

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - REMULTISF**

AMANDA KETLUIN DE CONTO FRANCISCO

**AS DECISÕES E AÇÕES DA ENFERMAGEM E A TEORIA DA DIVERSIDADE E
UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: relato a partir da vivência na
residência em saúde da família**

FLORIANÓPOLIS
2019

AMANDA KETLUIN DE CONTO FRANCISCO

**AS DECISÕES E AÇÕES DA ENFERMAGEM E A TEORIA DA DIVERSIDADE E
UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: RELATO A PARTIR DA
VIVÊNCIA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de residente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jussara Gue Martini

FLORIANÓPOLIS
2019

AMANDA KETLUIN DE CONTO FRANCISCO

**AS DECISÕES E AÇÕES DA ENFERMAGEM E A TEORIA DA DIVERSIDADE E
UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: RELATO A PARTIR DA
VIVÊNCIA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Jussara Gue Martini
Universidade Federal de Santa Catarina - Orientador

Prof.^a Dr.^a Gisele Cristina Manfrini
Universidade Federal de Santa Catarina

Enf.^a Especialista Indiana Acordi
Prefeitura Municipal de Florianópolis

*“Graças dou, sim, pela vida,
Que o bom Deus a mim legou;
Graças dou por meu futuro,
E por tudo o que passou;
Pelas bênçãos derramadas,
Pela dor e aflição;
Pelo Seu cuidado infindo,
Pela graça do perdão.*

*Graças pelo azul celeste,
E por nuvens que há também;
Pelas rosas do caminho
E os espinhos que elas têm;
Pela aurora, pela noite,
Pela estrela que brilhou;
Pela prece respondida,
E a esperança que raiou.*

*Pela cruz e o sofrimento,
E eternal ressurreição;
Pelo amor que é sem medida,
Pela paz no coração;
Pela lágrima vertida
E o consolo que é sem-par;
Pelo dom da eterna vida,
Sempre a Deus irei louvar.”*

August Ludvig Storm

Dedico este trabalho a minha família:
Jacqueline, Fanor, Klaiton, Ana Clara, Maria
Luiza, Bernardo, Victor e Thiago. Amo vocês
incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

À “Família Residência Multiprofissional em Saúde da Família”: Alessandra, Alyne, Kamila, Larissa, Pâmela, Patrícia, Rukmini. Cada uma tem um lugar especial na minha vida.

À minha tutora: Jussara Gue Martini e preceptora Indiana Acordi por TUDO que vocês me proporcionaram, principalmente o apoio e calma “naquele” momento muito difícil na minha vida profissional e pessoal.

À coordenação e demais funcionários do Centro de Saúde Jardim Atlântico por me receberem com respeito e carinhosamente.

FRANCISCO, Amanda Ketluin de Conto. **As Decisões e Ações da Enfermagem e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: relato a partir da vivência na residência em saúde da família.** 2018. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Orientadora: Jussara Gue Martini.

RESUMO

Introdução: A teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine M. Leininger, apresenta o cuidado como o conceito central no metaparadigma da enfermagem. Esta teoria foi desenvolvida baseada na assistência de enfermagem congruente com a cultura da pessoa, suas crenças, seus valores, suas práticas, seus hábitos e costumes. Esta teoria veio ao encontro de meus questionamentos referente à assistência biomédica e medicalizante da enfermagem desenvolvida em um Centro de Saúde de Florianópolis, sob uma conjuntura de demandas de serviços que ultrapassam a capacidade das equipes de Saúde da Família deste centro de saúde, no qual realizei minha residência multiprofissional em saúde da família. **Objetivo:** Traçar um paralelo referente a minha vivência e percepções como enfermeira residente do programa multiprofissional em saúde da família e o cuidado culturalmente congruente à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. **Metodologia:** Relato de experiência e revisão integrativa da literatura. Foi realizada a análise descritiva dos dados e a análise temática qualitativa tendo por base interpretativa a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. **Resultados:** Os resultados oriundos das pesquisas selecionadas para a revisão integrativa da literatura apresentam: imposição cultural em virtude da prevalência da cultura institucional e profissional frente à cultura da pessoa; gestão não favorecem/incentivam o cuidado culturalmente congruente e profissionais desconhecerem os aspectos culturais predominantes em seu território. **Conclusão:** A temática proposta deste Trabalho de Conclusão de Residência foi muito especial pra mim, pois entrou em meu cotidiano profissional após frustrações de minhas condutas/intervenção e me proporcionou refletir sobre minha assistência profissional.

Palavras-chave: Enfermagem Transcultural; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.....	13
4 MÉTODO.....	16
4.1 Relato de Experiência.....	16
4.2 Revisão Integrativa da Literatura.....	25
4.2.1 Identificação do tema e da questão norteadora.....	25
4.2.2 Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de busca na literatura.....	25
4.2.3 Categorização dos estudos.....	26
4.2.4 Avaliação dos estudos incluídos.....	31
5 RESULTADOS.....	32
6 DISCUSSÃO.....	38
7 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

O cuidado humano é universal, é a ação para viver e está presente no cotidiano. As pessoas têm sobrevivido ao longo do tempo porque são capazes de cuidar e receber cuidados uma das outras. Assim, os homens são universalmente cuidadores (QUEIROZ, 1998). No que concerne às profissões de assistência à saúde, o cuidado humano é a essência da enfermagem, proporcionado à pessoa e ao coletivo nos mais diferentes ambientes e contextos culturais (LEOPARDI, 2006).

Enfermagem é uma profissão, constituída a partir de prática e de experiências embasadas cientificamente, fundamentada em um conhecimento em contínua transformação, mas que requer do profissional vocação e desenvolvimento do potencial criativo e intuitivo, o que perpassa o conhecimento formal e científico. É focada no fenômeno, abstrato e concreto, do elo da pessoa e sua saúde, relacionado à assistência, o apoio e a capacitação para melhorar uma condição humana ou forma de vida (GEORGER, 2000). É fundamentada por teorias, que orientam e aprimoram a prática profissional, alicerçadas por quatro conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem, formando o metaparadigma da enfermagem. A pessoa retrata o indivíduo, a família, a comunidade ou toda a humanidade. A saúde representa um estado de bem-estar. O ambiente expressa o local, os arredores, a comunidade ou o universo. E a enfermagem é uma ciência, mas também uma arte da disciplina (GEORGE, 2000).

O início do pensamento teórico na enfermagem teve início com os escritos de Florence Nightingale na segunda metade do século XIX e continuou até os anos 90. Embora ela não tenha reconhecido seus estudos como uma “teoria de enfermagem”, Nightingale desenvolveu conceituações de enfermagem relacionadas à influência do ambiente (limpeza pessoal e do ambiente, ventilação, esperança, nutrição, ruídos, luz) sobre o ser humano e sobre sua condição de saúde e doença, sendo considerada a precursora da enfermagem moderna (GEORGE, 2000).

Ao longo dos anos a prática de enfermagem foi sendo construída, fundamentada e orientada por muitas teorias que descrevem, explicam e preveem os fenômenos e inter-relacionam os quatros conceitos principais do metaparadigma da enfermagem. Uma teoria indica uma direção de como ver os fatos e os eventos (GEORGE, 2000). Meleis (1991, p.17) define a teoria de enfermagem como: “uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem”.

As teorias de enfermagem podem pertencer às seguintes categorias: necessidade/problemas, interação, sistemas e campo de energia. Cada categoria tem suas particularidades, mas podem conter elementos de outras categorias, mostrando similaridades, uma vez que, os teóricos foram influenciados uns pelos outros à medida que o conhecimento de enfermagem foi avançando. Na categoria “necessidade/problema” os teóricos, como Nightingale, Abdellah, Henderson, Orem, Hall, e Watson, enfocam nas necessidades e problemas das pessoas e utilizam o processo de enfermagem para atuação. Na categoria “interação”, teóricos como Peplau, Orlando, Wiedenbach, King, Paterson e Zderad, Erickson, Tomlin, e Swain, e Boykin e Schoenhofer, buscam na comunicação o meio para atender às necessidades das pessoas. Na categoria “sistemas” o homem é composto de subsistemas que, quando juntos, são mais e diferentes do que sua soma. Os teóricos destes sistemas são: Johnson, Levine, Leininger, Roy e Neuman. Por sua vez, na categoria “campo de energia”, os teóricos como Rogers, Parse e Newman, acreditam que as pessoas estão em constante interação com o seu ambiente ou com o universo (GEORGE, 2000).

Os profissionais que exercem a enfermagem necessitam se embasar por alguma teoria, ou por uma combinação de teorias, desde que, sejam apropriadas para sua realidade a uma determinada situação. Essas teorias proporcionam sustentação à prática profissional, ao ensino e a pesquisa. Corroboram que a enfermagem é orientada por conhecimentos próprios e específicos à profissão e, orientam diferentes formas de cuidar, valorizando a integralidade, a subjetividade e a visão de mundo (LEININGER, 1991).

A teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine M. Leininger, apresenta o cuidado como o conceito central no metaparadigma da enfermagem. Esta teoria foi desenvolvida baseada na assistência de enfermagem congruente com a cultura da pessoa, suas crenças, seus valores, suas práticas, seus hábitos e costumes, propiciando a base para os três modos de decisões e ações da assistência de enfermagem, a saber: manutenção ou preservação do cuidado cultural, acomodação ou negociação do cuidado cultural e reestruturação ou repadronização do cuidado cultural (GEORGE, 2000).

Para Leininger (1991) o cuidado é a essência do ser da enfermagem, que orienta e distingue as ações e atividades da profissão direcionadas para assistir, apoiar, facilitar e capacitar às pessoas. A TDUCC proporciona à enfermagem a premissa de que a pessoa tem seus significados e entendimentos sobre como deseja ser cuidada (LEININGER, 1991). Esta teoria veio ao encontro de meus questionamentos no que se refere à assistência biomédica e medicalizante da enfermagem desenvolvida em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis, sob uma conjuntura de demandas de serviços que ultrapassam a capacidade das equipes de

Saúde da Família (eSF) deste CS, no qual realizei minha residência multiprofissional em saúde da família. Oportunizando a seguinte questão norteadora: Como o processo de trabalho influencia nas decisões e ações da enfermagem, afastando-a do cuidado culturalmente congruente à luz da TDUCC de Madeleine Leininger?

Diante disso, o presente estudo traça um paralelo, por meio de um relato de experiência, referente a minha vivência e percepções como enfermeira residente do programa multiprofissional em saúde da família, o processo de trabalho da enfermagem neste CS, com o referencial teórico sobre a TDUCC. Em virtude do objetivo geral ser muito particular à minha experiência profissional durante a residência, optou-se, pela seguinte questão norteadora: Como é realizado o cuidado de enfermagem culturalmente congruente na Atenção Primária à Saúde (APS)? Considerando a relevância do rigor metodológico para a contribuição da Prática Baseada em Evidências (PBE) buscou-se analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura a questão norteadora.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar um paralelo referente a minha vivência e percepções como enfermeira residente do programa multiprofissional em saúde da família e o cuidado culturalmente congruente à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o processo de trabalho de enfermeiras de uma unidade básica de saúde no município de Florianópolis, Santa Catarina;

Analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, estudos que identifiquem como são realizados os cuidados de enfermagem culturalmente congruente na APS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE M. LEININGER

Madeleine M. Leininger foi a primeira enfermeira a obter um título de doutorado em antropologia e fundadora do subcampo transcultural da enfermagem. Seu olhar para a etnoenfermagem teve início nos anos 50, nos Estados Unidos da América, quando atuava como enfermeira clínica em um lar de educação infantil. Ela percebeu características diferentes no comportamento entre as crianças e atrelou essas diferenças à base cultural, porém percebeu que os seus conhecimentos profissionais não eram suficientes para compreender a cultura dessas crianças e desenvolver variações de cuidados culturalmente congruentes (GEORGE, 2000).

A partir de então, Leininger constrói a teoria da enfermagem transcultural baseada no cuidado centrado na pessoa e desenvolvido em seu contexto cultural. Ela se apropria do componente cultural da antropologia e do componente cuidado da enfermagem. Em 1979, Leininger define a enfermagem transcultural como:

“um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença” (LEININGER, 1979, p. 15).

Em 1985 Leininger publicou pela primeira vez a sua teoria e nos anos de 1985, 1988 e 1991, ela apresentou definições (mas orientou que essas podem ser alteradas conforme a cultura é estudada) orientadoras sobre os conceitos de cultura, cuidado cultural, diversidade do cuidado cultural, universalidade do cuidado cultural, enfermagem, visão do mundo, dimensões da estrutura cultural e social, contexto ambiental, etno-história, sistema de cuidados genéricos, sistemas de cuidados profissionais, assistência de enfermagem culturalmente congruente, saúde, cuidado, cuidar, conservação do cuidado cultural, ajustamento do cuidado cultural e repadronização do cuidado cultural. O conhecimento sobre esses conceitos para a enfermagem é essencial para o cuidado culturalmente congruente. (GEORGE, 2000). No quadro 1 A, bem como no texto a seguir, são apresentadas as

definições destes conceitos presentes na Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidado Cultural.

A cultura é definida como “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada” (Leininger, 1991, p. 47). Sendo que estas características são formadas e incorporadas no contexto linguístico, religioso, social, político, educacional, econômico, tecnológico e ambiental da cultura. O cuidado cultural tem por definição, de acordo com a presente teoria:

“os valores, as crenças e os modos de vida padronizados e aprendidos, subjetiva e objetivamente e transmitidos que auxiliam, sustentam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte” (LEININGER, 1991, p. 47).

Ela apresentou a universalidade como os significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos comuns no cuidado presente em todas as culturas do mundo e a diversidade do cuidado cultural como as diferenças e/ou variações nos significados destas características, pelo pressuposto de que “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos em comuns no cuidado de todas as culturas” (LEININGER, 1985, p.210) (GEORGE, 2000).

Quadro 1A. Principais Conceitos da Teoria do Cuidado de Madeleine Leininger.

	Conceito
Visão de Mundo	Como as pessoas vêem o mundo e atribuem valor sobre o mundo e suas vidas.
Dimensões Culturais e de Estrutura Social	É a inter-relação que influencia o comportamento das pessoas em diferentes contextos ambientais envolvendo valores religiosos, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos, culturais e sociais.
Contexto Ambiental	As interações sociais em diversos ambientes: físico, ecológico, sócio-político e que proporcionam significado às expressões humanas.
Etno- História	Os modos de vida das pessoas em seus contextos culturais e suas experiências vividas individualmente e coletivamente.
Sistemas de Cuidado Genéricos	Conhecimentos, habilidades tradicionais e

(populares ou leigos)	populares culturalmente aprendidos e transmitidos.
Sistemas de Cuidados Profissionais	Cuidado, saúde e doença formalmente ensinado, aprendido e transmitido em instituições profissionais.
Saúde	Bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado em modos de vida culturalmente expressos.
Cuidado	Assistência para melhorar uma condição humana ou forma de vida.
Cuidar	Ações e atividades dirigidas para a assistência.

O conhecimento dos conceitos acima apresentados, originou os três modos de decisões e ações de atendimentos de enfermagem, apresentados no quadro 1 B.

Quadro 1B: Os três modos de decisões e ações de atendimentos de enfermagem de acordo com a Teoria de Madeleine Leininger.

Preservação do Cuidado Cultural (manutenção)	Ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou preservar valores relevantes de cuidados, de forma que possam manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou encarar as deficiências e/ou a morte.
Ajustamento do Cuidado Cultural (negociação)	Ações e decisões profissionais criativas assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com as outras um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com prestadores de cuidados profissionais.
Repadronização do Cuidado Cultural (reestruturação)	Ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam a pessoa a reorganizar, trocar ou modificar grandemente sua forma de vida para um padrão de atendimento novo, diferente e benéfico enquanto são respeitados os valores culturais e as crenças e proporcionando um modo de vida benéfico e mais saudável do que o anterior às mudanças a serem co-estabelecidas com a pessoa.

4 MÉTODO

4.1 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em março de 2017 ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF), programa de pós-graduação Lato Sensu da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este programa teve sua história iniciada em 1979, caracterizada como atividade de extensão com alunos do curso de enfermagem e medicina desenvolvendo suas atividades junto a uma comunidade de Florianópolis. Com o passar dos anos, departamentos como a farmácia, a nutrição e a odontologia, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) foram se integrando aos projetos de extensão, proporcionando que outras comunidades do município também fossem contempladas.

Em 1992 aconteceu o primeiro Fórum Interdisciplinar no CCS/UFSC juntamente com os departamentos do curso de psicologia e de serviço social, também da UFSC, para discutir uma proposta de Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária. Em 1997, foi criado o Programa de Articulação Docente-Assistencial. Em 2002 foi organizada a primeira turma de residentes em saúde da família e comunidade da UFSC, com profissionais da área da enfermagem, assistência social, medicina, odontologia, nutrição, farmácia e psicologia. A partir de um convênio específico entre a UFSC e a Prefeitura Municipal de Florianópolis/Secretaria da Saúde (SMS) de Florianópolis e paralelo às mudanças curriculares e incentivo financeiro com o PRÓ-SAÚDE, ocorreu a ampliação dos campos de estágio da graduação na Atenção Primária à Saúde.

Em 2010 houve a reestruturação do programa, em que a Escola de Saúde Pública (ESP) da SMS organiza a Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade e a UFSC a REMULTISF. Hoje, sabe-se que a ESP, vinculada institucionalmente com a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), organiza também a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desde o ano de 2015, com os profissionais das áreas de: enfermagem, fisioterapia, educação física, psicologia, farmácia, nutrição, odontologia e serviço social. Todos os programas, REMULTISF/UFSC, Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ESP da SMS de Florianópolis desenvolvem suas atividades nos centros de saúde (CS) do município de Florianópolis e algumas turmas nos mesmos CS.

Este marco histórico reflete a luta de docentes e discentes instigados pela necessidade de promover mudanças no tradicional modelo hegemônico e flexneriano dos currículos dos

cursos da área da saúde, buscando formar profissionais de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta luta continua, na manutenção e qualificação da REMULTISF/UFSC como espaço de formação no SUS e para o SUS.

Magalhães (2017) em seu trabalho de conclusão de residência realizou uma pesquisa documental a partir das atas das reuniões (espaços de discussão, organização e formação) que ocorrem semanalmente com todos os residentes, somado com o Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa e descreveu a importância da REMULTISF/UFSC para a formação profissional na perspectiva da atenção integral à saúde. No processo desta formação pude refletir, e ainda reflito, sobre a minha categoria profissional na APS com todas as influências políticas sobre o SUS, a nível federal, estadual e gestão municipal para o desmonte do SUS.

Cursar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi uma escolha definida por mim nas últimas fases da graduação, a primeira escolha depois de formada, visto que, acredito na APS e teria a oportunidade de me especializar na área. Nunca me identifiquei com a atenção hospitalar, por achar um ambiente hierárquico em que predomina o modelo biomédico e atenção à saúde de forma pontual, fragmentada, sem continuidade. Fiquei fascinada com a APS a partir do primeiro contato na graduação, na primeira fase, com a territorialização, identificação dos determinantes e condicionantes sociais no processo saúde e doença e ao longo da graduação pude perceber a ampla atuação e autonomia da(o) enfermeira(o) em consultas de demanda espontânea, consultas programáticas à saúde da mulher, da criança, do adulto com doenças crônicas não transmissíveis e em grupos.

Ao ingressar na REMULTISF/UFSC foram disponibilizados, pela SMS, dois CS para o programa, um ao norte de Florianópolis e outro na região continental, ambos com características distintas. Cada residente teria que escolher em qual CS realizaria os dois anos do programa, de maneira que cada categoria profissional estivesse separada (por exemplo: duas residentes enfermeiras: uma ficaria no CS localizado ao norte de Florianópolis e a outra no CS da região continental), com exceções (as duas residentes farmacêuticas tiveram que ficar no mesmo CS por não ter preceptor no outro CS), de forma a contemplar o PPP na formação multiprofissional e interdisciplinar.

No CS localizado na região continental de Florianópolis havia residentes da REMULTISF/UFSC turma 2016-2017, portanto, toda a equipe do CS conhecia a dinâmica do programa de residência e os próximos residentes (da turma na qual faço parte, 2017-2018), se uniriam aos demais residentes, não somente em número mais também nas atividades/programas já organizados por eles. Este CS conta com duas equipes de saúde da família (eSF), com pequena área de vulnerabilidade social e não SUS dependente, tendo por

característica não ser tumultuada e ter sua demanda, predominantemente, atendida diariamente.

Em contrapartida, o CS localizado ao norte de Florianópolis é campo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ESP da SMS de Florianópolis e receberia pela primeira vez os residentes da REMULTISF/UFSC. Este CS é localizado em um bairro populoso, de classe média baixa, com uma população de nativos e imigrantes (principalmente do Rio Grande do Sul, Paraná e Nordeste). Situa-se há 31,9 km do centro de Florianópolis, há 12,5 km de distância da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima e há 29,9 km do hospital público mais próximo (GOOGLE MAPS). Diariamente é perceptível o grande número de pessoas que acessam o CS, observadas por meio dos atendimentos das (os) profissionais da eSF que diariamente extrapolam o número máximo de agendados, muitos finalizando o atendimento após o horário de trabalho, das filas enormes para o setor de: farmácia, vacina, recepção e sala de acolhimento e procedimentos. Além de saber, mas não conseguir mensurar, as pessoas que são SUS dependente, mas que, não conseguem acessar o CS.

Na primeira semana de ingresso na REMULTISF/UFSC nos foram apresentados estas características dos dois CS e eu escolhi realizar a residência no CS localizado ao norte de Florianópolis. As características deste CS me fizeram perceber que seria um campo de muito trabalho, em que praticaria muitos procedimentos e atividades assistenciais da enfermagem; ou seja, o que eu tanto almejava.

Neste CS há cinco áreas: verde, vermelha, rosa, amarela e azul, mas por falta de profissionais a área rosa não tem equipe, sendo assumida pelos profissionais da área vermelha, que é a área mais próxima ao CS e atende uma demanda exorbitante. Lembro-me da enfermeira residente, em reunião geral, solicitar ajuda das demais equipes para atender às 63 gestantes existentes somente na área vermelha, sendo que ela estava sozinha na área, pois a médica estava de licença. As demais áreas também possuem uma população adstrita elevada, e o número de família adstrita a equipe ultrapassa o recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Além disso, são famílias que demandam atenção em saúde integral pelo SUS, como já descrito.

A impressão que diariamente era transmitida a nós residentes, de todos os profissionais do CS e principalmente da gestão distrital e municipal da SMS, era que deveríamos somar às equipes no serviço para atender a demanda, “ajudando-os”. Indo de encontro ao PPP da REMULTISF/UFSC. Recebíamos críticas, olhares que julgam e ouvíamos as “conversas de corredores” referente às nossas reuniões semanais de

planejamento e formação, bem como, sobre o nosso número reduzido de atendimentos. O cenário era comparado a “faixa de gaza”: CS lotado, com filas na farmácia, recepção e sala de procedimentos, vacina e acolhimento; agendas dos profissionais preenchidas logo no primeiro horário e nós residentes da REMULTISF/UFSC com número reduzido de atendimentos específicos em virtude de nosso PPP. Não havia e ainda não há (mesmo após dois anos) uma compreensão e entendimento, por parte de todos os profissionais, sobre o que é a REMULTISF/UFSC. Nós sofremos, mas resistimos!

A cada espaço de reunião, de formação e nas disciplinas da grade curricular, nós nos fortalecíamos e o resultado dos dois anos da residência está documentado em ATA, nos vários projetos realizados no CS e fora dele, nas discussões levadas às reuniões de planejamento do CS, mas principalmente, nas mudanças de nosso perfil profissional para o SUS, através de um novo olhar sobre a Saúde da Família. Tal mudança é intangível, não mensurável, mas produziu e produzirá muitos resultados.

Particularmente a minha vivência como enfermeira residente neste CS foi imersa em desafios. Como descrevi anteriormente, a APS desde a graduação foi minha aspiração profissional e escolher este CS veio ao encontro do que almejava: atender, atender e atender e com isso desenvolver minhas competências profissionais. Nos primeiros meses eu ficava fascinada com a quantidade de demanda e o protagonismo das enfermeiras; e por vezes ficava incomodada em dividir meu tempo semanal com as reuniões de planejamento e outras atividades multidisciplinares com os demais residentes da REMULTISF/UFSC. Mas com o tempo, em nossos espaços de formação multiprofissional (projeto integrado, atividade compartilhada, territorialização, disciplinas da grade curricular da REMULTISF/UFSC, participação nas reuniões do conselho local e municipal de saúde) fui sendo moldada para a Saúde da Família, me permitindo ser transformada profissionalmente para o SUS. E o que eu tanto almejava ao entrar na residência (muito atendimento clínico) foi sendo substituído pelo privilégio em vivenciar: planejamento em saúde, educação em saúde, ética e bioética, territorialização, e a luta pelo SUS como direito. É claro que o atendimento clínico e os procedimentos de enfermagem foram enriquecedores na residência, mas foram apenas uma parte do processo de aprendizado, não o todo.

O processo de trabalho das enfermeiras no CS no qual desenvolvi minha residência passou por algumas mudanças ao longo destes dois anos, resultado da insatisfação dos profissionais devido ao baixo número destes para atender a demanda que necessitaria de outro CS, de acordo com PNAB e pela Política Municipal de Atenção Básica. Eram quatro enfermeiras concursadas, uma em cada área e duas enfermeiras residentes, eu da

REMULTISF/UFSC e a outra do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ESP da SMS.

Das enfermeiras, muitas por sofrimento mental em decorrência de questões relacionadas ao trabalho, por vezes tiveram que se ausentar do ambiente de trabalho; e a demanda de atendimento que diariamente era exorbitante, se tornava ainda maior com a ausência delas, sobrecarregando as outras que permaneciam, além de dificultar o acesso ao atendimento dos usuários.

Nosso processo de trabalho semanal era organizado com vagas de demanda programática, demanda espontânea, sala de procedimentos e acolhimento, sala de vacina, farmácia e reunião de equipe. Apenas eu, enfermeira residente, participava de alguns dos grupos multiprofissionais de promoção à saúde que eram desenvolvidos semanalmente no CS (trilhando saúde, mãos à horta, apoio para quem deseja parar de fumar, auriculoterapia, gestantes/mães e grupo de vida saudável), outra enfermeira que organizava sozinha o grupo de planejamento familiar que ocorria uma vez ao mês e outra enfermeira participava das reuniões do Programa Saúde na Escola, que também ocorria uma vez ao mês. A escala das enfermeiras era organizada a cada 15 dias.

Semanalmente, dos 10 turnos de serviço (segunda a sexta-feira, manhã e tarde), cada enfermeira tinha um turno para reunião de equipe, três turnos para a sala de procedimentos e acolhimentos e os seis turnos restantes para consulta programática, mas que quando faltava alguma técnica de enfermagem, esses turnos de consulta programática eram divididos com outros setores (exemplo: sala de vacina, farmácia e sala de procedimentos) no qual faltava profissional. É importante destacar que estes três setores tinham muita demanda de atendimento e que o CS contava com apenas cinco técnicas de enfermagem, que também tinham que se dividir para a sala de limpeza dos materiais utilizados e da esterilização. Além de ser insuficiente o quantitativo de técnicas de enfermagem, era frequente o absenteísmo dessas profissionais.

As consultas de enfermagem em demanda programática eram destinadas principalmente para atendimento à saúde da mulher (preventivo, aconselhamento sobre métodos contracepção, pré-natal, puerpério, queixas ginecológicas), saúde da criança (puericultura e acompanhamento e desenvolvimento da criança segundo calendário do Ministério da Saúde) e às pessoas com doenças crônicas transmissíveis, não transmissíveis e infectocontagiosas. Cada enfermeira atendia, geralmente, oito consultas de demanda programática por turno, pois são consultas mais longas. Eu, enfermeira residente, atendia quatro consultas programáticas por turno, pois minhas consultas eram com horário estendido.

Porém, antes do atendimento à demanda programática, eram destinadas no primeiro horário, três vagas de demanda espontânea por turno para cada enfermeira. Mas na maioria das vezes sempre atendíamos mais pessoas em acolhimento, nos turnos destinados às consultas programáticas, por encaminhamento das técnicas de enfermagem, recepção e por pessoas que nos solicitavam ao transitarmos no corredor.

Como comentado anteriormente, cada enfermeira ficava três turnos para atendimento à demanda espontânea. A forma de atendimento à demanda espontânea sofreu algumas alterações nestes dois anos que estive como residente, predominando dois métodos que descreverei adiante. Neste CS há uma sala destinada para os procedimentos de enfermagem (curativos, entrega de matérias para curativos, retirada de suturas, aferição dos sinais vitais, administração de medicamentos) e nesta mesma sala são encaminhadas, pela recepção, todas as pessoas que não conseguiram vaga de demanda espontânea com a médica e a enfermeira de sua equipe. Eram destinadas 10 vagas de demanda espontânea, por equipe, todos os dias, para atendimento médico, totalizando 30 vagas de demanda espontânea com a medicina (nesta época havia apenas três áreas cobertas com a medicina e outra área sem médico, então essas três equipes destinavam uma vaga de demanda espontânea de sua agenda para essa área sem médico) e seis vagas de demanda espontânea, todos os dias, com a enfermeira da equipe (todas as equipes quatro equipes com enfermeira), totalizando 24 vagas de demanda espontânea com as enfermeiras. Mas como já descrito, infelizmente o absenteísmo das enfermeiras é frequente, então esta quantidade de atendimento é na situação em que todos os profissionais estejam presentes.

Todas as pessoas que são atendidas nesta sala, as que vão diretamente para realização de procedimentos e as que não conseguem vaga de demanda espontânea com a equipe de Saúde da Família (eSF) são encaminhadas pela recepção, pegam uma senha e aguardam atendimento. Os procedimentos e acolhimento são realizados, inicialmente, por uma técnica de enfermagem e posteriormente a enfermeira escalada para estar nesta sala inicia os atendimentos, porém esta enfermeira inicia os atendimentos de demanda espontânea e procedimentos nesta sala apenas na metade do turno, pois antes estava em atendimento à demanda espontânea de sua área em sua sala. Aproximadamente eram atendidos (procedimentos e acolhimentos) de 20 a 40 pessoas por período. Apenas os acolhimentos que a enfermeira realizava somavam em torno de 10 a 16 durante uma metade de um período. Destes atendimentos aproximadamente 40% necessitava de interconsulta com a médica da eSF, o que demandava mais tempo ao atendimento. A demanda era tão numerosa, que chegou ao ponto de ocorrerem dois atendimentos, simultaneamente, na mesma sala, um procedimento

realizado pela técnica de enfermagem e um acolhimento realizado pela enfermeira. Por vezes passávamos do nosso horário de trabalho.

Os atendimentos da enfermeira nessa sala, mesma sob pressão, considerando o grande número de pessoas para o atendimento, era muito resolutivo em relação à queixa principal. Resolvíamos não só questões agudas, mas as condições crônicas de saúde e realizávamos algumas interconsulta, para conseguir sanar a queixa/condição principal da pessoa em atendimento. Interconsultas para renovação de receitas, atestados médicos, ajuste de medicamentos, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e assim nossa jornada era uma grande correria, de uma sala a outra, e ao mesmo tempo exigia muita paciência em aguardar a médica finalizar seu atendimento para poder realizar a interconsulta. Com o tempo, fomos percebendo que se criou um hábito por parte dos usuários, muitos sabiam que não importava o horário que chegariam no CS e mesmo não havendo mais consulta com a eSF, conseguiriam solucionar sua demanda ao pegar uma senha e aguardar atendimento na sala de acolhimento. Não sou a favor que se tenha estabelecido os primeiros horários de cada turno para acolhimento, afinal, as pessoas não tem horário para adoecerem, mas fomos percebendo que muitos usuários não passavam pela recepção para ao menos perguntar se haveria vaga para consulta com a médica ou a enfermeira de sua equipe, indo direto para a sala de acolhimento.

Esta sala era apelidada, por uma técnica de enfermagem, de “faixa de gaza”. Com este cenário crítico, em reunião local com as enfermeiras das eSF, residentes e coordenadora, decidimos selecionar critérios clínicos para o seguimento da consulta de enfermagem nesta sala. Todos os procedimentos de enfermagem seriam realizados e todas as pessoas da demanda espontânea seriam acolhidas (escuta inicial pela profissional técnica de enfermagem e/ou enfermeira), porém apenas os critérios selecionados seriam motivos para solução da queixa inicial. O que não se enquadrava nos critérios recebia a orientação de voltar em outro dia para uma vaga em consulta com a médica ou a enfermeira de sua equipe, uma vez que não havia mais vagas com a eSF. Eu, particularmente, incentivava essas pessoas a realizarem uma ouvidoria à SMS. Mesmo com os critérios, pouco se observou em diminuição da demanda, visto que o acolhimento e as orientações são condutas que demandam tempo do profissional, e mais se percebia usuários insatisfeitos com o serviço e o aumento da demanda reprimida, pois esses critérios favoreciam como uma barreira de acesso.

Novamente, em reunião local das enfermeiras, decidimos que outra mudança necessitaria ser realizada, sendo então acordado que todas as demandas espontâneas seriam atendidas por eSF e reorganizado as agendas das equipes e não mais uma enfermeira escalada

para atender todas as demandas espontâneas do turno. A partir de então, médicas e enfermeiras destinariam vagas na agenda para atendimento de 50% de demanda programática e 50% para as vagas de demanda espontânea. As agendas de todas as enfermeiras seriam organizadas para que no período matutino, fossem realizadas as consultas programáticas e no período vespertino as vagas de demanda espontânea. Cada enfermeira disponibilizaria 10 vagas de demanda espontânea no período vespertino e as enfermeiras residentes oito vagas. As pessoas que chegassem após o término das vagas de demanda espontânea com a médica ou com a enfermeira de sua equipe continuariam procurando a sala de acolhimento, porém as técnicas de enfermagem só passariam o caso para a enfermeira ou médica da equipe se identificassem sinais clínicos sugestivo de urgência e emergência, caso contrário orientariam retorno conforme fluxo de atendimento por eSF. Esta nova mudança da demanda espontânea proporcionou melhor organização do serviço e maior vínculo dos usuários com a eSF. Desta forma, conseguíamos atender maior número de usuários por dia, mais ainda havia grande número de demanda reprimida.

Desde 2015 a SMS de Florianópolis vem implementando na APS os protocolos de enfermagem. A enfermagem é uma profissão autônoma e por constituição dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional (Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e Decreto nº 94.406, de 09 de junho de 1987). Estes protocolos ratificam a atuação da enfermagem na APS, considerando a PNAB e a Carteira de Serviços da Atenção Primária do município de Florianópolis, documento ordenador da Atenção Primária à Saúde no âmbito municipal; proporcionando, legalmente, ampliação da assistência de enfermagem na APS, maior autonomia à categoria e fortalece a APS do município, como ordenadora do cuidado (FLORIANÓPOLIS, 2018).

O primeiro protocolo foi aprovado dia 29 de julho de 2015 pela SMS de Florianópolis, por meio da Portaria nº 80 de 2015, referente à Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Em 30 de março de 2016 foi aprovado o segundo protocolo de enfermagem da SMS de Florianópolis (Portaria 53/2016), destinado às Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (Dengue, Tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis). O terceiro protocolo foi aprovado pela Portaria 24/2016, no dia 22 de novembro, para atender as demandas da Saúde da Mulher nos diferentes ciclos de vida. O quarto protocolo (Portaria 25/2016, do dia 22 de novembro de 2016) é específico para a Atenção à Demanda Espontânea. Em junho deste ano foi aprovado o quinto protocolo, destinado a Atenção à Demanda de Cuidados na Criança. Com estes protocolos, as (os) enfermeiras (os) da APS no município de Florianópolis

começaram a solicitar exames complementares específicos, prescrever medicamentos específicos e encaminhar os usuários, quando necessário, a outros serviços da rede. Estes protocolos sofrem revisão e atualização e podem ser acessados na íntegra no site da SMS de Florianópolis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2018).

Tendo por ambiente de trabalho o cenário deste CS supracitado, estes protocolos de enfermagem eram empregados na consulta de enfermagem à demanda espontânea como uma ferramenta importante para resolver a queixa principal da (o) usuária (o), diminuir as interconsultas e assim agilizar o tempo de atendimento e conseguir atender maior número de pessoas. Por vezes me via “fragmentando” a pessoa em sua queixa principal e prontamente receitando um medicamento para a “solução”, não buscava conhecer quais os motivos subjacentes a queixa e assim trabalhar com educação em saúde para promoção da saúde. Ver a pessoa na sua integralidade não era possível frente a grande demanda. As consultas de enfermagem (incluindo a minha conduta profissional) à demanda espontânea neste CS foram me incomodando e instigando, pois eram condutas intervencionistas e medicalizante. Considerando que de todos os atendimentos diários de enfermagem neste CS, no mínimo 50% eram acolhimento, mais pessoas recebiam este tipo de assistência (intervencionistas e medicalizante) na APS.

4.2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidências (PBE), necessária para a incorporação de evidências científicas que sustentem e melhorem a prática clínica, reduzindo incertezas e proporcionando um cuidado mais efetivo (POLIT, 2006). Tem por finalidade reunir, sintetizar e analisar os resultados de pesquisas relevantes (de um mesmo assunto) e com rigor metodológico, para obter um profundo entendimento do tema investigado, baseando-se em estudos anteriores, e assim fomentar a PBE (BEYEA, 1998).

Para o emprego da revisão integrativa da literatura serão adotadas seis etapas, conforme proposto por estudiosos desse método (BEYEA, 1998; BROOME, 2000; WHITTEMORE, 2005): primeira etapa: identificação do tema e da questão norteadora da pesquisa; segunda etapa: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e organização dessas informações de forma concisa (categorização dos estudos), criando um banco de dados; quarta etapa: avaliação de todos os estudos incluídos (análise dos dados); quinta etapa: interpretação

dos resultados (discussão); sexta etapa: apresentação da revisão integrativa. A quinta etapa será apresentada em índice primário, separadamente, e a última etapa permanecerá no formato da presente monografia.

4.2.1 Identificação do tema e da questão norteadora

O tema desta revisão corresponde ao objetivo geral deste Trabalho de Conclusão de Residência, a saber: estabelecer um paralelo referente a minha vivência e percepções como enfermeira residente do programa multiprofissional em saúde da família e o cuidado culturalmente congruente à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Em virtude do objetivo geral ser muito particular à minha experiência profissional durante a residência, optou-se, pela seguinte questão norteadora: Como é realizado o cuidado de enfermagem culturalmente congruente na APS?

4.2.2 Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de busca na literatura

Os critérios de inclusão dos estudos foram: texto na íntegra disponível online em português, inglês ou espanhol, que apresentasse em “Palavras do Texto” (título, resumo e/ou descritores) a questão norteadora: estudos devem ser realizados no contexto da APS, relacionados aos cuidados de enfermagem e associado à congruência cultural (profissional-usuário); indexados nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Para a realização da busca, foram utilizadas combinações entre as seguintes palavras-chave, consideradas descritores no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings): Estratégia Saúde da Família (family health strategy), Centros de Saúde (health centers), Atenção Primária à Saúde (primary health care), Enfermagem Transcultural (transcultural nursing), Assistência à Saúde Culturalmente Competente (culturally competent care), Competência Cultural (cultural competency), Antropologia Cultural (Anthropology Cultural), Cuidados de Enfermagem (nursing care), enfermagem familiar (family nursing), padrões de prática em enfermagem (practice patterns, nurses).

O quadro 2 apresenta os descritores cruzados e o processo de busca pelos estudos. As variações dos descritores para cruzamento tiveram o intuito de abranger maior número de estudos, uma vez que o cruzamento foi realizado com o objetivo de conter os termos da

questão norteadora. Como critérios de exclusão ponderam-se: textos repetidos, apresentados em outro idioma e que não alcance o objetivo do estudo, mesmo após critérios de inclusão.

Após cruzamento dos descritores nas bases de dados LILACS e MEDLINE realizou-se o download de todos os artigos para serem lidos, de maneira a ficarem separados por pastas. O período de busca ocorreu entre 6 de janeiro e 10 de fevereiro de 2019.

4.2.3 Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos

Esta etapa tem por objetivo extrair, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa para formar um banco de dados para fácil manejo (WHITTEMORE, 2005). As informações das publicações foram extraídas mediante exaustiva leitura e releitura dos textos na íntegra. Elas foram organizadas em forma de tabela para análise de dados, com as seguintes informações: autor e ano da publicação, título do estudo, descritores, periódico que o estudo foi publicado, metodologia do estudo e a síntese e principais conclusões, como apresentado no quadro 3.

Quadro 2: Processo de seleção dos estudos obtidas nas bases de dados LILACS e MEDLINE, segundo as palavras-chave selecionadas, Florianópolis, 2019.

Base de Dados	Estudos encontrados a partir da associação dos descritores	Número de Referências Obtidas	Texto Completo Disponível	Resumos Analisados	Referências selecionadas para Análise	Selecionados para Revisão
LILACS	“enfermagem transcultural” AND (“atenção primária à saúde” OR “estratégia saúde da família” OR “centros de saúde”)	6	6	6	3*	3
	(“assistência à saúde culturalmente competente” OR “competência cultural”) AND (“atenção primária à saúde” OR “estratégia saúde da família” OR “centros de saúde”) AND (“cuidados de enfermagem” OR “enfermagem familiar” OR “padrões de prática em enfermagem”)	0	0	0	0	0
	(“assistência à saúde culturalmente competente” OR “competência cultural”) AND (“atenção primária à saúde” OR “estratégia saúde da família” OR “centros de saúde”) AND enfermagem	0	0	0	0	0
	“antropologia cultural” AND (“atenção primária à saúde” OR “estratégia saúde da família” OR “centros de saúde”) AND (“cuidados de enfermagem” OR “enfermagem familiar” OR “padrões de prática em enfermagem”)	0	0	0	0	0
	“antropologia cultural” AND (“atenção primária à saúde” OR “estratégia saúde da família” OR “centros de saúde”) AND enfermagem	0	0	0	0	0
MEDLINE	“transcultural nursing” AND (“primary health care” OR “family health strategy” OR “health centers”)	84	1	1	1	1
	(“culturally competent care” OR “cultural competency”) AND (“primary health care” OR “family health strategy” OR “health centers”) AND (“nursing care” OR “family nursing” OR “practice patterns, nurses”)	6	2	2	1*	0
	(“culturally competent care” OR “cultural competency”) AND	57	10	10	2*	0

	("primary health care" OR "family health strategy" OR "health centers") AND nursing					
	"Anthropology Cultural" AND ("primary health care" OR "family health strategy" OR "health centers") AND ("nursing care" OR "family nursing" OR "practice patterns, nurses")	2	0	0	0	0
	"Anthropology, Cultural" AND ("primary health care" OR "family health strategy" OR "health centers") AND nursing	33	8	0	0	0

Fonte: própria autora

*Referências não atingiram o objetivo do estudo e foram excluídas após leitura do texto completo.

** Uma referência apresentou-se repetida e outra referência não atingiu o objetivo do estudo.

Quadro 3 Classificação dos artigos selecionados. Florianópolis/SC. 2019.

Código do Artigo	Autor e Ano	Título	Descritores	Periódico	Tipo de Estudo	Síntese e Principais Conclusões
A1	Gubert FA, Vieira NFC, Pinheiro PNC, et al. 2013	Tradução e validação da escala <i>Partner Communication Scale</i> – versão brasileira com adolescentes do sexo feminino	Adolescente; Sexualidade Doenças sexualmente transmissíveis; Escalas; Comunicação; Estudos de validação.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Quantitativo. Referencial metodológico de validação	A Escala foi validada para a realidade de Fortaleza/CE com o intuito de servir como instrumento à consulta de enfermagem ao adolescente na APS para conhecer os comportamentos sexuais de adolescentes e assim favorecer as atividades educativas e contribuir para a atenção direcionada à realidade de cada adolescente.
A2	Rissardo LK, Alvim NAT, Marcon SS, et al. 2014	Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde	Idoso; Saúde de Populações Indígenas; Assistência à Saúde; Enfermagem Transcultural.	Revista Brasileira de Enfermagem	Descritivo de abordagem qualitativa. Referencial metodológico etnográfico	O cuidado profissional da equipe de saúde indígena da Atenção Primária à Saúde necessita integrar valores culturais e científicos.
A3	Díaz VB, Aguilar SC, Bernal ZR, et al. 2011	Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural	Gestión del cuidado; Enfermería Transcultural; Promoción de Salud.	Revista Cubana de Enfermería	Descritivo, transversal.	Enfermeiras (os) que atuam na Atenção Primária à Saúde tem menos conhecimento sobre a temática e relevância do cuidado transcultural que profissionais que atuam na atenção secundária. Não consideram os aspectos transculturais ao planejar e executar a gestão do cuidado de enfermagem. Justificam a falta destes ensinamentos a nível de graduação, especialização e educação permanente no trabalho. Propondo a realização de capacitação.

A4	Lima MRA, Nunes MLA, Kluppel BLP, et al. 2016	Nurses' performance on indigenous and African- Brazilian health care practices	Enfermagem; Saúde Comunitária; Diversidade Cultural; Grupos Étnicos; Cuidado.	Revista Brasileira de Enfermagem	Descritivo e exploratório. Abordagem qualitativa	O cuidado de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família às pessoas de origem nas culturas africana e indígena é desprovido de conhecimento à sua cultura e desvalorizam suas práticas de autocuidado. Prenominando o cuidado de enfermagem alicerçado no modelo biomédico.
----	---	---	---	-------------------------------------	--	--

4.2.4 Avaliação dos estudos incluídos

Foi realizada a análise descritiva dos dados e a análise temática qualitativa tendo por base interpretativa a TDUCC de Madeleine Leininger. Os dados qualitativos foram analisados buscando-se relacionar as conclusões das revisões com recomendações para a assistência de enfermagem culturalmente congruente na APS.

A análise temática é um método que visa organizar e descrever em detalhes os temas identificados a partir dos dados coletados. Estes temas são identificados a partir da interpretação do pesquisador e são relacionados à pergunta da pesquisa, contribuindo para dar significado e resposta a mesma. Os temas identificados pelo pesquisador podem ser formulados de modo dedutivo ou indutivo. Na abordagem dedutiva os temas são identificados pelo referencial teórico, enquanto que na abordagem indutiva, os temas estão fortemente relacionados aos dados. Sendo possível uma abordagem híbrida, que utilize temas desenvolvidos de forma dedutiva e indutiva (BRAUN, FEREDAY; 2006). Neste estudo, adotou-se o processo híbrido de formulação dos temas, tendo como referencial teórico a TDUCC de Madeleine Leininger.

5 RESULTADOS

Os resultados extraídos pautaram-se nas quatro publicações selecionadas para esta revisão, apresentadas no quadro 3, de acordo com os autores, o ano, o título, os descritores, o periódico, o tipo de estudo, a síntese e as principais conclusões do estudo. Dois estudos encontravam-se na língua estrangeira (inglês e espanhol), destes, um publicado em revista internacional, (Cubana). Quanto ao tipo de estudo, dois utilizaram a metodologia qualitativa e a outra metade, quantitativo. Dos descritores, apenas um artigo não apresentou algum dos descritores selecionados para a busca na base de dados, mas apresentava a temática no resumo e no corpo do texto.

A tabela 1 apresenta qual a abordagem Teórico-metodológica empregada em cada pesquisa, uma vez que, não foi critério de inclusão a Teoria de Leininger, mas sim o cuidado culturalmente congruente, com o intuito de aumentar as possibilidades de encontrar pesquisas acerca da temática investigada. Das pesquisas selecionadas, três utilizaram como recurso teórico-metodológico a TDUCC de Madeleine Leininger. Foi identificado que dois estudos (A2 e A4) foram realizados com grupos/etnias específicas, seja por pesquisa direta ao grupo/etnia ou indireta, por meio de entrevistas com profissionais; a saber: idosos indígenas da etnia kaingang e pessoas de origem nas culturas africana e indígena (quadro 3).

Tabela 1. Principais abordagens Teórico-Metodológica das pesquisas selecionadas. Florianópolis/SC, 2019.

Código do Artigo	Participantes	Local da Pesquisa	Abordagem Teórico-metodológica
A1	Adolescentes de 14 a 18 anos de idade	Escolas públicas e particulares em Fortaleza/Ceará	Não consta
A2	Equipe multidisciplinar da atenção primária à saúde indígena (enfermeiro, médico, dentista, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde)	Unidade Básica de Saúde do município de Faxinal/Paraná	Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger
A3	Enfermeiras(os) que atuam na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Secundária	Atenção Primária à Saúde e na Atenção Secundária em Cuba	Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger
A4	Enfermeiras(os) que atuam na Estratégia Saúde da Família	Conde/Paraíba	Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger e a concepção intercultural dos direitos humanos, de Boaventura de Sousa Santos

Da análise do conteúdo das publicações, emergiram duas categorias temáticas, a saber: A) sugestões e reflexões com base nas conclusões que as publicações selecionadas apresentam, relacionadas ao cuidado de enfermagem culturalmente congruente na Atenção Primária à Saúde e B) principais afirmações contidas nas publicações selecionadas que se relacionam ao cuidado de enfermagem culturalmente congruente na Atenção Primária à Saúde. Ambas serão analisadas a seguir, no mesmo corpo de texto, sendo claramente identificadas.

De acordo com o quadro 3, a coluna “síntese e as principais conclusões” apresentou como resultado de pesquisa, mais os aspectos de fragilidades do cuidado de enfermagem culturalmente congruente na APS. Apenas um artigo (A1) apresentou como resultado de sua pesquisa, contribuição para a assistência de enfermagem culturalmente congruente na APS. Os demais artigos apresentaram contribuições, para a temática investigada, apenas como reflexões e sugestões, presentes nas discussões e conclusões de cada pesquisa (quadro 4).

Um estudo (A1) apresentou como resultado de sua pesquisa, possibilidade para realizar o cuidado de enfermagem direcionado a cultura da pessoa, por meio da escala *Partner Communication Scale*, traduzida, validada e aplicada à realidade das adolescentes de 14 a 18 anos de idade, estudantes de escolas públicas e privadas em Fortaleza/CE. Usando esta escala como um instrumento para a consulta de enfermagem à adolescente, é possível conhecer seu contexto social, seus comportamentos sexuais e com esses dados trabalhar educação em saúde, principalmente com assuntos relacionados à gravidez e infecção sexualmente transmissível; e estabelecer um plano de cuidados e de promoção da saúde adequados às necessidades das adolescentes e seus pares (GUBERT et al, 2013).

Na análise temática “sugestões e reflexões com base nas conclusões que as publicações selecionadas apresentam, relacionadas ao cuidado de enfermagem culturalmente congruente na Atenção Primária à Saúde”, foram levantadas cinco sugestões e reflexões: (1) melhorar as condições de trabalho dos profissionais para contribuir na qualidade da assistência; (2) reestruturar os serviços de assistência à saúde conforme a cultura da população do território; (3) incentivar e praticar a troca de saberes entre a comunidade e os profissionais; (4) incentivar e valorizar as terapêuticas tradicionais; e (5) realizar educação permanente sobre diversidade, cultura e desconstrução de preconceito a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde (quadro 4).

Quadro 4. Sugestões e reflexões com base nas conclusões que as publicações selecionadas apresentam, relacionadas ao cuidado de enfermagem culturalmente congruente na Atenção Primária à Saúde (questão norteadora). Florianópolis, 2019.

Sugestões e Reflexões	Código do Artigo
Melhorar as condições de trabalho dos profissionais para contribuir na qualidade da assistência à saúde	A2
Reestruturar os serviços de assistência à saúde conforme a cultura da população do território	A2, A3
Incentivar e Praticar a troca de saberes entre a comunidade e os profissionais	A2, A4
Incentivar e valorizar as terapêuticas tradicionais	A2, A3, A4
Realizar Educação Permanente sobre diversidade, cultura e desconstrução de preconceito a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde	A2, A3, A4

Fonte: própria autora

Os autores dos artigos analisados são enfáticos ao destacar a importância da educação permanente sobre diversidade, cultura e desconstrução de preconceito a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, pois saúde não se reduz a campo de saberes biológicos, mas também pela interrelação que envolve o ser humano em seu contexto social, histórico e a sua cultura. Essa aproximação cultural influencia no fortalecimento de vínculo profissional-usuário-família e conseqüentemente proporciona a integralidade que é de direito à pessoa na APS. A educação permanente em saúde busca capacitar e habilitar profissionais no SUS e para o SUS. Ao incentivar e valorizar as terapêuticas tradicionais, demonstra-se preocupação e respeito aos processos subjetivos de quem é cuidado. Os autores relacionam saúde e diversidade, uma vez que é impossível pensar na pessoa sem suas crenças, valores e visão de mundo (DÍAZ, 2011; RISSARDO, 2014; LIMA, 2016)

A troca de saberes entre a comunidade e os profissionais deve ser inerente ao profissional da APS, pois são profissionais que trabalham diariamente em territórios delimitados, atendendo diariamente a população nela reside, proporcionando o conhecimento dos aspectos culturais e sociais dos usuários, bem como os aspectos físicos presente no território (condições das vias públicas; acesso a transporte e alimentação; presença de escolas, creches, etc). Estas sugestões e reflexões destacadas nas pesquisas, fortalece à execução da territorialização por parte dos profissionais da APS em sua área de trabalho e apela à gestão dos serviços de saúde, para que proporcione o direito e as condições à estas atividades. De acordo com a pesquisa selecionada (A2) “melhorar as condições de trabalho dos profissionais para contribuir na qualidade da assistência à saúde” envolve, primeiramente, a interrelação (contínua e não esporádica) destes profissionais e gestão; o fornecimento de materiais

(produtos e insumos); a estrutura, organização e limpeza do local de trabalho (adequados e que respeite o profissional e o usuário) e; o apoio teórico/capacitações com conteúdos biomédicos e culturais. A reflexão relacionado à “reestruturar os serviços de assistência à saúde conforme a cultura da população do território” (A2 e A3) apresenta que os projetos e programas de saúde locais devem também ser diversificados, não responsabilizando apenas o profissional (DÍAZ, 2011; RISSARDO, 2014).

Por sua vez, a análise temática “principais afirmações contidas nas publicações selecionadas que se relacionam ao cuidado de enfermagem culturalmente congruente na Atenção Primária à Saúde”, dos estudos selecionados, enfatizam sete afirmações: A) não conhecer e respeitar a cultura é violação de direitos garantidos constitucionalmente. Todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde são responsáveis pela gestão e assistência culturalmente congruente. B) a enfermagem se destaca na responsabilidade em conhecer e praticar o cuidado culturalmente congruente por sua atribuição na gestão, na educação em saúde e por apresentar maior diálogo e participação com a comunidade. C) não faltam informações relacionadas aos fatores de riscos à saúde, portanto, a educação em saúde precisa ser embasada por aspectos culturais. D) A assistência em saúde que desconhecem e desvalorizam a cultura das pessoas proporciona discriminação, alienação, silenciamento, insucesso terapêutico e redução do cuidado na lógica da integralidade e universalidade. E) predomina a assistência biomédica em detrimento da competência cultural; esses dois sistemas (biomédico e tradicional) voltados à saúde não dialogam entre si. F) as pessoas não informam aos profissionais sobre suas práticas tradicionais. G) É comum enfermeiros que atuam em área de grande tradição de descendência étnica (indígenas, quilombolas, imigrantes) desconhecerem os aspectos culturais predominantes (quadro 5).

Na afirmação: “predomina a assistência biomédica em detrimento da competência cultural; esses dois sistemas (biomédico e tradicional) voltados à saúde não dialogam entre si”, os estudos (A2 e A4) discorrem suas críticas ao modelo de formação dos profissionais da área da saúde. Estes profissionais, no contexto de formação ocidental, aprendem muito sobre os aspectos biológicos do que os sociais; um não deve se sobrepor ao outro, mas andar juntos, visto que, além da estrutura anatômica e fisiológica, impera a razão sobre essas estruturas. Somando-se ao fato que muito antes de ser profissional da saúde, cada profissional traz consigo sua cultura, crenças e forma de ver o mundo, enraizando naturalmente muitos pré-conceitos.

Essa formação historicamente dominante transmite verdades que desqualificam muitas formas de cuidado praticadas por Pajés, Benzedeiras, Parteiras e praticantes de Candomblés.

Reflexões estas, evidenciadas nas frases: “não conhecer e respeitar a cultura é violação de direitos garantidos constitucionalmente. Todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde são responsáveis pela gestão e assistência culturalmente congruente” (A3 e A4) e; “as pessoas não informam aos profissionais sobre o suas práticas tradicionais” (A1 e A4).

Em uma das pesquisas analisadas (A2), os profissionais das equipes de saúde indígena identificaram os principais procedimentos realizados na assistência: imunização, curativos, exames laboratoriais, nebulização e grande número de medicamentos prescritos e administrados. Estes mesmos profissionais não buscaram conhecer sobre a medicina tradicional para adaptação do cuidado culturalmente congruente, nem ao menos questionaram aos usuários (indígenas) sobre a aceitação das intervenções, demonstrando naturalidade dos profissionais e a não comunicação entre eles. Muitos usuários acham que ao procurar o serviço de saúde devem se submeter à decisão do profissional, visto que “ele” (profissional) é detentor do conhecimento em saúde. Os autores dos estudos ressaltam que não há a intenção de negar o conhecimento científico, mas sim de apresentar que a ciência não é a única verdade. Estas reflexões são oriundas das seguintes afirmações (A1,A2 e A4): “a assistência em saúde que desconhecem e desvalorizam a cultura das pessoas proporciona discriminação, alienação, silenciamento, insucesso terapêutico e redução do cuidado na lógica da integralidade e universalidade”; e, “as pessoas não informam aos profissionais sobre suas práticas tradicionais”.

E por fim, os autores que afirmaram: “a enfermagem se destaca na responsabilidade em conhecer e praticar o cuidado culturalmente congruente por sua atribuição na gestão, na educação em saúde e por apresentar maior diálogo e participação com a comunidade”; e, “não faltam informações relacionadas aos fatores de riscos à saúde, portanto, a educação em saúde precisa ser embasada por aspectos culturais” (artigos A1, A2 e A3), consideram fundamental buscar articulações do saber popular ao saber científico para a gestão do cuidado e a educação em saúde.

Quadro 5. Principais afirmações contidas nas publicações selecionadas que se relacionam ao cuidado de enfermagem culturalmente congruente na Atenção Primária à Saúde (questão norteadora). Florianópolis, 2019.

Principais afirmações	Código do Artigo
Não conhecer e respeitar a cultura é violação de direitos garantidos constitucionalmente. Todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde são responsáveis pela gestão e assistência culturalmente congruente;	A3, A4
A enfermagem se destaca na responsabilidade em conhecer e praticar o cuidado culturalmente congruente por sua atribuição na gestão, na educação em saúde e por apresentar maior diálogo e participação com a comunidade;	A2, A3
Não faltam informações relacionadas aos fatores de riscos à saúde, portanto, a educação em saúde precisa ser embasada por aspectos culturais;	A1
A assistência em saúde que desconhecem e desvalorizam a cultura das pessoas proporciona discriminação, alienação, silenciamento, insucesso terapêutico e redução do cuidado na lógica da integralidade e universalidade;	A1, A2, A4
Predomina a assistência biomédica em detrimento da competência cultural; esses dois sistemas (biomédico e tradicional) voltados à saúde não dialogam entre si;	A2, A4
As pessoas não informam aos profissionais sobre suas práticas tradicionais;	A1, A4
É comum enfermeiros que atuam em área de grande tradição de descendência étnica (indígenas, quilombolas, imigrantes) desconhecerem os aspectos culturais predominantes.	A2, A4

Fonte: própria autora

6 DISCUSSÃO

Os resultados das pesquisas selecionadas para a revisão integrativa da literatura apontam um arsenal de fragilidades e desafios (apresentados na análise dos resultados) que a enfermagem deve superar para realizar o cuidado de enfermagem culturalmente congruente. No estudo realizados por Díaz *et al* (2011), com 258 enfermeiras (os) que atuam na Atenção Primária à Saúde e Atenção Secundária, em Cuba, constatou que 90,8% nunca receberam capacitação sobre cuidado transcultural. Realidade semelhante apresentado nos demais estudos (RISSARDO *et al*, 2014; LIMA *et al*, 2016). É importante destacar que a Teoria de Leininger foi publicada primeira vez em 1985 e nos anos subseqüentes, principalmente 1988 e 1991, foi apresentado definições sobre os conceitos de cultura, cuidado cultural, diversidade do cuidado cultural, universalidade do cuidado cultural, enfermagem, visão do mundo, dimensões da estrutura cultural e social, contexto ambiental, etno-história, sistema de cuidados genéricos, sistemas de cuidados profissionais, assistência de enfermagem culturalmente congruente, saúde, cuidado, cuidar, conservação do cuidado cultural, ajustamento do cuidado cultural e repadronização do cuidado cultural (GEORGE, 2000).

O número escasso de publicações selecionadas para a Revisão Integrativa da Literatura, onde foram cruzados o máximo de descritores para a busca de pesquisas, de acordo com os critérios de inclusão (texto na íntegra disponível online em português, inglês ou espanhol, que apresentasse em “Palavras do Texto” (título, resumo e/ou descritores) a questão norteadora, indexados nas bases de dados LILACS e MEDLINE), não atendeu as expectativas. Os descritores utilizados buscaram coerência metodológica (considerando a teoria utilizada): APS por ser coordenadora do cuidado, pelos cuidados de enfermagem à população do território de abrangência de cada eSF, favorecendo o vínculo e a aproximação com a cultura de cada usuário, características importante para a integralidade de cuidado (BRASIL, 2017). Esta expectativa também foi identificada no estudo de Rissardo *et al* (2014).

Em contraponto, pesquisa realizada por Monticelli *et al* (2010), revela que a cultura institucional e profissional tem prevalecido frente à cultura do usuário e refere que “frequentemente as regras institucionais são “preservadas” e somente são “negociadas” ou “repadronizadas” as dos sujeitos participantes” (MONTICELLI *et al*, 2010, p.6). Os achados dos artigos da revisão integrativa fortalece este contraponto, por meio das seguintes afirmações e reflexões: predomina a assistência biomédica em detrimento da competência cultural; as pessoas não informam aos profissionais sobre suas práticas tradicionais; e,

reestruturar os serviços de assistência à saúde conforme a cultura da população do território (quadro 5 e 6).

A prevalência da cultura institucional e profissional frente à cultura do usuário resulta em imposição cultural. Fato lamentável, apresentado nas pesquisas de Rissardo et al (2014) e de Lima et al (2016), referente assistência profissional à cultura indígena e de origem africana. Esses estudos afirmam que o cuidado de enfermagem é fundamentado no modelo biomédico e que, mesmo as(os) enfermeiras(os) que atuam em área de grande tradição de descendência étnica (indígenas, quilombolas, imigrantes) desconhecem os aspectos culturais predominantes. Justificam seu desconhecimento por achar que é função de líderes espirituais (rezadeiras, parteiras, pessoas que dão passes (espíritas), médiuns e umbandistas) a utilização da medicina tradicional (RISSARDO, 2014; LIMA, 2016)

No estudo de Queiroz (2001), foi analisado o conceito de enfermagem à luz da Teoria de Leininger, por meio de um estudo bibliográfico-analítico, e a relação intrínseca com o cuidado; porém também foi percebido que a natureza das ações de Enfermagem convergem para um conceito prescritivo. Na pesquisa de Gubert *et al* (2013), ao analisar o trabalho de educação sexual e reprodutiva de enfermeiros com adolescentes, percebeu ser viável e eficaz o cuidado culturalmente congruente mesmo com esta temática. Este estudo apresenta que as pessoas possuem conhecimento sobre muitas temáticas relacionadas a prevenção de doenças e promoção da saúde, porém, este conhecimento dificilmente impulsionará mudanças comportamentais; porém, quando há discussão e construção terapêutica com a pessoa (relação profissional-paciente) se percebe aumento da adesão e melhor relação profissional-paciente (GUBERT, 2013).

Da mesma forma, não basta a enfermagem saber e reconhecer a importância do cuidado transcultural, se não consegue convergir esta teoria em sua realidade na assistência e gestão do cuidado. Identificar as problemáticas que interferem no cuidado de enfermagem, na APS, culturalmente congruente (quadro 4 e 5) mostra-se um caminho importante para reflexão. Para a mudança no perfil assistencial, que proporcione o cuidado à luz da TDUCC, muitos fatores precisam ser relacionados e mudados, como identificado no quadro 4 e 5: fatores relacionados a formação profissional, educação permanente, apoio da gestão, melhores condições de trabalho, etc. Porém, mesmo reconhecendo que as mudanças são para fatores de bases muito enraizadas, Leininger (1991) afirma que os sistemas de saúde devem ser diversificados (universalidade e integralidade) e o cuidado de enfermagem precisa interrelacionar o saber profissional com o saber popular.

7 CONCLUSÃO

A temática proposta deste Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) foi muito especial pra mim, pois me proporcionou uma reflexão micro e macro sobre a assistência de enfermagem culturalmente congruente à luz da TDUCC. Macro porque entendo (como descrito no meu “relato de experiência”) e a revisão integrativa da literatura deste trabalho também contribuiu com reflexões, que a gestão (municipal e local) não favorecem/incentivam o cuidado culturalmente congruente; determinado pelas condições de trabalho impostas: grande número de atendimentos individuais; não priorizam e limitam a assistência de enfermagem em grupos, pois isso reduzirá o número de atendimentos individuais; poucas reuniões multi e interprofissionais para discussão de casos e construção conjunta de projetos terapêuticos singulares; ausência/controle de liberações para especialização e de oferta de capacitação/educação permanente; escasso contato com o território para identificar as potencialidades e fragilidades presentes, saídas do CS apenas para intervenções pontuais. Micro, não no aspecto de menor valor, mas por questões um pouco mais subjetivas e intrínsecas à atitude do profissional considerando a sua cultura e seu modo de ver o mundo.

O encontro com a TDUCC na residência foi de “muito mais” significado que na graduação. Entendendo que esta, entrou em meu cotidiano profissional após frustrações de minhas condutas/intervenção. Fez-me refletir que a minha satisfação após consultas não deve ser somente pelos aspectos biológicos, se todas as intervenções e ações foram ofertadas/realizadas, mas procurar também, entender os significados e tempo das minhas ações profissionais para a pessoa e construir com ela as decisões terapêuticas que fazem sentido sob sua visão de mundo.

Quando entrei na residência, eu queria atender grande número de pessoas, diminuir a demanda, para conseguir aprender ao máximo a assistência de enfermagem à Saúde da Família. Ao longo da residência, com as reuniões inter e multiprofissional, pude perceber que meu aprendizado não seria somente nas práticas da enfermagem, mas sim, que meu aprendizado maior seria sobre o SUS e APS; o que me proporcionou outro olhar da APS e da enfermagem. Um olhar de luta de direitos. Durante a residência acompanhamos (todos os residentes do programa) de perto várias ações da gestão municipal para o desmonte do SUS: saída dos psiquiatras dos CS para as policlínicas; discussão sobre a efetividade da odontologia nos CS; diminuição das reuniões de matriciamento; redução de horário (o) farmacêutico(o) no CS e aumento nas policlínicas; entrada da administração pelas Organizações Sociais na Policlínica Continente.

A residência contribuiu para meu olhar além da saúde e doença, reflexão do processo de trabalho e luta pelos direitos do SUS. Não se conformar com o que é imposto pela gestão e perceber que a atenção à saúde no município está focando na demanda e perdendo a qualidade e objetivo da ESF.

Como principal limitação deste TCR, identifico que os dados qualitativos poderiam ser oriundos das enfermeiras do CS Rio Vermelho, por meio de outra abordagem metodológica, UBS que apresento meu relato de experiência.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. Portaria Nº 2.436, DE 21 de setembro DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-no-%C3%A2mbito-do-SUS.pdf>. Acessado em 10 de janeiro de 2019.

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;(3): 77-101.

Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J.* 1998 Apr; 67(4):877-80.

Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.* Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.

Diaz B, et al . Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural. *Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana* , v. 27, n. 1, p. 57-65, marzo 2011 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 12 feb. 2019

Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating Rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *Int J Qual Methods.* 2006; 5(1): 8-15. <http://dx.doi.org/10.1063/1.2011295>

Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. *Protocolos de Enfermagem.* 2018. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=10&submenuid=1478> Acessado em 10 de janeiro de 2019.

George, J. B. [et al.] - *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.* 2000. Porto Alegre : Artes Médicas

Gubert, FA; et al . Tradução e validação da escala Partner Communication Scale – versão brasileira com adolescentes do sexo feminino. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo* , v. 47, n. 4, p. 822-829, ago. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400822&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 3 fev. 2019.

Leininger, M. (1979). *Transcultural nursing.* New York: Masson.

Leininger MM. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: *Anais. I Simpósio Brasileiro Teorias de Enfermagem; 20-24 maio 1985; Florianópolis, Santa Catarina.* Florianópolis: UFSC; 1985. p.255-88.

Leininger, M. (1991) - *Culture care diversity and universality: a theory of nursing.* New York : National League for Nursing.

Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. Florianópolis: Soldasoft; 2006. 396p.

Lima, MRA; et al . Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 69, n. 5, p. 840-846, out. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500840&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 fev. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>

Magalhães, MA. Momentos Multiprofissionais e sua importância para a formação do residente em Saúde da Família: um relato de experiência. / Martha Arduim Magalhães; orientador, Jussara Gue Martini - Florianópolis, SC, 2017. 27 p.

Meleis, A. I. (1991) Theoretical nursing: Development and progress. Philadelphia: lippincott Monticelli, M; et al . Aplicações da Teoria Transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 220-228, June 2010 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 10 outubro 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200002>.

Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors.

Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.12.

Queiroz MVO, Pagliuca LMF. Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado. Rev Bras Enf. 2001 Out-Dez; 54(4):630-4.

Queiroz MVO. Só a mãe conhece o filho: um estudo na etnoenfermagem. Fortaleza, 1998. 136p. Dissertação (Mestrado)-Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Rissardo, LK; Carreira, L. Organization of healthcare and assistance to the elderly indigenous population: synergies and particularities of the professional context. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 72-79, Feb. 2014 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100072&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Feb. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100009>.

Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005 Dec; 52(5):546-53.