importa clarificar conceitos transversais aos contextos e importantes para estes, tendo em conta que espelham a realidade e se refletem nela.

O Bloco Operatório deve ser entendido como a *“unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia”* (Penedo, et al., 2015, p. 33). Já a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) é um local *“onde se prestam cuidados destinados à otimização do período pós-operatório e/ou pós-anestésico e também à observação, monitorização e tratamento de doentes, recém submetidos a cirurgia e/ou procedimentos invasivos.”* (Penedo, et al., 2015, p. 86). Os mesmos autores referem que estas áreas são destinadas a internamentos de curta duração.

Importa sublinhar, com o devido rigor conceptual, a distinção entre blocos operatórios centrais e periféricos, distinção essa que se reveste de particular relevância na organização dos cuidados cirúrgicos. Conforme elucidado por Penedo et al. (2015, p. 33), esta diferenciação assenta no princípio de que *“blocos centrais poderem ser utilizados por várias especialidades e serviços, enquanto os blocos periféricos se encontram integrados num serviço de uma determinada especialidade”*. Por conseguinte, a distinção fundamental entre os blocos operatórios centrais e periféricos denota-se na sua configuração funcional e na abrangência assistencial que lhes é inerente. Enquanto os blocos centrais se caracterizam pela diversidade disciplinar, estando aptos a servir simultaneamente diversas especialidades e serviços clínicos, os blocos periféricos assumem uma natureza mais restrita, estando integrados no seio de um único serviço especializado. Esta diferenciação estrutural e organizacional acarreta implicações técnicas significativas: os blocos centrais exigem uma conceção arquitetónica e logística

intrinsecamente mais flexível e adaptável, de forma a responder eficazmente à complexidade e à variabilidade dos atos cirúrgicos ali realizados; por sua vez, os blocos periféricos podem ser desenhados de modo mais direcionado e específico, adequando-se com maior precisão às particularidades das intervenções cirúrgicas que lhes são próprias.

O serviço onde decorreu o primeiro estágio é um bloco operatório central de um hospital central na área de Lisboa com seis salas operatórias e duas salas de desinfeção. O bloco operatório é também constituído por quatro armazéns, destinados a dispositivos médicos de uso múltiplo que foram submetidos ao reprocessamento adequado, material consumível e descartável, próteses e material implantável, e variados equipamentos de apoio (por exemplo: intensificadores de imagem, microscópios, etc.). É também dotado de uma farmácia. O presente serviço não dispõe de central de esterilização própria, sendo que o material é reprocessado em outro hospital e enviado para o hospital designado.

A acrescentar à descrição prévia, o bloco tem uma zona de acolhimento de utentes com quatro camas disponíveis, onde os utentes são admitidos ao serviço e posteriormente transferidos para uma maca própria do bloco com o objetivo de serem transportados até à sala operatória.

Existe também uma unidade de cuidados pós-anestésicos contígua ao bloco operatório com um total de 9 camas, contudo uma das camas está atualmente indisponível devido a problemas logísticos, pelo que existem apenas 8 camas operacionais.

No que se relaciona com a atividade desenvolvida, o bloco operatório tem todas as especialidades cirúrgicas em regime de urgência e emergência. Em regime de cirurgia programada, o bloco desenvolve atividade cirúrgica a nível da urologia, ortopedia, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia da coluna, cirurgia mamária, otorrinolaringologia, e cirurgia maxilofacial. Para colmatar as dificuldades em combater o tempo de espera para cirurgia programada, o bloco operatório desenvolve também um programa de cirurgia adicional durante o turno da tarde nas mesmas áreas contempladas na cirurgia programada.

Relativamente a recursos humanos, o bloco operatório tem cinco equipas de enfermagem em horário rotativo com, no mínimo, oito enfermeiros cada, que estão alocados à cirurgia de urgência e emergência. Além disso, é dotado de um conjunto de enfermeiros em horário fixo, destinados à cirurgia programada.

Assim, no turno da manhã, os enfermeiros são distribuídos pelos seguintes postos: um enfermeiro de acolhimento; três enfermeiros por sala operatória na área de instrumentação, circulação e anestesia (no total das salas, dezoito enfermeiros); três enfermeiros na unidade de cuidados pós-anestésicos; e um enfermeiro responsável de turno. Neste sentido, são necessários, no total, vinte e três enfermeiros no turno da manhã para a prestação de cuidados perioperatórios. Durante o turno da manhã, estão também presentes no serviço a enfermeira coordenadora e três enfermeiras de assessoria, sendo elas responsáveis pela gestão e liderança do serviço, mas não intervindo na prática direta dos cuidados.

No turno da tarde, a atividade de cirurgia programada cessa-se, mantendo-se a cirurgia de urgência e emergência com necessidade de duas salas operatórias, pelo que as equipas ficam com seis enfermeiros no total para as salas operatórias, um enfermeiro na unidade de cuidados pós-anestésicos, e um enfermeiro responsável de turno. Como referenciado acima, durante o turno da tarde, o bloco operatório desenvolve um programa de cirurgia adicional para colmatar os tempos de espera da cirurgia programada e, desta forma, dependendo das disponibilidades da equipa de enfermagem, podem ser abertas mais salas para este programa. Denote-se, contudo, que, na maioria dos dias, todas as salas operatórias se mantêm abertas no turno da tarde. Tendo em conta a quantidade de cirurgia programada adicional que decorre no bloco operatório, é necessário acrescentar elementos à unidade de cuidados pós-anestésicos para manutenção das dotações seguras preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019), e, por isso, o turno da tarde na unidade de cuidados pós-anestésicos prossegue com três enfermeiros.

Por fim, no turno da noite, é necessário o mesmo número de enfermeiros que no turno da tarde para a manutenção da atividade cirúrgica no âmbito da urgência e emergência, não havendo atividade de cirurgia programada adicional.

O segundo estágio decorreu também num bloco operatório central na periferia do distrito de Lisboa. Este bloco desenvolve atividades de cirurgia programada (incluindo cirurgia de ambulatório e cirurgia convencional) e cirurgia de urgência e emergência. Assim, contempla as especialidades de cirurgia geral, ginecologia, urologia, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica e reconstrutiva e cirurgia pediátrica.

É composto por 11 salas operatórias. Existe ainda uma sala de indução que serve cada duas salas operatórias e uma sala de sujos para cada sala operatória. Na face oposta à sala de indução,

existe um corredor limpo que é utilizado para a preparação cirúrgica da equipa cirúrgica, tal como para o armazenamento de material cirúrgico necessário para a cirurgia que está a decorrer. O bloco operatório é ainda constituído por cerca de 4 armazéns, com diferentes materiais e equipamentos necessários, e ainda uma farmácia.

Relativamente à distribuição das cirurgias por sala, existe sempre uma sala atribuída à cirurgia de urgência, sendo que as restantes salas são distribuídas pelas diferentes especialidades, tendo em conta as listas cirúrgicas.

Como divisão entre áreas restritas e semi-restritas, existem duas zonas de transferência: um transfer dos utentes e uma zona de transfer de pessoas, que une os vestiários e salas de pessoal ao bloco operatório.

Contiguamente ao bloco, existe ainda uma unidade de cuidados pós-anestésicos e uma unidade de cirurgia ambulatória. A unidade de cuidados pós-anestésicos é composta por 11 unidades preparadas para receber utentes em contexto pós-operatório imediato. A gestão dos utentes dentro da unidade é feita pelos enfermeiros alocados a este posto, conforme as listas cirúrgicas e as necessidades de cada utente.

Na unidade de cirurgia ambulatória, existem cerca de 15 unidades com cama e 15 unidades com cadeirões. Dependendo das especialidades cirúrgicas, necessidades dos utentes, e tipologia de cirurgias a serem efetuadas neste regime, os enfermeiros alocados ao posto distribuem os utentes pelas unidades. Tem ainda um gabinete para consulta de enfermagem e um gabinete de alta.

Relativamente a recursos humanos, o bloco operatório tem um total de 100 enfermeiros, dos quais 6 são enfermeiros especialistas. Destes 6 enfermeiros, existem 2 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1 especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e 3 especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Relativamente às dotações de enfermeiros, no turno da manhã, existe um enfermeiro responsável de turno (denominado nesta instituição de enfermeiro chefe de equipa), três enfermeiros por cada sala operatória programada, cinco enfermeiros na unidade de cuidados pós-anestésicos, e cinco enfermeiros na unidade de cirurgia ambulatória (estando um deles atribuído à consulta de enfermagem pré-operatória). No turno da tarde, mantém-se uma sala aberta para cirurgia de urgência, havendo, no entanto, necessidade de cirurgia programada nas

tardões de segunda, terça, quinta e sexta, abrindo-se então salas consoante as listas operatórias. Estas salas podem ser abertas com três enfermeiros, em caso de cirurgias maior eletivas, ou com um enfermeiro em caso de pequena cirurgia. No âmbito do programa nacional “Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia” (SIGIC), o bloco operatório desenvolve atividade adicional, que funciona com a disponibilidade dos profissionais, para combater os tempos de espera para cirurgia. Este programa contempla cirurgias em regime programado de internamento e regime ambulatorio. Para finalizar, no turno da noite, é assegurada cirurgia de urgência, havendo três enfermeiros para uma sala e um enfermeiro para a unidade de cuidados pós-anestésicos.

Relativamente aos postos de gestão, o serviço tem 1 enfermeira gestora (designada enfermeira chefe no presente hospital) e 4 enfermeiros de assessoria (designados enfermeiros responsáveis no presente hospital). Cada enfermeiro de assessoria está responsável pelo apoio à gestão numa determinada área, como por exemplo, gestão de materiais de ortopedia, gestão de materiais de oftalmologia, gestão de enfermeiros, e gestão de técnicos auxiliares de saúde.

Conclusivamente, ambos os blocos operatórios descritos são serviços de prestação de cuidados de saúde de alta complexidade com equipas de enfermagem muito diversificadas e qualificadas, estando sujeitas a um nível de exigência e stress elevado.

É de notar que no primeiro estágio, foi dada maior importância ao desenvolvimento de competências no contexto de anestesia, tal como circulação e instrumentação nas especialidades de ortopedia e urologia. Enquanto no segundo estágio, este desenrolou-se com foco nas áreas dos cuidados pós-anestésicos e na cirurgia ambulatoria, tal como na anestesia pediátrica, e a circulação e instrumentação na especialidade de ortopedia.

2.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Este capítulo propõe-se como uma reflexão crítica sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEMCPSP). Dita reflexão centra-

se nas experiências vivenciadas em dois Blocos Operatórios, com uma carga horária presencial total de 500 horas, no âmbito das unidades curriculares Estágio e Estágio e Relatório.

A Ordem dos Enfermeiros (2019, pg. 4744) define o Enfermeiro Especialista como *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista é um profissional que além de deter conhecimento científico sólido e atualizado numa área da enfermagem legalmente reconhecida, acresce também competências técnicas avançadas, e competências relacionais, éticas e humanísticas que lhe permitem prestar cuidados em ambientes complexos, com elevados níveis de julgamento clínico, tomada de decisão e responsabilidade profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) reconhece oficialmente a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, assumindo-a como uma área vasta, emergindo a necessidade de especificá-la em quatro ramos, tendo em conta os destinatários dos cuidados e o contexto de intervenção, sendo elas: Pessoa em Situação Crítica, Pessoa em Situação Perioperatória, Pessoa em Situação Crónica, e Pessoa em Situação Paliativa.

Neste contexto, é relevante definir primariamente a área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, em geral, compreendendo-se que é a área da enfermagem focada no cuidado à pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica. O EE nesta área atua com base em conhecimentos técnico-científicos avançados, promovendo a otimização do ambiente e processos terapêuticos, em contextos de alta complexidade, com enfoque na segurança e qualidade dos cuidados. Assim, a OE (2018, pg. 19360) defende que os cuidados especializados nesta área têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa e *“exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação”*. Ao EE, cabe-lhe ainda a responsabilidade de maximização e liderança na prevenção e controlo da infeção, bem como da resistência a antimicrobianos, independentemente do contexto clínico.

Conclusivamente, após a reflexão sobre a enfermagem especializada e, em específico, a Enfermagem Médico-Cirúrgica, importa ainda relevar que o presente curso de Mestrado em Enfermagem confere não só o título de EE, mas também o grau académico de Mestre.

Nesse sentido, serão refletidas, em capítulo próprio, as competências associadas ao grau de Mestre em Enfermagem, conforme estipulado no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que estabelece o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior em Portugal.

2.2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

Conforme estabelece a Ordem dos Enfermeiros, a atribuição do título de Enfermeiro Especialista (EE) transcende a mera verificação das competências técnicas específicas inerentes a cada domínio de especialização. Esta distinção exige, igualmente, a evidência de um conjunto de competências transversais, designadas por *Competências Comuns*, cuja aplicabilidade se mantém constante, independentemente do contexto de prestação de cuidados de enfermagem. Assim, as competências comuns do EE são conceptualizadas como “*as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pg. 4745). As competências comuns estão ainda definidas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais

a. Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, é importante reconhecer que esta não é uma competência exclusiva do EE, uma vez que todos os enfermeiros, generalistas ou especialistas, a detêm. Na realidade, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados

Gerais (OE, 2012) dita que o enfermeiro de cuidados gerais deve desenvolver uma prática profissional responsável, de acordo com os quadros éticos, deontológicos e legais da profissão. No entanto, no caso do EE, essa responsabilidade manifesta-se de forma mais aprofundada e diferenciada, exigindo maior nível de reflexão crítica, autonomia e liderança. Em particular, é-lhe atribuída a responsabilidade de incentivar e liderar a tomada de decisão ética no seio das equipas interdisciplinares em que se insere.

Começando pela reflexão sobre a responsabilidade propriamente dita, esta remete-nos para a noção de dever e compromisso, sendo que a Enfermagem, enquanto profissão e ciência, se comprometeu a cuidar (OE, 2015). Especificamente, a profissão foca-se no cuidado humano, por isso, não bastam competências científicas e técnicas, mas também humanísticas. Consequentemente, *“os enfermeiros, individualmente, têm o dever de responder competentemente às promessas feitas e aos compromissos assumidos (ou, se quisermos, ao mandato social da profissão)”* (OE, 2015, p. 14). Portanto, podemos compreender que este compromisso que os enfermeiros assumem perante a sociedade é, nada mais do que a responsabilidade pelo cuidado profissional com competência, qualidade e excelência. E ele mesmo está refletido na deontologia profissional e, legalmente, no Código Deontológico. Este documento, fundamental para a profissão, define os princípios que orientam o cuidar, especialmente no artigo 99.º, de onde se retiram os valores e deveres que se vinculam à prática da enfermagem.

Ao explorar os valores fundamentais da profissão de enfermagem, torna-se inevitável refletir sobre a autonomia da pessoa humana como dimensão central. O respeito pela liberdade e pela dignidade da pessoa exige, intrinsecamente, o reconhecimento da sua capacidade de autodeterminação. Neste sentido, a autonomia é entendida como a aptidão do ser humano para conduzir a sua vida segundo princípios que lhe são próprios, nascidos da sua consciência e vontade individuais (Ordem dos Enfermeiros, 2015). No contexto dos cuidados em saúde, este princípio não atua isoladamente, mas em articulação com outros referenciais éticos (a beneficência, a não maleficência e a justiça), assumindo uma relação de complementaridade, sem hierarquia pré-estabelecida entre si. Todavia, mais relevante do que a mera enunciação teórica destes princípios, é a necessidade de compreender como se manifestam, de forma concreta, nas práticas de enfermagem.

Consequentemente, para o cumprimento da deontologia profissional, almeja-se assegurar que a pessoa em situação perioperatória que irá, inevitavelmente, ser submetida a um procedimento invasivo, anestésico, ou cirúrgico, compreende a informação que lhe é transmitida, objetivando o exercício da sua autodeterminação (Direção Geral da Saúde, 2015). Aborda-se logicamente o consentimento informado, esclarecido e livre relativo aos procedimentos e às suas implicações. O consentimento informado promove um ambiente terapêutico seguro para todos os elementos em contexto perioperatório. Tanto para a pessoa em situação perioperatória, pois compreende os procedimentos, e os seus riscos e limitações expectáveis, como para a equipa perioperatória, pois lhes confere a aceitação por parte da pessoa para a sua intervenção, tal como dissolve as dúvidas relativamente à legalidade dos seus atos clínicos.

Apesar da importância reconhecida por todos os elementos perioperatórios, sentiu-se, em contexto clínico, alguns obstáculos ao exercício pleno deste consentimento. No primeiro contexto, sendo um Bloco Operatório Central com atividade cirúrgica em contexto eletivo e em contexto urgente, os maiores desafios surgiram especialmente no contexto urgente, mas estavam presentes em ambos. Notou-se que os utentes dos cuidados não se encontravam completamente esclarecidos à entrada do Bloco Operatório, persistindo dúvidas em especial sobre os atos anestésicos. No entanto, as pessoas em situação perioperatória apresentavam-se frequentemente bastante cientes dos procedimentos cirúrgicos que seriam submetidas, falhando por vezes apenas algumas informações relativamente ao pós-operatório. Para colmatar estas falhas e otimizar a segurança do ambiente terapêutico, os EEs avaliavam o grau de conhecimentos da pessoa na zona de acolhimento, e, posteriormente, faziam educação sobre o próprio procedimento, as suas consequências e o período pós-operatório. Não obstante, relativamente aos procedimentos anestésicos, a maioria dos utentes não tinham consulta de anestesia prévia (especialmente em contexto de urgência) e, por isso, os anestesistas avaliavam os utentes na zona de acolhimento, executando o consentimento anestésico nesse momento.

No segundo contexto, pela evidência da prática clínica, compreendeu-se facilmente o fraco conhecimento dos utentes sobre o procedimento cirúrgico e anestésico, tanto em contexto eletivo, como em contexto de urgência e contexto de cirurgia ambulatória. Fatores relacionados com o contexto sociocultural do utente eram muitas vezes evidenciados na prática, como por exemplo, barreiras linguísticas e crenças culturais, em especial, no que se relaciona ao jejum pré-operatório, que não era efetuado por alguns utentes de países africanos. Contudo, em

contexto ambulatorio, como estratégia de combate aos défices de conhecimento dos utentes, os enfermeiros executavam, na admissão, uma consulta de enfermagem direcionada a assegurar as condições de segurança para os procedimentos, mas também para dotar os utentes de informação necessária para a vivência deste processo de saúde/doença. Assim, em contexto ambulatorio, foi possível intervir no pré-operatório, através da consulta de enfermagem, e no pós-operatório, através dos ensinamentos para a alta, aumentando os conhecimentos dos utentes e a sua capacidade de gestão da saúde/doença, navegando muitas vezes fatores socioculturais complexos, mencionados anteriormente. Foram também executados “*follow-ups*”, que consistem no contacto telefónico com os utentes no dia a seguir à alta, com o objetivo de fazer uma entrevista rápida e implementar intervenções, em caso de necessidade.

Ao auscultar os EEs de ambos os contextos, compreendeu-se uma preocupação crescente com a existência da consulta de enfermagem pré-operatória. Segundo Breda & Cerejo (2021), a consulta de enfermagem pré-operatória permite, não só estabelecer uma relação entre o enfermeiro perioperatório e o utente, mas também avaliar as suas necessidades, e estabelecer um plano de intervenção centrado na pessoa. As autoras referem que “*Com frequência, os doentes no período de acolhimento, verbalizam informações dispares a respeito da preparação pré-operatória, podendo assim comprometer todo o procedimento anestésico e/ou cirúrgico. Manifestam, também, medo relativo ao pós-operatório imediato e incertezas ligadas ao momento da alta clínica e à recuperação pós-cirúrgica no domicílio. Concomitantemente, o curto período de permanência no internamento limita o contacto dos enfermeiros com os doentes, no que diz respeito à transmissão de informações sobre o pós-operatório. Assim, é frequente os doentes sentirem dúvidas e dificuldades no autocuidado após a alta, acabando por contactar ou recorrer de novo ao hospital.*” (Breda & Cerejo, 2021, pg. 2). Com o objetivo de ultrapassar estes obstáculos, a consulta pré-operatória de enfermagem “*é encarada como uma atividade autónoma fulcral para a preparação pré-operatória e a recuperação cirúrgica*” (Breda & Cerejo, 2021, pg. 6). Baseando-se em evidência científica, as autoras afirmam que as pessoas com acesso a esta tipologia de consulta demonstraram-se mais informados sobre os procedimentos e capacitados para vivenciar o processo cirúrgico.

Apesar desta consulta não existir nos contextos onde foram desenvolvidos os estágios clínicos, é possível denotar efetivamente a crescente preocupação do enfermeiro perioperatório com a

preparação pré-operatória do utente e o seu consentimento informado, livre e esclarecido, no exercício da sua autonomia, segundo os princípios éticos da profissão de enfermagem.

Outra temática de alta relevância e orientadora do meu percurso profissional e académico foi as competências culturais dos enfermeiros em contexto perioperatório. Tema este que posteriormente guia a execução de uma revisão *scoping*, denominada de “Competências culturais dos enfermeiros em contexto perioperatório”, e que visa aprofundar inicialmente os fatores que influenciam a prestação de cuidados enfermagem culturalmente congruentes. No decorrer da realização da revisão foi possível identificar: barreiras à prestação de cuidados culturalmente competentes (divididas em barreiras linguísticas/comunicacionais, culturais e organizacionais); estratégias para a prestação de cuidados culturalmente competentes (desenvolvimento de competências relacionais, adaptação e personalização dos cuidados, e sensibilização da equipa); e o impacto das competências culturais dos enfermeiros perioperatórios (redução de cancelamentos cirúrgicos, diminuição de complicações pós-operatórias, e diminuição das disparidades em saúde, tal como satisfação dos utentes e da equipa).

Esta revisão nasce profundamente dos contextos de estágios vivenciados, onde diariamente era confrontado com uma diversidade cultural que prejudicava os cuidados prestados. Como postulado pela OE (2019), o EE tem como imperativo a proteção dos direitos humanos, incluindo a defesa e respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos a quem presta cuidados. Nesse sentido, esta competência foi maximizada pela revisão *scoping*, sendo-me possível adquirir competências culturais e praticá-las no contexto dos estágios.

É de notar que o conhecimento, e logicamente a formação, sobre a diversidade cultural e os cuidados culturalmente competentes está ainda longe das realidades dos BOs, apesar do crescimento exponencial da multiculturalidade e interculturalidade em Portugal, como explicada no enquadramento conceptual. Desta forma, creio na relevância da temática abordada, tornando a enfermagem mais significativa para as pessoas que são alvo dos seus cuidados.

b. Melhoria contínua da qualidade

A definição do conceito de “qualidade em saúde” permanece, ainda hoje, subjetivo, sujeito a múltiplas interpretações, e, por vezes, confuso, carecendo de um consenso universal. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2020), a qualidade dos cuidados de saúde é aferida pelo grau em que eles contribuem para alcançar o estado de saúde desejado pela pessoa, pela família e pela comunidade, tendo como base uma prática sustentada na melhor evidência científica disponível. Acrescenta ainda que, para a existência de qualidade nos cuidados de saúde, estes necessitam de preencher um conjunto de critérios, nomeadamente, serem: efetivos, seguros, centrados na pessoa, atempados/oportunos, equitativos, integrativos e eficientes. Desta forma, é possível mensurar a prestação de cuidados quanto à sua qualidade com base nos critérios dispostos pela OMS.

No contexto português, no Sistema Nacional de Saúde foram criados o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), na dependência da DGS, e, ao nível das instituições prestadoras de cuidados de saúde, as Comissões de Qualidade e Segurança (CQS). Ao DQS compete a emissão de normas e orientações de aplicação obrigatória, e às CQS, incumbe-se a missão de *“divulgar no interior das respetivas instituições e em rede, de forma contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e promoverem a interiorização da cultura de segurança”* (Coelho & Resendes, 2021, p. 15).

No primeiro contexto de estágio, a CQS da Unidade Local de Saúde respetiva é composta por várias estruturas, nomeadamente: a Comissão de Catástrofe e Emergência, o Gabinete de Auditoria, o Gabinete do Cidadão, o Gabinete de Segurança, o Gabinete de Gestão de Programas da Qualidade, o Gabinete de Segurança do Doente, o Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL - PPCIRA), e a Saúde Ocupacional. Este estágio foi orientado por um dos elementos de articulação entre o BO e o Gabinete de Gestão de Programas de Qualidade e, assim, no decorrer do estágio, foi possível promover a compreensão alargada da temática, do seu impacto e operacionalização na prestação de cuidados.

Foi também possível aprender e promover as práticas de enfermagem perioperatório com enfoque na qualidade das mesmas, como por exemplo, a execução, cumprimento e promoção

do *Projeto Stop Infecção Hospitalar 2.0*. Este é um projeto de qualidade focado na prevenção e controlo das infeções, e, por isso, “*é a oportunidade, por excelência, de aprendermos ciência de melhoria contínua, e de aplicarmos a um tema crucial como a infeção hospitalar.*” (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, 2023, pg. 1). Segundo o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (2023), o seu foco é a diminuição de 4 tipos de infeção hospitalar: a infeção do local cirúrgico (especialmente, nas áreas da cirurgia do cólon e reto, tal como na prótese de anca e joelho); a infeção da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central; a pneumonia associada à intubação; e a infeção urinária associada ao cateter vesical. Estas infeções são de elevada importância em contexto perioperatório, tendo em conta que todas elas são intervenções realizadas, de forma não exclusiva, mas frequente, no bloco operatório. Este projeto engloba múltiplos hospitais, tal como múltiplos serviços, sendo necessário recorrentemente uma boa articulação entre o BO e os serviços de internamento, havendo oportunidade durante o estágio de reforçar a importância do cumprimento dos Feixes de Intervenções propostos pela DGS relativamente à prevenção das infeções supramencionadas, tal como do preenchimento dos registos que com elas se relacionam.

No segundo estágio, a ULS não estava abrangida por este projeto, contudo houve continuamente oportunidade de manter as práticas detalhadas nestes Feixes de Intervenções, tal como a partilha do conhecimento com a equipa de enfermagem, objetivando introduzir mudanças nas práticas e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto perioperatório.

c. Gestão de cuidados

O exercício da enfermagem especializada engloba não só a prestação direta de cuidados, mas também a gestão dos mesmos, fundamentais para assegurar a qualidade e a segurança dos mesmos, e sendo consequentemente necessário o desenvolvimento de competências de gestão em enfermagem. As competências de gestão de cuidados estão consagradas como competências do EE pela Ordem dos Enfermeiros (2019) no seu Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Apesar do enfermeiro de cuidados gerais ser responsável pela atuação “*de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de*

cuidados” (OE, 2012, pg. 9), este não é responsável pela realização da gestão dos cuidados, sendo esta competência atribuível ao EE, sendo este ainda capaz de otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019). A estes profissionais, é-lhes atribuído um conjunto de responsabilidades, as quais devem ser realizadas com excelência, nomeadamente no que toca à assessoria aos enfermeiros e à equipa, aprimoramento da tomada de decisão no processo de cuidados através da informação, gestão de processos de negociação e referência para outros profissionais, e também todo o processo de delegação de tarefas (incluindo a sua supervisão, orientação na decisão relativa às tarefas delegáveis, criação de guiar orientadores de delegação de tarefas, entre outros). A enfermagem especializada tem como basilar a sua formação, sendo que esta promove a qualidade e a segurança dos cuidados, sendo também do seu âmbito promovê-la. *“A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações”* (OE, 2019, pg. 128). É incontestável que para a execução destas atividades, o EE deve ter oportunidades de aprendizagem em contexto clínico para que possa desenvolver as competências necessárias.

Embora as atividades de gestão possam aparentemente causar um afastamento do enfermeiro com o utente, são precisamente essas funções que sustentam as condições adequadas para uma prática assistencial eficaz. Conforme salientado por Barroso et al. (2021, pg. 9), *“todos os atores na área da saúde, quer estejam direta ou indiretamente envolvidos no cuidado ao doente, devem compreender que a sua ação – por mais distante que esteja do doente – vai influenciar o cuidado e o resultado para o doente”*. Assim, é fulcral que o EE compreenda que apesar do aparente afastamento do contacto direto com a pessoa cuidado, as suas práticas de gestão afetam permanentemente a qualidade e segurança dos cuidados prestados e, consequentemente, a pessoa a vivenciar um processo médico-cirúrgico em contexto perioperatório.

Assim, durante os estágios, foi possível desenvolver atividades relativas à gestão da equipa de enfermagem nos dois contextos. No primeiro contexto, a enfermeira orientadora não tinha funções de chefia, pelo que me foi dada a oportunidade de ser orientado temporariamente pelo responsável de turno (comumente denominado de “enfermeiro chefe de equipa”) de uma das equipas de escala. Com esta enfermeira, foi possível estar presente nos momentos de transição

de informação entre turnos (“passagens de turno”), momentos nos quais estavam presentes os dois responsáveis de turno e onde foi possível compreender a importância da transmissão de informações essenciais relativas à gestão diária do bloco operatório, tanto relativo à gestão de materiais e equipamentos, como de recursos humanos, e até a própria gestão de utentes e cuidados prestados. Foi também possível acompanhar a enfermeira responsável de turno nas atividades relativas à distribuição dos enfermeiros pelos postos e atribuição de salas operatórias em contexto de cirurgia de urgência e emergência, tal como refletir sobre estas mesmas atividades. Foi possível também refletir sobre as dotações de enfermeiros em contexto de bloco operatório, tal como efetuar cenários hipotéticos de distribuição dos enfermeiros, tendo em conta múltiplos fatores (como experiência, formação profissional, etc.), assegurando as dotações propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

No segundo contexto, o enfermeiro orientador também não desenvolvia atividades de responsável de turno, pelo que também foi dada a oportunidade de também de acompanhar o enfermeiro responsável de turno, assimilando essencialmente informações relativas à gestão e atribuição de salas operatórias, tal como resolução de problemas durante o turno, e gestão de materiais e fármacos. Foi também dada a oportunidade de acompanhar a enfermeira de assessoria na área da ortopedia, tendo sido possível compreender alguns processos relativos à gestão do material implantável e específico de ortopedia.

d. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento pessoal e profissional revela-se como obrigatório na frequência do mestrado, tendo em conta o seu nível de exigência e o processo contínuo de autorreflexão. Através da autorreflexão, foi impulsionado o reconhecimento de competências e limitações pessoais, tal como estratégias de aprimoramento e superação de dificuldades. Este processo foi continuamente assistido tanto pelos enfermeiros orientados dos contextos de estágio, como pelas enfermeiras gestoras dos contextos e professoras orientadores, havendo múltiplos momentos de reflexão conjunta, formal e informalmente. Assim, os estágios clínicos revelaram-se como momentos de alto desenvolvimento profissional de uma forma positiva e intencional.

Além disso, ambos os contextos clínicos contemplam em si um programa de integração profissional com base no referencial teórico da AESOP, tal como nas especificidades do trabalho dos enfermeiros naquele serviço. O processo de integração de novos enfermeiros ao BO é extenso e complexo (AESOP, 2006), não só pela ausência de conteúdos programáticos relacionados com a enfermagem perioperatória nos cursos de licenciatura em Portugal, como pelas diversas etapas e grau de exigência, tanto para o elemento em integração como para o elemento integrador. Foi possibilitada em ambos os contextos a reflexão, em conjunto com os enfermeiros orientadores, sobre este processo de integração e fatores que o influenciam, sendo-me também permitido o percurso pelos diferentes postos segundo os seus programas de integração, facilitando a aprendizagem e maximizando os resultados.

Além disso, ambos os BO disponibilizam formação profissional semanal, ministradas por elementos do próprio bloco operatório ou externos, que incentivam a aprendizagem contínua. Foi-me possibilitada a presença nestes momentos de aprendizagem, tendo sido abordados alguns temas como as atividades de anestesia e a segurança em cirurgia robótica, tal como os protocolos de reanimação instituídos. Assim, sendo o EE responsável pela formação dos pares, foram planeadas ações de formação em ambos os contextos que, devido a fatores externos, não conseguiram ser concretizadas. Contudo, foi possível compreender a importância e a dificuldade de realização da formação profissional.

Destaca-se ainda a realização duma *scoping review* sobre a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes em contexto perioperatório, no contexto da vivência de dificuldades em contexto clínico relacionadas com fatores socioculturais. Assim, através do conhecimento obtido por esta técnica de investigação, foi possível introduzir mudanças na própria prática enquanto enfermeiro em contexto perioperatório. Esta *scoping review* será publicada em revista científica e pretende-se continuar a aprofundar o tema, enquanto EE, e possível introduzir projetos de melhoria da qualidade no âmbito dos cuidados culturalmente congruentes no atual serviço onde são desenvolvidas atividades profissionais.

Releva-se ainda a realização de um poster científico, juntamente com dois colegas, intitulado: “Via Aérea Difícil Não Previsível em Adultos no Bloco Operatório”.

2.2.2 Competências específicas do EEEMC-PSP

Finalizada a reflexão sobre as competências comuns do EE, abre-se um capítulo de aprofundamento sobre o desenvolvimento de competências específicas do EE num contexto de prestação complexa de cuidados: o período perioperatório. Neste contexto delicado, onde a técnica minuciosa e a vulnerabilidade humana se encontram, o EE é forçado a desenvolver um conjunto de competências particulares no seu processo de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Estas competências, como consagradas no artigo 5.º do Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, são mais que meras disposições regulamentares, são pilares duma prática que exige rigor, qualidade, segurança e humanização.

Todavia, primariamente, importa definir o contexto em que desenrolam – o Bloco Operatório. Segundo a AESOP (2006, pg. 20), o Bloco Operatório é uma *“unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações ou Suítes Operatórias reunidas numa mesma unidade imobiliária e que funciona de forma autónoma.”*. Em cadeia sucessiva, a AESOP (2006) define também a Sala de Operações como espaço destinado exclusivamente à realização de intervenções cirúrgicas, e ainda o conceito de “Suítes Operatórias” – espaços dedicados às atividades cirúrgicas que podem incluir as Salas de Operações, Salas de Desinfecção, Salas de Indução, Salas de Apoio, entre outras.

Assim, conclui-se que o Bloco Operatório é uma unidade autónoma com vista à realização de procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos, dotada de meios humanos, técnicos e materiais próprios, onde se encontram as Salas de Operações e respetivas áreas de apoio. Assim, poder-se-ia julgar que a Enfermagem Perioperatória é exclusivamente desenvolvida em Bloco Operatório, contudo, para compreender o completo escopo da Enfermagem Perioperatória, é necessário compreender o conceito de “período perioperatório”.

O período perioperatório é o período em que a pessoa/família vivencia uma experiência cirúrgica/anestésica, composta por três fases: o pré-operatório, o intra-operatório, e o pós-operatória (OE, 2018). Definindo-se primeiramente o pré-operatório, este *“tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória”* (OE, 2018, p. 19366). Já o intra-operatório *“inicia aquando da transferência*

da pessoa para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)” (OE, 2018, p. 19366). E, por último, a fase pós-operatória “tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico” (OE, 2018, p. 19366).

É neste período específico que a enfermagem perioperatória se desenvolve, e que leva o enfermeiro a utilizar o processo de enfermagem para desenvolvimento de cuidados a pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos ou outro tipo de procedimentos invasivos, de forma a avaliar, diagnosticar, planejar intervenções, executá-las e avaliar resultados relativos às respostas físicas, psicológicas, socioculturais, e espirituais da pessoa. Corroborando, o enfermeiro perioperatório é *“A registered nurse who, using the nursing process, develops a plan of nursing care and then delivers that care to patients undergoing operative or other invasive procedures. The perioperative nurse has the requisite skills and knowledge to assess, diagnose, plan, intervene, and evaluate the outcomes of surgical interventions. The perioperative nurse addresses the physiological, psychological, socio-cultural, and spiritual responses of surgical patients during the perioperative period.”* (AORN, 2019, pg. 4).

Contudo, a prática exercida pelo enfermeiro perioperatório, apesar de toda a ela ser a mesma área, está dividida em funções diferentes. Ou seja, o enfermeiro perioperatório assume funções diferentes durante o seu exercício profissional (AESOP, 2006). Para a OE (2018), o exercício profissional do enfermeiro perioperatório desenvolve-se em cinco áreas de atuação que são complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. Na perspetiva da AESOP (2006, pg. 107), *“A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade ao indivíduo, permitindo uma maior compreensão da dimensão da pessoa doente, num ambiente seguro. Só assim, é possível responder de uma forma organizada, eficaz e eficiente às necessidades do doente/família”*. Assim, constata-se que, apesar do enfermeiro perioperatório poder desempenhar várias funções, deve executá-las a todas, com o objetivo de uma compreensão holística dos cuidados à pessoa em situação perioperatória. A AESOP (2006) define estas funções como: enfermeiro de anestesia (incluindo responsabilidades sobre a visita pré-operatória e pós-operatória), enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista, e enfermeiro de cuidados pós-anestésicos.

Podemos concluir que as definições de funções do enfermeiro perioperatório são concordantes entre a OE e a AESOP, apesar de ligeiras diferenças.

É também de valor abordar brevemente a Teoria da Vigilância Antecipatória, teoria específica e inerente à enfermagem perioperatória, que foi utilizada para guiar o crescimento de competências durante o estágio. Segundo a EORNA (2023), a principal preocupação do enfermeiro perioperatório é minimizar o risco, manter a segurança, e proporcionar uma experiência positiva e bem-sucedida a todas as pessoas em situação perioperatória. É através da vigilância antecipatória que o enfermeiro perioperatório obtém estes resultados, manifestando-se em três diferentes formas: a orquestração (“Orchestrating”), a rotinização (“Routinizing”), e a adaptação momentânea (“Momentary Adapting”). Podem ser definidos da seguinte forma, segundo a EORNA (2023, pg. 7):

- Orquestração: Consiste nas estratégias usadas para gerir pessoas e cargas de trabalho, podendo incluir orquestração macro, orquestração local, orquestração situacional e o "estar a par".
- Rotinização: Consiste nas estratégias para a realização de tarefas e atividades do quotidiano, incluindo verificações habituais, cumprimento de normas, vigilância mútua e interdependência.
- Adaptação Momentânea: Consiste nas estratégias de resposta a acontecimentos não planeados ou inesperados, incluindo respostas rápidas e responsáveis, estruturação temporária, atenção aumentada e conhecimento avançado.

Assim, neste ambiente de elevada complexidade e risco, o EE mobiliza os seus conhecimentos e competências para antecipar potenciais eventos adversos, intervindo de forma planeada, sistemática e flexível. Através da orquestração dos recursos, da rotinização de práticas seguras e da adaptação momentânea a imprevistos, a vigilância antecipatória permite ao enfermeiro manter um estado de atenção constante, promovendo um ambiente cirúrgico eficaz, colaborativo e centrado no utente. Pela importância dos conceitos em contexto europeu, por ser baseada em estudos científicos atuais, e por ser preconizada e defendida pela EORNA, as competências desenvolvidas em estágio foram orientadas por esta teoria de enfermagem.

Após esta breve análise de conceitos, passa-se então à abordagem do desenvolvimento das competências específicas ao EEEMC-PSP.

a. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

A experiência do cuidado da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa foi enriquecida durante o estágio clínico. É importante relevar que me foi dada a oportunidade de prestação de cuidados de enfermagem em contexto pré, intra, e pós-operatório, podendo desenvolver todas as funções do enfermeiro perioperatório, em ambos os contextos, como contemplado no plano de atividades de estágio em apêndice.

a.1 Pré-operatório

Enfatizando-se, inicialmente, as experiências em pré-operatório (no primeiro estágio, em contexto de acolhimento ao bloco operatório, e no segundo, em contexto de consulta de enfermagem em cirurgia ambulatoria) e como mencionado anteriormente, a consulta pré-operatória de enfermagem permite estabelecer uma relação entre o enfermeiro perioperatório e o utente, avaliar as suas necessidades, e estabelecer um plano de intervenção centrado na pessoa em situação perioperatória (Breda & Cerejo, 2021). Foi possível o estabelecimento de relação terapêutica com os utentes no momento de admissão ao bloco operatório, tanto no contexto de acolhimento (no primeiro estágio) como no contexto de consulta de enfermagem em cirurgia ambulatoria. Como refletido por Lomba (2022, pg. 29), *“É em relação, que se deseja terapêutica, que é possível nutrir a confiança e a vinculação, promover a esperança e aliviar a ansiedade, construindo com o cliente a capacidade de transcender uma experiência que não pode ser contornada ou protelada”*. Nesta citação, foi constada a mesma visão em estágio clínico, pois o desenvolvimento de uma relação terapêutica com o utente, permitiu inevitavelmente a promoção de uma esperança realista e o alívio da ansiedade, facilitando o processo vivenciado pelo utente.

Além disso, denotou-se também a realidade descrita por Breda & Cerejo (2021), concluindo que os utentes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos e anestésicos apresentam frequentemente informações díspares relativamente à preparação pré-operatório e aos resultados pós-operatórios, tal como apresentam altos graus de ansiedade e medo. Assim, foram

desenvolvidas intervenções essencialmente focadas no ensino sobre a preparação pré-operatória, o processo intra-operatório, e os cuidados no pós-operatório, obtendo resultados visíveis relativamente à recuperação cirúrgica, congruente com as conclusões de Breda & Cerejo (2021).

a.2 Anestesia

A nível da anestesia, a AESOP (2006, pg. 110) proclama que o enfermeiro de anestesia “*deve desenvolver (...) conhecimento e compreensão acerca de várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interação farmacológica dos mesmos, técnicas e métodos de monitorização*”. É através do domínio destes temas que o enfermeiro de anestesia desempenha eficazmente de acordo com as necessidades reais do utente e da equipa. Assim, o primeiro estágio focou-se essencialmente no desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro de anestesia, como a monitorização do utente, preparação e administração de terapêutica, controlo da normotermia, e apoio à via aérea. Segundo a AESOP (2006), o enfermeiro de anestesia, em colaboração com o anestesiológista, é responsável pela pessoa em situação perioperatória num momento em que ela está altamente dependente, e, por isso, o enfermeiro deve ser capaz de vigiar e monitorizar o utente, despistar possíveis complicações, e atuar em situações de urgência ou emergência anestésica. Tendo isso em conta, destaca-se um momento de urgência anestésica experienciado no primeiro local de estágio: após a indução rápida e colocação de máscara laríngea numa jovem que seria submetida a uma apendicectomia, a utente apresentou um vômito que levou à exteriorização da máscara laríngea, colocando a utente em risco de aspiração. Foi procedida a aspiração das vias aéreas e intubação com tubo orotraqueal para proteção da via aérea, de forma colaborativa entre mim e a anestesiológista, demonstrando um momento real de necessidade de adaptação momentânea à situação, com rapidez e eficácia.

Neste contexto, foi também desenvolvido um projeto de qualidade relacionado com a temática da normotermia e prevenção de hipotermia inadvertida.

Durante o segundo estágio, tive a oportunidade de exercer a função de enfermagem na área da anestesia em contextos mais diferenciados, nomeadamente no âmbito da anestesia pediátrica. Esta experiência revelou-se fundamental para a minha formação enquanto EE, uma vez que exigiu ao aprimoramento dos cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico em situação

perioperatória. Neste sentido, destacam-se algumas temáticas fulcrais no meu desenvolvimento: a prevenção de erros de terapêutica farmacológica em contexto pediátrico, o alívio da ansiedade perioperatória da criança, e o envolvimento familiar.

Relativamente ao primeiro tópico, o erro de medicamento é “*a failure in the treatment process that leads to, or has the potential to lead to, harm to the patient*” (Aronson, 2009, pg. 601). Conforme Lu-Boettcher & Koka (2024), os profissionais da anestesia estão sujeitos a erros de medicação, estimando-se uma taxa de incidência de até 5%. Em contexto pediátrico, a taxa é significativamente maior de erros, especialmente no que se relaciona com a dose perioperatória devido à variabilidade de peso e cálculos inadequados. Consequentemente, algumas estratégias de mitigação destes erros terapêuticos podem ser adotadas como a utilização de seringas pré-preenchidas, ferramentas de apoio à decisão, e sistemas de leitura de código de barras (Lu-Boettcher & Koka, 2024). Assim, no contexto, existiam ferramentas de apoio à decisão e preparação de fármacos que consistiam em tabelas com peso, dose recomendada, e preparação adequada. Estas ferramentas foram amplamente utilizadas durante o estágio, contudo, as outras estratégias sugeridas pelas autoras não existiam neste contexto clínico, mas foram sugeridas.

No que toca à adaptação dos cuidados para promover uma experiência não-traumática na criança através do alívio da sua ansiedade, Alves (2010), numa revisão da literatura, encontra um conjunto de intervenções de enfermagem farmacológicas e não-farmacológicas. A nível farmacológico, a administração de midazolam como medicação pré-anestésica demonstrou-se eficaz na redução de alterações do comportamento no pós-operatório. Além disso, a administração de medicamentos sedativos em geral contribuiu para a separação da criança dos seus familiares, alívio da ansiedade pré-operatória, e redução do desconforto pré-indução. Foram ainda identificadas um conjunto de intervenções não-farmacológicas facilitadoras, nomeadamente: presença dos pais; programas de preparação pré-operatória (como folhetos, vídeos, ou visitas); técnicas cognitivas (como distração, relaxamento, imaginação, etc.); e técnicas artísticas (como a dramatização/teatro, a pintura, entre outros).

Ao longo do estágio clínico, foram dinamizadas diversas intervenções terapêuticas de carácter cognitivo e artístico com as crianças em contexto pré-operatório, nomeadamente estratégias de distração, imaginação, dramatização e desenho/pintura. Estas intervenções ocorreram predominantemente na fase pré-operatória imediata, onde as crianças eram acolhidas numa sala de jogos, devidamente equipada com brinquedos diversos, proporcionando um ambiente lúdico

e familiar. Este espaço funcionava como uma intervenção não farmacológica eficaz na redução da ansiedade pré-cirúrgica. Findo este momento, procedia-se à apresentação do enfermeiro de anestesia à criança, sendo esta acompanhada, de forma personalizada, até à sala de operações. A indução anestésica era, na maioria das situações, realizada com midazolam por via endovenosa ou, em alternativa, com recurso a técnicas inalatórias utilizando agentes halogenados. Assim, com o objetivo de otimizar o processo de acolhimento, implementei estratégias específicas no momento de apresentação à criança, procurando atenuar o seu desconforto e desconfiança. Para tal, envolvi-me diretamente em atividades lúdicas, como brincadeiras ou desenhos, promovendo, desde o início, uma relação terapêutica baseada na empatia e na confiança.

Alves (2010) identificou também que a presença dos pais pode ser benéfica para a criança em período perioperatório. Nomeadamente, estudos mais antigos relatam alívio da ansiedade da criança com a presença dos pais no momento da indução anestésica, contudo estudos mais recentes contradizem-no. O autor concluiu também que a presença dos pais pode ser benéfica apenas em crianças com idade superior a 4 anos ou crianças com “personalidade calma”. Apesar disso, a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1988) defende que a criança tem direito à presença contínua dos pais, pelo que esta deve ser facilitada, apesar de deverem ser informados das regras e funcionamento do serviço de forma a participar ativamente nos cuidados. No local de estágio, a presença dos pais era facilitada até ao momento de ida até à sala de operações. A criança depois deslocava-se com o enfermeiro de anestesia até à sala, onde era submetida ao procedimento cirúrgico e anestésico, sendo transferida depois para a UCPA. Na UCPA, a presença dos pais era novamente facilitada, providenciando-se cadeirões ao pé do leito para eles estarem.

Em geral, creio que a humanização dos cuidados a nível perioperatório pediátrico neste contexto de estágio estava bastante otimizada, tendo sido alvo de forte reflexão por mim.

a.3 Circulação e instrumentação

A AESOP (2006, pg. 128) define o enfermeiro circulante como o enfermeiro da sala de operações que coordena as atividades dentro dela e zelar pelas condições de segurança do utente e da equipa. O enfermeiro circulante não só cuida holisticamente do utente,

responsabilizando-se pelas suas necessidades de conforto, segurança e comunicação, como também responde às necessidades da equipa cirúrgica. Este enfermeiro não se constituiu como elemento da equipa cirúrgica ou estéril, mas “*Antecipa-se e dá resposta às necessidades desta equipa, especificamente assistindo o enfermeiro instrumentista, enquanto dá continuidade aos cuidados ao doente garantindo a sua segurança, regista e documenta toda a informação necessária para a continuidade dos cuidados.*” (AESOP, 2006, pg. 129), além de denunciar quebras de assepsia e introduzir medidas corretivas. Deste modo, a circulação deve ser exercida por um enfermeiro “sénior”, agindo como líder na sala de operações. Acrescenta-se que, segundo a AORN (2019), a prestação de cuidados perioperatórios é dinâmica e, por isso, altamente dependente do conhecimento científico, pensamento crítico, e raciocínio clínico do enfermeiro perioperatório, em especial do enfermeiro circulante. Apesar de trabalhar colaborativamente, o enfermeiro circulante deve supervisionar e avaliar as atividades dos restantes membros da equipa, sendo responsável pela delegação de tarefas em profissionais de si dependentes e dentro das suas capacidades, enquanto executa simultaneamente intervenções e age em situações de urgência e emergência.

No que toca ao desenvolvimento enquanto enfermeiro circulante, foi possível desenvolver atividades em cirurgia de urgência/emergência e cirurgia programada em ambos os locais de estágios, tendo tido maior foco nas especialidades de urologia e ortopedia no primeiro estágio, e ortopedia no segundo. Enquanto enfermeiro circulante, desenvolvi atividades a nível da preparação do material cirúrgico e apoio à equipa cirúrgica em procedimentos como nefrectomias, ressecções transuretrais da bexiga e da próstata, cistectomias, tal como encavilhamentos do fémur, osteossínteses de fraturas dos maléolos, e osteossíntese de fraturas de ossos da mão.

A lista de verificação "Cirurgia Segura Salva Vidas", estruturada pela Organização Mundial da Saúde em 2009, é um instrumento seguro, padronizado e mundial com o objetivo de aumentar a segurança dos procedimentos cirúrgicos. A OMS emitiu um conjunto de orientações para a sua utilização e aplicação em contexto cirúrgico (OMS, 2009), fazendo consequentemente que esta lista de verificação consiste num conjunto de fatores que devem ser averiguados em três momentos-chave: antes da anestesia, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do utente da sala operatória. Haynes et al. (2009) demonstraram que o uso da lista pode reduzir as

complicações e mortalidade associadas às cirurgias, promovendo melhor comunicação da equipa e adesão a práticas seguras essenciais.

Consequentemente, durante o período de estágio foi reforçada a adesão a esta prática, como profissional e entre equipa, sempre que desempenhando o papel de enfermeiro circulante, tendo em conta que é este o elemento de enfermagem com maior responsabilidade sobre a segurança cirúrgica do utente. Foram encontrados alguns constrangimentos na execução correta da lista, nomeadamente relativamente ao tempo. Apesar disso, em geral, houve uma boa adesão por parte das equipas na execução da mesma.

Desempenhei também a função de enfermeiro instrumentista na área de ortopedia nos dois locais de estágio, tendo tido a oportunidade de instrumentar as seguintes cirurgias: lavagem e desbridamento de artrites sépticas, osteossíntese de fraturas do maléolo, encavilhamento do fémur, tenorrafias do joelho por rutura de tendões, e remoção de fios de *kishner*.

Segundo a AESOP (2006, pg. 139), o enfermeiro instrumentista é aquele que, dentro da equipa de enfermagem, se integra com a equipa estéril, tendo a responsabilidade específica de *“prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa”*. Dessa forma, esta função requer competências específicas, como o manuseamento de instrumentos, a manipulação de tecidos, conhecimento anatómico-fisiológico, técnicas de hemóstase, a técnicas asséptica cirúrgica e a sua proteção, e a antecipação das necessidades cirúrgicas (AORN, 2021). Consequentemente, depreende-se que o enfermeiro instrumentista é não só responsável por todos os dispositivos médicos, sua contagem, e manutenção, tal como pela otimização da cirurgia e pela segurança do utente, nomeadamente no que toca ao risco de infeção e risco de hemorragia. Foram essencialmente nestas competências que me foquei, durante o desempenho enquanto instrumentista em estágio, para melhor otimização do meu próprio desempenho neste papel.

Apesar do desempenho nesta função, é notório o nível de inexperiência. Segundo Koh, R. Y., Park, T., & Wickens, C. D. (2014), enfermeiros instrumentistas pouco experientes demonstram menor resistência às interrupções e, simultaneamente, mais dificuldade na antecipação de necessidades da equipa cirúrgica, maior tempo na transferência de instrumentos, e ocorrência de um maior número de erros. A experiência vivenciada por mim em contexto de estágio foi semelhante, especialmente na dificuldade de antecipação de passos e maior tempo de

transferência de instrumentos, pelo que é necessário colmatar estas dificuldades através da experiência. Todavia, Korkiakangas et al (2014) sugerem que a fluidez da transferência de instrumentos é otimizada através do ajuste da posição da mesa de instrumentação, permitindo uma melhor monitorização da linguagem corporal do cirurgião e favorecendo a orientação precoce face a um pedido iminente. Esta técnica simples de colocação da mesa numa posição que favoreça a monitorização do cirurgião foi adotada em estágio com pequenas melhorias no desempenho das funções de instrumentista.

a.4 Cuidados pós-anestésicos

Por fim, relativamente ao período pós-operatório, em ambos os estágios, foi possível desenvolver cuidados pós-anestésicos, em UCPA, tal como, no último estágio, em UCA, aprimorando capacidade de monitorização e vigilância do utente em contexto pós-operatório imediato, gestão de terapêutica analgésica e antiemética, e intervenção em utentes com instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas, e compromisso da via aérea.

O enfermeiro de cuidados pós-anestésicos é o enfermeiro responsável pela prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, deteção e tratamento das complicações inevitáveis, e promoção da recuperação do equilíbrio fisiológico e funcionalidade do utente, “*de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto*” (AESOP, 2006, pg. 160). Por isso, é necessário que o enfermeiro de cuidados pós-anestésicos seja capaz de avaliar e intervir a nível da função respiratória, função cardiovascular, estado de consciência e funções sensório-motoras (incluindo a dor), e as alterações resultantes da intervenção anestésico-cirúrgica (como ferida cirúrgica, penso operatório, e drenos), assim como da função renal e equilíbrio hidroeletrólítico.

A avaliação do utente é uma função essencial dos enfermeiros de cuidados pós-anestésicos (Younker, 2008), sendo que a utilização da abordagem ABCDE revela-se como um método sistemático e eficaz para avaliar o estado clínico do utente. A abordagem ABCDE, como proposta pelo *Resuscitation Council UK* (2024), é uma avaliação inicial e intervenção a todos os utentes em estado crítico, nas seguintes 5 dimensões: via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, e exposição (incluído a integridade da pele e a temperatura). Esta abordagem foi útil em contexto de estágio, sendo possível, por exemplo: intervenção em

utentes com depressão do estado consciência e consequente compromisso da via aérea através da permeabilização manual; deteção e intervenção não-farmacológica e farmacológica a utentes com hipotensão arterial em contexto pós-anestésico; e deteção, intervenção não-farmacológica, e colaboração com equipa médica em casos de hemorragia significativa em contexto pós-operatório. A utilização e promoção desta abordagem em contexto de estágio revelou-se como facilitadora do trabalho dos enfermeiros na UCPA.

b. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Esta competência, definida pela OE (2018), obriga o EE a mobilizar conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, devido à complexidade dos cuidados perioperatórios.

A OE (2018) afirma que o EEEMC-PSP deve ser capaz de garantir as condições de boa prática e dotações seguras para o início e continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Preconiza também que as salas operatórias devem estar sempre dotadas de 3 enfermeiros, para cumprimento dos postos de anestesia, circulação e instrumentação (OE, 2019). Por sua vez, na UCPA *“recomenda -se que devem existir, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros, preferencialmente especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo o rácio ser de 1 (um) enfermeiro por cada 2 (dois) clientes em cirurgia convencional e 1 (um) enfermeiro, por cada 3 (três) clientes em cirurgia ambulatoria, podendo o mesmo ser ajustado em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas dos clientes.”* (OE, 2019, pg. 142). Com base nestas recomendações, desenvolveu-se uma análise inicial das dotações no segundo contexto de estágio que revelaram um bom cumprimento das normas de segurança das dotações de enfermagem, sendo considerado que não seria necessária mais intervenção nesse campo.

É necessário também relevar que a colaboração no posicionamento cirúrgico e na prevenção de lesões associadas a este foi altamente encorajada em contexto do primeiro estágio pela enfermeira orientadora. Neste contexto, é utilizada a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO), um

instrumento de avaliação do utente que demonstra ser simples e rápido (Arqueiro, 2021), sendo constituído por sete itens: tipo de posicionamento, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfícies de suporte, posição dos membros, comorbilidades e idade do utente. Esta escala é de preenchimento obrigatório nos registos clínicos do utente no primeiro contexto. Os enfermeiros perioperatórios do contexto mostraram-se despertos e proativos para esta problemática, utilizando e registando a escala, além de adequarem as intervenções de enfermagem no posicionamento cirúrgico às necessidades do utente e às especificidades do procedimento cirúrgico. Conclusivamente, foi-me também incutida a responsabilidade de colaborar no posicionamento cirúrgico, demonstrando pensamento crítico e conhecimento sobre as práticas de prevenção da lesão associada ao posicionamento cirúrgico.

É também necessário que o EEEMC-PSP demonstre capacidade para a gestão da normotermia da pessoa em situação perioperatória (OE, 2018), sendo que deve prevenir a hipotermia inadvertida. Segundo a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017), a normotermia é o intervalo de temperatura central do corpo humano entre os 36°C e os 38°C. A hipotermia é, consequentemente, uma temperatura central abaixo dos 36°C, sendo esta uma complicação frequente, inadvertida, multifatorial e prevenível, estando também associada a piores resultados em saúde. A Direção-Geral da Saúde (2022) aconselha a manter a temperatura corporal do utente acima dos 36° durante todo o período perioperatório, incluindo o período antes da transferência para o bloco, antes e durante a cirurgia e na área de recuperação. Consideram que a manutenção da normotermia é uma intervenção bem fundamentada na prevenção da infeção do local cirúrgico. Por isso, é de extrema importância para o EEEMC-PSP prevenir a hipotermia e a suas consequências. Durante primeiro contexto de estágio, foi realizado um projeto de intervenção denominado “Otimização da intervenção do enfermeiro perioperatório na manutenção da normotermia”, com vista à melhoria das práticas de enfermagem relacionadas com a hipotermia inadvertida, com base nas recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesia.

Relativamente à gestão e ao controlo dos dispositivos médicos utilizados em contexto perioperatório, participei também em todos os processos relacionados com a receção e armazenamento correto do material esterilizado, verificação da esterilidade dos instrumentos cirúrgicos, rastreabilidade de dispositivos médicos, e a prevenção da retenção de dispositivos médicos quantificáveis no local cirúrgico. Relativamente a este último, um dos contextos

revelou práticas incongruentes com aquelas preconizadas pela EORNA (2023), que se assemelham às práticas propostas pelas AESOP (2006). A EORNA (2023) sugere que um procedimento de contagem de dispositivos médicos quantificáveis é necessário para garantir a segurança do utente, sendo assim possível prevenir a retenção inadvertida dos mesmos no corpo do utente. Apesar de raro, segundo a mesma instituição, é um incidente grave, levando à intervenção do utente e ao aumento de riscos de infeção, perfuração de órgãos, ou morte. A responsabilidade desta contagem, apesar de variar nos países europeus, é frequentemente dos enfermeiros. Vários fatores podem influenciar o acontecimento de retenção, como as interrupções durante as contagens, transferência de cuidados entre enfermeiros durante o período intra-operatório, falhas na execução das contagens, e fatores inerentes ao utente (exemplo, hemorragia maciça ou obesidade).

Por isso, a EORNA (2023), recomenda como momentos de contagem: antes do início do procedimento cirúrgico; sempre que um novo item for adicionado durante o procedimento; antes do encerramento de uma cavidade dentro de outra cavidade; antes de iniciar o encerramento da ferida; após o encerramento da pele e antes do utente sair da sala operatória; sempre que houver suspeita de discrepância na contagem; quando houver troca do enfermeiro instrumentista ou circulante, ou de ambos. A realização das contagens em todos estes momentos, pela minha parte, levou a alguns constrangimentos com a equipa desse contexto de estágio, apesar da argumentação baseada na evidência científica.

A EORNA (2023) recomenda ainda outras práticas, como por exemplo: manutenção dos lixos e roupa dentro do BO até finalização de todas as contagens; a contagem deve ser responsabilidade do enfermeiro instrumentista e do enfermeiro circulante; os dispositivos médicos como compressas ou algodões devem ser rastreáveis através de exames radiográficos; avaliação quantitativa e qualitativa de todos os instrumentos cirúrgicos e dispositivos médicos (além da quantidade, também a integridade e funcionalidade dos mesmos); as contagens devem ser feitas em voz alta pelos dois enfermeiros (circulante e instrumentista) de forma ininterrupta e com avaliação quantitativa e qualitativa (número, integridade, e esterilidade dos dispositivos), devendo haver confirmação verbal final do resultado. Relativamente a estas práticas, elas foram efetuadas corretamente e sem constrangimentos em ambos os contextos clínicos.

Foi também possível participar nas práticas de gestão de tecidos e fluidos orgânicos para colheita, transporte e análise, tanto enquanto circulante como enquanto instrumentista, no

primeiro contexto, segundo as práticas recomendadas pela instituição e pela EORNA. A equipa perioperatória deve garantir o manuseamento, acondicionamento, identificação e transporte corretos das amostras para o laboratório, com a documentação adequada, uma vez que a validade dos resultados depende da qualidade desses procedimentos (EORNA, 2023). No primeiro contexto, os cirurgiões identificavam verbalmente a peça anatómica e/ou fluido para análise e passavam essa informação ao enfermeiro instrumentista. Em seguida, o enfermeiro instrumentista passava as mesmas informações ao enfermeiro circulante, e a amostra era removida do campo cirúrgico o mais rapidamente possível. Posteriormente, o enfermeiro circulante era responsável por garantir a identificação correta, integridade e preservação da amostra; acondicionamento do espécime em recipiente apropriado, estanque e com fixador indicado; e transportado de forma segura. Estas práticas são congruentes com as propostas pela EORNA (2023) e tive oportunidade de participar nelas, tanto enquanto enfermeiro instrumentista como enquanto enfermeiro circulante, ajudando a aprimorar as minhas competências enquanto EEEMC-PSP.

2.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo o Decreto-Lei 65/2018 de 16 de agosto, na página 4162 é conferido o grau de mestre aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo

reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Durante o mestrado, não só foram adquiridas por mim competências técnicas e científicas complexas, como foi também desenvolvido pensamento crítico e reflexivo avançado, assim como fortalecidas as capacidades na área da investigação. Apesar dum percurso profissional curto, demonstrei incessante busca por conhecimentos e aperfeiçoamento de práticas, o que me levou ao mestrado. Ao longo do percurso académico e profissional, foi possível adquirir, aprofundar e aplicar um conjunto de conhecimentos e habilidades complexos, de acordo com as exigências estabelecidas pelo Decreto-Lei 65/2018.

Neste sentido, através da análise da realidade dos contextos de estágio, foi identificada como temática central e prioritária a “Intervenção do enfermeiro especialista prestação de cuidados culturalmente competentes em contexto perioperatório”, o que levou à formulação de uma revisão *scoping*. Embora ainda não publicado, esta revisão reflete o pleno aproveitamento dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, evidenciando a capacidade de recolha e análise de investigação publicada, estruturação e categorização de dados, e geração de propostas originais no campo da investigação. O processo de revisão aprofundada não só enriqueceu os meus conhecimentos sobre o assunto, como também foi crucial para a reflexão e produção de conhecimento sobre uma temática pouco abordada no contexto perioperatório, levando à formulação de uma proposta de publicação, e revelando o meu compromisso com a ciência da enfermagem, a sua investigação e a sua prática baseada em evidência científica.

A coautoria no póster científico “Via Aérea Difícil Não Previsível em Adultos no Bloco Operatório” e elaboração do projeto de intervenção em serviço denominado “Otimização da intervenção do enfermeiro perioperatório na manutenção da normotermia” demonstra, ademais das competências supramencionadas, um espectro mais vasto e não-limitado de conhecimentos e interesses, e um compromisso para com a aprendizagem ao longo da vida.

Pela reflexão supramencionada, considero que estou na plena detenção das competências de mestre, aos olhos da República Portuguesa.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este relatório submete-se aos princípios invioláveis do sigilo e da confidencialidade, ocultando as identidades de pessoas, lugares e detalhes que a ética exige manterem-se resguardados. As ações aqui descritas, firmemente enraizadas no terreno da prática profissional, seguem os princípios do consentimento esclarecido, honrando a autonomia daqueles que nela participam e obedecendo às orientações éticas que regem a prática profissional. Imerso no rigoroso cumprimento das diretrizes da instituição, este relatório traduz a responsabilidade e o respeito profundo pelo compromisso humano que sustenta a arte e ciência da enfermagem.

Declara-se também a ausência de conflitos de interesse.

3. CONCLUSÃO

Este relatório traduz a jornada durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, mais especificamente na Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final, refletindo os objetivos traçados e as experiências vividas. Este percurso foi uma oportunidade singular para expandir horizontes, através da ampliação dos conhecimentos e aplicação dos mesmos, tal como para aquisição de competências específicas do EEEMC-PSP.

Norteados pela evidência científica e pelos regulamentos vigentes, consegui aprofundar a capacidade crítica e reflexiva sobre a prática diária, elevando a minha atuação a um patamar de especialista. Durante o estágio, todas as metas definidas foram cumpridas no bloco operatório, onde tive a chance de prestar cuidados em diferentes áreas previstas na especialidade, incluindo intervenções complexas em procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Esta diversidade revelou-se um desafio enriquecedor, ampliando o seu repertório técnico e científico.

Entretanto, apesar da falta de experiência prévia em contexto perioperatório, a adaptação ao contexto exigente do bloco operatório revelou nuances que dependem profundamente da organização e das especificidades do local. Todavia, foi possível demonstrar competências que superaram as expectativas. Um ponto a destacar como limitação, além da inexperiência, foi a falta de oportunidades na área da instrumentação, por múltiplos fatores organizacionais e pessoais, podendo ter limitado o desenvolvimento pleno de competências, apesar de se ter demonstrado como facilitador na aquisição de competências em outras áreas, ampliando também as oportunidades a nível da otimização da prestação de cuidados culturalmente competentes.

Assim, através das experiências vivenciadas, foi possível eleger o tema para uma revisão *scoping* sobre as competências culturais dos enfermeiros em contexto perioperatório, demonstrando o compromisso com a ciência e profissão da enfermagem.

A investigação realizada, destacou os obstáculos aos cuidados culturalmente competentes em contexto perioperatório, tal como algumas estratégias de combate às mesmas. Esta investigação

vem identificar lacunas do conhecimento científico, assim como tentar correlacionar o conhecimento já existente. É possível concluir que os enfermeiros enfrentam barreiras linguísticas, culturais e organizacionais na sua prática de cuidados no contexto perioperatório e que aplicam estratégias de adaptação de cuidados, tal como competências relacionais, para as ultrapassar. Reconhecer a importância do papel do enfermeiro especialista na proteção dos direitos humanos, assim como na defesa e adaptação às crenças, valores e práticas culturais da pessoa cuidada, foi o maior sucesso a nível académico e profissional até então.

Sinteticamente, esta experiência não apenas ampliou a experiência profissional, mas também reforçou a importância de uma atuação fundamentada, crítica e inovadora. Enquanto enfermeiro especialista nesta área da enfermagem, reafirma-se o papel vital enquanto agente de mudança, capaz de transformar práticas e melhorar os cuidados perioperatórios oferecidos às pessoas sob sua responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, A. J. G. (2010). *Estratégias de Enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada* [Relatório de Graduação, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10284/1864>

Aronson, J. K. (2009). Medication errors: definitions and classification. *British journal of clinical pharmacology*, 67(6), 599–604. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03415.x>

Arqueiro, I. (2021). *Avaliação do risco de lesão do posicionamento cirúrgico* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?codigo=pgAI3fEM&id_ficheiro=126842

Association of periOperative Registered Nurses. (2019). AORN Position Statement on Perioperative Registered Nurse Circulator Dedicated to Every Patient Undergoing an Operative or Other Invasive Procedure. *AORN Journal*, 110(1), 82-85. doi:10.1002/aorn.12741

Association of periOperative Registered Nurses. (2021). *Perioperative nursing: Scope and standards of practice*. AORN. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1

Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidata, Lda.

Ayaz, N. P., & Sherman, D. W. (2022). Understanding attitudes, social norms, and behaviors of a cohort of post-operative nurses related to pain and pain management. *Healthcare*, 10(5), 844. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050844>

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Bonus, C. G., Hatcher, D., Northall, T., & Montayre, J. (2024). Enhancing culturally responsive care in perioperative settings for older adult patients: A qualitative interview study.



International Journal of Nursing Studies, 161, 104925.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104925>

Breda, L. F., & Cerejo, M. d. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). doi: 10.12707/RV20088

Burchum, J. (2002). Cultural competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5-15. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2002.tb01287.x>

Cai, D.-Y. (2016). A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 268–273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.002>

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. (2023). *BOLETIM CIRA – STOP INFEÇÃO HOSPITALAR 2.0* [Boletim informativo]. <https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2023/06/CIRA-JUNHO-23.pdf>

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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014>

Coelho, A., & Resendes, A. (2021). Segurança do doente no Contexto da Prestação dos Cuidados de Saúde. Em F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos, *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 11-18). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Cowles, D. (2024). Te Tiriti o Waitangi in perioperative practice. *The Dissector*, 52(1), 17–19.

Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República no 157/2018 – I série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. DGS, DQS. Lisboa: DGS. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013_pdf.aspx



Direção-Geral da Saúde (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>.

European Operating Room Nurses Association. (2023). *Best Practice for perioperative care* (3.^a ed.). Brussels: EORNA. Disponível em <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>

Giger, J.N., & Davidhizar, R.E. (1995). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002a). Culturally competent care: Emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 49(2), 79–86. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2002.00118.x>

Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002b). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, P. E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., Gawande, A. A., & the Safe Surgery Saves Lives Study Group. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>

Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa : I.A.C. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Koh, R. Y., Park, T., & Wickens, C. D. (2014). An investigation of differing levels of experience and indices of task management in relation to scrub nurses' performance in the operating theatre: analysis of video-taped caesarean section surgeries. *International journal of nursing studies*, 51(9), 1230–1240. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.005>

Korkiakangas, T., Weldon, S. M., Bezemer, J., & Kneebone, R. (2014). Nurse-surgeon object transfer: video analysis of communication and situation awareness in the operating theatre. *International journal of nursing studies*, 51(9), 1195–1206. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.007>

Kostareva, U., Pe'a (Varik), K., Siriwardhana, C., Liu, M., & Qureshi, K. (2023). Limited English proficiency, postoperative complications, and interpreter use in vascular surgery patients in Hawai'i. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 82(2), 39–49. Disponível em https://hawaiijournalhealth.org/past_issues/82.02.htm

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. *Medical Journal (Zenica)*, 16(1), 93–101. <https://doi.org/10.17392/980-19>

Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research & practice* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill Companies, Inc.

Lomba, A. (2022). *A avaliação da satisfação do cliente como ferramenta de melhoria dos cuidados intraoperatórios* [Relatório final de Mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43818>

Lu-Boettcher, Y. E., & Koka, R. (2024). Erros da medicação perioperatória pediátrica. *APSF Newsletter*, 7(3), 68–70. Disponível em <https://www.apsf.org/wp-content/uploads/newsletters/2024/0703-pt-br/APSf0703-PT-BR.pdf>

Monteiro, A., & Mendes, A. (2013). Multicultural care in nursing—From the theoretical paradigm to the subjective experiences in clinical settings. *Open Journal of Nursing*, 3(8), 557–562. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38076>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf



Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 126, 3 de julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 122/2011)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 42. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-paraest%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2009). *WHO guidelines for safe surgery: Safe surgery saves lives* (Guideline; ISBN 978-92-4-159855-2). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44185>

Organização Mundial de Saúde (2020) – Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. Quality of Care. <https://www.who.int/news room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

O'Shea, O., & Foran, P. (2024). Nursing implications for transgender and gender diverse perioperative patients: A discussion paper. *Journal of Perioperative Nursing*, 37(1), Artigo 7. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1319>

Peake, B., Smirk, A., & Debelak, G. (2024). Indigenous art-themed personalised theatre caps improve patient perioperative experience and perceived staff communication in the operating theatre: A quality improvement project at Royal Darwin Hospital in Australia. *BMC Research Notes*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13104-024-06690-2>

Penedo, J., Gonçalves, G., Ormonde, L., Barros, M. J., Carvalho, M., Gomes, P., & Ribeiro, V. (2015). *Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios – Relatório final*. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Ramos, N. (2008). Comunicação e saúde em contexto multicultural. *IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura*, Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador, Bahia, Brasil. Recuperado em 12 de dezembro de 2024, de <https://cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>

Resuscitation Council UK. (2024). *The ABCDE approach*. <https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach>

Sánchez-Ojeda, M. A., Segura-Robles, A., Gallardo-Vigil, M. Á., & Alemany-Arrebola, I. (2018). Enfermería transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España. *Index de Enfermería*, 27(4), 247–250. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300015

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para manutenção da normotermia no período perioperatório. Disponível em: <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Tekbaş, A., von Lilienfeld-Toal, M., Sayrafi, F., & Settmacher, U. (2024). Perioperative medication therapy for Muslim patients in Germany undergoing oncological surgery: A retrospective study. *BMC Medical Ethics*, 25, 116. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01114-z>

- UNESCO. (2005). *Convention on the Protection and Promotion of the Diversity of Cultural Expressions*. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142919>
- Van Wicklin, S. A. (2023). Culturally congruent practice. *Plastic and Aesthetic Nursing*, 43(2), 47–48. <https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000497>
- Weissmann, L. (2018). Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. *Construção Psicopedagógica*, 26(27), 21–36. <https://doi.org/10.5935/1678-4634.20180004>
- Williams, C. J., Kander, Y., Law, K., Kennedy, P., Binge, G., & Strathdee, E. (2021). Culturally focused pre-surgery screening to reduce Aboriginal and Torres Strait Islander patient surgical cancellations. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(3), Artigo 4. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1133>
- Younker J. (2008). Care of the intubated patient in the PACU: the 'ABCDE' approach. *Journal of perioperative practice*, 18(3), 116–120. <https://doi.org/10.1177/175045890801800304>

APÊNDICES

PLANO DE ATIVIDADES

O seguinte plano de atividades do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Egas Moniz School of Health and Science, sob orientação da Professora Carmo Pereira, foi elaborado com o objetivo de responder às necessidades educativas e objetivos do discente durante o percurso de estágio no Bloco Operatório.

Competências	Objetivos	Atividades	Cronograma							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Responsabilidade profissional, ética, e legal	Desenvolver uma prática de enfermagem especializada assente nas normas legais, profissionais e éticas. Analisar e interpretar situações específicas de cuidados especializados.	1 - Respeitar os princípios bioéticos na tomada de decisão da prática especializada.	x	x	x	x	x	x	x	x
		2 - Participar na tomada de decisão em equipa, tendo em conta as normas legais.	x	x	x	x	x	x	x	x
		3 - Identificar possíveis situações de compromisso dos direitos da pessoa em situação perioperatória.	x	x	x	x	x	x	x	x

		4 - Assegurar os direitos da pessoa em situação perioperatória, nomeadamente no que diz respeito à autonomia, privacidade e confidencialidade.	x	x	x	x	x	x	x	x
		5 - Adequar as práticas da enfermagem especializada às crenças, valores, e contextos culturais do utente.	x	x	x	x	x	x	x	x
Melhoria Contínua da Qualidade	Desempenhar um papel ativo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória	1 - Desenvolver uma prática especializada baseada na melhor e mais atual evidência científica.	x	x	x	x	x	x	x	x
		2 - Compreender e participar nos programas de melhoria de cuidados já implementados.					x	x	x	x

		3 - Identificar situações potencialmente geradoras de incidentes.		x	x	x	x	x	x	x	
		4 - Promover um ambiente físico, psicológico, e cultural seguro.	x	x	x	x	x	x	x	x	
Gestão dos cuidados	Desenvolver capacidades de gestão dos cuidados, otimizando o trabalho em equipa e adequando os recursos existentes.	1 - Reconhecer a equipa multidisciplinar e as suas funções, participando no trabalho em equipa.	x	x	x	x	x	x	x	x	
		2 - Delegar e supervisionar tarefas de forma consciente e ponderada.			x	x	x	x	x	x	
		3 - Identificar e gerir conflitos.					x	x	x	x	
Desenvolvimento das aprendizagens pessoais	Desenvolver o autoconhecimento e assertividade.	1 - Reconhecer limites pessoais e profissionais.	x	x	x	x	x	x	x	x	

	Assumir um papel ativo no processo de aprendizagem.	2 - Identificar oportunidades de aprendizagem e ultrapassar dificuldades.	x	x	x	x	x	x	x	x
		3 - Fundamentar a prática clínica em evidência científica.	x	x	x	x	x	x	x	x
Cuidados à pessoa em situação perioperatória	Mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e família/pessoa significativa, identificando necessidades, promovendo transições eficazes, e capacitando para o autocuidado.	1 - Colaborar nas práticas de acolhimento ao BO, verificando o consentimento informado e as condições de segurança do utente.	x	x	x	x	x	x	x	x
		2 - Implementar medidas que minimizem a ansiedade pré-operatória.		x	x	x	x	x	x	x
		3 - Participar na execução da checklist de segurança cirúrgica.				x	x	x	x	x

		4 - Colaborar nos procedimentos anestésicos.	x	x	x	x	x	x	x	x
		5 - Predizer fatores de via aérea difícil, identificar situações de via aérea difícil, e intervir adequadamente.		x	x	x	x	x	x	x
		6 - Prevenir e intervir em situações de hipotermia intraoperatória.	x	x	x	x	x	x	x	x
		7 - Colaborar no posicionamento cirúrgico, prevenindo lesões associadas.		x	x	x	x	x	x	x
		8 - Participar na preparação da sala operatória;	x	x	x	x	x	x	x	x
		9 - Responder às necessidades da equipa estéril no intraoperatório.		x	x	x	x	x	x	x

		10 - Avaliar sinais e sintomas no pós-operatório imediato e identificar precocemente complicações.						X	X	X	X
		11 - Gerir terapêutica farmacológica no pós-operatório imediato.						X	X	X	X
		12 - Utilizar estratégias não-farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório imediato.						X	X	X	X
Segurança da pessoa no perioperatório	Mobilizar conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente.	1 - Promover a transferência de informação de forma segura e eficaz, segundo a Norma da DGS 001/2017.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		2 - Desenvolver práticas seguras de administração de fármacos em BO.	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		3 - Analisar criteriosamente as condições ambientais, físicas e humanas do BO.				X	X	X	X	X
		4 - Garantir o cumprimento dos princípios de assepsia.	X	X	X	X	X	X	X	X
		5 - Implementar os protocolos de profilaxia antibiótica cirúrgica.	X	X	X	X	X	X	X	X
		6 - Garantir o cumprimento dos processos de esterilização dos dispositivos médicos.		X	X	X	X	X	X	X
		7 - Promover a rastreabilidade de dispositivos médicos.		X	X	X	X	X	X	X
		8 - Preconizar implementar práticas		X	X	X	X	X	X	X



		de prevenção da retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico.								
		9 - Gerir o acondicionamento, correta identificação e transporte de tecidos e fluídos orgânicos.			x	x	x	x	x	x

PLANO DE ATIVIDADES

O seguinte plano de atividades do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Egas Moniz School of Health and Science, sob orientação da Professora Vanessa Antunes, foi elaborado com o objetivo de responder às necessidades educativas e objetivos do discente durante o percurso de estágio no Bloco Operatório.

Para melhor interpretação do plano de atividades abaixo, deixo abaixo descritas as semanas de estágio:

- 1ª semana de estágio - 16 a 22 de Setembro
- 2ª semana de estágio - 23 a 29 de Setembro
- 3ª semana de estágio - 30 de Setembro a 6 de Outubro
- 4ª semana de estágio - 7 a 13 de Outubro
- 5ª semana de estágio - 14 a 20 de Outubro
- 6ª semana de estágio - 21 a 27 de Outubro
- 7ª semana de estágio - 28 de Outubro a 3 de Novembro
- 8ª semana de estágio - 4 a 10 de Novembro
- 9ª semana de estágio - 11 a 17 de Novembro
- 10ª semana de estágio - 18 a 24 de Novembro
- 11ª semana de estágio - 25 de Novembro a 1 de Dezembro
- 12ª semana de estágio - 2 a 8 de Dezembro
- 13ª semana de estágio - 9 a 15 de Dezembro
- 14ª semana de estágio - 16 a 22 de Dezembro
- **Pausa letiva:** 23 de Dezembro a 3 de Janeiro
- 15ª semana de estágio - 6 a 12 de Janeiro
- 16ª semana de estágio - 13 a 19 de Janeiro
- 17ª semana de estágio - 20 a 26 de Janeiro



- 18ª semana de estágio - 27 a 31 de Janeiro

Competências	Objetivos	Atividades	Cronograma																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Responsabilidade profissional, ética, e legal	Desenvolver uma prática de enfermagem em especializada assente nas normas legais, profissionais e éticas. Analisar e interpretar situações específicas de	1 - Respeitar os princípios bioéticos na tomada de decisão da prática especializada.	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
		2 - Participar na tomada de decisão em equipa, tendo em conta as normas legais.			x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X

	cuidados especializ ados.	3 - Identificar possíveis situações de compromis so dos direitos da pessoa em situação perioperató ria.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		4 - Assegurar os direitos da pessoa em situação perioperató ria, nomeadam ente no que diz respeito à autonomia, privacidad e e confidenci alidade.	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X



		5 - Adequar as práticas da enfermagem especializada às crenças, valores, e contextos culturais do utente.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Melhoria Contínua da Qualidade	Desempenhar um papel ativo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória	1 - Desenvolver uma prática especializada baseada na melhor e mais atual evidência científica.	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
		2 - Compreender e participar nos			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x



		programas de melhoria de cuidados já implementados, nomeadamente no projeto relativo à prevenção da hipotermia perioperatória.																		
		3 - Identificar situações potencialmente geradoras de incidentes.			x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
		4 - Promover um ambiente	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X



		físico, psicológico, e cultural seguro.																		
Gestão dos cuidados	Desenvolver capacidades de gestão dos cuidados, otimizand o o trabalho em equipa e adequand o os recursos existentes .	1 - Reconhece r a equipa multidiscip linar e as suas funções, participand o no trabalho em equipa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
		2 - Delegar e supervisionar tarefas nos TAS, dentro dos limites impostos enquanto estudante.						x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X



		3 - Identificar e gerir conflitos.			x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
		4 - Colaborar com o responsáve l de turno nas suas atividades.					x													
		5 - Compreen der processos de gestão, como por exemplo, a gestão das salas operatórias e a distribuiçã o de enfermeiro s pelos postos de trabalho.						x												

Desenvolvimento das aprendizagens pessoais	Desenvolver o autoconhecimento e assertividade. Assumir um papel ativo no processo de aprendizagem.	1 - Reconhecer limites pessoais e profissionais.	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
		2 - Identificar oportunidades de aprendizagem e ultrapassar dificuldades.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
		3 - Fundamentar a prática clínica em evidência científica.	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Cuidados à pessoa em situação	Mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da	1 - Conhecer e familiarizar-me com o espaço físico, os	x	x																	

[illegible]



		pós-operatórios																		
		3 - Prestar cuidados pós-operatórios no contexto da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.			x	x		X												
		4 - Aprimorar práticas no âmbito da anestesia à pessoa adulta em situação perioperatória.						X	x	x	x	x								
		5 - Desenvolver											x	x						



		atividades de anestesia e circulação na sala de Pequena Cirurgia.																	
		6 - Aprimorar práticas de circulação, com enfoque na área de ortopedia (exemplos: reduções e osteossínteses de fraturas da tíbia/fêmur /perónio, artroplastias da anca, e colocações de próteses do joelho).													X	X	X		

[illegible]



	da pessoa, profission ais e ambiente.	s e transferênc ia de informação em contexto de bloco operatório.																		
	2 - Analisar criteriosam ente as condições ambientais , físicas e humanas do BO, através da caracteriza ção do serviço presente neste documento .	x x																		
	3 - Participa r nos		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X

[illegible]

Prestación de cuidados de enfermería culturalmente competentes en el contexto perioperatorio: Scoping Review

Culturally competent nursing care in the perioperative context: Scoping Review

Vanessa Antunes

Profesora e Investigadora, Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Almada, Portugal

Bernardo Fonseca

Egas Moniz School of Health & Science, Almada, Portugal, Estudiante de Máster en Enfermería Médico-Quirúrgica, con especialización en Cuidado del Paciente Perioperatorio

RESUMEN

Introducción: La cultura influye en los comportamientos y en la toma de decisiones en el ámbito de la salud, lo que genera desafíos en la prestación de cuidados de enfermería culturalmente sensibles, especialmente en contextos perioperatorios. La multiculturalidad, impulsada por la globalización y la migración, exige que los enfermeros posean competencias culturales adecuadas para proporcionar cuidados equitativos. El objetivo de este estudio fue mapear la literatura sobre los factores que influyen en la prestación de cuidados culturalmente competentes en el contexto perioperatorio.

Metodología: Este estudio siguió la metodología de Scoping Review propuesta por el Joanna Briggs Institute (JBI). Se analizaron artículos publicados en los últimos siete años, incluyendo estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos.

Resultados: La revisión incluyó 10 artículos, que revelaron las siguientes temáticas: barreras en la prestación de cuidados culturalmente competentes, estrategias para la promoción de dichas competencias y el impacto de las competencias culturales en la calidad de la atención. Se identificaron obstáculos como la comunicación inadecuada y la falta de formación específica. Las estrategias incluyeron la adaptación de prácticas y la sensibilización cultural.

El impacto de las competencias culturales se evidenció en la mejora de la calidad del cuidado y en la satisfacción de los pacientes.

Conclusión: Las competencias culturales son esenciales para la prestación de cuidados de enfermería eficaces y sensibles a la diversidad sociocultural, especialmente en contextos perioperatorios. La integración de estas competencias puede superar barreras, mejorar la comunicación y la calidad de la atención, y promover la seguridad y el bienestar de los pacientes. La formación continua de los profesionales de enfermería debe centrarse en el desarrollo de estas habilidades para afrontar los desafíos de un entorno multicultural.

Palabras clave: competencia cultural; enfermería perioperatoria; diversidad cultural.

ABSTRACT

Introduction: Culture influences behavior and decision-making in healthcare, creating challenges for the delivery of culturally sensitive nursing care, especially in perioperative settings. Multiculturalism, driven by globalization and migration, requires nurses to have adequate cultural competencies to provide equitable care. The aim of this study was to map the literature on the factors influencing the delivery of culturally competent care in the perioperative context.

Methodology: This study followed the Scoping Review methodology proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI). Articles published in the last seven years were analyzed, encompassing qualitative, quantitative, and mixed studies.

Results: The review included 10 articles, revealing the following themes: barriers to delivering culturally competent care, strategies for promoting these competencies, and the impact of cultural competencies on care quality. Identified barriers included inadequate communication and lack of specific training. Strategies included adapting practices and cultural awareness. The impact of cultural competencies was evident in the improvement of care quality and patient satisfaction.

Conclusion: Cultural competencies are essential for providing effective and culturally sensitive nursing care, particularly in perioperative settings. Integrating these competencies can overcome barriers, improve communication and care quality, and promote patient safety and

well-being. Ongoing nursing education should focus on developing these skills to address the challenges of a multicultural environment.

Keywords: cultural competence; perioperative nursing; cultural diversity.

INTRODUCCIÓN

La cultura es un modelo dinámico de valores, creencias, normas y representaciones que influye en los comportamientos y en los procesos de toma de decisiones (Giger & Davidhizar, 1995), siendo transmitida socialmente a lo largo de las generaciones y dando lugar a respuestas conductuales estandarizadas entre los miembros de una misma cultura. De este modo, son las diferencias culturales las que generan percepciones e interpretaciones distintas de una misma realidad (Ramos, 2008). La experiencia del estado de salud/enfermedad constituye, en sí misma, un fenómeno cultural, en el cual cada individuo construye sus propias representaciones y creencias sobre lo que es la salud, cómo la experimenta, qué espera de los cuidados sanitarios y cuál es la relación que establece con los profesionales (Ramos, 2008). Estas diferentes representaciones generan nuevos desafíos para la atención sanitaria, en particular para los cuidados de enfermería.

Weissmann (2018) sostiene que actualmente nos enfrentamos a un mundo que expande sus propios límites geográficos, moldeado por la tecnología y la globalización, en el cual se vive la fantasía ideal de un mundo unitario, sin fronteras que diferencien países, poblaciones o culturas. Según la autora, la multiculturalidad representa el contacto de un conjunto de culturas en constante interacción, pero sin “mezcla”; se trata de culturas distintas coexistiendo “en el mismo nivel”. De este modo, la multiculturalidad exalta las diferencias entre los grupos y promueve la separación entre ellos, siendo objeto de críticas por perpetuar la segregación, centrarse en relaciones interétnicas o de género, y concebir las culturas como sistemas cerrados. En este contexto, se propone un término alternativo: la interculturalidad. Este concepto alude no solo al contacto y coexistencia entre culturas, sino también a su interacción, incluyendo

conflictos, diálogos e intercambios que conducen al entrelazamiento, sin exaltar las diferencias. Según la autora (2018), “La interculturalidad también permite ampliar horizontes, dando cabida a las diferencias y apuntando al enriquecimiento y cambio continuo”.

Con base en los conceptos expuestos, se observa actualmente un aumento en el contacto y la coexistencia entre múltiples culturas, cuyos factores subyacentes esenciales son la globalización, el crecimiento de las poblaciones migrantes y la urbanización (Ramos, 2008). Como consecuencia, surgen importantes desafíos en términos de comunicación, gestión de la diversidad cultural y atención sanitaria.

La prestación de cuidados de salud culturalmente sensibles en entornos tecnológicamente complejos se torna excepcionalmente desafiante (Monteiro & Mendes, 2013), como ocurre en los servicios de urgencias y en los quirófanos. Las autoras señalan que los enfermeros analizados brindan cuidados que no siempre están estructurados, recurriendo a herramientas de negociación, flexibilidad y creatividad para gestionar las dificultades derivadas de la divergencia cultural. No obstante, esta flexibilidad y el respeto por las diferencias culturales, elementos inherentes al cuidado, son más evidentes en áreas como la psiquiatría y la obstetricia, donde las intervenciones clínicas suelen considerarse accesorias (y, por tanto, negociables), ya que no ponen en riesgo la vida del paciente, a diferencia de los contextos perioperatorios y de cuidados críticos.

En efecto, en un quirófano —donde la comunicación constituye un elemento clave—, la multiculturalidad presente tanto en el equipo de salud como entre los pacientes representa un desafío considerable (Clayton & Ellender, 2016). Por lo tanto, en un contexto en el que la multiculturalidad se ha convertido en la norma debido a la emigración y a los factores previamente mencionados, la integración social emerge como un elemento fundamental.

El enfermero especialista debe poseer competencias culturales que le permitan ofrecer cuidados culturalmente sensibles, asegurando una atención equitativa y centrada en la diversidad sociocultural de los individuos. Estas competencias abarcan el conocimiento de los distintos valores, creencias y prácticas culturales, la competencia en la comunicación intercultural y la adopción de una actitud empática y libre de prejuicios. La capacidad de adaptar la prestación de cuidados a las especificidades de cada paciente, garantizando al mismo tiempo la calidad y la seguridad de la atención sanitaria, resulta imprescindible. En este contexto, surge la

necesidad de recopilar evidencia sobre las competencias culturales del enfermero, con el fin de identificar lagunas en el conocimiento y en las prácticas actuales, contribuyendo así al perfeccionamiento de la formación y de la intervención de los enfermeros especialistas.

METODOLOGÍA

Este estudio siguió la metodología de Scoping Review propuesta por el Joanna Briggs Institute (JBI), con el objetivo de mapear la literatura existente sobre los factores que influyen en la prestación de cuidados culturalmente competentes en el contexto perioperatorio. Para garantizar la transparencia y minimizar los sesgos, el protocolo de esta revisión fue registrado prospectivamente en la plataforma Open Science Framework (XXXX), antes del inicio de la investigación, siguiendo las mejores prácticas y la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).

La pregunta de investigación que orientó este estudio fue: ¿Cuáles son los factores que influyen en la prestación de cuidados de enfermería culturalmente competentes en el contexto perioperatorio?

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para la formulación de los criterios de elegibilidad se empleó la herramienta PICO:

- Población (P): Enfermeros. Se incluyeron estudios que involucraban enfermeros perioperatorios. Se excluyeron aquellos estudios que no incluían específicamente a enfermeros en el contexto perioperatorio.
- Concepto (I): Competencia cultural. Se incluyeron estudios que abordaban factores relacionados con la competencia cultural en la interacción con el paciente. Se excluyeron estudios que trataban exclusivamente aspectos culturales entre los miembros del equipo perioperatorio.
- Contexto (Co): Perioperatorio. Se incluyeron estudios centrados en las fases preoperatoria inmediata, intraoperatoria y postoperatoria inmediata. La población estudiada era adulta y no obstétrica. Se excluyeron estudios enfocados únicamente en las fases preoperatoria o postoperatoria generales, así como aquellos que incluían población pediátrica u obstétrica, debido a sus especificidades comunicacionales y culturales.

TIPOS DE FUENTES

Se incluyeron estudios empíricos con metodologías cualitativas, cuantitativas y mixtas, así como revisiones sistemáticas de la literatura. Se excluyeron editoriales, resúmenes de congresos, estudios teóricos, protocolos, estudios metodológicos (por ejemplo, validación/construcción de instrumentos), artículos de blog, publicidad y artículos de opinión. Solo se consideraron artículos publicados en texto completo y de acceso abierto, redactados en portugués, español (castellano), inglés y francés. No se estableció un límite temporal inicial; sin embargo, para esta revisión, la búsqueda se restringió posteriormente a artículos publicados entre 2019 y 2024.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia de búsqueda siguió un enfoque en tres etapas, conforme a las recomendaciones para scoping reviews:

Etapa 1 (Búsqueda Inicial): Se realizó una búsqueda exploratoria preliminar en las bases de datos PubMed y EBSCOhost para identificar los términos y descriptores más relevantes en los títulos y resúmenes de los artículos, lo que facilitó la formulación de una ecuación de búsqueda más eficaz.

Etapa 2 (Búsqueda Exhaustiva): La búsqueda principal se llevó a cabo en múltiples plataformas electrónicas y bases de datos para garantizar una cobertura exhaustiva de la literatura. Las bases de datos incluidas fueron: PubMed y la plataforma EBSCOhost (que abarca CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts y MedicLatina). Adicionalmente, se consultaron las bases de datos SciELO, ScienceDirect y Web of Science. Para la literatura gris, se exploraron Open Grey, MedNar y WorldWideScience.

Los descriptores de búsqueda, validados en la plataforma Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), fueron: cultural competence, cultural competency, cultural competencies, cultural sensitivity, cultural diversity, multiculturalism, cultural pluralism, perioperative, intraoperative, preoperative, postoperative, operating room. La ecuación booleana formulada para la búsqueda, utilizando los operadores "AND" y "OR", fue:

“(cultural competence OR cultural competency OR cultural competencies OR cultural sensitivity OR cultural diversity OR multiculturalism OR cultural pluralism) AND (perioperative OR post-operative OR postoperative OR preoperative OR pre-operative OR intraoperative OR intra-operative OR operating room)”. El uso de asteriscos (*) permitió la identificación de variantes de las palabras.

Etapa 3 (Análisis de Referencias): Las listas de referencias de los artículos seleccionados en la Etapa 2 fueron examinadas sistemáticamente para identificar literatura relevante adicional que pudiera no haber sido detectada en las búsquedas previas.

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Tras la obtención de los artículos de las bases de datos, se procedió a su selección en varias fases: eliminación de duplicados; lectura de títulos; lectura de resúmenes (para los artículos considerados potencialmente relevantes, se realizó una lectura detallada de los resúmenes para aplicar los criterios de inclusión y exclusión); y lectura íntegra de los textos completos.

Para aumentar la consistencia y el rigor del proceso de selección, los revisores trabajaron en grupos, revisando las mismas publicaciones. El proceso de selección de los estudios se ilustra mediante un diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

EXTRACCIÓN Y SÍNTESIS DE DATOS

En esta fase, se extrajeron los datos relevantes de los artículos seleccionados para responder a la pregunta de investigación. Se utilizó el instrumento de extracción de detalles, características y resultados del estudio del JBI (JBI template study details characteristics and results extraction instrument) para facilitar el registro de los datos. Las variables a extraer fueron previamente definidas por ambos investigadores e incluyeron: autor(es), año de publicación, país donde se realizó el estudio, objetivo del estudio, participantes incluidos, tipo de artículo científico y principales resultados.

El proceso de extracción de datos fue realizado inicialmente de forma individual por cada autor, seguido de una reunión para comparar los datos extraídos, resolver discrepancias y aumentar la precisión. La tabla final de extracción fue discutida entre ambos autores hasta alcanzar unanimidad. En casos de información insuficiente, se contactó a los autores originales de los artículos, siempre que fue posible, para solicitar aclaraciones.

Los resultados fueron sintetizados y presentados mediante tablas categorizadas que agruparon las temáticas identificadas (Tabla 1).

RESULTADOS

SELECCIÓN DE LAS FUENTES DE EVIDENCIA

Inicialmente se identificaron 194 artículos mediante la estrategia de búsqueda. Tras la eliminación de duplicados y la aplicación rigurosa de los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se obtuvo un total de 10 artículos considerados elegibles para la extracción de datos y análisis. El proceso detallado de selección de los estudios, que incluyó la lectura secuencial de títulos, resúmenes y textos completos, se ilustra en el Diagrama de Flujo PRISMA (Figura 1), garantizando la transparencia y trazabilidad del proceso.

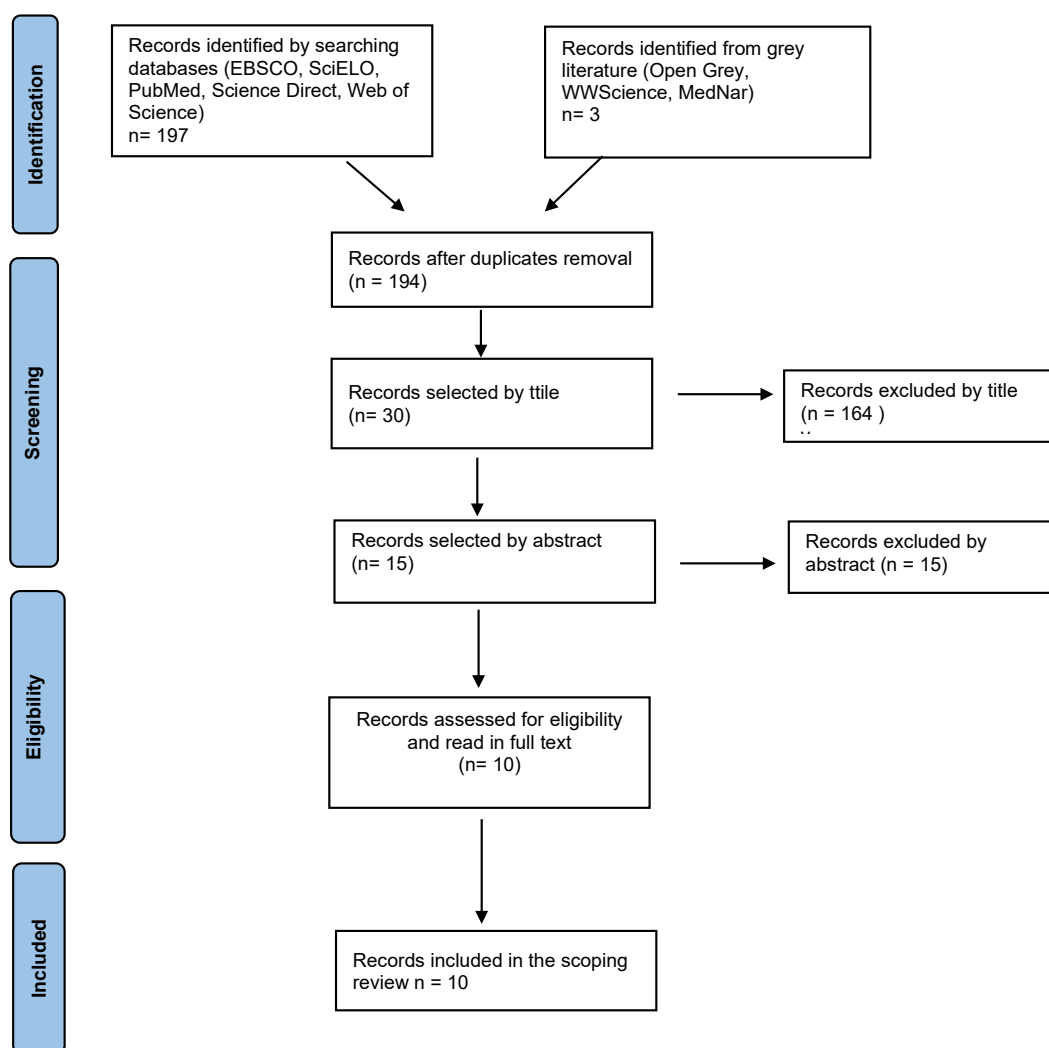


Figura 1 – Diagrama de flujo PRISMA

CARACTERÍSTICAS DE LAS FUENTES DE EVIDENCIA

La revisión incluyó 10 artículos publicados en los últimos 7 años, con un enfoque particular en los años más recientes: 5 artículos fueron publicados en 2024 [Peake, Smirk & Debelak (2024); O'Shea & Foran (2024); Bonus, Hatcher, Northall & Montayre (2024); Cowles (2024); Tekbaş, von Lilienfeld-Toal, Sayrafi & Settmacher (2024)], 2 en 2023 [Kostareva, Pe'a Varik, Siriwardhana, Liu & Qureshi (2023); Van Wicklin (2023)] y 3 entre 2019 y 2022 [Krupić, Grbić, Čustović, Hamrin Senorski & Samuelsson (2019); Williams et al. (2021); Ayaz &

Sherman (2022)]. La cobertura geográfica de los estudios fue diversa, con la mayor parte de la evidencia científica producida en Australia, incluyendo un artículo neozelandés [Williams et al. (2021), Peake et al. (2024), O'Shea & Foran (2024), Bonus et al. (2024), Cowles (2024)], y los restantes provenientes de Estados Unidos y países europeos [Tekbaş et al. (2024), Ayaz & Sherman (2022), Van Wicklin (2023), Kostareva et al. (2023), Krupić et al. (2019)]. Respecto al tipo de estudio, la muestra reveló una amplia variedad de metodologías, incluyendo estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos, distribuidos de manera equitativa.

RESULTADOS INDIVIDUALES DE LAS FUENTES DE EVIDENCIA

Los resultados específicos de cada uno de los 10 estudios incluidos en la revisión se encuentran sintetizados de forma detallada en la Tabla 1, que presenta información sobre el/los autor(es), año de publicación, país de origen, objetivo del estudio, participantes, tipo de artículo científico y principales resultados. Para facilitar la comprensión y el análisis comparativo, se elaboró además una segunda tabla (Tabla 2), que agrupa y categoriza los resultados en temáticas emergentes.

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de la evidencia científica permitió categorizar los resultados en tres temáticas principales, que reflejan los factores que influyen en la prestación de cuidados de enfermería culturalmente competentes en el contexto perioperatorio (Tabla 2): barreras para la prestación de cuidados de enfermería culturalmente competentes, estrategias para la prestación de dichos cuidados, e impacto de las competencias culturales en enfermería sobre la calidad de los cuidados proporcionados.

Tabla 2: Categorización de los resultados

En cuanto a las barreras para la prestación de cuidados culturalmente competentes, se pueden identificar tres tipos: lingüísticas o comunicacionales, culturales y organizacionales. Las barreras lingüísticas se destacan como una dificultad importante para los profesionales

perioperatorios [Krupić et al. (2019); Kostareva et al. (2023); O'Shea & Foran (2024); Van Wicklin (2023); Bonus et al. (2024)], y se ha relacionado la competencia limitada en el idioma nativo de la región con un aumento en los riesgos y complicaciones postoperatorias. Por ejemplo, Kostareva et al. (2023) describen que, en un análisis inicial, las personas con competencia limitada en inglés enfrentaron un mayor riesgo de eventos embólicos y cardiovasculares.

Además de las dificultades comunicacionales con el propio paciente, se reportaron problemas relacionados con el uso de intérpretes [Krupić et al. (2019); Bonus et al. (2024)], incluyendo retrasos de los intérpretes oficiales, falta de dominio de la terminología médica, preferencias de los pacientes por intérpretes y profesionales del mismo sexo, así como conflictos entre pacientes e intérpretes. Kostareva et al. (2023) también detallan que el 25 % de los pacientes en su estudio no recibieron apoyo adecuado de intérprete.

Aunque algunos estudios se centran en las barreras lingüísticas, también es posible identificar barreras culturales en la atención, especialmente debido a la existencia de principios religiosos, culturales y/o ideológicos de los cuales los profesionales perioperatorios no estaban plenamente conscientes, lo que afecta la relación terapéutica y es percibido como una dificultad por el equipo [O'Shea, O., & Foran, P. (2024); Cowles, D. (2024); Tekbaş, A., von Lilienfeld-Toal, M., Sayrafi, F., & Settmacher, U. (2024); Bonus et al. (2024)]. Cowles (2024) señala claramente que los sistemas de salud, al estar occidentalizados, dificultan la prestación de cuidados a minorías culturales.

Otro ejemplo de barrera cultural en la prestación de cuidados, especialmente relevante en el contexto perioperatorio, mencionado por Bonus et al. (2024), es la retirada de objetos personales (gafas, objetos religiosos, etc.), acto que dificulta la comunicación con los pacientes y les provoca estrés. A pesar de los factores relacionales evidenciados en los artículos, también existen barreras a nivel organizacional que dificultan la prestación de cuidados de salud culturalmente competentes, relacionadas principalmente con la prioridad dada a la eficiencia del quirófano por encima de la comprensión del paciente, así como la falta de tiempo proporcionado por la organización y los ratios aumentados [Krupić et al. (2019); Ayaz & Sherman (2022); Bonus et al. (2024)].

De este modo, se observa una tensión entre los protocolos de seguridad impuestos por la institución y las necesidades culturales del paciente (Bonus et al., 2024), a pesar de la aparente disminución de la seguridad cuando existen barreras lingüísticas o culturales (Krupić et al., 2019). Otro factor organizacional relacionado con las barreras lingüísticas previamente descritas es el uso de documentación exclusivamente en la lengua nativa, como los instrumentos de preparación quirúrgica o postoperatoria poco sensibles a factores culturales [Williams et al. (2021); Krupić et al. (2019); Kostareva et al. (2023); Bonus et al. (2024)].

La insuficiencia de los servicios oficiales de traducción, como se ha señalado anteriormente, también puede considerarse una barrera organizacional. Finalmente, un factor organizacional abordado por Tekbaş et al. (2024) que se correlaciona con las barreras culturales, evidenciando la falta de conciencia, conocimiento y competencia cultural por parte de los equipos perioperatorios y las organizaciones de salud, es la desconsideración de los aspectos culturales y religiosos relacionados con la prescripción y administración de fármacos, habiéndose prescrito y administrado medicamentos con componentes considerados prohibidos por la religión islámica a pacientes musulmanes.

Siendo conscientes de las barreras existentes, es posible identificar estrategias adoptadas por los enfermeros y otros profesionales de la salud para optimizar la prestación de cuidados sensibles a las necesidades culturales de sus pacientes, demostrando así competencias culturales. Dentro de estas estrategias culturalmente sensibles se distinguen tres categorías: el desarrollo de competencias relacionales; la adaptación y personalización de los cuidados; y la sensibilización del equipo.

Las competencias relacionales incluyen la comunicación eficaz, la empatía, la resolución de conflictos y la capacidad para trabajar en equipo. Los enfermeros deben cultivar el autoconocimiento, una herramienta importante para combatir los prejuicios innatos y adoptar prácticas alineadas con la cultura de los pacientes, como destacan O'Shea, O. y Foran, P. (2024). La lucha contra los prejuicios en el equipo y en la organización, así como la optimización de la comunicación, resultan esenciales y se logran mediante el autoconocimiento, como se mencionó, pero también a través de la comprensión de otras culturas, la preparación previa al contacto con los pacientes, el respeto por sus valores y tradiciones, y la defensa de los mismos [Krupić et al. (2019), O'Shea, O., & Foran, P. (2024); Cowles, D. (2024); Van Wicklin, S. A. (2023)].

La adaptación y personalización es la estrategia más enfatizada y tiene como objetivo el desarrollo de acciones prácticas en la prestación de cuidados, no solo para satisfacer las necesidades culturales del paciente, sino también como forma de acomodación a sus valores y comportamientos. Una de las acciones más presentes en los artículos fue la utilización de intérpretes cualificados, herramientas digitales o familiares para facilitar la comunicación con los pacientes [Williams et al. (2021); Krupić et al. (2019); Kostareva et al. (2023); Van Wicklin, S. A. (2023); Bonus et al. (2024)], así como el uso de recursos materiales adecuados a la población y traducidos a la lengua de los pacientes.

La participación de la familia (o persona de referencia) en los cuidados de salud, especialmente en la toma de decisiones y en momentos críticos, es una acción práctica ampliamente abordada en los artículos [Krupić et al. (2019); Kostareva et al. (2023); O'Shea, O., & Foran, P. (2024); Cowles, D. (2024); Van Wicklin, S. A. (2023); Ayaz, N. P., & Sherman, D. W. (2022); y Bonus et al. (2024)]. Se otorga una gran relevancia a la familia, especialmente en contextos de minorías étnicas y culturales, tanto para optimizar la comunicación —siendo los familiares intérpretes informales y facilitadores de una comunicación culturalmente congruente— como para apoyar la toma de decisiones de los pacientes. La permisividad de la presencia familiar en momentos críticos, como la inducción anestésica, el postoperatorio o incluso la muerte, se considera una actitud de respeto hacia los valores y creencias culturales del paciente y, por tanto, debe ser promovida por los profesionales de salud en el contexto perioperatorio.

La adaptación del equipo de salud para incluir miembros del mismo sexo o de la misma cultura que los pacientes fue un hallazgo de algunos autores, como Krupić et al. (2019), Ayaz, N. P., & Sherman, D. W. (2022), y Bonus et al. (2024). Esta acción fomenta la sensación de respeto y la satisfacción del paciente, además de superar barreras culturales. En cuanto a las adaptaciones en el equipo de salud, Peake, B., Smirk, A., & Debelak, G. (2024) demostraron que el uso de indumentaria culturalmente personalizada, como gorros quirúrgicos, mejora la comunicación tanto entre el paciente y los profesionales de salud como dentro del propio equipo quirúrgico. No obstante, el estudio también revela un alto grado de satisfacción tanto por parte de los profesionales del bloque quirúrgico como de los pacientes.

Finalmente, se identificaron otras acciones que promueven cuidados culturalmente competentes, especialmente en lo que respecta al respeto por las necesidades

espirituales/religiosas, así como por los principios, valores y creencias de la persona en situación perioperatoria: respeto por las preferencias dietéticas, prohibiciones farmacológicas, promoción de la privacidad y uso de objetos religiosos [O'Shea, O. & Foran, P. (2024); Cowles, D. (2024); Van Wicklin, S. A. (2023); Tekbaş et al. (2024)].

Para concluir esta sección, es fundamental mencionar que la sensibilización, formación y entrenamiento del equipo surgieron en la literatura como esenciales para el desarrollo de las competencias culturales, así como un deber de los enfermeros perioperatorios [O'Shea, O. & Foran, P. (2024); Van Wicklin, S. A. (2023)]. También se afirma que la formación continua y el entrenamiento mediante simulaciones de escenarios clínicos han demostrado ser efectivos. Otro método de aprendizaje aparentemente eficaz es el aumento de la experiencia profesional con poblaciones de contextos culturales diversos, tal como señalan Krupić et al. (2019).

El impacto de la competencia cultural en la calidad de los cuidados también es notorio en los estudios obtenidos, aunque menos mencionado. Sin embargo, se puede concluir que existe un aumento en la eficacia del quirófano, a través de la reducción de cancelaciones quirúrgicas (Williams, 2021) y la disminución de complicaciones postoperatorias (Kostareva et al., 2023). Cowles, D. (2024) postula además que la competencia cultural disminuye las disparidades en salud. La seguridad del paciente parece verse comprometida por las barreras culturales y lingüísticas (Krupić et al., 2019), siendo señalado por Kostareva et al. (2023) y Bonus et al. (2024) que la ausencia de un consentimiento informado culturalmente adaptado constituye uno de los riesgos para la seguridad del paciente.

También es importante destacar que Peake et al. (2024) observaron un aumento en la satisfacción, no solo de las personas en situación perioperatoria, sino también del equipo perioperatorio, lo que sugiere que la competencia cultural es beneficiosa para todas las partes involucradas, y no simplemente una exigencia onerosa.

DISCUSIÓN

La primera categoría identificada en esta revisión se refiere a las barreras para la prestación de cuidados de enfermería culturalmente competentes, las cuales pueden subdividirse en varias

dimensiones: lingüísticas/comunicacionales, culturales y organizacionales. Estas barreras son factores que dificultan la implementación de cuidados efectivos y sensibles a la diversidad cultural, pudiendo comprometer la calidad y seguridad de los cuidados proporcionados a los pacientes.

Barreras lingüísticas: el idioma es una de las principales barreras para una comunicación eficaz en el contexto perioperatorio, especialmente cuando los pacientes no comparten el mismo idioma que el equipo de enfermería. La falta de fluidez puede conducir a malentendidos, errores en la administración de medicamentos, en la explicación de procedimientos o en la comprensión de las necesidades y expectativas de los pacientes (Krupić et al., 2019; Kostareva et al., 2023; O'Shea & Foran, 2024; Van Wicklin, 2023; Bonus et al., 2024). La comunicación inadecuada puede causar ansiedad y malestar, impactando negativamente en la experiencia del cuidado.

Barreras comunicacionales: incluso cuando no existe una barrera lingüística directa, las diferencias en los estilos de comunicación entre enfermeros y pacientes de diferentes culturas pueden representar un obstáculo significativo. La comunicación no verbal, los gestos, el contacto visual o el tono de voz pueden ser interpretados de manera distinta según la cultura, lo que puede conducir a conflictos o malinterpretaciones. Además, la forma en que se transmite la información, ya sea demasiado técnica o insuficientemente clara, puede dificultar la comprensión de los pacientes, comprometiendo el proceso de educación en salud y la adherencia a los cuidados (Krupić et al., 2019; Bonus et al., 2024). **Barreras culturales:** las diferencias en los valores, creencias y prácticas culturales pueden representar un desafío sustancial en la prestación de cuidados de enfermería culturalmente competentes. En el contexto perioperatorio, donde la comprensión de normas culturales específicas es crucial para el éxito del tratamiento y la recuperación, estas barreras pueden manifestarse, por ejemplo, en la resistencia de los pacientes a ciertos procedimientos médicos, el incumplimiento de indicaciones debido a creencias religiosas o la negativa a recibir algunos cuidados por no ser compatibles con sus valores. La falta de sensibilización cultural por parte de los enfermeros puede resultar en cuidados que no satisfacen adecuadamente las necesidades del paciente, afectando su confianza en el sistema de salud (O'Shea, O., & Foran, P., 2024; Cowles, D., 2024; Tekbaş, A., von Lilienfeld-Toal, M., Sayrafi, F., & Settmacher, U., 2024; Bonus et al.,

2024). Barreras organizacionales: la estructura y los recursos de las instituciones de salud también pueden generar barreras significativas. La falta de políticas claras y directrices para la prestación de cuidados culturalmente sensibles, la escasez de formación continua en competencias culturales para los enfermeros y la carencia de apoyo institucional para la implementación de prácticas culturalmente competentes pueden limitar la eficacia de los cuidados. La falta de intérpretes cualificados o de materiales educativos adaptados culturalmente son ejemplos de cómo la organización puede dificultar el acceso a cuidados adecuados para poblaciones culturalmente diversas (Krupić et al., 2019; Ayaz, N. P., & Sherman, D. W., 2022; Bonus et al., 2024).

Estas barreras suelen interactuar de forma compleja y pueden tener un impacto negativo directo en la calidad del cuidado, conduciendo a desigualdades en el acceso y en los resultados de salud. Superarlas requiere un esfuerzo concertado tanto a nivel individual como institucional, mediante la formación continua, el desarrollo de políticas inclusivas y la promoción de prácticas organizacionales que respeten e integren las diferencias culturales.

Las estrategias para la prestación de cuidados de enfermería culturalmente competentes incluyen varias aproximaciones fundamentales que permiten superar las barreras culturales y mejorar la calidad del cuidado. En cuanto al desarrollo de competencias relacionales, la comunicación eficaz, la escucha activa, la empatía y la inteligencia emocional son esenciales para establecer una relación de confianza entre enfermero y paciente, especialmente en contextos culturales diversos. La resolución de conflictos y la capacidad de trabajar en equipo también son cruciales para garantizar que las necesidades de todos los pacientes sean atendidas de manera respetuosa y eficaz, independientemente de sus orígenes culturales (Krupić et al., 2019; O'Shea, O., & Foran, P., 2024; Cowles, D., 2024; Van Wicklin, S. A., 2023).

En cuanto a la adaptación y personalización de los cuidados, utilizar intérpretes cualificados, herramientas digitales e involucrar a familiares para facilitar la comunicación son estrategias prácticas para superar las barreras lingüísticas y garantizar que el paciente comprenda toda la información relevante. La inclusión de miembros del equipo del mismo sexo o cultura también puede ayudar a establecer un vínculo más cercano y confortable. El uso de indumentaria culturalmente personalizada y el respeto por las necesidades religiosas, como las preferencias alimentarias o prácticas religiosas, son formas importantes de demostrar respeto por la

identidad cultural del paciente (Williams et al., 2021; Krupić et al., 2019; Kostareva et al., 2023; Van Wicklin, S. A., 2023; Bonus et al., 2024). La sensibilización del equipo a través de la formación continua en competencias culturales y la realización de simulaciones de escenarios clínicos contribuyen a preparar al personal de enfermería para manejar situaciones complejas y diversas, mejorando su capacidad para ofrecer cuidados culturalmente sensibles y de alta calidad (O'Shea, O. & Foran, P., 2024; Van Wicklin, S. A., 2023).

El impacto de las competencias culturales en enfermería sobre la calidad de los cuidados prestados se refleja en: la reducción de cancelaciones quirúrgicas (Williams, 2021), ya que puede contribuir a una mejor comunicación entre enfermeros y pacientes, reduciendo malentendidos y la falta de adherencia a la preparación preoperatoria. Cuando los enfermeros comprenden y respetan las creencias culturales de los pacientes, logran explicar los procedimientos de manera más clara, minimizando la ansiedad y la resistencia al tratamiento; la disminución de complicaciones postoperatorias (Kostareva et al., 2023), dado que los enfermeros con competencias culturales pueden identificar y responder mejor a las necesidades específicas de los pacientes, particularmente en la gestión del dolor, las preferencias alimentarias, limitaciones físicas y detección temprana de complicaciones; la reducción de las disparidades en salud (Cowles, D., 2024), puesto que los enfermeros conscientes de las diferencias culturales pueden identificar y abordar barreras específicas que afectan a poblaciones marginadas, asegurando que todos los pacientes reciban cuidados equitativos y de alta calidad, independientemente de su origen cultural; y el aumento de la satisfacción tanto de los pacientes como del equipo (Peake et al., 2024), ya que los pacientes que se sienten comprendidos, respetados y bien atendidos en función de sus creencias y necesidades culturales tienden a tener una experiencia más positiva en el entorno hospitalario. La comunicación eficaz y la adaptación de los cuidados a las preferencias del paciente aumentan la confianza y la satisfacción de los usuarios, lo cual es esencial para su adherencia al tratamiento y recuperación. Además, los enfermeros con formación en competencias culturales están mejor preparados para trabajar de manera eficaz con una población diversa, reduciendo frustraciones y conflictos, y contribuyendo a un ambiente más colaborativo.

Limitaciones

Las principales limitaciones de esta revisión incluyen el sesgo de idioma, debido a la exclusión de estudios en idiomas no contemplados, y la diversidad de los estudios incluidos, lo que puede resultar en una síntesis descriptiva amplia. Además, no se realizó la evaluación de la calidad metodológica, ya que este proceso no es obligatorio en una revisión exploratoria (*scoping review*).

CONCLUSIÓN

El desarrollo de competencias culturales por parte de los enfermeros es beneficioso tanto para las personas en situación perioperatoria como para ellos mismos y para el equipo que los rodea. A través del desarrollo del autoconocimiento, la optimización de la comunicación y la implementación de acciones prácticas, es posible desarrollar una práctica de cuidados culturalmente sensible y competente. La formación continua y el entrenamiento en equipo son esenciales para el desarrollo de estas competencias y constituyen un deber de los enfermeros.

Existe poca literatura específicamente dirigida a las competencias culturales de los enfermeros en el contexto perioperatorio, por lo que la extracción de datos resultó compleja y, en ocasiones, inductiva. Es necesario comprender la importancia y la creciente necesidad de este tema en el ámbito de la enfermería perioperatoria, así como fomentar la realización de más investigación científica.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayaz, N. P., & Sherman, D. W. (2022). Understanding attitudes, social norms, and behaviors of a cohort of post-operative nurses related to pain and pain management. *Healthcare*, 10(5), 844. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050844>

Bonus, C. G., Hatcher, D., Northall, T., & Montayre, J. (2024). Enhancing culturally responsive care in perioperative settings for older adult patients: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 161, 104925. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104925>

Burchum, J. (2002). Cultural competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5-15. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2002.tb01287.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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014>

Cowles, D. (2024). Te Tiriti o Waitangi in perioperative practice. *The Dissector*, 52(1), 17–19.

Giger, J.N., & Davidhizar, R.E. (1995). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002a). Culturally competent care: Emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 49(2), 79–86. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2002.00118.x>

Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002b). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>

Kostareva, U., Pe'a (Varik), K., Siriwardhana, C., Liu, M., & Qureshi, K. (2023). Limited English proficiency, postoperative complications, and interpreter use in vascular surgery



patients in Hawai‘i. *Hawai‘i Journal of Health & Social Welfare*, 82(2), 39–49. Disponível em https://hawaiijournalhealth.org/past_issues/82.02.htm

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. *Medical Journal (Zenica)*, 16(1), 93–101. <https://doi.org/10.17392/980-19>

Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research & practice* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill Companies, Inc.

Monteiro, A., & Mendes, A. (2013). Multicultural care in nursing—From the theoretical paradigm to the subjective experiences in clinical settings. *Open Journal of Nursing*, 3(8), 557–562. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38076>

O'Shea, O., & Foran, P. (2024). Nursing implications for transgender and gender diverse perioperative patients: A discussion paper. *Journal of Perioperative Nursing*, 37(1), Artigo 7. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1319>

Peake, B., Smirk, A., & Debelak, G. (2024). Indigenous art-themed personalised theatre caps improve patient perioperative experience and perceived staff communication in the operating theatre: A quality improvement project at Royal Darwin Hospital in Australia. *BMC Research Notes*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13104-024-06690-2>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM manual for evidence synthesis* (pp. 1-12). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Ramos, N. (2008). Comunicação e saúde em contexto multicultural. *IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura*, Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador, Bahia, Brasil. Recuperado em 12 de dezembro de 2024, de <https://cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>

Tekbaş, A., von Lilienfeld-Toal, M., Sayrafi, F., & Settmacher, U. (2024). Perioperative medication therapy for Muslim patients in Germany undergoing oncological surgery: A



retrospective study. *BMC Medical Ethics*, 25, 116. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01114-z>

Van Wicklin, S. A. (2023). Culturally congruent practice. *Plastic and Aesthetic Nursing*, 43(2), 47–48. <https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000497>

Weissmann, L. (2018). Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. *Construção Psicopedagógica*, 26(27), 21–36. <https://doi.org/10.5935/1678-4634.20180004>

Williams, C. J., Kander, Y., Law, K., Kennedy, P., Binge, G., & Strathdee, E. (2021). Culturally focused pre-surgery screening to reduce Aboriginal and Torres Strait Islander patient surgical cancellations. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(3), Artigo 4. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1133>

Autor/Año/País	Objetivo	Metodología	Principales Resultados
Williams, C. J., Kander, Y., Law, K., Kennedy, P., Binge, G., & Strathdee, E. (2021) Austrália	Desarrollar un instrumento de evaluación/preparación prequirúrgica culturalmente apropiado para los pacientes aborígenes y de las Islas del Estrecho de Torres; reducir las tasas de cancelación quirúrgica.	Métodos mixtos	Una comunicación clara y culturalmente sensible tiene un impacto en la reducción de cancelaciones quirúrgicas. La barrera lingüística influye en la correcta preparación del paciente. Se evidencia la necesidad de adaptar y personalizar las orientaciones según las especificidades culturales de los pacientes.
Krupić F, Grbić K, Čustović S, Hamrin Senorski E, & Samuelsson K. (2019) Suécia	Explorar la experiencia de enfermeros de anestesia con pacientes inmigrantes.	Cualitativo	Para superar la barrera lingüística, los enfermeros recurren a intérpretes, herramientas digitales o a la familia. Se destaca la necesidad de una comunicación eficiente y culturalmente sensible para garantizar la seguridad y la calidad de los cuidados.
Peake B, Smirk A, & Debelak G. (2024) Austrália	Evaluar la aceptabilidad y los posibles beneficios de la introducción de gorros reutilizables temáticos con arte indígena personalizada (incluyendo nombre y función) para el equipo en el quirófano del Royal Darwin Hospital.	Cuantitativo	La personalización de la vestimenta, con elementos culturales relevantes, tuvo un impacto positivo en la comodidad, la satisfacción de los pacientes, la calidad de la interacción y la eficacia de la comunicación.
Kostareva U, Pe'a Varik K, Siriwardhana C, Liu M, & Qureshi K. (2023) Estados Unidos da América	Determinar si existe una diferencia en los resultados postoperatorios de la cirugía vascular entre pacientes con dominio limitado del inglés y aquellos sin esta limitación; determinar si los pacientes de cirugía vascular con dominio limitado del inglés reciben servicios de interpretación conforme a la política durante las consultas vasculares, específicamente para obtener el consentimiento informado; y entender quién realiza la interpretación durante estas consultas.	Cuantitativo	Se evidencia que las barreras lingüísticas impactan en la prestación de cuidados adecuados, destacando la necesidad de servicios de traducción más consistentes. Se resalta la necesidad de sensibilizar a los equipos de enfermería sobre las necesidades culturales y lingüísticas de los pacientes. Se propone un algoritmo de toma de decisiones para el uso de intérpretes.

O'Shea, O., & Foran, P. (2024) Austrália	Comprender los factores que pueden afectar los resultados perioperatorios de pacientes con diversidad de género.	Revisión Bibliográfica	Los prejuicios y estereotipos pueden perjudicar la calidad de los cuidados prestados. Es necesario desarrollar estrategias para promover competencias relacionales y el desarrollo personal, con el fin de fortalecer la relación terapéutica y una práctica de cuidados respetuosa. La comprensión de los determinantes sociales de la salud relacionados con personas transgénero y de género diverso es crucial para brindar cuidados culturalmente competentes. El uso de métodos educativos, como las simulaciones, ha demostrado ser eficaz para mejorar el desempeño de los enfermeros perioperatorios, particularmente en la relación terapéutica con personas transgénero y de género diverso.
Cowles, D. (2024) Nova Zelândia	Promover el conocimiento sobre la aplicación de los valores culturales Māori en el entorno perioperatorio, con énfasis en la implementación del Te Tiriti o Waitangi (Tratado de Waitangi) en la práctica perioperatoria.	Revisión Bibliográfica	La ausencia de concienciación institucional y de políticas culturalmente sensibles contribuye a la perpetuación de barreras comunicativas. La participación activa de la familia en la práctica clínica perioperatoria es crucial, siendo necesario apoyarla en la toma de decisiones.
Van Wicklin SA. (2023) Estados Unidos da América	Reflexionar sobre las competencias culturales de los enfermeros de cirugía plástica y estética.	Carta al editor	Las diferencias en los patrones comunicacionales, la alfabetización en salud y el idioma pueden dificultar la comunicación y la comprensión mutua entre el enfermero y el paciente. Los enfermeros deben participar activamente en su educación continua sobre las preferencias culturales, las elecciones y los procesos de toma de decisiones de los pacientes. Se sugiere el uso de intérpretes y traductores. El respeto por las decisiones del paciente, teniendo en cuenta el contexto cultural y familiar, contribuye a mejores resultados en la atención, promoviendo un entorno seguro, inclusivo y

			sensible a las necesidades individuales de cada paciente.
Ayaz NP, Sherman DW. (2022) Turquía/Estados Unidos da América	Examinar las actitudes, normas sociales y comportamientos de una cohorte de enfermeros de diversos orígenes étnicos y culturales en relación con el dolor, su evaluación y manejo.	Cualitativo	La reacción al dolor varía según el trasfondo cultural y la edad del paciente, lo que puede representar una barrera para una gestión eficaz y sensible del dolor. El conocimiento de métodos de control del dolor adaptados a las preferencias culturales es fundamental para la personalización de los cuidados. La comprensión de las diferentes reacciones al dolor, que varían según factores culturales y etarios, permite a los enfermeros ajustar mejor las intervenciones y promover mejores resultados en el cuidado postoperatorio.
Tekbaş A, von Lilienfeld-Toal M, Sayrafi F, Settmacher U. (2024) Alemanha	Evaluar la congruencia entre los medicamentos administrados y los principios islámicos.	Cuantitativo	Hay una insuficiente sensibilización de los profesionales de la salud en respecto a las necesidades relacionadas con la medicación de los pacientes musulmanes en el periodo perioperatorio. Medicamentos con componentes no halal (como la enoxaparina de origen porcino o cápsulas con gelatina) fueron utilizados con frecuencia. Hay falta en la documentación de las creencias religiosas y los hábitos alimentarios de los pacientes. La información y el diálogo sobre los principios y las excepciones de la bioética islámica, así como sobre las posibles alternativas, son insuficientes. Hay una falta de etiquetado claro por parte de los fabricantes sobre el origen de los ingredientes de los medicamentos.

Bonus CG, Hatcher D, Northall T, Montayre J. (2024) Austrália	Explorar las perspectivas y experiencias del equipo perioperatorio al cuidar a pacientes adultos mayores de orígenes étnicos diversos.	Cualitativo	Se identifican barreras organizacionales en la prestación de cuidados culturalmente competentes, como la falta de servicios de traducción adecuados, exigencias documentales excesivas y la priorización de la eficiencia sobre la comprensión del paciente. La implicación familiar es esencial para mitigar fallos en la comunicación, especialmente con pacientes mayores. El uso de miembros del equipo o familiares como intérpretes, aunque imperfecto debido a posibles errores de traducción, es una solución común. La adaptación a las necesidades religiosas y culturales reduce el estrés y la ansiedad del paciente, y mejora los resultados en salud. Existe una tensión significativa entre los protocolos de seguridad organizacional y las necesidades culturales de los pacientes.
---	--	-------------	--

Tabla 1 – Síntesis de los resultados contenidos en los artículos incluidos en la revisión

Barreras para la prestación de cuidados de enfermería culturalmente competentes	Lingüísticas/comunicacionales Culturales Organizacionales		Ayaz & Sherman (2022); Bonus et al. (2024); Cowles (2024); Krupić et al. (2019); Kostareva et al. (2023); O'Shea e Foran (2024); Tekbaş et al. (2024); Van Wicklin (2023); Williams et al. (2021)
Estrategias culturalmente sensibles	Desarrollo de competencias relacionales	Autoconocimiento Lucha contra prejuicios y defensa de los usuarios Optimización de la comunicación Conocimiento, comprensión y respeto por otras culturas, sus valores y tradiciones Preparación previa al contacto con los usuarios	O'Shea & Foran (2024); Krupić et al. (2019); Cowles (2024); Van Wicklin (2023)
	Adaptación y personalización de los cuidados	Utilización de intérpretes calificados, herramientas digitales o familiares Participación de la familia Inclusión en el equipo de miembros del mismo sexo o cultura Uso de vestimenta culturalmente personalizada Respeto por las necesidades religiosas (restricciones/preferencias alimentarias; prohibiciones farmacológicas; promoción de la privacidad; uso de objetos religiosos)	Williams et al. (2021); Krupić et al. (2019); Kostareva et al. (2023); Van Wicklin (2023); Bonus et al. (2024); O'Shea & Foran (2024); Cowles (2024); Ayaz & Sherman (2022); Peake, Smirk & Debelak (2024); Tekbaş et al. (2024)
	Sensibilización del equipo	Acciones de formación Simulaciones de escenarios clínicos	O'Shea & Foran (2024); Van Wicklin (2023); Krupić et al. (2019)
Impacto de las competencias culturales en enfermería en la	Reducción de cancelaciones quirúrgicas Disminución de las complicaciones postoperatorias Disminución de las disparidades en salud Aumento de la satisfacción de los pacientes y del equipo		Williams et al. (2021); Kostareva et al. (2023); Cowles (2024); Krupić et al. (2019); Bonus et al. (2024); Peake, Smirk e Debelak (2024)

calidad de los cuidados prestados		
--------------------------------------	--	--

Tabla 2: Categorización de los resultados