



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

LILIAN CRISTINA REZENDE

**PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS SOB O PRISMA DA ÉTICA
FEMINISTA**

Belo Horizonte
2020

LILIAN CRISTINA REZENDE

**PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS SOB O PRISMA DA ÉTICA
FEMINISTA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério de obtenção do título de doutora na área de concentração Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria José Menezes Brito.

Belo Horizonte
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Rezende, Lilian Cristina.

R467p Prática de enfermeiros da equipe da Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas sob o prisma da Ética Feminista [manuscrito]. / Lilian Cristina Rezende. - - Belo Horizonte: 2020. 137f.: il.

Orientador (a): Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. 3. Grupos Minoritários. 4. Grupos Étnicos. 5. Princípios Morais. 6. Ética. 7. Dissertação Acadêmica. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WB 720

ATA DA DEFESA



ATA DE NÚMERO 160 (CENTO E SESSENTA) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA LILIAN CRISTINA REZENDE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 17 (dezessete) dias do mês de abril de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da tese "PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS SOB O PRISMA DA ÉTICA FEMINISTA", da aluna **Lilian Cristina Rezende**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria José Menezes Brito (orientadora), Elizabeth Helen Peter, Flávia Regina Souza Ramos, Anderson da Silva Rosa e Kênia Lara da Silva, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, **Andréia Nogueira Delfino**, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 17 de abril de 2020.

Prof.ª. Dr.ª. Maria José Menezes Brito
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof.ª. Dr.ª. Elizabeth Helen Peter
(University of Toronto/Canada)

Prof.ª. Dr.ª. Flávia Regina Souza Ramos
(UFSC)

Prof. Dr. Anderson da Silva Rosa
(UNIFESP)

Prof.ª. Dr.ª. Kênia Lara da Silva
(Esc.Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CGP
em 04/05/2020

MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **LILIAN CRISTINA REZENDE**.

As modificações foram as seguintes:

Destaca-se a relevância e a qualidade da tese e será feita a revisão final da mesma de acordo com as sugestões da banca.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Maria José Menezes Brito

Prof. Dr. Elizabeth Helen Peter

Prof. Dr. Flávia Regina Souza Ramos

Prof. Dr. Anderson da Silva Rosa

Prof. Dr. Kênia Lara da Silva

HOMOLOGADO em reunião do CPE
Em 04 de 02 de 2010

DEDICATÓRIA

Aos ***Enfermeiros*** que acreditam que é possível transformar a prática no contexto social em que está inserido.

Aos ***Quilombolas*** que com muito carinho me acolheram na comunidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, toda honra e toda glória.

Ao meu esposo, Ricardo, pela confiança, credibilidade, cumplicidade e paciência.

Ao meu filho, Samuel, alegria da minha vida. Mesmo sem entender bem, foi sempre um companheirinho e me esperou toda vez que precisei me ausentar para estudar.

Aos meus pais Margarida e Duca [*in memoria*], que me ensinaram o valor do amor, da família, do estudo e do saber para a vida. Minha Mãe, por ter me acompanhado nas viagens com muito amor, paciência e dedicação.

Aos meus irmãos Marcelo e Rodrigo, pela força, alegria e parceria sempre.

À minha tia, comadre e madrinha Madalena, meu anjo e porto seguro! Sempre perto, cuidando da minha família.

À minha mais que amiga Carol Caram, parceira em todos os momentos, com quem aprendi e aprendo muito. Obrigada amiga!

À minha amiga, Bia Caçador, sensibilidade e inteligência em forma humana! Esteve sempre presente nas reflexões, nas indecisões e nas decisões.

Às minhas amigas Ana Paula, Gra, Helena, Joana, Lorena, Shamse e Thays, pelo apoio e compartilhamento nos momentos alegres, tristes, desesperados, animados, sempre juntas.

À Escola de Enfermagem e ao Programa de Pós-graduação, pelo apoio e oportunidade de realizar essa pesquisa.

Aos Professores e Funcionários da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação. Foram muitos os momentos de aprendizado, compartilhamento e de parceria! Obrigada a todos!

Aos Colegas do Núcleo de Pesquisa, que me apoiaram direta ou indiretamente.

Aos Acadêmicos de enfermagem, especialmente os BIC, que muito contribuíram para o meu aprendizado, gratidão!

À Capes, por acreditar em nós, alunos, e que a pesquisa pode transformar nossa sociedade!

À FAPEMIG e CNPq, “Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS); DECIT/SCTIE/MS, SES/MG, SMS/BH e secretarias dos municípios que fizeram parte da pesquisa.

Aos Quilombolas que, a cada depoimento, fez-me (re)pensar meu posicionamento social e moral.

À professora, orientadora e amiga Maria José Menezes Brito, nossa Mestra que, com carinho e segurança, nos conduz na construção do nosso conhecimento. Permitiu-me muito mais que a tese, um crescimento pessoal e profissional.

À todos Aqueles que, de alguma forma, estiveram presentes durante a caminhada. O conhecimento e o crescimento não se fazem sozinhos, são compartilhados, são articulados e são emaranhados em uma rede social. Gratidão!

Aos Professores que aceitaram participar da banca de defesa, obrigada pelo sim.

RESUMO

REZENDE, L.C. Prática de enfermeiros da equipe da Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas sob o prisma da Ética Feminista. 2020 – 137f. – [Tese de doutorado]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

No Brasil, a atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família tem sido de fundamental importância para a ampliação e consolidação do modelo de atenção à saúde. Reconhecendo a diversidade cultural existente no país, incluindo nesse cenário a população quilombola, a prática do enfermeiro requer a abrangência de saberes normativos, teóricos, políticos, éticos e morais. As reflexões sobre valores morais se apresentam na complexidade do trabalho do enfermeiro, que remetem a prática de responsabilidade compartilhada entre os sujeitos em um contexto delimitado. Os devem considerar os valores daqueles a quem prestam o cuidado e a construção da moralidade em comunidades quilombolas. Parte-se do pressuposto de que o enfermeiro conduz sua prática considerando a diversidade cultural e sócio-histórica da população, uma vez que os modos de viver incorporam diferentes sentidos e significados de saúde. O objetivo do estudo foi compreender a prática enfermeiros da equipe da Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas, sob o prisma da ética feminista. Trata-se de um estudo de caso único e integrado, qualitativo. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2018 mediante entrevista individual, entrevista coletiva e observação. O cenário foi a Estratégia Saúde da Família em cinco municípios da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Os participantes foram a totalidade (sete) enfermeiros e 59 quilombolas. Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo com auxílio do software Atlas.ti 8.0. Os resultados indicaram que a prática será efetiva quando construída nas relações, dentro do contexto social, por meio do (re)conhecimento das questões sociais e culturais, bem como as formas de vida de indivíduo/família/coletividade. O estudo evidenciou as características dos quilombos e o vínculo de parentesco, os quais envolvem expressões/manifestações cultural (música, dança) e religiosa dos antepassados, associadas à escravidão e à afrodescendência. Ademais, evidenciou-se dificultadores no que concerne à concretização da prática, como: a distância da comunidade à unidade de saúde para as comunidades rurais; ausência de agente comunitário de saúde próximo às comunidades; a sobrecarga de trabalho e o volume grande de população adstrita. Este trabalho permite uma reflexão sobre as particularidades de grupos sociais, bem como a formação de profissionais para atuarem na Estratégia Saúde da Família, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de competência cultural, moral e política e adoção de postura crítica e responsável para desenvolver suas atividades com grupos minoritários.

Palavras-chave: Enfermagem; Estratégia Saúde Família; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Grupos Minoritários; Quilombolas; Moralidade; Ética; Pesquisa Qualitativa; Estudo de Caso.

ABSTRACT

REZENDE, L. C. Practice of nurses from the Family Health Strategy team in quilombola communities from the perspective of Feminist Ethics, 2020 137f. [thesis]. Graduate Nursing Program, Nursing's School, University Federal of Minas Gerais, 2020.

In Brazil, the role of nurses in the Family Health Strategy has been of fundamental importance for the expansion and consolidation of the health care model. Recognizing the cultural diversity that exists in the country, including in this scenario the quilombola population, the practice of nurses requires the coverage of normative, theoretical, political, ethical and moral knowledge. Thus, reflections on moral values are presented in the complexity of the nurse's work, which refers to the practice of shared responsibility among the subjects in a limited context. Thus, nurses must consider the values of those to whom they provide care and the construction of morality in quilombola communities. It is assumed that the nurse conducts his practice considering the cultural and socio-historical diversity of the population since the ways of living incorporate different senses and meanings of health. The objective of the study was to understand the practice of nurses from the Family Health Strategy team in quilombola communities, under the prism of feminist ethics. This is a single, integrated, qualitative case study. Data collection was carried out from February to June 2018 through individual interviews, group interviews and observation. The scenario was the Family Health Strategy in five municipalities in the Metropolitan Region of Belo Horizonte-MG. Participants were all (seven) nurses and 59 quilombolas. The data were analyzed in the light of Content Analysis with the aid of the Atlas.ti 8.0 software. The results indicated that the practice will be effective when built on relationships, within the social context, through (re) knowledge of social and cultural issues, as well as the individual/family/community life forms. The study showed the characteristics of quilombos and the relationship of kinship, which involve cultural (music, dance) and religious expressions/manifestations of ancestors, associated with slavery and Afro-descent. In addition, there were difficulties regarding the implementation of the practice, such as the distance from the community to the health unit for rural communities; absence of a community health agent close to the communities; work overload, a large volume of population attached. The relevance of the theme in terms of discussing the practice in quilombola communities in the context of the FHS is emphasized. This work allows a reflection on the particularities of social groups, as well as the training of professionals to work in the Family Health Strategy, especially with regard to the development of cultural, moral and political competence and the adoption of a critical and responsible posture to develop their activities with minority groups.

Key-words: Nursing; Family Health Strategy; African Continental Ancestry Group; Minority Groups; Morals; Ethics; Qualitative Research; Case Reports

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Apresentação do Estudo de Caso Único Integrado, Belo Horizonte, 2020 ...	44
Figura 2 - Mapa da RMBH e quantidade de Quilombos certificados, 2020	45
Figura 3 - Mapa da RMBH, 2020	46
Figura 4 - As dimensões do racismo	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades de Saúde e Comunidades Quilombolas Certificadas na RMBH, 2018	47
Tabela 2 - Perfil dos Enfermeiros Participantes, 2020	49
Tabela 3 - Perfil dos Participantes das Comunidades Quilombolas, 2020	49

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CRQ	Comunidade Remanescente de Quilombola
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNEEQ	Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Quilombola
ENA	Enfermagem Aplicada
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCP	Fundação Cultural Palmares
IC	Iniciação Científica
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NO	Nota de Observação
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. O caminho até aqui	15
1.2. Contextualizando a Temática do Estudo	16
1.3. Objetivo geral	22
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1. Comunidade Quilombola (Quilombo): Diversidade Social, Moral e Cultural.....	24
2.2. O Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família	28
2.3. A prática do enfermeiro na Perspectiva Filosófica da Ética Feminista.....	31
3. PERCURSO METODOLÓGICO	39
3.1. Delineamento Epistemológico.....	39
3.2. Delineamento Metodológico	42
3.2.1 <i>Cenário da pesquisa</i>	44
3.2.2 <i>Participantes do estudo</i>	48
3.2.3 <i>Coleta dos dados</i>	49
3.2.4 <i>Análise dos dados</i>	51
3.3.5 <i>Aspectos éticos</i>	53
4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	56
4.1. A Moralidade no Contexto das Comunidades Quilombolas	58
4.2. Prática de Responsabilidade do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em Comunidades Quilombolas.....	72
4.3. Prática do enfermeiro em comunidades quilombolas: interface entre a competência cultural e política	92
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	127
ANEXOS.....	134

*Quero ver colares, gritos, danças
e assumir como vestido agora
o manto brilhante do que vem,
o ato, o desacato, a consciência
e descobrir depois de tudo a luta pela
felicidade interior de ser negro.
(O Arco-íris negro)*



Comunidade Quilombola do Sapé – Brumadinho, MG

1. INTRODUÇÃO

1.1. O caminho até aqui ...

Começar a pesquisar, ... a estudar, ... a pensar, ... com o olhar atento para as questões sociais e para as subjetividades as quais são "sutilmente" despercebidas no nosso meio, foi um despertar que aos poucos foi surgindo durante a minha graduação. Ao ingressar na Iniciação Científica (IC), esse interesse se voltou para o contexto da Atenção Primária. Durante o internato na Atenção Primária, realizado no município de Belo Horizonte, encontrei-me e descobri-me como enfermeira com autonomia para desenvolver as atividades juntamente com a equipe e com a população, de forma respeitosa, com o acompanhamento da Professora Anézia, a qual muito contribuiu para o meu aprendizado.

Na busca pela excelência, fui me formando como pessoa e enfermeira. Meu desejo de atuar na atenção primária se intensificou quando iniciei as atividades na iniciação científica com a professora Maria José Menezes Brito. Naquela ocasião, desenvolvemos uma investigação sobre a integralidade e equidade na atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF). Já no mestrado, atendendo à demanda de realização de uma pesquisa a respeito da comunidade quilombola do município de Paraopeba, a professora Maria José me convidou para participar do projeto. Achei a proposta intrigante e desafiadora e então pude buscar o entendimento de como é tecida a "prática" de integralidade e equidade em um contexto histórico, social e cultural tão peculiar. Realizamos a pesquisa com a comunidade de Pontinha e com a equipe de ESF, o que me permitiu conhecer um pouco mais sobre as Comunidades Remanescentes de Quilombolas (CRQ), sua cultura, religiosidade e luta. A pesquisa me possibilitou olhar mais atentamente para as interseções étnico-raciais na nossa sociedade e para os diferentes modos de vida e suas implicações. Essa nova lente para as questões sociais foi, para mim, um riquíssimo aprendizado.

Após o mestrado, surgiu em mim o desejo de ir além, de compreender a "prática" do enfermeiro, visando não somente a integralidade e a equidade, mas considerando, também, os valores morais e seus impactos nas relações em comunidades quilombolas, cuja população muitas vezes está à margem das oportunidades e das decisões para o seu próprio cuidado.

Busquei conhecer as comunidades quilombolas próximas de Belo Horizonte, urbanas e rurais, e a atuação do enfermeiro que atua na equipe da ESF nessas comunidades. Nesse contexto, o enfermeiro precisa posiciona-se diante das decisões coletivas, envolver-se com a

comunidade e, principalmente, envolver a comunidade nas decisões. E por isso iniciei essa pesquisa com o apoio da professora, de uma grande amiga e do meu esposo...

1.2. Contextualizando a Temática do Estudo

A prática do enfermeiro no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) acontece por meio do fortalecimento do vínculo e na corresponsabilização entre profissionais, indivíduos, famílias e coletividade. Desse modo, a prática leva em consideração as noções e as vivências que promovam a cidadania, a preservação da cultura, os valores ético-morais e a capacidade de articulação de saberes científicos e populares, voltadas para as interações humanas. Nesse sentido, o enfermeiro vivencia o desafio de construir sua prática em um contexto de desigualdades socioeconômicas, culturais e religiosas.

A ética feminista fundamenta-se no reconhecimento de desigualdades, em contextos sociais definidos, no sentido de dar-lhes visibilidade e permitir reflexões morais sobre as maneiras de agir e interagir com responsabilidade, colaboração e justiça social nesses espaços (WALKER, 2007). A autora acredita que, para haver a interação entre os indivíduos, é importante considerar aspectos como valores morais, experiência humana e expressão de julgamento para a tomada de decisão em respostas apropriadas às pessoas de um contexto próprio. Sendo assim, assume-se a concepção de prática que é defendida por Walker (2007) à luz da ética feminista concretizada no modelo expressivo colaborativo. A prática acontece em meio às relações, na construção compartilhada de responsabilidade reconhecendo as desigualdades e a diversidade cultural existente, abrangendo os saberes normativos, teóricos, políticos, ético e morais, sendo construída no cotidiano de modo colaborativo. Compreende-se, portanto, a prática como atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos que assumem papéis diferenciados na sociedade, estando a esta prática, incorporados os saberes morais. Estes saberes são entendidos como orientadores para esclarecimento de uma vida justa e se consolidam de maneira colaborativa.

Importante saber que o entendimento sobre a prática, alicerçada no meio social, adquire sentido no âmbito individual e coletivo, remetendo às reflexões sobre a moralidade construída em um contexto definido. Tais reflexões se reforçam quando se considera a complexidade do trabalho na saúde, o qual requer o entendimento da vida moral, das tomadas de decisões

compartilhadas, bem como sobre o posicionamento social dos sujeitos nas relações estabelecidas.

Nessa perspectiva, a prática do enfermeiro está voltada para a responsabilidade moral pelo cuidado com a saúde, responsabilidade esta inerente ao seu posicionamento profissional no sistema de saúde e na comunidade. Para Liaschenko e Peter (2006), os enfermeiros devem considerar os valores daqueles a quem prestam o cuidado e pelos quais são responsáveis e, conseqüentemente, considerar a identidade moral, a qual está relacionada ao posicionamento sociopolítico da pessoa na sociedade. Cabe chamar a atenção para o fato de que o entendimento do posicionamento sociopolítico do sujeito é um potencial transformador da prática. Nesse sentido, os autores mencionados apontam que o enfermeiro busca legitimar sua prática quando conduz as decisões estabelecidas nas relações, devendo levar em consideração o espaço, o saber e o modo de vida do sujeito que está sendo cuidado. Nessa ótica, lançamos mão da afirmação de Ayres (2017) ao referir-se à prática do enfermeiro configurada no encontro, por meio de trocas de saberes e de respeito, possibilitando a participação efetiva dos sujeitos na condução do cuidado.

Na APS, especificamente na ESF, o enfermeiro tem, entre outras funções, que estabelecer por meio do encontro, o vínculo com o usuário e a família. Este vínculo traduz o fortalecimento das relações, estimulando a participação do usuário e da família nas decisões referentes ao cuidado com a saúde, permitindo o alcance de objetivos e metas traçadas (SANTOS; MIRANDA, 2016). Ainda sobre a atuação do enfermeiro nesse cenário, o mesmo deve conhecer os grupos sociais, as iniquidades em saúde desses grupos e os fatores que influenciam as experiências de vida e de saúde no sentido de repensar as práticas, respeitando os valores e a cultura daqueles grupos. Portanto, o entendimento do modo de vida dos grupos sociais potencializa a identificação de diagnósticos que servirão de base para o planejamento e implementação do cuidado, considerando os valores individuais e sociais da família pelo enfermeiro.

Destaca-se que o objetivo primordial da ESF é garantir melhorias de saúde e de justiça à população adscrita. Nessa direção, a meta da equipe da ESF consolida-se na ligação efetiva entre comunidade e unidade de saúde. Desse modo, o enfermeiro contribui para a organização da atenção à saúde, do acolhimento, do vínculo e da longitudinalidade do cuidado na busca da equidade e integralidade (BRASIL, 2017b). Na ESF, o enfermeiro tem se mostrado fundamental principalmente pela ampliação e consolidação desse serviço na reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (CAÇADOR, *et al* 2016).

Há que se considerar que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como pressuposto a ampliação do acesso aos cuidados da saúde, com maior espaço e maior reconhecimento das diferenças e das desigualdades, dentre as quais se inclui a desigualdade racial. Logo, para abranger toda a população brasileira, as ações e os serviços no SUS devem incorporar o princípio da equidade, a fim de alcance da igualdade de oportunidades para as minorias. Tais ações implicam no reconhecimento das diferenças, de modo a contemplar uma abordagem que ultrapasse a histórica exclusão a que muitos povos estão sujeitos. Assim, para alcançar a igualdade racial e o desenvolvimento pessoal e social da população negra, o SUS instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada pela Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009 (BRASIL, [2009]2017a). No entanto, a efetividade das ações de saúde destinadas à essa população permanece aquém do esperado, havendo iniquidades para esse segmento populacional. Importante saber que as iniquidades mencionadas são retratadas por elementos relativos à classe socioeconômica, ao gênero, bem como à raça/etnia e idade, apresentando-se como determinantes da saúde e da doença (LAGES, 2012).

Diferentes estudos revelam que a população negra encontra-se em situação de marginalização socioeconômica, desvantagens sociais que manifestam em desigualdades educacionais, em precárias condições de vida e de saúde; menores anos de escolaridades, os índices de pobreza são alarmantes; há menor expectativa de vida ao nascer; menor acesso aos serviços de saúde, tendo um nível insatisfatório de assistência; maior mortalidade infantil e materna; pior percepção do estado de saúde em comparação com a população branca (GUERRERO, *et al.*, 2007; VOLOCHKO, VIDAL, 2010; BATISTA, MONTEIRO, MEDEIROS, 2013; BEZERRA *et al.* 2017).

Um estudo transversal descritivo realizado na Bahia com comunidades quilombolas demonstrou que 66.45% dos participantes tinham até 8 anos de estudo e 60,3% encontravam-se trabalhando. Verificou-se que 44,2% realizavam trabalhos informais, sendo que 73,9% recebiam até um salário mínimo e 24.5% dessas famílias recebiam ajuda social de benefícios do governo federal (SOUZA *et al.*, 2016).

Com relação à violência, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) uma pessoa negra ente 15 e 19 anos tem hoje três vezes mais chance de ser assassinada do que uma pessoa branca na mesma faixa etária no Brasil (ONU, 2017). Na última década, as taxas de assassinatos de jovens no Brasil cresceram 17%, quase metade do total de homicídios do país em 2018 (56 mil) corresponde à morte de homens negros, com idade entre 15 e 29 anos (ONU, 2020).

Diante dessa realidade, a ONU proclamou o período entre 2015 a 2024 como a Década Internacional de Afrodescendentes, tendo como tema "reconhecimento, justiça e desenvolvimento". A década enfatiza a necessidade de reforçar a cooperação nacional, regional e internacional em relação aos direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos de pessoas afrodescendentes, bem como sua participação plena e igualitária em todos os aspectos da sociedade. Desse modo, criou-se em 2017 o movimento "Vidas Negras" que buscou ampliar a visibilidade do problema da violência contra a juventude negra no país.

De acordo com Munanga (2006), as desigualdades sociais levam à miséria material, ao isolamento espacial e social e às restrições à participação política, incluindo também o racismo que hierarquiza, desumaniza e justifica a discriminação. Lages (2012) aponta que a discriminação racial vivenciada pela população negra brasileira afeta dimensões de sua existência, provocando situações de opressão, exclusão, discriminação socioeconômica, o que a coloca numa situação de maior vulnerabilidade com comprometimento da saúde. Conforme Werneck (2016), o racismo diz respeito à segregação pautada na cor da pele das pessoas, permitindo que os mais claros ocupem posições superiores na hierarquia social, enquanto os mais escuros são mantidos em posições inferiores, independentemente de sua condição de gênero ou quaisquer outras variáveis. Considerando essa questão, o racismo foi incluído como determinante estrutural e social de iniquidades em saúde, presente na hierarquização social associada à vulnerabilidade em saúde (WERNECK, 2016).

Tendo em vista as considerações até aqui apresentadas, faz-se necessário o desenvolvimento de ações voltadas para a redução das disparidades entre grupos, além de criar medidas de saúde amplas para toda a população. Liaschenko e Peter (2006) sugerem que os sujeitos assumam um posicionamento social e tomem decisões em oposição à estrutura hegemônica que fomenta as desigualdades. Assim sendo, concordamos com os autores supracitados ao afirmarem que essas sejam estratégias de transformação da sociedade e de eliminação de diferentes formas de opressão, tais como as pautadas em gênero, raça/etnia, orientação sexual e classe econômica.

A desconstrução do modelo hegemônico e hierarquizado nas sociedades requer o fortalecimento das políticas de saúde por meio de ações afirmativas voltadas para as condições de saúde da população negra, incorporando as particularidades de contextos específicos e a participação popular nas definições dessas ações. Sobre a ruptura com modelos tradicionais e situações de subordinação da população negra, ao longo dos anos, a mesma vem buscando reconhecimento de seu povo em concepções de igualdade e visibilidade, impulsionando

iniciativas por parte do Estado nessa direção. A título de exemplo, podemos mencionar a criação da Fundação Cultural Palmares (FCP) em 1988, sendo essa a primeira instituição pública voltada para promoção e preservação dos valores culturais, históricos, sociais e econômicos decorrentes da influência negra na formação da sociedade brasileira. A FCP, ao longo dos anos, tem trabalhado para promover uma política cultural igualitária. Além disso, a fundação tem como função ainda a certificação para comunidades quilombolas. Essas Comunidades de Remanescentes Quilombos (CRQ), são reconhecidas pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, como grupos étnico-raciais autodeclarados, com trajetória histórica própria, que guardam relação com um território específico e ancestralidade negra, relacionada com a resistência à opressão sofrida ao longo da história (BRASIL, 2003b). As CRQ podem também receber a denominação de "Comunidades Quilombolas", "Quilombos" ou "Comunidades Negras Rurais" (BRASIL, 2018a).

Originalmente, os quilombos se caracterizavam como comunidades autônomas de escravos fugitivos que, com o tempo, organizaram-se como grupo social com resgate da cultura e identidade afro-brasileira, construindo sua própria história (BRASIL, [2009] 2013). As CRQ são formadas por população afrodescendente, com forte vínculo de parentesco, mantendo vivas as tradições culturais e religiosas, o que reforça sua construção identitária e, portanto, seu sentimento de pertencimento (FREITAS *et al*, 2011). No cotidiano das CRQ, as injustiças sociais são marcadas por situações de conflitos, dilemas e precárias condições de vida (BEZERRA *et al*. 2014). Para Garrafa (2005), essas injustiças impelem grupos sociais específicos a viverem em condições de vulnerabilidade extrema. Esses grupos vivenciam conflitos ligados à resistência étnica, cultural e histórica e à discriminação racial e, em decorrência desta situação, tornam-se frequentes as situações de migração para grandes centros urbanos, o baixo índice de renda domiciliar e o emprego informal, as precárias condições de habitação e a dificuldade de acesso à saúde, à educação, à alimentação, à informação e aos bens duráveis e de consumo (GARRAFA; PORTO, 2003; GARRAFA, 2005).

Certamente, os fatores supracitados caracterizam a vulnerabilidade extrema de uma população (GARRAFA, 2005), o que é percebido na realidade de vida das CRQ no Brasil. A esse respeito, a literatura evidencia condições precárias de vida da população quilombola relacionadas à moradia, ao trabalho, ao acesso às escolas, à saúde, ao saneamento básico, à água tratada ou canalizada, à coleta de lixo, além do isolamento social, discriminação e preconceito (SILVA, 2007; FREITAS *et al*, 2011; FREITAS *et al*, 2013; BEZERRA *et al*, 2014; SANTOS;

SILVA, 2014; MELO; SILVA, 2015; REZENDE, 2015; CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018; SOUSA *et al*, 2018).

Em face às injustiças sociais são perceptíveis as situações de invisibilidade social das comunidades quilombolas. Segundo Fernandes; Gil e Gomes (2012), a invisibilidade gera desconhecimento e indiferença em relação a sujeitos de determinada realidade social. Dessa maneira, Walker (2007) afirma que a invisibilidade social nega ao outro o direito ao reconhecimento e à identidade.

Há, pois, a necessidade de desenvolvimento de ações que favoreçam o reconhecimento das particularidades e necessidades específicas das comunidades, como as quilombolas no contexto do SUS. Tais ações se configuram como potenciais dispositivos para a visibilidade e, portanto, aproximação com as equipes multiprofissionais da ESF. Sobre as equipes multiprofissionais na ESF, salienta-se seu acesso ao território, como lugar de produção dos estilos de viver e de ser das pessoas, viabilizando a incorporação da dimensão social, cultural e simbólica na configuração das práticas de saúde, ofertando um cuidado direcionado para a subjetividade do indivíduo, família e coletividade (CAÇADOR *et al*, 2015).

Diante do exposto, assume-se para esse estudo a prática de responsabilidade defendida por Walker (2007) que é exercida por meio de negociações entre as pessoas que são representadas e representantes, defendendo a ideia de que o conhecimento é intersubjetivo, produzido e construído no reconhecimento do sujeito e do seu posicionamento moral e social dentro do seu contexto.

Com efeito, parte-se do pressuposto de que o enfermeiro na ESF que atua em comunidades quilombolas precisa adquirir e mobilizar competências culturais, morais e políticas, atentando para aspectos da diversidade cultural e das desigualdades sociais para efetivar sua prática. Acredita-se, pois, que a prática do enfermeiro é também construída pelas concepções ético-morais e políticas, abarcando a transformação social, além de promover o respeito e a saúde nas comunidades. Nesta perspectiva, assume-se, como objeto do presente estudo, a prática do enfermeiro que atua na ESF em comunidades quilombolas, considerando sua responsabilidade moral na relação com o paciente e na coletividade.

Em face dessas considerações, surgiu a questão norteadora do estudo: Como se dá a prática de enfermeiros da equipe da ESF em comunidades quilombolas? Além de discutir a prática do enfermeiro, é fundamental refletir sobre o modo de ser e viver nas comunidades quilombolas, o posicionamento do profissional nesse contexto, as relações que estabelecem, bem como as repercussões para os serviços de saúde para a qualidade do cuidado.

A fim de refletir sobre essa questão, ressalta-se que a prática do enfermeiro constitui meio de produção de cidadania, principalmente via ESF. Ao se inserirem na ESF, faz-se necessário que os profissionais da saúde se integrem em uma equipe de trabalhadores, direcionando sua prática para o alcance de um objetivo comum. O enfermeiro, inserido no contexto social, precisa realizar transformações atitudinais, transformações nas relações com a equipe e com a comunidade, considerando que a prática sofre modulações, porém sem perder a essência do cuidado. Por meio de sua prática, o profissional pode promover situações para que o sujeito desenvolva sua autonomia de modo a construir, no seu contexto, espaços participativos e emancipatório de modo que a pessoa possa intervir e transformar sua própria realidade, contribuindo assim para a produção da cidadania.

Nesse contexto, a ética feminista é um referencial que nos permite ampliar a visibilidade das desigualdades e vulnerabilidades em saúde de comunidades quilombolas, além de sustentar práticas profissionais congruentes com a responsabilidade moral pelo cuidado na ESF. Sendo assim, defende-se a presente tese à luz da ética feminista que a prática do enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas é alicerçada em valores morais inter-relacionados e no encontro efetivo entre indivíduo/família/comunidade e profissional.

1.3. Objetivo geral

Compreender a prática de enfermeiros da equipe da Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas, sob o prisma da ética feminista.

*"Ser Quilombo é ter orgulho
e assumir o pouco que tem
assumir o cabelo torrado
e a pele negra também
Ser Quilombo é ter coragem
e amor no coração
ser Quilombo é não ter medo
de racismo ou exclusão."
(Giselle do Rosário)*



Comunidade Quilombola Pimentel – Pedro Leopoldo, MG

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Comunidade Quilombola (Quilombo): Diversidade Social, Moral e Cultural

“Quilombo”, palavra de origem da língua *umbundu*, que significa “acampamento, arraial, povoação, povoado; capital; união, exército”. A expressão “remanescentes de quilombos” apresenta dois significados. O primeiro significado retoma o passado comprometido com a história brasileira e o outro, a valorização da cultura, a formação e a conformação da sociedade brasileira, bem como a busca pela emancipação das comunidades por paradigma de dignidade socioeconômica (MELO, 2019, p. 377). O quilombo teve seu conteúdo sociopolítico e militar originado entre os povos africanos de línguas *bantu*, como os *Lunda*, os *Ovimbundu*, os *Mbundu*, os *Kongo* e os *Imbangala*. A união desses povos aconteceu durante histórias de migrações, alianças e guerras, envolvendo vários grupos diferentes que conquistaram a região *Mbundu* (atualmente Angola e Zaire) no século XVII. Como explica Munanga,

A palavra quilombo tem a conotação de uma associação de homens, aberta a todos sem distinção de filiação a qualquer linhagem, na qual os membros eram submetidos a dramáticos rituais de iniciação que os retiravam do âmbito protetor de suas linhagens e os integravam como co-guerreiros num regimento de super-homens invulneráveis às armas de inimigos (MUNANGA, 2001, p. 25).

Ao longo da América, os quilombos tinham diversas denominações, como *cimarrones* em algumas partes da América espanhola; *palenques* na Guatemala, Cuba e Colômbia; *Maroons* na Jamaica, Suriname e Haiti e; *Cumbes* na Venezuela (FLORENTINO, AMANTINO, 2012).

Segundo Clóvis Moura (1981), a primeira referência à existência de quilombos em documentos oficiais portugueses data em 1559. Todavia, em 1740, o Conselho Ultramarino definiu os quilombos como “toda habitação de negros fugidos que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles” (MOURA:1981, p.87). Para Moura

O quilombo foi, incontestavelmente, a unidade básica de resistência do escravo. Pequeno ou grande, estável ou de vida precária, em qualquer região em que existia a escravidão, lá se encontrava ele como elemento de desgaste do regime servil. O fenômeno não era atomizado, circunscrito a determinada área geográfica, como a dizer que somente em determinados locais, por circunstâncias mesológicas favoráveis, ele podia afirmar-se. Não. O quilombo aparecia onde quer que a escravidão surgisse. Não era simples manifestação tópica. Muitas vezes surpreende pela capacidade de organização, pela resistência que oferece; destruído parcialmente dezenas de vezes e novamente aparecendo, em outros locais, plantando a sua roça, constituindo suas casas, reorganizando a sua vida social e estabelecendo novos sistemas de defesa. O

quilombo não foi, portanto, apenas um fenômeno esporádico. Constituiu-se em fato normal dentro da sociedade escravista. Era reação organizada de combate a uma forma de trabalho contra a qual se voltava o próprio sujeito que a sustentava. (MOURA, 1981, p.87)

Moura (1981) define quilombo como uma forma de organização sociopolítica, ligado ao conceito de resistência, inserindo-o para além do contexto da escravidão e estendendo-o às dinâmicas de territorialização étnica ocorridas após a abolição.

No Brasil, os quilombos surgiram entre os séculos XVI e XIX, período em que os povos vindos do continente africano foram escravizados e se refugiavam em busca de uma nova forma de vida. Os quilombos no Brasil vinham de um modelo *bantu*, cujos territórios se dividiam entre Angola e Zaire (MOURA, 1981). Ao unir africanos de outras áreas culturais e outros descontentes não-africanos, teriam recebido influências diversas, daí seu caráter transcultural. Com efeito, a transculturação marca um dado fundamental da cultura afro-brasileira. O quilombo mais conhecido e estudado, no Brasil, é o Quilombo de Palmares, sendo o que durou mais tempo (1630-1695) e ocupou a maior área territorial. Palmares foi uma história de luta e resistência, mencionada no folclore, que dos fatos passou à lenda (MOURA, 1981). Segundo Munanga (1996), os escravizados africanos e seus descendentes nunca ficaram presos aos modelos ideológicos excludentes sob a dominação de alguma cultura. Essa situação, segundo o autor, decorre do fato de suas práticas e estratégias terem se baseado no modelo transcultural, com o objetivo de formar identidades pessoais ricas e estáveis que não podiam estruturar-se unicamente dentro dos limites de sua cultura. As fugas e as eventuais constituições de comunidades quilombolas eram concebidas, sobretudo, como uma espécie de luta ‘contra-aculturativo’ e resistência à ‘aculturação’ imposta pelos brancos e europeus. Os quilombolas insistiam em encontrar nos quilombos traços de restauração da África tradicional no Novo Mundo (FLORENTINO, AMANTINO, 2012, p. 293).

Os escravizados fugiam de seus senhores e procuravam os quilombos para se esconder dos capitães do mato e outras pessoas que tivessem interesse em capturá-los. Com a abolição, os negros dos quilombos saíram da ilegalidade, o que permitia abandonar o termo quilombo. Com a Lei Áurea, os escravizados tornaram-se cidadãos com direitos iguais, porém na realidade, a hierarquia racial existente não foi capaz de promover liberdade que proporcionasse a igualdade social (MARINGONI, 2011).

A Lei Áurea só vem formalizar uma realidade conquistada pelas populações negras uma vez que quase todos os escravos já se haviam libertado quando da assinatura da lei, os quilombos serão o único espaço onde muitos negros, excluídos pela nova ordem que se configura, poderão sobreviver física e culturalmente. Os quilombos continuam

representando a resistência negra. É, portanto, perfeitamente lógico falar-se em quilombos mesmo após 1888 (OLIVEIRA, 2001, p.31)

O sentido do termo "quilombo" e as experiências nele podem revelar ambiguidades que por um lado é marcada pela marginalização, mas por outro, pela luta e persistência na formação e perpetuação de uma identidade social e cultural, norteadas, inclusive, por políticas públicas (LEITE, 1999). Os quilombos se constituíram com respeito às diversas identidades culturais que precisavam de apoio, produzindo comunicação incessante com o outro. Esse formato de construção de comunidade é um exemplo de união do legado de Palmares para superar e erradicar o racismo e seus vieses (MUNANGA, 1996).

As CRQ são formadas pelos afro-brasileiros com forte vínculo de parentesco entre si, mantendo ainda vivas tradições culturais e religiosas apreendidas dos antepassados (FREITAS *et al*, 2011). O termo 'remanescentes' surge para delimitar relação de continuidade e descontinuidade com o passado histórico, em que a descendência não parece ser um laço suficiente, mas acompanhado pela formação da comunidade, o que fortalece a afirmação da identidade de um grupo que se organiza politicamente na luta para manter sua memória e direitos (ARRUTI, 1997). O conceito de quilombo vai para além de um local onde os negros escravizados se refugiavam, mas abrange a formação de um grupo social com laços de solidariedade e convivência resultantes do resgate à liberdade e à dignidade, sendo o uso coletivo da terra, a base de uma sociedade fraterna e livre das formas mais cruéis de preconceito e desrespeito (MAIA, 2012). A autora reforça que os movimentos negros brasileiros foram e são importantes para o resgate da identidade étnica e do sentimento de pertencimento como elemento mobilizador para suas conquistas, a exemplo do direito à terra pelas CRQ e à proteção de sua identidade e sua cultura religiosa.

As CRQ foram reconhecidas pelo governo federal por meio do artigo 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, inserido na Constituição Brasileira em 1988, reconhecendo o direito à titulação das comunidades quilombolas por intermédio das organizações sociais do campo e da cidade. Também foram instituídos dois preceitos constitucionais que se somaram em prol dos descendentes de africanos, que são os artigos 215 e 216. O art. 215 estabelece que o Estado deve proteger as manifestações culturais afro-brasileiras. O art. 216 assegura na constituição de patrimônio cultural os bens de natureza material e imaterial, seja individual ou em conjunto, de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem as formas de expressão; os modos de criar, de fazer e de viver; as criações artísticas; os objetos,

os documentos, as edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais (BRASIL, 2016). Um avanço significativo no marco histórico foi a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) instituída pela lei nº 10678 em 2003, com a tarefa de coordenar e avaliar as políticas de promoção da igualdade racial e combate à discriminação racial ou étnica (BRASIL, 2003a). No mesmo ano, foi instituído o decreto nº 4.887, que definia os remanescentes de quilombos como grupos étnico-raciais, com critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003b). O decreto tornou possível que a autodeterminação dos próprios membros das comunidades fosse reconhecida no meio social, dando visibilidade ao grupo, bem como o reconhecimento da diversidade cultural existente no país. Nesse contexto, também levanta-se discussões, ainda, sobre quem são e como podem ser entendidos e identificados os remanescentes de quilombos. No campo da cultura e da identidade, seria preciso pensar sobre as formas de como, no presente, as pessoas se veem e como elas se identificam (CARRIL, 2017).

Assim, as comunidades quilombolas devem ser um território Cultural Afro-Brasileiro como determinado pela Portaria de nº 6 de 2004 da FCP e grupos étnico-raciais autodeclarados, conforme define o decreto nº 4.887 (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2004). No dia 7 de fevereiro de 2007, o Decreto nº 6.040 instituiu a “Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais” que institui a promoção do desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições (BRASIL, 2007a). Para assegurar o reconhecimento das terras quilombolas, em novembro de 2007, o governo regulamentou a Portaria nº 98 da FCP que instituiu o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares (BRASIL, 2007b).

No campo da saúde, em 2010 o governo instituiu o Estatuto da Igualdade Racial, cujo parágrafo único inclui a garantia de direitos aos moradores das CRQ e à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde (BRASIL, 2010a).

Os processos políticos de reconhecimento da cultura e direitos da população negra vêm sendo construídos. Porém, as lutas reivindicatórias permanecem até os dias atuais, uma vez que a questão da vulnerabilidade social e da precária condição de saúde é repetidamente relacionada

aos quilombolas (BEZERRA *et al.* 2017). Segundo Vieira e Monteiro (2013), os quilombos lutam constantemente pela inclusão social por meio das ações de atenção integral. Além disso, continuam reivindicando o direito à permanência e ao reconhecimento legal de posse de suas terras ocupadas e cultivadas para moradia e sustento, por uma identidade social e pelo livre exercício de suas práticas, crenças e valores. A maioria desse grupo se encontra em áreas rurais, possui baixos níveis de escolaridade e renda com atividades econômicas em que predomina a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018). Configura-se, pois, como uma população altamente vulnerável, o que reflete nos indicadores de saúde. Quanto à expectativa de vida, estudos evidenciam que a proporção de pretos e pardos é maior até a idade adulta, enquanto os brancos têm maior proporção entre os idosos. Além disso, os pretos possuem condições de moradia mais precárias, maior desemprego e mais dificuldade de acesso a bens e serviços (FREITAS *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2013). Essas evidências tornam essa população minorias quando comparadas à hegemonia no país.

No contexto apresentado, é importante entender que os preceitos dominantes desconsideram a diversidade cultural e social, não reconhecendo as particularidades dos grupos sociais, tampouco a existência do problema racial na sociedade brasileira. De acordo com Francisco Junior (2008), há uma estrutura segregatória que hierarquiza as relações sociais, sendo necessário conhecer para depois reconhecer, valorizar e disseminar as diferenças etnoculturais como forma integradora de diferentes grupos sociais, povos e nações com direitos iguais de acesso aos bens e serviços de que a sociedade dispõe (FRANCISCO JUNIOR, 2008).

Fica evidente que estudar a prática em contexto de populações quilombolas envolve a compreensão da condição de raça/cor e etnia como influenciadora da condição de vida e de saúde da população. Salienta-se, ainda, que as ações envolvem a busca por dar visibilidade às diversidades no sentido de emancipação do sujeito e da eliminação de barreiras que impedem a qualidade do acesso e da assistência. Trata-se, portanto, de repensar como os profissionais de saúde podem desenvolver sua prática de modo a considerar as vulnerabilidades sociais que incidem nessa população para transformar a realidade, proporcionando visibilidade e melhorias para qualidade de vida e saúde nas comunidades quilombolas.

2.2. O Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

A ESF constitui-se em uma das principais tentativas de superação do modelo biomédico e da implementação dos princípios do SUS. Esse serviço apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde dentro da APS por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. As diretrizes prescritas na ESF configuram um “novo” modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar e social, como parte de grupos e de comunidades socioculturais (BRASIL, 1997).

Na ESF é desenvolvido um conjunto de ações de saúde individual, familiar e coletiva que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017b). Essas ações se dão por meio do cuidado integrado e gestão qualificada realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido (BRASIL, 2017b).

No âmbito das discussões da transformação do modelo de saúde para a construção do SUS, a enfermagem assumiu papel central no cuidado no cenário da ESF. Para atender a complexidade que compreende o contexto da ESF, torna-se necessária a criação de um novo perfil profissional da enfermagem, o que implica em transformações na natureza e no processo de trabalho, além de indicar a necessidade de fortalecimento educacional dos enfermeiros no domínio, não apenas do conhecimento técnico-científico, mas também ético, moral, social, político e cultural (SANTOS *et al.* 2018). Nessa perspectiva, a atuação do enfermeiro será efetiva quando forem considerados os valores, os desejos e as expectativas dos usuários, seja em formato individual, familiar ou coletivo. É fundamental que o enfermeiro se aproprie do seu trabalho junto ao paciente, conhecendo as políticas desenvolvidas para nortear o trabalho e, principalmente, as particularidades dos indivíduos, seus saberes e entendimentos sobre a saúde. O enfermeiro, neste cenário, deve estabelecer uma assistência centrada no indivíduo/família/coletividade, impactando na maneira como as pessoas percebem sua saúde e transformam seus modos de vida (FERRACCIOLI; ACIOLI, 2017; AYRES, 2017; BARBIANI, NORA, SCHAEFER; 2016).

NA ESF o enfermeiro assume diversas atribuições como as consultas de enfermagem em todos os ciclos de vida; atenção à mulher, à criança, ao adolescente, ao idoso e aos portadores de doença crônica; o planejamento de atividades de educação em saúde atentando para a equidade; a gestão do serviço de enfermagem com o papel de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas na APS, bem como a coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017b).

Entende-se que a atuação do enfermeiro se consolida de modo dialógico e interacional com a equipe e com os usuários, atrelada a uma prática reflexiva. A prática isenta de reflexão do saber científico e empírico pode tornar-se mecanizada e propulsora ao erro. Para isso, faz-se necessária uma escuta atenta ao usuário e uma busca por eliminação de possíveis barreiras que possam existir para dificultar o acesso do usuário ao serviço de saúde. O usuário precisa se sentir acolhido, confiante e seguro para expor suas dúvidas, medos, receios e, com isso, saná-los ou minimizá-los. Desse modo, o profissional realiza a assistência tornando o cuidado prestado individualizado e humanizado.

Acioli *et al* (2014) apontam que, ao desenvolver a prática na APS, o enfermeiro encontra o desafio de implementar o cuidado na construção de relações interpessoais de diálogo, de escuta, de humanização, de confiança e de respeito, de modo a ultrapassar as questões de doenças, de procedimentos técnicos e de ações curativas. A efetividade da prática na ESF está na concepção de que deve-se focar no encontro e nas ações centradas no sujeito e na família, valorizando a história de vida, a crença, a cultura e o modo de viver de cada indivíduo, tecendo responsabilidades compartilhadas, sem desenvolver práticas de dominação e preconceito. Nesse contexto, reluz a necessária aproximação social e cultural do profissional com a população.

Barbiani, Nora e Schefer (2016) apontam que os desafios que perpassam a atuação do enfermeiro na ESF dizem respeito ao reconhecimento dos pares e da população, bem como à superação da lógica do cuidado fragmentado e voltado para questões da doença. Os autores também afirmam que desvincular o usuário do modelo biomédico e tecnicista se apresenta como outro desafio a ser superado. Essa permanente busca dos usuários promove o desmonte do modelo da APS, uma vez que as necessidades dos usuários contemplam o modelo assistencial centrado na figura do médico e com caráter eminentemente curativo.

À luz dessas considerações, o enfermeiro na ESF deve buscar por transformações atitudinais e gerenciais para que prática seja desenvolvida no encontro profissional-indivíduo, compartilhando responsabilidades por meio de reflexões críticas de fatos e condições específicas de modos de vida. Nesse sentido, trata-se de uma prática que reflete a responsabilidade moral pelo cuidado com a saúde, sendo inerente ao posicionamento moral do enfermeiro dentro do serviço de saúde e da comunidade (LIASCHENKO; PETER, 2006). Portanto, a prática do enfermeiro na ESF requer atenção para as dimensões social, cultural, política, ética e moral, o que revela a sua complexidade.

2.3. A prática do enfermeiro na Perspectiva Filosófica da Ética Feminista

A ética feminista é um projeto intelectual feito principalmente por mulheres. Todavia, não é necessário ser uma mulher para ser feminista e sua visão vai para além das discussões de gênero. Dessa forma, a ética feminista emerge da reflexão sobre os grupos que são as minorias na sociedade e vai além por fomentar a eliminação de opressões na sociedade por conjunto de pessoas com privilégios aos menos privilegiados que vivem na marginalização na sociedade (LIASCHENKO; PETER, 2006). A ética feminista pode ser descrita como uma crítica da teoria ética convencional e uma crítica à vida e suas desigualdades. Walker afirma que a:

Ética feminista analisa o impacto de interseções e distribuições de autoridade social, privilégio e poder tanto na moralidade como aspecto da vida moral quanto na ética como representação reflexiva e sistemática da moralidade. O que é crucial para a ética feminista e sua importância para a ética é o elo entre as duas dimensões de sua investigação, o impacto do poder na moralidade e seus efeitos na ética (WALKER, 2003, p.207).

Os pensadores da ética feminista estão comprometidos com a moralidade em um processo de políticas emancipatórias relacionadas à vida moral cotidiana, de tal modo que sua visão se fundamenta na crítica à hegemonia dominante e à vida e suas desigualdades, possuindo algumas semelhanças com o pós-estruturalismo e pós-colonialismo. A premissa da ética feminista é que a distribuição desigual de poder e privilégio tenderá a se reproduzir, tenderá a se reforçar e se legitimar (WALKER, 2003). Assim, a ética feminista reconhece que mulheres e a interseção com classe, raça, etnia, idade e religião ocupam uma posição social e moral diferente e com poucos privilégios comparados aos grupos hegemônicos (LIASCHENKO; PETER, 2006; WALKER, 2007). Walker (2003) define ética feminista como uma maneira de fazer ética em oposição a um assunto estático, ou seja, contrapondo aos conceitos dominantes na sociedade. A ética feminista procura levantar questões que abordam a legitimidade e a representação das teorias morais em geral, a fim de apontar opressões e exclusões que possam ocorrer sob seu domínio (POSSEBON, 2015). Grande parte da crítica sobre a ética feminista está situada nas teorias morais tradicionais que expressam e reforçam ideologias de dominação social.

A dimensão que envolve a prática, na perspectiva da ética feminista, é permeada pela moralidade, a qual é emaranhada de conhecimento social, articulada ao posicionamento moral e social de cada sujeito e envolve a compreensão do "contexto" onde a prática se concretiza. Assume o conceito de "contexto" aquele que se refere a um ambiente particular ou conjunto de circunstâncias que determinam se algo é aceitável ou faz sentido para determinada população,

ao mesmo tempo que invoca uma compreensão compartilhada das expectativas que estão nos encontros sociais comuns (WALKER, 2003). A moralidade está impregnada na construção do contexto social, refere-se à cultura, aos valores, às crenças, às tradições e aos modos de vida e experiências dos sujeitos, os quais são importantes interpretações da vida moral e dão visibilidade e legitimidade às interpretações e características dos grupos sociais (WALKER, 2007). Desse modo, o contexto significa algo tão complexo que circunscreve os modos de expressão de vida e da moralidade (WALKER, 2003). A moralidade, na perspectiva da ética feminista, é entendida como a estrutura social e moral que forma o contexto de uma determinada sociedade/comunidade, e, epistemologicamente, é uma abordagem política do ramo da ética que possibilita justificativas para o julgamento moral dentro de um contexto social. Enfim, as questões morais são aquelas voltadas para a formação de caráter, considerando a experiência social alicerçada na responsabilidade moral do sujeito (WALKER, 2007).

Para o entendimento da moralidade, é preciso situar-se em um contexto social definido, entendendo que certos julgamentos são morais e que as pessoas são seres morais e que há certas interpretações da vida que precisam ser descritas para conferir legitimidade e visibilidade a ela (WALKER, 2007). Assim, a moralidade consiste no reconhecimento interpessoal, por meio das relações em que existe o compartilhamento de saberes, a partir do qual as pessoas aprendem que elas são responsáveis pelas coisas a sua volta e por outras pessoas também, ou seja, a moralidade se configura nas relações e nas experiências sociais e morais. Na concepção da moralidade, o indivíduo em sua prática considera o relacionamento a experiência humana na reflexão sobre como vivemos, interagimos e posicionamos diante das questões do cotidiano, na busca da eliminação de formas de opressão e dominação (WALKER, 2007).

Walker (2007) aponta duas vertentes da moralidade, o Modelo Teórico-Jurídico (*theoretical-juridical model*) e o Modelo Expressivo-Colaborativo (*expressive-collaborative model*). Esses modelos possuem ideias contrapostas, mas regem os contextos sociais de forma que é importante compreendê-los para ser possível entender o posicionamento do sujeito em meio à moralidade que lhe apresenta.

O Modelo Teórico-Jurídico (*theoretical-juridical model*) abarca características de várias teorias tradicionais filosóficas, como as neokantianas, as utilitaristas e as contratualistas. Configura-se, portanto, por um caráter impositivo por natureza, visto que esse modelo se embasa em teorias morais fadadas a reproduzir os interesses daqueles que as formulam, reforçando assim, relações hierárquicas (WALKER, 2007). O modelo teórico-jurídico representa regras e normas morais prevalentes na América, no século XX, sendo um modelo

sério e importante da teorização moral na ética, um pensamento ético que continua a dominar a filosofia moral nos tempos atuais (WALKER, 2007). A moralidade nesse caso é descrita impessoalmente, guiada por códigos, ações e padrões, em um conjunto compacto de leis que explicam o comportamento moral de um sujeito, sendo uma teoria normativa da moralidade. A prática nesse modelo já vem pré-estabelecida por órgãos e pessoas que as definem.

Esse modelo representa a moralidade dentro dela mesma, com orientações prontas para conduzir as ações dos sujeitos em um conjunto de valores já pré-determinados. Esse tipo de moralidade para Walker (2007) é implausível e reducionista pois distorce a visão do tipo de entendimento que considera o conhecimento e o pensamento do outro. O autor ainda considera que o conhecer, o sentir e o agir das relações morais são informações "*nonmoral*" (WALKER, 2007). O Modelo Teórico-Jurídico é uma tendência intelectualista que centra a moral em determinadas crenças, isto é, é racionalista, assumindo um conceito de moral como um núcleo puro. Sendo assim, a concepção teórico-jurídica é uma alternativa que sugere as formas para a tomada de decisão moral na sociedade, em que as decisões são unilaterais, impessoais, por meio de ações guiadas modulando como a sociedade deve viver, sem considerar a subjetivo que perpassa nas relações sociais (WALKER, 2007). Nesse contexto, a uma influência desse modelo para o individualismo, o modularismo, a generalização que se auto reforça no contexto social.

O objetivo de Walker (2007) é levantar reflexões sobre o modelo "teórico-jurídico" e o modo como o pensamento ético continua a dominar a filosofia moral. O modelo teórico-jurídico representa a vida moral como "um conjunto de procedimentos codificáveis, padronizados, compactos, consistentes para generalizar ou justificar julgamentos de ações guiadas" (WALKER, 2007, p. 43). As características da história, da cultura, das relações e os fatos subjetivos que envolvem a maneira de ser das pessoas e coletividades são centrais para o ser humano e não são consideradas para o modelo teórico-jurídico (WALKER, 2007). As decisões nesse modelo estão centradas nas mãos de poucas pessoas que representam a grande maioria. O modelo teórico-jurídico é mantido e reforçado pela ética influente e dominante na sociedade contemporânea, sendo um conjunto de regras básicas e suposições orientadoras de forma explícita, mas também por forma implícita e inconsciente.

A crítica a esse modelo está em assumir que ele fortalece autoridades que impactam negativamente nas condições de vida do agente moral. Em uma sociedade fragmentada e estratificada por gênero, etnia, classe, idade, educação, profissão, hierarquias de poder e status é necessário transcender os julgamentos morais e as condutas de modo a permitir a

transparência e a distribuição de representatividade. Isso porque na sociedade as pessoas vivem e pensam diferentemente e, provavelmente, há diferentes visões na natureza, na estrutura e na racionalidade dos problemas morais.

Nesse sentido, Walker (2007) questiona: Que responsabilidade moral as pessoas afirmam representar? Quem elas representam realmente? Qual estratégia de comunicação essas pessoas utilizam? Qual será a aplicação da decisão tomadas pelas pessoas para um grupo a qual elas representam? Esses são questionamentos que levantam uma reflexão sobre o posicionamento crítico que o agente moral precisa ter na sociedade e como as práticas se constroem dentro e entre as sociedades. As respostas obtidas a partir desses questionamentos sinalizam uma sociedade onde é possível o compartilhar responsabilidades e ações (WALKER, 2007).

Os defensores da ética feminista criticam o modelo teórico jurídico por ele ser sustentado em uma representação de moralidade autoritária, que estão associados a homens com certos privilégios na sociedade (WALKER, 2007). Para superar as fragilidades desse modelo a autora sugere uma visão que considera a moralidade incorporada dentro e pela sociedade, sendo parte do entendimento social e moral e principalmente da negociação entre as pessoas e suas responsabilidades sobre as demandas humanas. A autora sugere um modelo que busca um olhar e uma reflexão sobre as questões morais na sociedade diferentes do modelo teórico jurídico, sendo ele denominado "*expressive-collaborative model*".

O modelo expressivo colaborativo tem sua concepção de moralidade em uma abordagem descritivamente rica do contexto social e politicamente crítica da ética dominante. O pensamento para esse modelo, baseado na ética feminista, defende que ninguém tem autoridade para definir a vida moral de alguém, uma vez que as decisões podem ser idealizadas e abstratas, não fazendo sentido para quem as recebe. Uma autoridade moral e social traz uma desvantagem na distribuição de poder, privilégios e responsabilidades na comunidade. Isso é reproduzido acriticamente em específicas posições sociais e são ao mesmo tempo reforçadas. Essa perpetuação do exercício da autoridade na teoria moral pode deslocar o entendimento e contra-argumento dentro da mesma prática (WALKER, 2007). Requer, então, uma análise crítica da prática, da posição do saber e de maneiras de apreender o saber da vida moral. A ética feminista, portanto, endossa o modelo expressivo colaborativo no sentido de fazer uma crítica aos argumentos de representação, de autoridade, de moralidade que é defendida no modelo teórico-jurídico e aos trabalhos contemporâneos da tradição ocidental (WALKER, 2007). Tais

argumentos não abrange grupos minoritários que estão à margem das decisões de um grupo privilegiado de pessoas, entre eles as mulheres, os negros, os pobres.

Nesse sentido, o modelo expressivo colaborativo é uma reflexão apropriado à filosofia moral e uma análise reflexiva das formas de vida moral, visto que considera-se a vida moral como uma negociação contínua entre as pessoas. O objetivo nesse modelo é descobrir como são as normas morais, como são criadas, inseridas e reproduzidas pelas interações entre as pessoas e como as ordens morais estão concretamente incorporadas no meio social. Essas análises podem trazer informações que circulam nas interações de vida cotidiana (WALKER, 2007). Desse modo, o modelo expressivo colaborativo incorpora o compartilhamento de conhecimento, o reconhecimento das diferenças e das diferentes posições em que os agentes sociais ocupam na comunidade. Nesse modelo são desfeitas as hierarquias sociais que atribuem posições inferiores a algumas pessoas, valorizando assim, as posições reais ocupadas pelas pessoas em seu contexto político e social.

As considerações no modelo expressivo colaborativo descrevem, dessa forma, que a história, a cultura e os saberes do agente moral norteiam seu posicionamento e as relações sociais são interconectadas em uma visão socialmente localizada. Quando não consideradas essas questões, torna-se desconsiderado também o agente moral, tornando-o invisível diante das situações morais (WALKER, 2007).

Nessa perspectiva, o modelo expressivo colaborativo se fortalece por meio da prática de responsabilidade. A prática de responsabilidade é exercida por meio de negociações entre as pessoas que são representadas e representantes, defendendo a ideia de que o conhecimento é intersubjetivo, produzido e construído no reconhecimento do sujeito e do seu posicionamento moral e social dentro do seu contexto (WALKER, 2007).

Desse modo, a prática de responsabilidade é construída mutualmente, com participação dos agentes envolvidos nas relações, principalmente em situações de interdependência e vulnerabilidade, identificando quando e onde ocorre essas situações. Ao analisar a parte social da vida e a moralidade, revela-se o entendimento da sociedade e que a responsabilidade é atribuída a todos, sustentando, assim, a formação da prática. Essa prática permite que o sujeito se torne responsável pelo que aprende, como se vê e como vê o outro no seu contexto, como um poder sensitivo de comunicação (WALKER, 2007).

Assim sendo, a concretização da prática de responsabilidade se dá no entendimento da produção de conhecimento para realizar julgamentos e uma tomada de decisão que faça sentido para a pessoa e para a comunidade, dentro dos padrões normativos da comunidade, não se

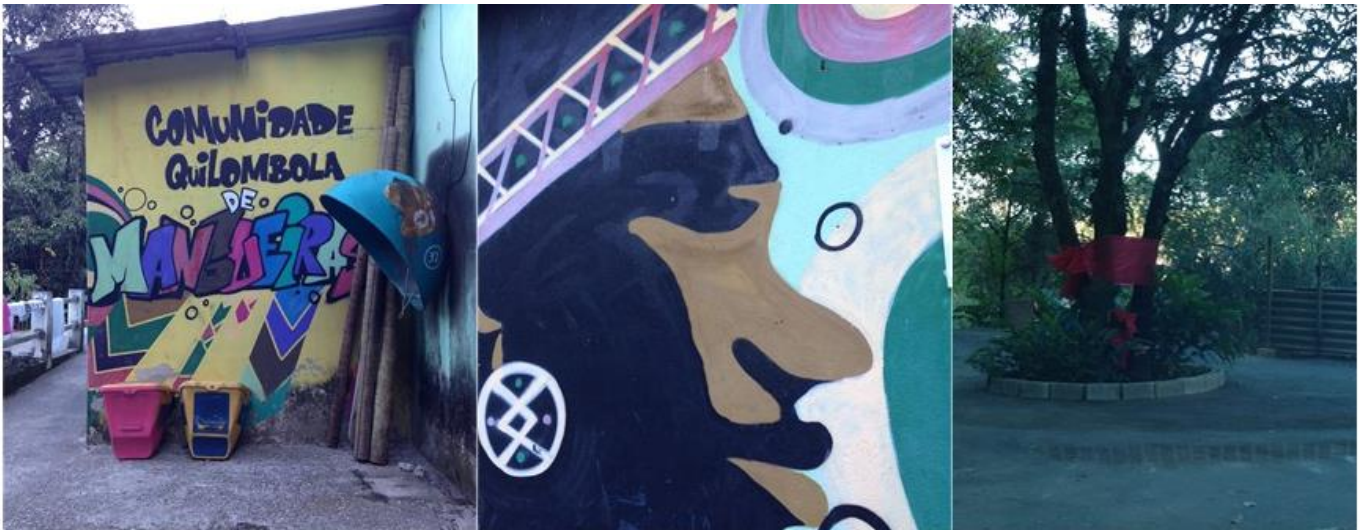
aceitando, portanto, padrões definidos *a priori*, mas sim a modulação de padrões conforme o contexto social. Padrões estes que envolvem as relações, a história, a cultura, os valores e as crenças. A prática também está relacionada ao autoconhecimento, autocrítica, autorreflexão, sendo histórica e politicamente informada (WALKER, 2007). Para a autora, uma vez conhecendo o que requer para uma boa prática, passa-se a entender que essa prática precisa ser comum, por isso envolve responsabilidade, é naturalizada e, epistemologicamente, crítica à uma normativa do conhecimento produzido na comunidade.

Em suma, no modelo expressivo colaborativo há um comprometimento com a transformação da sociedade de modo a buscar a eliminação de qualquer forma de opressão baseados em características com gênero, etnia, orientação sexual e classe econômica (WOLF, 1996; WALKER, 2003). Assim, a prática de responsabilidade é construtiva no sentido do compartilhamento de conhecimentos entre os envolvidos, podendo reproduzir termos já reconhecidos ou mesmo transformá-los para (re)interpretar e (re)descrever ações humanas como avaliações para tomada de decisões (WALKER, 2007). Por essas ações, são expressados o sentido de responsabilidade e o posicionamento social de cada indivíduo dentro da moralidade, ou seja, dentro do seu contexto. Faz-se necessário, portanto, articular o que pode fazer e como fazer em uma relação ao pensamento moral, considerando as particularidades dos grupos sociais e a responsabilidade moral que cada agente tem dentro do seu contexto. A prática de responsabilidade pertence ao discurso social, em que os assuntos morais precisam ser descritos e criticamente avaliados dentro da vida social (WALKER, 2007). É preciso um olhar para o contexto social de modo a compreender as coisas como elas realmente são, independentemente da visão individual, mas sobretudo na visão da experiência social (WALKER, 2007).

Nessa perspectiva, considerando o profissional enfermeiro na ESF, para construir sua prática faz-se necessário a apreensão do contexto social do indivíduo e da coletividade, visto que este é permeado por singularidades culturais, diversidade étnica e por situações de vulnerabilidades sociais. Para isso é necessário que o enfermeiro seja capaz de delimitar o contexto e compreendê-lo. Desse modo, na perspectiva do modelo expressivo colaborativo, a prática do enfermeiro precisa ser fundamentada na construção compartilhada de saberes no intuito de entender as pessoas no caminho do relacionamento interpessoal, buscando eliminar os arranjos que possam servir à opressão e à invisibilidade dos sujeitos dentro das comunidades. A prática só se concretizará no compartilhamento de responsabilidade moral, norteada pela moralidade. Moralidade que está impregnada nas pessoas, portanto, requer que o profissional

em sua prática desenvolva a capacidade humana para a autoconsciência e a conscientização dos outros, evolução da linguagem, exemplar julgamento, formas de deliberar e distribuir responsabilidade, reconhecida como autoridade compartilhada em seu ambiente social.

*"VISITA DO REI DE IFÉ – Confluência de Saberes
No dia 16 de junho de 2018 o Quilombu Mangueiras, reconhecido junto com os
Quilombos Manzo N'Gunzo Kaiango e Luizes como Patrimônio Cultural
Imaterial da Cidade de Belo Horizonte, recebeu a visita do Ooni de Ifé,
Ogunnwusi Adeyeye Enitan, em um movimento de celebração cultural e
confluência de saberes."(Dizeres na placa recebida pela comunidade)*



Comunidade Quilombola Mangueiras – Belo Horizonte, MG

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Delineamento Epistemológico

Para fins desse estudo, a prática do enfermeiro será analisada na perspectiva filosófica da Ética Feminista. Tal escolha se mostrou pertinente para apreender o objeto da investigação que se trata da prática constituída pela atuação do enfermeiro na ESF, a qual é permeada por relações, julgamentos, responsabilidades, formação de caráter e experiência social.

A complexidade que envolve a constituição da prática exige uma dimensão epistemológica, orientada por bases filosóficas, que permita entender que a sua concepção está no modo de fazer saúde associada à subjetividade dentro de um contexto social e que é construída considerando os valores morais, culturais e históricos dos indivíduos envolvidos nas relações. Neste sentido, busca-se compreender a experiência subjetiva dos indivíduos dentro de seu contexto social, o qual é dotado de identidade, cultura, história, valores, saberes e responsabilidades associados a diferentes formas de criar, modificar e interpretar o mundo. Isto é, a experiência subjetiva dos indivíduos perpassa por aspectos que envolvem a moralidade.

A epistemologia feminista se ocupa das premissas do contexto, isto é, da moralidade, que emerge indutivamente. A moralidade é composta pela cultura, história, crenças, valores e diferenças étnicas, as quais precisam ser conhecidas como um produto intersubjetivo construído pelo reconhecimento social e moral mútuo, pelas correções e críticas das reivindicações de saber, sendo uma experiência singular que é compartilhada com todos os membros de uma dada comunidade (WALKER, 2007).

É nessa nuance da moralidade que a prática acontece, considerada por Walker (2007) como uma prática de responsabilidade. A autora reconhece que essa prática se dá nas interações e relações, por meio de reconhecimento das subjetividades e das negociações entre os atores sociais, sendo capaz de fornecer um trabalho digno de crédito e de interesses que fazem sentido para pessoas que vivenciam experiências semelhantes, uma vez que se fundamentam em certa moralidade.

Nessa perspectiva, o presente estudo assume a atuação da enfermagem como uma prática de responsabilidade. Nesse sentido, a prática do enfermeiro precisa se conformar pela incorporação da moralidade do contexto onde ele está inserido, reconhecendo os sujeitos e seus valores morais no seu contexto sociopolítico. A prática de responsabilidade, como um discurso da filosofia moral, envolve o julgamento moral e a responsabilidade moral formada na

experiência social (WALKER, 2007). Então, a prática do enfermeiro precisa buscar a reflexão sobre o que faz sentido para os indivíduos em seu modo de vida na sociedade, com seus valores e saberes.

A prática de responsabilidade se torna ainda mais complexa quando se considera o contexto das injustiças sociais que assolam o Brasil. As injustiças destituem, muitas vezes, a sociedade da humanidade, tornando-se um desafio para os profissionais a realização de práticas pertinentes aos diversos grupos sociais. Assim sendo, a prática precisa ultrapassar as normas e regras estabelecidas pela política de saúde, expressas pelo modelo teórico-jurídico (Walker, 2007), embora não se deve negligenciá-lo. A prática precisa focar também o agente moral e a coletividade que envolve seu contexto, no seu modo de vida e em sua concepção de saúde, desvelando o modelo expressivo colaborativo.

Para Zoboli (2016), a prática, com ênfase na responsabilidade ética social e coletiva, deve ser capaz de promover saúde, sobrevivência humana e justiça social. Para tanto, faz-se necessário que o enfermeiro reconheça as diferentes culturas e modos de viver dos sujeitos, incorporando a moralidade para atuarem na pluralidade étnico-racial brasileira, abordando as desigualdades sociais com atenção especial aos grupos em vulnerabilidades.

Dessa maneira, observa-se que a moralidade, em saúde, ocupa um lugar de destaque no conjunto da prática de responsabilidade, defendendo a busca de uma sabedoria capaz de examinar as possibilidades para promover a saúde e a justiça social, além de reconhecer o contexto *in loco* onde o agente moral está situado. Logo, a saúde na perspectiva da moralidade requer transdisciplinaridade, dada a complexidade que representa a inclusão dos determinantes sociais, da subjetividade, do contexto sociocultural e da saúde, o que dificulta a moral das condutas humanas (ZOBOLI, 2016).

Considera-se, portanto, uma prática de responsabilidade embutida de valores morais que critica a teoria ética hegemônica hierárquica que domina e oprime a população, visto que percebe o impacto das diferenças de distribuições de privilégios social e de poder, tanto na moralidade como na ética, enquanto representação reflexiva e sistemática das desigualdades (LIASCHENKO; PETER, 2006).

Na sociedade contemporânea é um grande desafio realizar uma prática constituída por responsabilidades morais mútuas, considerando os saberes e as posições sociopolíticas das pessoas. Para isso, o modelo expressivo colaborativo prevê a importância das competências morais, políticas e culturais para desenvolver a prática de responsabilidades moral, afim de eliminar a opressão sofrida por alguns grupos na sociedade (WALKER, 2007).

A competência moral é baseada no reconhecimento do contexto social de forma a desenvolver, nos agentes morais, habilidades para identificar saberes que as pessoas têm para viver de acordo com o entendimento moral que prevalece dentro da comunidade, sendo capaz de incorporar e defender reivindicações. Faz-se necessário habilidade relacional; reflexão crítica sobre padrões de entendimento de como viver; conhecer as diferenças entre as comunidades; realizar autorreflexão; ter forte objetividade, ou seja, ser capaz de examinar a si mesmo em busca dos elementos que definem o que é o conhecimento; ser naturalizado, o que significa que a moralidade precisa ser vista como pertencente a um meio social de entendimentos e ajustes (WALKER, 2007). O sujeito, quando adquire a competência moral, conduz atenção para o discurso, procedimentos e relações de negociação que compreende quais são e como se estruturam os elementos morais de determinada comunidade (POSSEBON, 2015). Nessa ótica, precisa-se articular o que se pode fazer e como fazer em relação ao pensamento moral do indivíduo e da comunidade (WALKER, 2007).

A competência cultural apresenta-se na dimensão da sensibilidade às crenças culturais e suas origens, às práticas de responsabilidade e às expectativas das pessoas e das comunidades (WALKER, 2007). As habilidades exigidas são de autoconsciência para compreender a diversidade cultural, sensibilidade às questões relacionadas à cultura, raça, etnia, gênero e orientação sexual. Ademais, o profissional precisa incorporar características individuais, capacidade em desenvolver a autenticidade, em um exercício de reconhecimento da própria identidade cultural (autoconsciência) e disponibilidade para entender as outras culturas, em uma atitude respeitosa dos diversos pontos de vista, contribuindo para diminuir as discordâncias culturais e a imposição de uma cultura sobre outra. Ainda, deve incorporar as habilidades linguagem adequada a cada cultura e avalia etnicamente o significado que a cultura tem para as pessoas (RODRIGUES; MARTINS; PEREIRA, 2013). A competência cultural pode reduzir as disparidades na saúde entre as minorias e a população majoritária (HELMA, 2009).

A competência política configura-se na capacidade de emitir juízo próprio que responda às necessidades do cenário social. (MELO *et al.* 2017). O profissional precisa entender seu posicionamento e sua atuação na perspectiva de valor de empoderamento político. Diante disso, requer da profissional habilidade crítica para entender as relações de poder e reconhecer a segmentação e estratificação existente na sociedade com relação ao gênero, classe, raça, idade, educação, profissionalização, prática sexual e outras hierarquias de poder e status (WALKER, 2007). O profissional precisa conhecer os padrões normativos, bem como o contexto social que define modos específicos nos quais tornam possível identificar o que se pode ou não fazer,

apoiados nas relações sociais e institucionais, visto que deve ainda realizar ações críticas e autorreflexivas aos padrões pré-estabelecidos.

Entende-se que o desenvolvimento de competências moral, cultural e política fortalecem a prática de responsabilidade, pois ajudam o agente moral a reconhecer e, ao mesmo tempo, legitimar a moralidade de determinado contexto. Essas competências, aplicadas à prática de enfermagem na ESF, permitem fundamentar ações para melhoria do acesso aos cuidados de saúde, na busca por eliminar barreiras estruturais e organizacionais, na reflexão crítica de programas e políticas que possam organizar o serviço de saúde de forma mais apropriada culturalmente, considerando o contexto em que está inserida a comunidade.

3.2. Delineamento Metodológico

Trata-se de um estudo conduzido pela abordagem qualitativa, cuja escolha se deu por possibilitar a compreensão de aspectos subjetivos dos acontecimentos vividos no cotidiano com base em descobertas empíricas com uma abordagem interpretativa da visão de mundo e sua manifestação (POUPART *et al*, 2010). Minayo (2013) aponta que a pesquisa qualitativa é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação e nas construções humanas significativas.

A abordagem qualitativa permite expor a complexidade da vida humana e evidencia significados subjetivos da vida social, partindo-se do fundamento de que há uma interdependência viva entre os indivíduos e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2010). Nessa abordagem, o pesquisador busca compreender em profundidade vários aspectos da vida social e da realidade que emerge da experiência pelos informantes.

Assume-se como delineamento metodológico o estudo de caso. O objeto do presente estudo é a prática do enfermeiro no contexto de comunidades quilombolas e a questão de pesquisa expõem a natureza de um fenômeno contemporâneo e complexo que envolve comportamentos sobre os quais não se tem controle. No presente estudo, buscou-se responder aos questionamentos com base na proposição teórica da ética feminista, proposta por Margaret Urban Walker.

O estudo de caso abrange pesquisas empíricas na área das Ciências Sociais, nas quais o desejo do pesquisador encontra-se nos fenômenos sociais complexos, sendo eles representados por um “caso”, no qual o pesquisador se debruça, holisticamente. Assume-se, pois, que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2015). Esse entendimento engloba importantes condições contextuais pertinentes que devem ser consideradas.

Além disso, o estudo de caso é uma forma de organizar, coletar, apresentar e analisar os dados empíricos, preservando a singularidade do objeto social em estudo. Dessa forma, o estudo de caso permite ao pesquisador focar em um “caso” e reter dele uma perspectiva holística, no seu contexto real, preocupando-se com a apresentação rigorosa e justa dos dados empíricos (YIN, 2015). O autor aponta que o caso deve ser definido e delineado, considerando que haja a manifestação concreta do fenômeno.

Para definir um caso é importante ter clareza quanto às questões e proposições de estudo. Segundo Yin (2015),

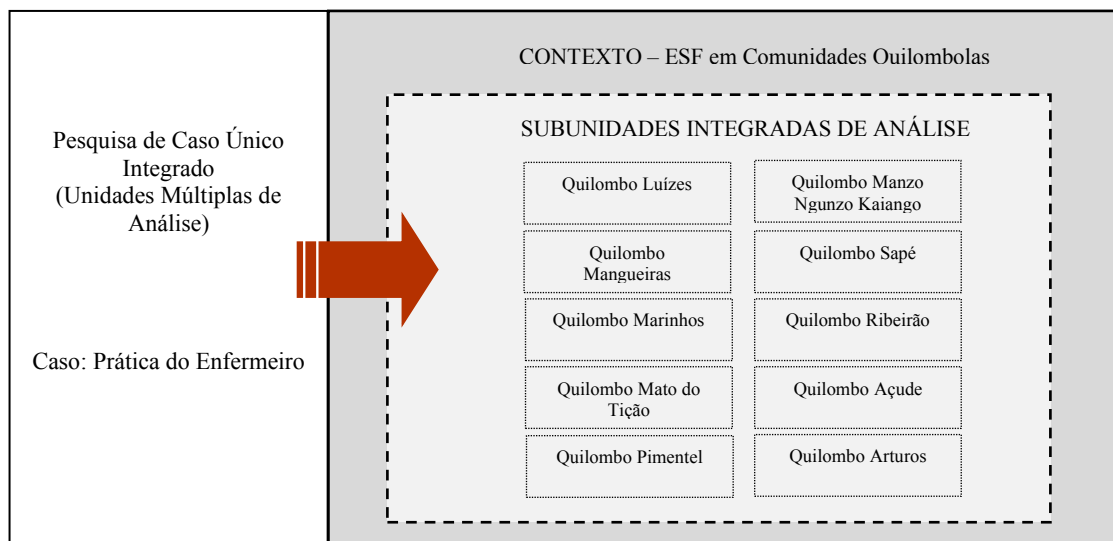
“é preciso questões e proposições de estudo que possam identificar as informações relevantes a serem coletadas, sem essas questões e proposições, o estudo seria tentado a cobrir “tudo” sobre a investigação, o que é impossível de fazer. Quanto mais um estudo de caso contiver questões e proposições específicas, mais ele permanecerá dentro dos limites viáveis” (YIN, 2015, p.33).

Portanto, a definição do caso deve abranger um fenômeno do cotidiano e ser especificamente delineado, apontando o contexto em que ele será analisado.

O caso estudado nessa tese é a prática do enfermeiro da ESF em comunidades quilombolas, sob o prisma epistemológico da ética feminista. As comunidades quilombolas formam as unidades de análise integradas, caracterizando o estudo de caso único integrado. Para tal, levou-se em consideração o contexto, a cultura e os valores ético-morais individuais embutidos no cotidiano.

As unidades de análise somaram dez comunidades quilombolas, sendo cada uma delas uma subunidade de análise que em sua totalidade compõem o caso, conforme apresentado na (Figura 1). Em cada unidade integrada de análise foram analisadas as condições contextuais em relação à prática profissional do enfermeiro. Cabe esclarecer que as linhas pontilhadas entre o caso e o contexto assinalam que suas fronteiras não são claramente evidentes.

Figura 1. Apresentação do Estudo de Caso Único Integrado, Belo Horizonte, 2020.



Fonte: elaborado para fins desse estudo, adaptada de Yin (2015).

O estudo de caso integrado permite a abordagem do caso em uma perspectiva global ao assumir a prática do enfermeiro na ESF delimitando as especificidades das comunidades quilombolas, favorecendo *insights* que se manifestam pela compreensão de diferentes realidades, realizando conexões entre informações distintas, levando a uma compreensão avançada. Desse modo, no estudo de caso é possível realizar generalizações analíticas uma vez que é adotado proposições teóricas robustas para sustentar a análise dos resultados (YIN, 2015). O autor afirma que este é um ponto importante do estudo de caso e de validade externa, por isso é desejável, para desenvolver o estudo, o desenvolvimento de proposições teóricas apropriadas como parte do projeto. Essas proposições podem representar as questões centrais da pesquisa e formarão, após os resultados das análises empíricas, as bases para uma generalização analítica por permitir avanços teóricos mediante o estudo empírico. E mais, segundo o autor, “a generalização analítica pode ser baseada tanto em corroboração, modificação, rejeição ou avanço de conceitos teóricos referidos no projeto de seu estudo de caso, quanto em novos conceitos que surgirem com a sua conclusão” (YIN, 2015, p.44).

A abordagem qualitativa com delineamento do estudo de caso adotada permitiu compreender a prática profissional do enfermeiro na ESF em comunidades quilombolas e a produção de subjetividades em seus aspectos relacionais e morais.

3.2.1 *Cenário da pesquisa*

O cenário desse estudo foi a ESF onde estão adscritas as comunidades quilombolas, certificadas pela FCP¹, alocadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), no estado de Minas Gerais. Essas comunidades estão nos municípios de Belo Horizonte, Contagem, Pedro Leopoldo, Brumadinho e Jaboticatubas (Figura 2).

Figura 2. Mapa da RMBH e quantidade de Quilombos certificados, 2020



Fonte: elaborado pela autora para fins desse estudo, 2018

A RMBH, também chamada de Grande Belo Horizonte, foi criada em 1973 pela Lei Complementar Federal n.º 14/73 e, atualmente, é regulamentada pela Lei Complementar do Estado de Minas Gerais LEC n.º 89/2006. A RMBH é composta por 34 municípios, possui uma população de 5.916.189 habitantes, 26% da população do Estado de Minas, com extensão Territorial de 9.460 Km², 1,6% do território estadual²

O espaço metropolitano foi dividido em 7 Vetores de Expansão, formados pelos seguintes municípios (SOUZA, 2008):

1. Belo Horizonte: capital de Minas Gerais, o núcleo da RMBH;
2. Oeste: Contagem, Betim, Ibirité, Sarzedo e Mário Campos;
3. Norte Central: Ribeirão das Neves, Santa Luzia, Vespasiano e São José da Lapa;

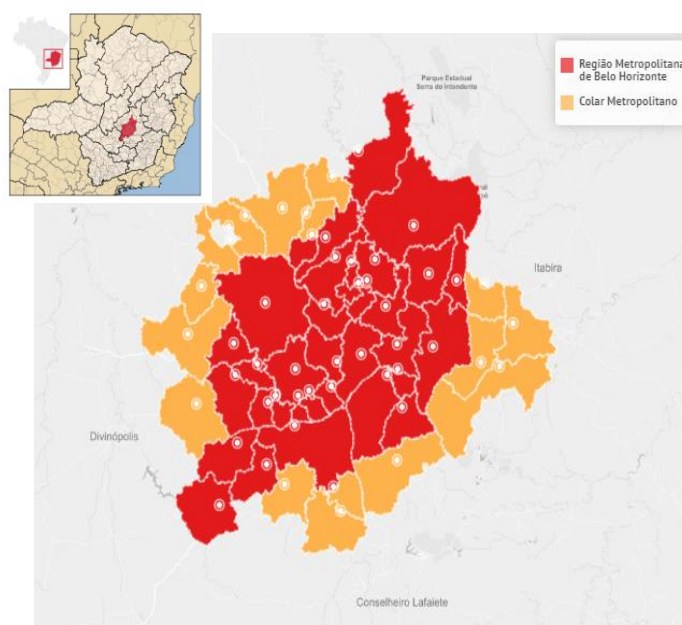
¹ Fundação Cultural Palmares (FCP): A FCP foi fundada em 1988 pelo Governo Federal com o objetivo de promoção e preservação da arte e da cultura afro-brasileira; é uma entidade vinculada ao Ministério da Cultura (MinC). Disponível em: www.palmares.org.br.

² Informações disponíveis no site: <http://www.agenciarmbh.mg.gov.br/institucional/rmbh-e-colar-metropolitano/>

4. Norte: Confins, Lagoa Santa, Pedro Leopoldo, Baldim, Jaboticatubas, Nova União, Taquaraçu de Minas, Matozinhos e Capim Branco;
5. Leste: Sabará e Caeté;
6. Sul: Nova Lima, Brumadinho, Raposos, Rio Acima, Rio Manso, Itaguara e Itatiaiuçu;
7. Sudoeste: Matheus Leme, São Joaquim de Bicas, Igarapé, Juatuba, Florestal e Esmeraldas.

A RMBH era originalmente composta por 14 municípios: **Belo Horizonte**, Betim, Caeté, **Contagem**, Ibirité, Lagoa Santa, Nova Lima, **Pedro Leopoldo**, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia e Vespasiano. Em 1989 incorporou à RMBH os municípios de **Brumadinho**, Esmeraldas, Igarapé e Mateus Leme, além de introduzir a figura do Colar Metropolitano. Em 1997, seis outras municipalidades foram incorporadas: Florestal, Rio Manso e os ex-distritos recém-emancipados de Confins, Mário Campos, São Joaquim de Bicas e Sarzedo. Em 2000, entraram para a RMBH os municípios de Baldim, Capim Branco, **Jaboticatubas**, Taquaraçu de Minas, Itaguara, Matozinhos, Nova União. Em 2002 foi incorporado o município de Itatiaiuçu. Hoje tem um total de 34 municípios na RMBH³ (Figura 3)

Figura 3. Mapa da RMBH, 2020



Fonte: <http://www.rmbh.org.br/rmbh.php>, 2020.

³ Informações disponíveis no site: <http://www.rmbh.org.br/rmbh.php>

Com relação às comunidades quilombolas, em 2019 havia, no Brasil, 2.744 comunidades quilombolas certificadas pela FCP, sendo, em Minas Gerais, 301 comunidades. Na RMBH, existiam até o momento da coleta de dados 10 comunidades quilombolas certificadas pela FCP: três comunidades localizadas em Belo Horizonte, (Comunidade Quilombola dos Luízes, Manzo Ngunzo Kaiango e Mangueiras), três em Brumadinho (Quilombo de Sapé, Marinhos e Ribeirão), duas em Jaboticatubas (Comunidade Quilombola Mato do Tição e Açude), uma em Pedro Leopoldo (Comunidade Quilombola de Pimentel) e uma em Contagem (Comunidade Quilombola Arturos) (FCP, 2018).

Para fins deste estudo, foram consideradas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da RMBH que têm, em seu território, as comunidades quilombolas certificadas pela FCP conforme mostra a tabela 1. As três comunidades de Belo Horizonte não aceitaram participar das entrevistas coletivas.

Tabela 1. Unidades de Saúde e Comunidades Quilombolas certificadas na RMBH, 2020.

UBS	Comunidade
• <i>Belo Horizonte</i>	
Centro de Saúde de São Jorge	Comunidade quilombola dos Luízes
Centro de Saúde Paraíso	Comunidade quilombola Manzo Ngunzo Kaiango
Centro de saúde MG 20	Comunidade quilombola Mangueiras
• <i>Contagem</i>	
PSF Alvorada	Comunidade Quilombola dos Arturos
• <i>Brumadinho</i>	
Centro de saúde de Marinhos	Quilombo de Sapé
	Comunidade Quilombola de Marinhos
	Quilombo de Ribeirão
• <i>Jaboticatubas</i>	
ESF Equipe Verde	Comunidade Mato do Tição
ESF	Comunidade Quilombola Açude
• <i>Pedro Leopoldo</i>	
ESF Magalhães	Comunidade Quilombola de Pimentel

Fonte: Elaborado para fins desse estudo, 2020.

Todas as unidades possuíam em sua área adscrita a comunidade quilombola, além de outros usuários/famílias não pertencentes ao quilombo.

No que diz respeito à composição das equipes, nos municípios de Contagem, de Brumadinho, de Jaboticatubas e de Pedro Leopoldo a ESF possuía em sua formação básica Enfermeiro, Médico, Auxiliar/técnico de enfermagem e ACS. Já em Belo Horizonte, a mesma unidade de saúde contava com várias equipes de ESF, equipe odontológica, sala de vacina, sala

de curativo, farmácia, equipe de psicólogo e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) na mesma infraestrutura da ESF.

3.2.2 *Participantes do estudo*

Os participantes desse estudo corresponderam à totalidade de enfermeiros da equipe da ESF que atuam com as Comunidades Quilombolas e 59 moradores dos quilombos cadastrados na ESF.

A inclusão desses moradores se justifica pelo fato de que a prática do enfermeiro se constitui como uma atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos, com legitimidade por quem a recebe (CORTINA, 2005). Portanto, a prática só é vista como tal por quem se beneficia dela, sendo, nesse estudo, os moradores das comunidades quilombolas.

Antes da coleta de dados, o pesquisador inseriu-se no campo da pesquisa para conhecer a ESF, a comunidade e levar informações sobre a pesquisa, seus objetivos e as fontes empíricas de coleta de dados. Após a primeira aproximação, os participantes foram convidados a integrarem a pesquisa, participando voluntariamente aqueles que tiveram interesse. Em seguida, foi agendado um momento para as entrevistas individuais. Por meio dos ACS, a pesquisadora conheceu o líder da comunidade que foi o elo para a realização das entrevistas coletivas. O líder explicou para a comunidade as informações sobre a pesquisa e sete comunidades aceitaram participar voluntariamente. Dessa forma, foi agendado um dia e horário escolhido pelo grupo para a realização do encontro. As três comunidades de Belo Horizonte não quiseram participar. Houve uma conversa informal com os líderes dessa região, realizamos mais de uma visita em cada comunidade, porém não houve adesão dos moradores.

O critério de seleção para os enfermeiros foi estar atuando na ESF no atendimento à comunidade quilombola. Participaram da pesquisa três enfermeiros de Belo Horizonte; um em Contagem; um em Brumadinho, pois o mesmo profissional atende as três comunidades quilombolas do município; um em Jaboticatubas, em Jaboticatubas eram duas ESF, porém em uma delas não havia enfermeiro na equipe no período da coleta de dados; e um profissional em Pedro Leopoldo, compondo sete enfermeiros no total. O perfil dos enfermeiros apresenta-se na tabela 2.

Para os moradores das comunidades quilombolas, os critérios de seleção foram: a maioria, serem residentes das comunidades quilombolas, estarem cadastrados na ESF. Participaram 59 quilombolas pertencentes às comunidades de Arturos, Marinhos, Ribeirão,

Sapê, Açude, Mato do Tição, Pimentel, perfazendo o total de sete comunidades. O perfil dos quilombolas apresenta-se na tabela 3.

Tabela 2. Perfil dos Enfermeiros Participantes dessa Pesquisa, 2020.

Sexo	raça/ cor*	Idade	Estado civil	Filhos	Tempo de Formação	Especialização	Tempo de atuação na ESF	Tempo atuando na Comunidade
F	B	32	C	1	10 anos	Saúde da família	9 anos	6 meses
F	B	36	C	1	14 anos	Não tem	8 anos	8 meses
F	P	41	C	1	8 anos	Saúde da família	8 anos	18 meses
F	B	35	C	1	10 anos	Saúde da família	8 anos	3 anos
M	N	40	C	0	13 anos	Saúde da família	13 anos	4 anos
F	B	47	C	2	21 anos	Saúde da família	16 anos	8 anos
F	B	43	C	2	20 anos	Saúde da família	18 anos	13 anos

Fonte: elaborado pela autora para fins desse estudo, 2020.

*(raça/cor: B=Branca / P=Parda / N=Negra)

Tabela 3. Perfil dos Participantes das Comunidades Quilombolas, 2020.

Variável	Quantidade	Variável	Quantidade
Sexo		Ocupação	
F	50	Aposentado	18
M	9	Do lar	16
Idade		Diarista	10
Variou de	20≥85	Pensionista	3
Estado Civil		Auxiliar de limpeza	3
Casado	41	Autônomo	2
Solteiro	13	Monitora de escolar	2
Viúvo	5	Sem trabalho	1
Escolaridade		Matador de frango	1
Ensino Fundamental Completo	3	Professora	1
Ensino Fundamental incompleto	7	Recepção de posto	1
Ensino Médio Completo	47	Atendente de supermercado	1
Ensino Médio Incompleto	1		
Ensino Superior	1		

Fonte: elaborado pela autora para fins desse estudo, 2020.

3.2.3 Coleta dos dados

A opção metodológica pelo estudo de caso exige que o pesquisador adote mais de uma técnica de coleta de dados, de modo a fazer a triangulação de dados, princípio fundamental para garantir a qualidade dos resultados (YIN, 2015). Dessa forma, realizou-se a coleta de dados

desse estudo mediante três fontes empíricas: a observação, a entrevista individual com roteiro semiestruturado com os enfermeiros e entrevista coletiva com os quilombolas (APÊNDICE A). A coleta foi realizada entre fevereiro e junho de 2018.

No que se refere à observação, trata-se de parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2013). É uma técnica para conseguir informações utilizando os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não consistindo apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. Nesse sentido, a observação possibilita o contato pessoal e estreito do investigador com o fenômeno pesquisado, apresentando, como principal objetivo, registrar e acumular informações que devem ser controladas e sistematizadas (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Nesse estudo, realizou-se observação direta e informal, cuja denominação decorre da inexistência de roteiro previamente estabelecido, que aconteceu nos ambientes da ESF e nas Comunidades Quilombolas visitadas. Os dados obtidos foram registrados em diário de campo, recebendo a denominação de Notas de Observação (NO), no qual foram pontuadas impressões pessoais, como também resultados de conversas informais.

No estudo de caso, a entrevista com roteiro semiestruturado merece atenção especial, sendo descrita como importante fonte de informação (YIN, 2015). Isso se dá pelo fato de que a entrevista é capaz de obter dados subjetivos, com valores e reflexões do participante que são imprescindíveis para responder aos questionamentos do estudo (MINAYO, 2013). Quanto ao roteiro semiestruturado, permite-se que o entrevistado fale livremente sobre suas experiências, descrevendo com detalhes as dimensões abordadas. O pesquisador, por sua vez, fornece oportunidade para isso e, assim, torna-se possível captar as falas de modo a enriquecer o material de análise (POUPART, 2010). De certo, o roteiro direcionou o encontro do pesquisador com o enfermeiro no sentido de compreender o cotidiano de trabalho, suas potencialidades e dificuldades no que concerne aos valores ético-morais mobilizados para o desenvolvimento da prática.

Para a realização das entrevistas, houve, primeiramente, contato telefônico ou pessoal com o gerente da unidade de saúde, ou diretamente com o enfermeiro. O local de realização das entrevistas foi reservado na própria unidade de saúde, indicado pelos participantes, preservando-se sua privacidade. O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos e os enfermeiros responderam às questões referentes ao seu conhecimento acerca da comunidade, das políticas públicas voltadas para o atendimento à população negra, da prática na ESF na comunidade e, finalmente, sobre os entraves e facilidades do cotidiano. No dia da entrevista,

foram explicados os objetivos e as fontes de coleta de dados da pesquisa, apresentado o termo de consentimento, o qual os entrevistados assinaram antes que começasse a entrevista. Por fim, as entrevistas foram gravadas e sua transcrição, efetivada na íntegra.

Com relação à entrevista coletiva, foi uma coleta realizada em grupo, a qual permitiu ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitiu descrever e compreender as relações que se estabelecem no interior daquele grupo (DUARTE, 2004). A entrevista coletiva foi realizada com moradores das comunidades quilombolas cadastrados na ESF e que quiseram participar voluntariamente da investigação. As questões norteadoras para a entrevista coletiva foram sobre o significado de viver na comunidade quilombola e viver em comunidade; acerca do atendimento de saúde e as dificuldades que eles encontram para esse atendimento, tendo em vista as particularidades da comunidade.

Ainda sobre a entrevista coletiva, esta foi realizada após o encontro com o enfermeiro e com mediação do ACS para contato do líder da comunidade. Assim, foi agendado diretamente na comunidade o dia do encontro, com exceção da comunidade Mato do Tição (Jaboticatubas), onde o ACS agendou e acompanhou a entrevista. Após contato com o líder da associação foi agendado o encontro com a comunidade em local na mesma comunidade sugerido pelos moradores. Foram realizados sete encontros para as entrevistas, um em cada comunidade, com exceção de Belo Horizonte. Realizou-se uma visita nas comunidades quilombolas em Belo Horizonte, porém não houve adesão dos moradores para participação na pesquisa. O número de participantes por grupo foi de oito pessoas na comunidade Sapê; oito na comunidade Ribeirão e sete na comunidade Marinhos no município de Brumadinho; oito na Comunidade de Pimentel, em Pedro Leopoldo; sete na Comunidade de Arturos, em Contagem e; em Jaboticatubas foram 11 pessoas na Comunidade de Mato do Tição e 10 na comunidade Açude, totalizando 59 pessoas das comunidades. O tempo médio das entrevistas coletivas, por grupo, foi de 40 minutos. Os depoimentos foram gravados e transcritos integralmente. Todos os participantes assinaram o TCLE antes do início da entrevista.

3.2.4 *Análise dos dados*

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 2011), a fim de interpretar os significados das falas dos

participantes oriundas das entrevistas individuais, da entrevista coletiva e das NO oriundas do diário de campo.

Cabe explicar que a Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2011), consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações estabelecidas entre o pesquisador e participantes, visando obter a essência dos relatos por procedimentos organizados com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens.

Nesse sentido, caracteriza-se como uma técnica que busca superar o senso comum e o subjetivismo da interpretação para atingir uma análise crítica de textos (biografias, observação ou entrevistas). Então, a análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície descrita e analisada dos textos com os fatores que determinam suas características, quais sejam: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2013).

O objeto da análise de conteúdo para esta pesquisa é a fala dos participantes, em seu aspecto individual e em ato da linguagem. Assim, utilizou-se a técnica de observação para compreender os sujeitos no ambiente em que ele está inserido, em determinado momento, buscando apreender, por meio das palavras, suas realidades (BARDIN, 2011). Nessa técnica, a subjetividade dos sujeitos está presente levando em consideração a individualidade de suas falas.

Para a realização dessa análise, procedeu-se a organização em três etapas: *pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação* (BARDIN, 2011).

A etapa da **pré-análise** consistiu na organização do material em si, sistematizando as ideias iniciais, convergentes e divergentes dos enunciados de acordo com sua representatividade e sua ocorrência. Nesse momento, foi realizada a leitura flutuante e exaustiva das falas.

No que se refere ao *corpus* documental da pesquisa, foi constituído pelas transcrições das entrevistas com os enfermeiros, das entrevistas coletivas realizadas com os moradores das comunidades e as NO. Em seguida, esses documentos foram inseridos no *software* ATLAS.ti 7.0, compondo uma unidade hermenêutica com 14 documentos em Word.

Destaca-se que o *software* contribui para o gerenciamento das informações e codificação do texto, sendo assim utilizado como ferramenta operacional para a organização e análise dos dados, o que favoreceu a indexação, a busca e a teorização (BRITO *et al*, 2016).

A etapa *de exploração do material* consistiu no desmembramento do texto em códigos - *codes* – que são agrupados formando categorias. A codificação é realizada por meio de recorte, agregação e enumeração dos dados do texto e permite a representação do conteúdo ou de sua expressão (BARDIN, 2011). Nessa etapa, ocorreu a seleção das frases relacionadas – *quotations* – aos objetivos e referencial teórico da pesquisa, bem como a codificação – *codes* – delas, utilizando-se as ferramentas operacionais do ATLAS.ti 7.0®. Os códigos, então, foram criados e reelaborados inúmeras vezes até atingirem os objetivos da pesquisa. Os *codes* foram agrupados segundo reagrupamentos temáticos. Para codificar, buscou-se identificar e extrair palavras e frases não apenas pela frequência de ocorrência, mas também pela expressividade do conteúdo, observando os modos de expressão e a singularidade dos enunciados. Assim, foram criados conjuntos de *codes*, os quais são denominados no software como *family* que auxiliaram na formação de categorias. Os agrupamentos temáticos formaram cinco *families*: "atuação do enfermeiro"; "histórias da comunidade"; importância do enfermeiro na APS"; dificuldades e necessidades da comunidade"; e, "distanciamento do enfermeiro" (APÊNDICE B). Ressalta-se que o *software* é um mecanismo para auxiliar na organização dos dados, sendo que, para sua efetividade, é necessário que o pesquisador o manipule em busca do seu objeto de estudo e de acordo com a técnica de análise de dados escolhida (BRITO *et al.*, 2016). Emergiram desse estudo duas categorias: "A moralidade no Contexto das Comunidades Quilombolas" e "Prática de Responsabilidade do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas".

Na última etapa da análise, onde apresenta-se a **inferência e a interpretação**, os dados categorizados foram tratados de forma a terem significados, a fim de aprofundar a análise e conferir maior densidade à investigação do fenômeno. Nesse sentido, os resultados foram tratados estabelecendo diálogo com a literatura.

Essa análise, inicialmente em separado e depois com o agrupamento dos dados das entrevistas, individuais, coletivas e das NO, constituiu-se na triangulação dos dados. Durante todo o processo, ocorreu uma triangulação dos achados (YIN, 2015), que aconteceu através do confronto entre os achados que continham congruências, desconexões e idiosincrasias entre as falas dos enfermeiros e dos moradores das comunidades. Em tempo, toda a análise foi realizada por meio da conexão dos aspectos levantados na literatura, nos grupos focais e entrevistas, buscando-se atingir os objetivos da pesquisa.

3.3.5 Aspectos éticos

Esse projeto de pesquisa foi submetido à análise pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e encaminhado aos secretários de saúde e aos Comitês de Ética dos cenários específicos em estudo (APÊNDICE D e ANEXO B). Posteriormente, foi submetido e aprovado (PARECER Nº 2.285.857/CAAE 71509317.0.0000.5149) pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da UFMG (ANEXO A) em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012a).

Os participantes que aceitaram participar do estudo foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que poderia acarretar. Dessa forma, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), que, depois de lido e compreendido, foi assinado. Destaca-se que foram reservados todos os direitos dos participantes, garantindo-lhes a liberdade de participar ou recusar, bem como de retirar seu consentimento no decorrer do trabalho por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Para garantir o anonimato, as entrevistas individuais dos enfermeiros receberam a denominação de “ENF”, seguida do número aleatório de 1 a 7, e as entrevistas coletivas com os quilombolas, a denominação “QUILOMBO”, seguida da numeração aleatória de 1 a 7, para representar o número de grupos realizados.

É pertinente esclarecer que a participação ocorreu de forma gratuita e voluntária, portanto sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, visto que todas as informações e esclarecimentos a respeito do estudo foram apresentados. As entrevistas foram agendadas antecipadamente, com condição e local mais adequados a cargo dos participantes, considerando, assim, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade.

"Comunidade é uma dessas palavras que transmitem uma sensação boa: é bom 'pertencer a uma comunidade', 'estar em comunidade'. Associamos a ela imagens de um lugar aconchegante, onde podemos nos refugiar das ameaças que nos espreitam 'lá fora!'"
(Comunidade Zygmunt Bauman)



Comunidade Quilombola do Ribeirão – Brumadinho, MG

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em três capítulos, sendo os dois primeiros destinados à apresentação das categorias temáticas "A moralidade no Contexto das Comunidades Quilombolas" e "Prática de Responsabilidade do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em Comunidades Quilombolas". O terceiro capítulo refere-se à análise conjunta das categorias, trazendo a interface da prática com as competências política e cultural.

Iniciarei os resultados com a descrição das comunidades, apresentação de um lugar novo, o contexto das comunidades participantes desse estudo. As comunidades afrodescentes visitadas apresentam uma construção estrutural em que suas casas estão localizadas próximas dos parentes, confirmando as características marcantes pela formação de parentesco. Em todas as comunidades tinham uma igreja, o que mostra a forte relação com a religiosidade. Após as entrevistas, tivemos momentos de convivência e conversas informais nos quais os quilombolas expressaram as dificuldades em manter viva a cultura e a tradição nos grupos, como rupturas religiosas e diversidades de pensamento sobre as formas de vida que extrapolam o contexto das CRQ. Essas rupturas enfraquecem a consolidação de viver em comunidade, o que faz com que muitas pessoas abandonem a comunidade. Durante encontros com as líderes da comunidade, percebi que elas valorizam o aprendizado passado dos pais para os filhos, a sabedoria dos anciãos, bem como a história do seu povo e, assim, influenciam o grupo pela dedicação à sua história a fim de manter viva a memória dos antepassados.

Observou-se também particularidades em relação às comunidades rurais. A esse respeito, as CRQ localizadas em áreas rurais estão distantes das sedes dos municípios e das unidades de saúde. As casas estão situadas em proximidade com o grau de parentesco entre os membros da comunidade. A terra quilombola possui significado importante para eles, visto que é lugar de moradia, de plantio de hortaliças, de consumo familiar e de criação de aves e animais. Os homens trabalham em localidades próximas e as mulheres são donas de casa, diaristas, cozinheiras e dedicam-se ao trabalho manual. Em todas as comunidades havia uma capela e, em apenas uma das comunidades rurais, havia uma escola e uma unidade de saúde. De modo geral, a população nos quilombos rurais vivia em situações precárias no que concerne às condições de vida, saúde, educação e trabalho, como por exemplo: estradas malconservadas, difícil acesso ao transporte público, ausência de coleta pública de lixo, ausência de água encanada, escolas distantes das comunidades e muitas pessoas com emprego informal, com renda familiar baixa. Todavia, as pessoas nessas comunidades sentem-se orgulhosas pelo fato

de serem quilombola e viverem na comunidade, reforçando a importância da formação familiar, da cultura e da religião na conformação do quilombo.

As comunidades quilombolas localizadas em áreas urbanas não apresentam as mesmas dificuldades das comunidades rurais com relação ao acesso aos serviços de saúde e à educação, uma vez que as unidades de saúde e a escola estão nas proximidades da comunidade. No entanto, essas comunidades foram sendo afetadas ao longo do tempo pelo crescimento da cidade, pelas influências urbanas e pela globalização que acontece de forma muito mais rápida em comparação ao campo. Há uma disparidade na construção civil que circunda as comunidades urbanas. Em uma delas, percebe-se visualmente os grandes prédios com arquitetura moderna circunscrivendo a comunidade quilombola com suas casas pobres e com poucos recursos. Os moradores desses prédios apresentam uma conformação socioeconômica diferente dos quilombolas na qual, segundo a enfermeira da ESF, são pessoas com poder aquisitivo alto, em sua maioria branca, com formação educacional privilegiada. Ao visitar a comunidade, é nítida a desigualdade social e econômica da comunidade e das pessoas no seu entorno (NO).

Com relação à prática do enfermeiro, percebeu-se que alguns deles buscam conhecer a comunidade e construir sua prática coerente com as necessidades dos usuários, com o intuito de entender seus modos de vida, sua cultura e sua concepção de saúde. Outros, não conseguem ir à comunidade quilombola e apreender seus modos de viver e as necessidades que apresentam. Nesses casos, o enfermeiro justifica não conhecer a comunidade devido à crescente demanda da unidade de saúde, as quais consomem o tempo de trabalho, interferindo negativamente na qualidade da assistência prestada à essa população específica (NO).

Observou-se a existência de dificultadores no que concerne à realização da prática, com destaque para a distância geográfica da comunidade até à unidade de saúde e a ausência de ACS próximo às comunidades nas áreas rurais; a sobrecarga de trabalho; o grande volume da população adstrita por ESF e; a falta de infraestrutura para o desenvolvimento das atividades. Todas essas questões comprometem o desenvolvimento da prática do enfermeiro, impactando diretamente na qualidade do acesso e do cuidado. Ademais, percebeu-se nas visitas às unidades que os enfermeiros se dedicam menos à assistência do que gostariam, realizando em grande parte do tempo atividades burocráticas e de ordem organizacional. Nesse contexto, o enfermeiro, muitas vezes, não consegue, por questões institucionais, exercer uma assistência de forma crítica e reflexiva, não encontrando meios de realizar sua prática de forma transformadora (NO).

4.1. A Moralidade no Contexto das Comunidades Quilombolas

Nesse capítulo, apresenta-se a categoria temática que aborda a moralidade no contexto das comunidades quilombolas, a qual é tecida nos modos de viver da comunidade, constituindo-se pela tradição, valores, expressões/manifestações culturais (música, dança), religiosidade e pela história associada à escravidão e à afrodescendência. Todos esses aspectos conformam e fortalecem a configuração dos quilombos.

Para Walker (2007), a moralidade está impregnada na construção do contexto social, refere-se à cultura, aos valores, às crenças, às tradições e aos modos de vida e experiências dos sujeitos, os quais são importantes suas interpretações da vida moral e dão visibilidades e legitimidade às interpretações e características dos grupos sociais.

O presente estudo evidenciou que a formação da comunidade associada à origem afrodescendente está vinculada ao parentesco, como a unidade de perpetuação da comunidade, sendo uma comunidade família, origem, lugar e memória na conformação da identidade afrodescendente.

É uma origem que nosso avô deixou, eu sinto assim. Ser quilombola é origem dos nossos bisavôs, a matéria viva deles está aqui. Tipo assim, o quilombo significa manter a raiz dos antepassados! Então eu vejo assim, que aqui no quilombo a gente vê a memória viva deles (QUILOMBO1).

Para mim ser quilombola é ser pessoa que vem de uma origem afrodescendente, que tem uma raiz e cultura que quer preservar e continuar, passar para os filhos, para os netos, para os amigos, para as crianças que estão chegando aqui. Para mim ser quilombola é um orgulho muito grande. A gente veio de uma história, assim, desde que nasceu, nos braços das mulheres quilombolas mesmo. Não tem dúvida, né? É muito forte isso dentro da gente. Na verdade, todo mundo que mora aqui é uma família, não é comadre? Chega ali é sobrinho, chega ali é tio, chega ali é vó, chega ali é neto, chega ali é sogra, sabe? Então, todos são parentes. É uma comunidade família (QUILOMBO2).

Para os quilombolas, pertencer à comunidade é motivo de orgulho, de rememorar a história dos antepassados e de manter viva sua luta. As CRQ compõem a diversidade de origens e histórias do povo brasileiro, enfatizando elementos da identidade cultural e da continuidade histórica afrodescendente ao longo das gerações. Para Vieira e Monteiro (2013), o quilombo tem um destaque histórico no Brasil, uma vez que evidencia o passado de um povo que resistiu ao sistema escravocrata, tornando-se, hoje, uma forma de organização político-social e de identidade étnica que os distinguem socialmente pelos elementos culturais e religiosos.

Com relação ao fato de viver na comunidade, os depoimentos reforçaram aspectos importantes para os quilombolas, como conhecer as pessoas à sua volta, compartilhar experiências e vivências e possuir o sentimento de união e de segurança.

Viver em comunidade é viver em comum, como dizia antigamente, nos princípios, os cristãos tinham tudo em comum, dividiam seus bens com alegria. Então ser comunidade, é viver assim, é um tentando ajudar o outro da maneira que pode, do jeito que pode (QUILOMBO2).

*O importante aqui é que **todo mundo conhece todo mundo**, todo mundo é parente, é bom viver em um lugar assim, todo mundo é conhecido. **É mais seguro**, eu acho importante isso. Todo mundo ajuda um ao outro, é amigo de todos. Eu acho isso muito importante (QUILOMBO3).*

*Viver com amor, carinho e educação, unir mais, o meu jeito é esse. **A comunidade é união e mais diálogo**. Mas, tem hora que é meio complicado. A comunidade para mim significa um bem comum, que são pessoas, várias pessoas **vivendo em um lugar comum, é união de pessoas**, como se diz: é um por todos e todos por um (QUILOMBO4).*

*Para mim, o importante é a convivência. Convivo com todo mundo, está todo mundo junto. Na alegria está todo mundo sempre unidos, é gostoso demais. É isso mesmo que ela está falando. **A união, a tranquilidade de estar todo mundo junto, qualquer coisa que precisa sempre tem alguém ajudando, preocupado com a gente. Sempre tem diálogos, conversas e as festas. Então, assim, tem muita união, a questão cultural também, a fé. A gente sempre está muito próximo um do outro (QUILOMBO7).***

Para os moradores, viver na comunidade é sinônimo de união, diálogo e cooperação. Os participantes constroem uma identidade entre os pares compartilhando a cultura e a fé. Esses elementos são relevantes para a construção coletiva e de reforço de identidade, haja vista que na visão de Furtado, Pedroza e Alves (2014), é produto da ação do indivíduo e da sociedade, de tal maneira que se forme na confluência de forças sociais que operam sobre o indivíduo e na qual ele próprio atua e constrói a si mesmo.

Com relação ao sentimento de pertencimento ao território onde vivem, um participante de QUILOMBO3 conta que voltou a morar no quilombo por se sentir parte do lugar de origem (nascimento). Destaca-se também o depoimento do QUILOMBO5 ao retomar os fatos histórico e social imutáveis do povo quilombola, expressando o orgulho de sua origem e da importância da mesma para eles:

Eu nasci aqui, morei em São Paulo, agora que eu vim para cá, tem seis meses que estou morando aqui novamente. Meu pai nasceu aqui, eu vinha todo ano para cá, para passear. Meus tios moram aqui, meus

*primos, e meu esposo gostou daqui e viemos para morar. **Eu gosto daqui. Aqui nós somos todos parentes, todos, e é muito bom. É muito bom viver todo mundo aqui unido** (QUILOMBO3).*

*E uma coisa que hoje em dia você chega em uma fazenda [nome] por exemplo, as donas de lá falam: os negros sentavam na mesa com o senhor. Gente, **o contexto histórico pelo qual as famílias delas estavam inseridas e a nossa estavam inseridas a gente não tem como mudar.** Assim, na sua família pode ter tido algum escravo, você não pode negar que se você pegar lá atrás na sua família teve senhor de engenho, do mesmo jeito que eu não posso negar que **sou bisneta de escravo, e isso me orgulha, graças a Deus. Orgulha todo mundo que está aqui sentado.** E a **gente mantém isso, a nossa família aqui é criada de uma forma que quando a gente sai daqui, dessas casas, parece que a gente entrou em outro mundo que não é o da gente** (QUILOMBO5).*

O vínculo entre pessoas da comunidade estimula o retorno às origens e potencializa o sentimento de pertencimento e de orgulho de suas raízes, tecendo assim sua identidade. Calheiros e Stadtler (2010) apontam que a identidade emerge como potência, permitindo ao indivíduo associar-se a um grupo e colocar-se perante a sociedade. Do mesmo modo, Furtado, Pedroza e Alves (2014) dizem que os indivíduos, ao se tornarem parte de um grupo, se reconhecem nele e compartilham identidade, revelando uma teia complexa de significados e configurando sentidos reproduzidos por meio de suas experiências no ambiente coletivo.

Retomando a questão da moralidade, destaca-se que ela é tecida como pano de fundo de um contexto delimitado historicamente, socialmente e culturalmente, sendo constituída por um conjunto de ações e comportamentos pertencentes a um grupo de pessoas que convivem nesse mesmo contexto. Para Walker (2007), a moralidade é percebida nas relações e compreensões da cultura e tradição entre as pessoas, ela não se baseia apenas na manifestação coletiva, mas alcança a singularidade de cada um e seu posicionamento no contexto social.

Nesse sentido, percebe-se que a origem afrodescendente, associada às manifestações culturais, compõe a moralidade no contexto das comunidades estudadas, estando ligadas à música e à dança associadas à religiosidade. Os participantes citaram o Congado, Moçambique e o Candombe como festas apreendidas dos antepassados, associadas à afrodescendência e à escravidão, ambas são preservadas em um ciclo de continuidade. Também foram pontuadas festas católicas, revelando a diversidade cultural em que as comunidades são formadas.

*Aqui na nossa comunidade temos muitas festas. Nós temos **Congado, Moçambique, as danças que são criadas pelas famílias, pelas pessoas da comunidade, igual têm essa dança ‘Negro por Negro’, tem quadrilhas, tem a dança do grupo de roça, que sempre tem os***

*movimentos quando tem a festa da colheita. Tem várias atividades, tem a **festa da consciência negra** todo mês de novembro. Então é muito rica a comunidade, **cheia de cultura**, então por isso que muitos lugares, muita cidade grande, todo mundo já conhece essa cultura (QUILOMBO2).*

***Candombe é uma festa cultural** muito boa. Nossa Senhora é boa demais! A gente adora, e o povo também. Hoje em dia, vem gente de tudo em quanto é canto e todo mundo adora a festa, é muito boa. **É uma dança dos antigos, dos escravos**. Na verdade, **é nossa religião**, tem a manifestação da religião católica, mas o candombe que é a **tradição que a comunidade carrega**, ela foi **herança dos escravos**, dos negros escravos que foram nossos antepassados, nossa família (QUILOMBO5).*

*Em relação à cultura, aqui tem **Reinado**, tem **Folia de Reis**, tem a **festa de Nossa Senhora**, tem o **Candombe**, tem a **fogueira de São João**, tem a **reza de Santa Cruz e São Benedito**, o **queima do Judas**, todos participam, são muito boas as festas (QUILOMBO6).*

*Nós temos duas festas principais. Uma em maio e a festa cultural do **congado**. Tem também no fim do ano a festa do João do Mato, é a **Festa da Capina**, quando na época que tinha as roças, aí a capina que era feita em mutirão, era a festa do João do Mato (QUILOMBO7).*

A expressão cultural é motivo de festa e de orgulho para os participantes desse estudo. Eles relatam que a perpetuação das comunidades quilombolas associada às manifestações cultural e religiosa é o que os mantém vivos como comunidade. Furtado, Pedroza e Alves (2014) discutem que a cultura é a base para o reconhecimento dos indivíduos e que os fortalecem coletivamente por meio de práticas e valores comuns.

A cultura no contexto das comunidades quilombolas refere-se à tradição de um grupo social que é passada de geração para geração. Ao mencionarem a participação das crianças nas festividades, é possível perceber que os adultos do quilombo buscam estimulá-las a conhecer e participar. Eles entendem que a participação das crianças e jovens fortalece e mantém viva a tradição e reconhecem que são momentos importantes para a comunidade,

***A maioria das crianças participam** do Congado, do Moçambique, das danças, das Quadrilhas. A vontade da gente que está dentro de tudo é que todas as pessoas, os jovens, os adolescentes, os adultos participassem daquilo e que gostasse mesmo, interessasse, porque tudo isso é **importante** (QUILOMBO2).*

*Igual eu falo, **os pequenininhos, parecem que vem no sangue**, eles já vêm tocando e quando começa, ficam tudo doido, esse aqui mesmo desse tamaninho gosta demais (QUILOMBO5).*

Desde a criancinha no útero começam a participar das festas, todo mundo participa. As crianças participam, dançam e tudo. Ela faz caixa (tambor) pequenininha para as crianças (QUILOMBO7).

Munanga (2012) aponta que a consciência histórica é formada pelo sentimento de coesão que se cria, constituindo uma relação de segurança mais sólida para cada povo. É a razão pela qual cada povo se esforça para conhecer e viver sua verdadeira história e transmiti-la para as futuras gerações. Para os adultos, incentivar as crianças a participarem das festividades é um meio de não deixar morrer a memória de seu povo. Estudo realizado por Fernandes (2018) em uma comunidade quilombola de Goiás mostrou que a participação efetiva das crianças na organização das festas implica em um potencial criador para (re)interpretar sua cultura. Segundo a autora, o estudo revelou a capacidade de as crianças renovarem a própria cultura, fortalecendo a identificação com a realidade. Percebe-se que as novas gerações acumulam elementos da cultura e da tradição dos antepassados e incorporam as transformações pelas quais vem passando a sociedade, com seus avanços e diferentes modos de viver e de se comportar.

QUILOMBO5 apontou que a tradição cultural é recebida de forma espontânea e acreditam na necessidade de cuidar dos bens herdados dos antepassados.

É uma questão que vai passando de pai para filho. O mais importante é que aqui na comunidade a nossa cultura não é imposta para nossos filhos, ela é aceita de livre e espontânea vontade, amor e liberdade. É o que nos mantêm de pé mesmo. E eles foram escravizados aqui na fazenda [nome]. E aí a gente recebeu esse cargo de cuidar dessa religião, dessa manifestação cultural, e aí a gente mantêm ela fazendo sempre (QUILOMBO5).

A religiosidade aprendida é repassada para novas gerações, sendo considerada importante para a comunidade. Assim, os quilombolas prezam pela liberdade de escolha, pontuando a importância de não se impor a cultura. Ao mesmo tempo, eles estimulam a individualidade, defendendo a continuidade da cultura herdada. Nesse sentido, O'Dwyer (2002) afirma que as comunidades quilombolas mantêm suas propriedades sociais e culturais herdadas, de modo contínuo, tanto no tempo como no espaço com suas variações. A construção étnica permite, pois, considerar que sua afiliação seja tanto uma questão de origem comum quanto de orientação das ações coletivas no sentido de destinos compartilhados. A autora assinala que o passado a que se referem os membros desses grupos é aquele em que se representa a memória coletiva.

Observando a história dos quilombos, considerados grupos especiais e tradicionais, tem-se o sentido de tradição como aquele passado de geração para geração e o contexto como um

espaço físico que contempla a cultura, as representações sociais e os valores ancestrais nele contidos. Esse espaço físico determina o contexto social das CRQ, contexto esse que se refere tanto a um ambiente particular, bem como um conjunto de circunstâncias que determinam o que é aceitável para o grupo e faz sentido para eles (WALKER, 2003).

Considerando o apontamento de Walker (2007) a respeito do fato de a moralidade ser tecida nas maneiras de viver, o que pode ser expresso por meio das manifestações culturais e do resgate da própria história, verificou-se no presente estudo que a moralidade, nas comunidades pesquisadas, se constrói mediante a valorização da cultura e da tradição de origem africana.

Tendo a cultura como expressão do modo de ser e de viver em determinado contexto, os quilombolas valorizam a cultura aprendida pelas gerações como um resgate da própria história e como fortalecimento do quilombo. Trata-se da moralidade em uma forma autêntica nos modos dos sujeitos se constituírem como grupo.

A cultura também pode ser uma forma de resistência à força globalizante que busca homogeneizar as diferenças. Para Moreira (2019), a cultura muitas vezes demonstra a luta diária de resistência ao racismo e às diferenças sociais vividas no Brasil por grande parte da população negra. Desse modo, a autora afirma que a cultura popular negra não existe em formas puras, mas é resultado de negociações, de experiências e de tradições de populações negras, sendo tais experiências profundamente marcadas por similaridades e continuidades em articulação com diferenciações e rupturas. Em meio a essa discussão, Moreira (2019) aponta a importância de investigação dos elementos culturais e de que forma são construídos no decorrer da história, bem como na reconstrução de novos repertórios com as gerações e as diferentes etnias que convivem na mesma sociedade.

No presente estudo, foi identificada, como fonte de disseminação da cultura e da tradição afrodescendente, a inserção da comunidade na escola apresentando sua dança, sua música e sua contação de histórias para as crianças.

A gente vai na escola para estar mostrando, levamos as danças, o batuque, contamos um pouco como que começou, como que o povo fazia. Nós, também, contamos muita história, eu, meu marido, de tudo o que a gente já passou, contamos para nossos filhos, netos, gostamos de sentar e contar nossa história, transmitir o que aprendemos (QUILOMBO2).

A contação de histórias para os filhos e netos é considerada importante estratégia de transmissão de conhecimento herdado. Assim, contar histórias propicia a criação do imaginário em torno da história vivida e, ao mesmo tempo, resgata o sentimento de pertencimento.

No que concerne à escola, dentre as comunidades pesquisadas, somente uma possui escola situada no território quilombola, o que facilita a transmissão da tradição do quilombo, bem como a educação voltada para a diversidade étnico-racial. É importante registrar que a escola recebe crianças que não fazem parte da comunidade, sendo esse o fator relevante para transmitir elementos da cultura quilombola às comunidades vizinhas (NO).

À esse respeito, Souza (2017) apresenta a construção identitária de crianças em uma comunidade quilombola em São Paulo, sendo esta permeada pela relação com o território, com parentes e com as pessoas externas à comunidade.

Destaca-se o tradicional papel da escola na educação e na construção de identidades das crianças, devendo estar preparada para acolher e lidar com diversidades de saberes, valores e culturas, propiciando a formação pessoal e social dos grupos. Com essa visão, os movimentos negros no Brasil têm lutado, ao longo dos anos, para inserir, nos currículos, as histórias e a participação da população negra (GONÇALVES; SILVA, 2000). Em 2012, a educação básica avançou ao incluir as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Quilombola (DCNEEQ). Tais diretrizes requerem pedagogia própria; respeito à especificidade étnico-racial e cultural de cada comunidade; formação específica de seu quadro docente; materiais didáticos e paradidáticos específicos; observação aos princípios constitucionais, à base nacional comum e aos princípios que orientam a educação básica brasileira e; oferta nas escolas quilombolas e naquelas que recebem alunos quilombolas fora de suas comunidades de origem (BRASIL, 2012b).

As políticas brasileiras criadas decorrem de lutas do movimento negro e de ativistas negras, o que tem proporcionado às CRQ maior visibilidade política e organizativa, de modo que, juntamente com a defesa da terra, vem articulando direitos à educação e à saúde e valorizando a história e a cultura de grupos no campo e em áreas urbanas.

Segundo Souza (2016), as DCNEEQ constituem uma tentativa de transformar o espaço escolar, que enfrenta o desafio da diversidade sociocultural e da educação para as relações étnico-raciais, bem como representar a luta quilombola pelo direito à cidadania nesses espaços. A esse respeito, ENF2, em conversa informal com a pesquisadora, revelou que a escola é a grande parceira da comunidade, realizando festas que valorizam a cultura afro-brasileira (NO).

Assim, a escola a qual se vincula essa comunidade foi lembrada como uma parceira no fortalecimento do quilombo e da cultura negra.

Em uma comunidade da região urbana, os quilombolas comentaram a participação positiva da escola para a troca de conhecimento e transmissão da cultura afro-brasileira. Contudo, foram mencionadas situações de racismo nessa escola e sua posição de alienação face às questões étnico-raciais, conforme depoimento do QUILOMBO7.

*A escola, no caso, a gente recebe muita visita. **Vem muita escola conhecer nossa cultura, nossa história, e a gente dá abertura, a gente faz os agendamentos, para bater um papo e mostrar nossa história e nossa cultura. A professora de vez em quando vem e dá aula aqui no quilombo. Mas mesmo assim, de vez em quando, a gente tem algum lance de racismo, preconceito com as crianças daqui. Aí a gente bate em cima, porque a gente sempre pede para conversar, para dialogar, toda vez que tem um caso. A gente instrui a mãe, a família, a criança para não deixar repetir, para não deixar acontecer. A gente denuncia a escola. Outro dia a diretora da escola veio aqui igual um relâmpago, para conversar comigo porque a escola dela foi denunciada por racismo com os meninos daqui da comunidade. Eu disse: 'isso existe sim, tem registrado, você sabe muito bem quais são as histórias.'*** Aí, falei para ela as histórias de três meninas. Casos das meninas de falar, de colegas sobre preconceito, e às vezes leva o caso para professora, a professora não consegue resolver. No caso de uma delas, acho que a professora chegou a pegá-la e arranhou ela, entendeu? Mas a mãe dela foi lá e tentou resolver isso. **As crianças ficam muito chateadas com esses acontecimentos. E quando pode denunciar, a gente denuncia mesmo. Aí eu falei com a diretora: 'Olha aqui, passa muita gente pela comunidade, e os meninos falam mesmo o que acontece. Se os meninos falaram que houve, é porque houve sim.'** **Inclusive, tem o caso de uma outra criança, tem um vídeo dela contando que a professora mandou o primo dela vir comer capim aqui no quilombo. Aí ela conta e fala: 'Como é que pode, a professora virar para o meu primo e mandar ele comer capim, como se ele fosse burro, cavalo, porque o professor não pode fazer isso com a gente não.'** Desce o bambu mesmo (QUILOMBO7).

O contexto externo à comunidade influencia na configuração identitária das pessoas pertencentes aos quilombos, haja vista que as comunidades não se limitam às suas fronteiras, ou seja, ao mesmo tempo que estão inseridas em seu contexto social e histórico, estão também presentes em contato com um contexto social transcultural.

O depoimento de QUILOMBO7 remete à consideração de Souza (2016), ao apontar que o grande desafio para gestores e professores de escolas é fazer presente a diversidade étnico-racial representada pelas comunidades quilombolas e suas trocas de saberes entre essas comunidades e outras pessoas que não pertencem a elas. A referida autora discute o racismo

vivenciado pelas crianças, ligado ao modo como elas se percebem e revela o processo de negação do corpo negro e do quilombo. Segundo Monteiro e Reis (2019), o racismo diz respeito às práticas que usam a ideia de raça com o propósito de desqualificar socialmente e subordinar indivíduos ou grupos, em uma ideia que persiste nos espaços sociais, inclusive nas escolas, gerando preconceito e discriminação racial.

A PNSIPN, instituída com a finalidade de favorecer equidade em saúde, tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. As ações e atitudes racistas impactam negativamente sobre os fatores condicionantes de saúde como as condições de vida, de trabalho, de habitação, de ambiente, de educação, de lazer, de cultura e de acesso a bens e serviços essenciais. Jones (2002) pontou em seu estudo intitulado como "Enfrentando o Racismo Institucionalizado" o avanço nas pesquisas que assumem o racismo como causa de disparidades raciais e étnicas nos resultados da saúde. A respeito desses apontamentos, há dificuldades em se estabelecer relação causal entre o racismo e os resultados alcançados na saúde da população, o que decorre da complexidade e da necessidade de identificar os caminhos e as estruturas pelos quais o racismo tem seus impactos. O autor afirma que o racismo é um sistema que consiste em estruturas, políticas, práticas e normas, que por sua vez conduz oportunidades e atribui valor com base no fenótipo ou na aparência das pessoas. Ao buscar entender como esse sistema afeta a saúde, o autor apresenta três dimensões principais para o racismo: Pessoal (internalizado), Interpessoal e Institucional. Para representar as dimensões propostas por Jones (2002), Werneck (2016) propõe um modelo esquemático que aborda as dimensões do racismo, representado na figura 4.

Figura 4. As dimensões do racismo



Fonte: Racismo Institucional: uma abordagem conceitual, Werneck (2016).

Jones (2002) define o racismo Pessoal (internalizado) como a aceitação pelos membros das “raças” estigmatizadas de mensagens negativas sobre as próprias habilidades e valor intrínseco. Envolve aceitar limitações à própria humanidade, incluindo sonhos, o direito à autodeterminação e à variedade de autoexpressões permitidas. O racismo Pessoal manifesta-se como “brancura” (cabelos alisadores e cremes clareadores, estratificação de tom de pele nas comunidades de cor); autodesvalorização (insultos raciais como apelidos, rejeição da cultura ancestral); e, resignação, desamparo e desesperança (abandono escolar, do trabalho).

O racismo na dimensão Interpessoal é definido como preconceito e discriminação. O primeiro corresponde às suposições diferenciais sobre as habilidades dos outros estando ligados à "raça". A discriminação diz respeito às ações diferenciais em relação aos outros relacionadas à "raça". Estes podem ser intencionais ou não intencionais. O racismo Interpessoal manifesta-se com atitudes de falta de respeito, desumanização, desvalorização, desconfiança, aversão e ódio.

O racismo Institucional se manifesta por meio das condições materiais e acesso ao poder. No que diz respeito às condições materiais, estas incluem acesso diferenciado à educação de qualidade, moradia adequada, emprego remunerado, instalações médicas apropriadas e ambiente limpo. O acesso poder inclui possibilidades diferenciadas às informações (inclui a própria história); aos recursos (riqueza e infraestrutura organizacional); e por fim, voz (representação no governo e controle da mídia).

O racismo é considerado complexo por possuir dimensões que atuam concomitantemente, atingindo indivíduos, grupos, processos e políticas institucionais. Segundo Werneck (2016), alguns autores descrevem o racismo como sutil ou invisível, o que pode ser explicado pela recorrente naturalização das iniquidades permeadas pela questão racial. Para Walker (1999), o racismo sistêmico pode levar à exclusão diferenciada de determinados grupos, cujo processo histórico-social é marcado por iniquidades e subordinação aos grupos dominantes.

A dimensão do racismo institucional, provavelmente o mais negligenciado, transcende do âmbito individual alcançando a dimensão estrutural, configurando a formas organizativas, políticas, práticas e normas que sucedem em tratamentos e resultados desiguais (WERNECK, 2016). Para a autora, a definição racismo institucional guarda relação com o conceito de vulnerabilidade programática. Tal relação se baseia nos conceitos de vulnerabilidades de Ayres *et al.* (2003, p.125) que abrange um "conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e ao modo de exposição à uma dada situação e, de modo indissociável, ao menor ou

maior acesso a recursos adequados para se proteger tanto do agravo quanto de suas consequências indesejáveis". Desse modo, Werneck (2016) aponta que o racismo institucional equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo.

A PNSIPN na 3ª edição em 2017 propõe se comprometer com o combate às desigualdades na promoção da saúde da população negra - considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais - e, principalmente, o combate ao racismo, que corroboram com a morbimortalidade da população negra brasileira.

ENF2 e ENF5 destacam que a população quilombola sofre racismo, sendo discriminada.

*Poderia ser diferente, eu sinto assim, não é de igual para igual, eu sinto que eles são um pouco **discriminados**, essa coisa enraizada mesmo, não sei, **mas existe racismo sim**. O povo aqui é **esquecido**, largado mesmo. Mas se chega no ouvido do coordenador, ele me manda embora (ENF2).*

*Eu acho que existe uma discriminação muito grande com os negros, querendo ou não. Infelizmente a gente nesse século XXI **ainda tem pessoas que discriminam**. Agora, algumas vezes, **eles se acham inferiores também**, alguns pacientes. É porque eu sou preta', teve um caso que o paciente contou que teve racismo com o filho dele na escola, que as crianças **chamam de preto, de cabelo duro, é desconfortável, é humilhante**, mas infelizmente ainda existe isso nos dias de hoje. Teve um caso aqui também, só que foi **o paciente que xingou a técnica de enfermagem de preta, gorda, negra, que ela não valia nada**, só que ela não quis tomar nenhuma providência. Achei isso muito triste, **ela ficou bem triste**, chateada com isso, isso foi recente (ENF5).*

Os depoimentos dos profissionais exemplificam as dimensões proposta por Jones (2002). O racismo está enraizado na sociedade e é real a preocupação explicitada no texto da PNSIPN, sendo necessária sua eliminação. Walker (2007) aponta a existência do poder legitimado socialmente impondo certos entendimentos da vida moral, sendo ações acríicas com relação à vida empírica, às inter-relações, à divisão de gênero, de classe econômica e de raça. O racismo é uma forma de expressar o poder dominante, sendo necessário que gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais trabalhem em prol da melhoria das condições de saúde da população negra por meio da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde (BRASIL, 2017a).

Pautando-se no modelo expressivo colaborativo, Walker (2007) discute que a prática concreta deve eliminar as várias formas de dominação, opressão e subordinação da população e estimular o fortalecimento nas inter-relações para a corresponsabilidade de tomada de decisão

na sociedade. Tal prática estimula o sujeito a assumir seu posicionamento na sociedade e a eliminar as mais variadas formas de preconceito e de discriminação.

O racismo vivenciado pela população negra pode estar presente nas situações apontadas pelos quilombolas sobre a fragilização da comunidade. Temos visto que a identificação e a expressão cultural e histórica afrodescendente são marcantes e significantes para a manutenção do quilombo. Todavia, a perda da identidade ganha repercussão quando se trata da fragilidade da comunidade. A esse respeito, QUILOMBO6 menciona que alguns quilombolas não desejam mais fazer parte da comunidade, não tendo clareza da motivação que leva a este afastamento. Embora não explicitem tal motivação, abordam a pobreza do quilombo e a dificuldade de permanência na comunidade devido às dificuldades de acesso ao trabalho e às condições de vida.

*Nem todas as crianças participam das festas, elas não estão querendo mais não. **Tem muita gente que não faz questão de participar.** [...] não fazem questão de procurar a família, para poder fazer parte, **não sei se tem vergonha, eu não sei.** [...] **infelizmente o quilombo é pobre, não tem ninguém rico aqui, mas nós fomos correndo atrás de muitas coisas, e mesmo assim não tem reconhecimento, porque eu achava que tinha que ter um emprego, uma coisa melhor para os quilombolas** (QUILOMBO6).*

Os participantes de QUILOMBO1 mencionaram dificuldades relativas à união e sentimento de pertencimento ao quilombo, resultando na perda de benefícios e na dificuldade de manutenção das tradições

Ser quilombola é uma honra e ao mesmo tempo o pessoal fica como se diz... tem muita gente que não gosta de ser quilombola, de falar que mora no quilombo, acho que eles têm medo de bullying, tem medo de assumir que é quilombola. Agora, tem gente que tem, como ele disse, preconceito de falar que é quilombola, acho que é vergonha. Isso, nós temos, muita gente, mesmo na nossa família (QUILOMBO1).

Considerando-se os depoimentos de QUILOMBO6 e QUILOMBO1, percebe-se que o fato de residir na comunidade não assegura o sentimento de pertencimento e de vínculo identitário da comunidade, sendo perceptível a fragilização do vínculo e das formas de organização por parte de alguns membros destas comunidades. Informalmente, foi mencionado que muitos moradores mudaram de religião e não participam das festividades tradicionais da comunidade, ocasionando ruptura cultural e enfraquecimento da essência do grupo. Cabe esclarecer que QUILOMBO1 é uma comunidade certificada, a respeito dos documentos de titularização das terras se encontrarem em tramitação judicial. Assim, alguns quilombolas

venderam suas terras e mudaram para outras cidades, outros possuem terreno na comunidade e residem na sede do município. Os reais moradores da comunidade aguardam definição da justiça para liberação de terras ocupadas por sitiantes, tendo dificuldades no plantio e cultivo da terra (NO).

Considerando as fragilidades nos laços de pertencimento e identificação citadas, pode-se inferir que as formas de opressão dominantes fazem com que a população negra rejeite sua cultura e se distancie de sua história. Segundo Walker (2007), encontra-se arraigado na sociedade o poder dominante, o qual interfere nas relações e produz a invisibilidade das culturas subordinadas a esse poder. Desse modo, para Liaschenko e Peter (2006), as formas de opressão e de exclusão são produzidas e reproduzidas, dificultando que as pessoas se situem no meio em que vivem. A comunidade quilombola, por mais forte que sejam seus laços de tradição e de parentesco, está submetida aos padrões sociais impostos pelo poder hegemônico, oriundo de ambientes externos à comunidade, o que pode levar alguns indivíduos à questionarem suas características da afrodescendência e fragilizar o pertencimento à comunidade quilombola.

Outro aspecto mencionado pelos participantes de comunidades de áreas urbanas como determinante da fragilização da cultura e da tradição quilombola é a proximidade com a outras culturas. As comunidades também são afetadas pelo crescimento da cidade e pela globalização, levando-as a deixar a seus locais de moradia. O crescimento da cidade, acompanhado da globalização, reduz os limites geográficos e culturais do quilombo, aproximando-os de novos modos de viver, o que reflete em mudanças nas percepções da própria tradição gerando um desejo de fazer parte de um “novo mundo”. O depoimento de QUILOMBO7 aponta a saída das pessoas da comunidade em busca de trabalho, motivo pelo qual aprendem outras culturas e vão deixando de lado as tradições familiares.

*A cultura perdeu muito. A maioria hoje trabalha fora, **todo mundo quer ter sua vida lá fora**. Antigamente, trabalhava todo mundo aqui dentro, hoje não, hoje todo mundo trabalha fora. E os meninos, os rapazes estão bem mais para fora. Mistura a cultura, ou **acha outra coisa mais importante que a própria cultura**. Aí vem também a questão religiosa que influencia, muitos mudam de religião, acabam deixando. Igual meus filhos mesmo, eles abandonaram. Na verdade, **a gente vai ter várias influências nesse dia-a-dia**, na cultura, na vida. Vai trabalhar, aí não tem como você segurar. Igual era antigamente, é difícil. **Hoje tem televisão, tem internet, interfere muito** (QUILOMBO7).*

Percebe-se que, ao saírem do núcleo da comunidade, os quilombolas se distanciam da tradição transmitida por meio da geração, podendo ocorrer perda de identidade cultural e a

aquisição de outros conhecimentos que estão à sua volta. Tais situações inseriram novos significados na identidade cultural do grupo, ampliando e pluralizando o cenário do quilombola. À esse respeito, Bauman (2001) afirma que a sociedade tem uma tendência de se liquifazer, levando os indivíduos a buscarem novas formas de posicionamento no mundo. Os posicionamentos passam, pois, a serem extraterritoriais, tendendo a se tornarem livres dos limites padronizados. Dessa forma, os indivíduos criam e recriam suas identidades em uma sociedade plural e dinâmica, onde se multiplicam as oportunidades de uma vida melhor.

Concluimos, no presente capítulo, que o território quilombola compreende o espaço de compartilhamento e que o quilombo vai além da propriedade da terra. A solidariedade e sua organização como grupo social se sobressaem nos depoimentos, revelando a importância de viver em comunidade e sinalizando que eventos, encontros, diálogos e festividades fortalecem o sentimento de pertencimento e de união. Segundo Vogt (2014), o pertencimento à comunidade quilombola está atrelado aos laços pessoais, à cultura e à espiritualidade. Logo, não se pode reduzir a comunidade ao seu território. Ao contrário, é correto envolver a identificação com o território, abrangendo a questão da formação de um grupo social com laços de solidariedade e de convivência resultantes do resgate da liberdade e da dignidade. Do mesmo modo Maia (2012) atribui o uso coletivo da terra como a base de uma sociedade fraterna e livre das formas mais cruéis de preconceito e desrespeito. Compreende-se que o espaço físico serve como base para a construção dos vínculos identitários de todo o grupo que coletivamente o constitui (VOGT, 2014).

Diante do exposto, compreende-se que a moralidade está arraigada nos modos de ser e de viver, constituindo-se por e pela interação dos valores, das crenças e da história sociocultural e econômica próprias da comunidade quilombola. Desse modo, percebeu-se que há variações ao longo do tempo nos modos de vida, que os saberes e as normas são compartilhados nos arranjos sociais, atribuindo significados aos acontecimentos de acordo com a representatividade dos fatos que façam sentido para a comunidade.

Com relação ao racismo, este deve ser considerado como forma de desvalorização humana, mantendo-se por meio de privilégios de alguns grupos específicos considerados superiores do ponto de vista racial. A discussão do racismo deve, pois, abranger mecanismos de sociabilidade e de agrupamento para a resolução do problema.

4.2. Prática de Responsabilidade do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em Comunidades Quilombolas

No capítulo anterior apresentou-se a moralidade no contexto das comunidades quilombolas estudadas. Foi importante trazer o entendimento da moralidade, pois acredita-se que o mesmo seja necessário para a construção da prática de responsabilidade. Tal prática incorpora a compreensão compartilhada da moralidade; o reconhecimento das diferenças e das diferentes posições que os agentes morais ocupam na comunidade; as negociações que acontecem nas relações sociais e a responsabilidade mútua pelas decisões.

No capítulo em tela, é desenvolvida a segunda categoria de análise, qual seja, "Prática de Responsabilidade do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em Comunidades Quilombolas". Entende-se que essa prática se revela nas relações, em um contexto permeado pela moralidade que lhe é própria, que se destaca na cultura, na tradição e na história que compõe aquele grupo, sendo diferente para cada grupo. Para Walker (2007), a moralidade é socialmente aceita e emaranhada de conhecimento da cultura e da tradição, articulada ao posicionamento moral e social dos sujeitos daquele grupo.

A análise desta categoria pautou-se no reconhecimento da prática do enfermeiro na ESF construída no encontro do indivíduo, família e coletividade; no fortalecimento das relações interpessoais de vínculo e; no respeito e valorização da cultura, dos valores e dos modos de vida das pessoas. À luz do modelo expressivo colaborativo, direciona-se o olhar para a construção da prática mediada pelo entendimento da moralidade, na qual o profissional se posiciona socialmente por meio de responsabilidades compartilhadas. Fundamenta-se, dessa forma, a necessidade de o profissional reconhecer as desigualdades em contextos sociais definidos, no sentido de dar visibilidade aos grupos sociais e permitir reflexões morais sobre como agir e interagir com responsabilidade, colaboração e justiça social nesses espaços (WALKER, 2007). Para a autora é necessário considerar os saberes, o relacionamento e a experiência humana na reflexão sobre como vivemos, interagimos e nos posicionamos em face às questões do cotidiano, a fim de eliminar formas de opressão e de dominação. Há, pois que se construir um caminho para a prática coerente, que faça sentido para as pessoas e em consonância com os princípios do SUS.

Logo, a prática de responsabilidade do enfermeiro se configura no encontro efetivo entre profissional-usuário (família/comunidade), compartilhando responsabilidades por meio de

reflexões sobre fatos e condições específicas de modos de vida. Trata-se de uma prática que reflita sobre a corresponsabilidade moral pelo cuidado com a saúde, sendo inerente ao posicionamento moral do enfermeiro. No contexto da implementação do SUS, Machado, Haddad e Zoboli (2010) nos instigam a refletir sobre seu aspecto processual, o qual requer reflexão ética, moral e humanização, haja vista sua natureza social de mudança na prática, exigindo de profissionais de saúde, gestores e usuários mudanças atitudinais e culturais. Os autores ressaltam a importância de mudanças nos padrões de comunicação e na reconstrução da relação entre sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde.

Para construir a prática no encontro efetivo, o enfermeiro precisa conhecer aqueles que participam da prática, isto é, os usuários e a família. Alguns participantes buscam conhecer a realidade social e cultural da comunidade adscrita na ESF e o cuidado é delineado em consonância com cada situação apreendida.

Primeiro eu acho que temos que entender a história, o contexto histórico da comunidade, toda uma cultura (ENF3).

*O grande diferencial na ESF é essa área adscrita, esse território, já determinado, **conhecer a realidade dessas famílias ajuda muito**. Aquela velha história, às vezes o paciente vem, senta, você fala uma coisa, ele vai embora, por exemplo: um soro oral que passa para ele tomar. Ele chega e prepara com água da torneira. Então assim, quando você conhece a realidade e sabe que não tem o filtro em casa é diferente, por mais que a gente está em Belo Horizonte em pleno século XXI, você pega algumas coisas dessa. Você pensa que não é possível, mas existe! Então, eu acho que esse **conhecimento que a gente tem da comunidade, isso favorece, nos ajuda muito a direcionar o atendimento de acordo com a realidade dessas pessoas, isso facilita nosso trabalho e acho que facilita o trabalho do usuário também que a gente consegue atingir mais o nosso objetivo*** (ENF7).

Partindo dos depoimentos, percebe-se que os profissionais, ao conhecerem a realidade da comunidade, constroem a prática apropriada para cada contexto, não reproduzindo o prescrito, mas considerando os limites e os modos de vida com vista à propiciar transformações nas condições de saúde. Pitombeira e Oliveira (2019) afirmam que a Saúde Coletiva tem destacado a determinação social como base para a compreensão dos processos saúde-doença para o alcance da saúde universal, integral e equânime. Schraiber (2018), por sua vez, chama a atenção para a necessidade de o profissional assumir o posicionamento político na busca pelo processo de articulação entre o social e as dimensões técnico-científicas da saúde. Assim, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de se conhecer o contexto sociopolítico para a condução de ações de saúde, cabendo ao profissional transcender o prescrito e atuar em

conformidade com as reais necessidades da população e com as singularidades de grupos específicos.

A prática de responsabilidade do enfermeiro na ESF é, pois, construída e alicerçada no respeito e no compartilhamento. A busca pela compreensão do contexto social e cultural permite ao profissional compreender o que é importante para o indivíduo e família, construindo, relações de confiança.

Eu acho importante manter os valores da comunidade. Eles têm os valores deles que a gente precisa respeitar. Eles têm essa coisa de minha mãe me ensinou, eu aprendi com meu avô, tal dia assim não pode. Igual outro dia, eu fui fazer uma visita puerperal, e a mãe falou que não podia ser naquele dia, porque estava no sétimo dia, e no sétimo dia não deixava ninguém ver o bebê, a vó ensinou, a gente respeita. Aí voltei e marcamos a visita. É importante respeitar os valores deles, respeitar o que é importante para eles (ENF2).

ENF2 re(configura) sua atitude considerando o que é valor para o outro, cumprindo as exigências da política (modelo teórico-jurídico) da visita puerperal e considerando a expectativa da puérpera (modelo expressivo colaborativo). À esse respeito, WALKER (2007) ressalta que no modelo expressivo colaborativo, a prática se concretiza nas relações, sendo importante o delineamento das obrigações e responsabilidades de cada um, o que requer o conhecimento das diferentes histórias e entendimentos do cotidiano para a tomada de decisão. Aprender o contexto social, político e cultural e também entender o posicionamento que o profissional assume nesse contexto são imprescindíveis para a construção da prática.

O modo de vida e organização da comunidade é percebida por ENF3, o qual também reconhece a importância da cultura afro-brasileira quilombola relacionada à saúde da comunidade na formação histórica do município.

O quilombo é muito organizado, são parentes, eles se ajudam, tem um que tem carro vai lá busca o outro que não tem. Tem muitos filhos, os patriarcas têm muitos filhos, a coisa se organiza bem, é uma comunidade centenária [no município], *ela está dentro do pilar da cidade. Quando você pega a história da cidade, sempre tem citações da comunidade. [...]* Com relação à saúde, *teve uma quilombola que foi uma grande parteira na região. A maior parte das pessoas, quem tinha estrutura financeira ou não, tiveram os partos assistidos por ela, na época que não existia maternidade. Inclusive a maternidade leva seu nome, em homenagem a história dela. Quando você vai pegando a história da cidade, a comunidade quilombola está em tudo que envolve a cultura, essa parte de materno infantil é muito ligado ao quilombo também* (ENF3).

Segundo Viegas e Penna (2015), para oferecer saúde, é preciso trabalhar o social, uma vez que as situações de vida e saúde divergem em cada caso e para cada indivíduo. Deve-se, ainda, considerar a subjetividade individual e grupal. Desse modo, o profissional é reconhecido pelo grupo quando valoriza suas formas de vida criando vínculo com a comunidade.

ENF3 também reconhece a força religiosa que a comunidade representa:

A parte da religiosidade também é muito forte. Tem lá um senhor [nome], ele é o benzedor, e aí pessoas da cidade, da região metropolitana, artistas, você chega lá tem fotos de todo mundo, vem gente de tudo que é lugar para benzer. Isso é importante para eles. Ele já é bem idoso. São também muito ligados ao Congado, a Folia de Reis. Eles sempre estão em eventos com a Folia de Reis (ENF3).

O profissional reconhece a representatividade da religiosidade para a comunidade, ao citar o benzedor, e compreende que isso é importante para o grupo. Entendemos a formação científica a qual molda a formação na saúde, mas é preciso que o profissional respeite a fé que cada sujeito apresenta no cuidado com a saúde, valorizando o modo de vida deles e colaborando com os conhecimentos científicos que os profissionais detém. O profissional inserido nesse contexto percebe situações peculiares, o que remete à prática de responsabilidade. Conforme descreve Walker (2007), é preciso desconstruir preconceitos e não desconstruir aquilo que é importante para o sujeito. Oliveira, Santos e Yarid (2018) afirmam que a religiosidade/espiritualidade representa um aspecto de extrema importância, influenciando usuário e coletividade. Tal influência pode beneficiar a assistência prestada e, ao mesmo tempo, trazer melhorias para qualidade de vida e de saúde das pessoas.

Quanto ao posicionamento do profissional na ESF na comunidade quilombola, o mesmo é reconhecido por sua importância no momento do acolhimento, com criação de vínculo e transformando realidades, conforme ilustrado.

Assim, o enfermeiro é o papel fundamental, o que a gente faz, a gente lida direto com o usuário, é ligação direta, contato, o vínculo que a gente cria com a comunidade, é fundamental. O nosso trabalho é fundamental, é muito sério (ENF2).

A gente modifica muito a realidade da população. Você consegue traçar estratégias de atendimento, de execução. É muito diferenciado, o enfermeiro na Atenção Primária, na ESF. Os usuários precisam de orientação, e quem consegue fazer é o enfermeiro, a visão nossa é diferenciada, a gente vê de cima as coisas acontecendo (ENF3).

Para mim, o importante é o jeito de acolher, o jeito de você falar, conversar, e entender o outro, por exemplo no quilombola, que tem um modo de vida diferente (ENF6).

O acolhimento fortalece o vínculo entre enfermeiro e usuário, sendo possível o cuidado compartilhado, com tomadas de decisões que favoreçam o protagonismo do quilombola. Evidencia-se, pois, o modelo expressivo colaborativo, com modos de acolher voltados para a criação de vínculos, com a prática tecida com maneiras e hábitos de vida do quilombo. Para Walker (2007), o desafio encontra-se no entendimento de que as formas de vida social e moral não são únicas, não havendo um único modo de viver. A respeito dos entendimentos compartilhados nas comunidades não são simplesmente compartilhados da maneira como somos tentados a pensar, mesmo em um grupo com uma formação afrodescendente compreendida por todos, cada um tem seu modo de entender a vida. Assim, a autora sinaliza a necessidade de observar o que se pretende e o que se deve fazer ou o que se pode fazer aos outros, uma vez que o profissional pode não fazer parte dos mesmos entendimentos. Cada indivíduo é único e tem uma concepção diferente da moralidade que é construída no mesmo contexto. Em estudo realizado por Moreira *et al* (2017), demonstrou-se que o acolhimento é um importante momento de comunicação efetiva entre os profissionais e os usuários, sendo imprescindível para que o profissional tenha a visão holística sobre o usuário e a comunidade com vistas à uma prática transformadora.

Os profissionais de enfermagem inseridos na ESF entendem sua importância na equipe para a realização do cuidado, lidando com fatores dificultadores da implementação e da qualidade de suas ações. Uma das dificuldades apontadas, tanto na visão dos enfermeiros como de usuários, foi o distanciamento geográfico da unidade de saúde com a comunidade, podendo comprometer a qualidade do acesso e do cuidado. Tal comprometimento, na visão do enfermeiro, se dá por não conseguirem prestar o cuidado integral.

Temos grande dificuldade para atender as comunidades que é de transporte. A gente se divide em três regiões, que é a das fazendas. O carro está disponível meio horário, uma vez na semana, inclusive a quilombola, que fica na região das fazendas. Todas são muito longe da unidade, e a aí a gente prioriza o que dá. Sem o carro nem a ACS vai, porque é longe, não tem como ir. A visita a ACS faz na terça, quando tem carro. Lá não tem carro, não tem ônibus para eles, então eles veem de carona ou vem a pé e realmente é muito distante (ENF1).

Temos um problema de acesso, é longe uma comunidade da outra, temos apenas um carro para o deslocamento. Aqui as coisas são mais difíceis para conseguir, às vezes até mesmo um computador, uma impressora, eu sinto que a zona rural fica mais prejudicada nesse ponto. Estamos mais afastados da sede, tem estrada de terra, a carência da comunidade, para ir à sede do município tem que pegar

um ônibus e é uns 28 Km daqui. A gente faz o que pode, tem um carro só, a gente vai trabalhando como pode (ENF2).

***Os grupos aqui são longe**, no centro, como que ela vai sair 4 horas da manhã para estar lá 06:30 para fazer as dinâmicas. Na parte do dentista também, nós descemos lá embaixo no centro. Vacina também para os meninos nossos, tem que ir lá embaixo (QUILOMBOLA1).*

*O que eu vejo aqui é, **para ir ao posto médico, eu acho muito longe**. O que eu vejo na área da saúde é a **falta de condução**, tudo para fazer vai lá no [outro povoado], tem gente que não tem condições, é muito longe, não sei se você reparou, é muito longe (QUILOMBO4).*

*Só que no caso para **gente ter acesso é bem complicado**, tudo é mais longe e mais difícil (QUILOMBO7).*

A dificuldade de acesso pode comprometer a relação entre profissional e usuário fragilizando a prática do enfermeiro. Tal encontro é o fundamento para a prática de responsabilidade. Nas situações apresentadas, a atuação do enfermeiro se concretiza por meio do atendimento de demandas agudas com o estabelecimento de prioridades, por não conseguir atuar de forma mais próxima da população em áreas rurais.

Considerando a prática de responsabilidade, o profissional deve estar junto à comunidade para apreender suas reais necessidades de modo a atendê-las. As limitações institucionais e organizacionais das unidades de saúde na APS comprometem a garantia do cuidado prestado pelo enfermeiro. A situação identificada no presente estudo abre espaço para a ampliação da desigualdade, a qual recai sobre a população quilombola. Bezerra *et al* (2014) apontaram que a localização geográfica, principalmente das comunidades quilombolas rurais, dificulta o acesso e a utilização dos serviços, o que as expõem a maiores inequidades em saúde. Estudo de Oliveira *et al* (2019) sobre o cotidiano de trabalho de enfermeiros em áreas rurais na ESF também revelou que a distância entre as localidades e a unidade de saúde interfere na viabilização da assistência devido a um maior tempo com o deslocamento e menor tempo de permanência dos profissionais nas comunidades. Nessa direção, Sousa *et al* (2018) salientam que, nas comunidades rurais, a dispersão geográfica limita a qualidade dos serviços de saúde, evidenciando maior precariedade quando se compara com as condições de saúde nas comunidades urbanas. Os autores também relatam que além do menor acesso aos serviços de saúde, a população negra também possui menor acesso à informação, às oportunidades de trabalho, à educação e ao lazer.

Para minimizar a dificuldade apresentada, os enfermeiros lançam mão de estratégias, como a realização de atendimento em estrutura física satélite, semanalmente ou

quinzenalmente. Porém, esse modo de organização do atendimento não tem se mostrado suficiente para atender às necessidades da comunidade, havendo divergência de opiniões, conforme apresentado:

Vamos lá toda semana, toda quinta, e na última quinta do mês fazemos grupo operativo (ENF4).

A saúde aqui é muito boa, tem a médica que vem aqui de 15 em 15 dias. Se for lá no [nome do povoado] eles também atendem a gente. A médica, a enfermeira explicam muita coisa para a gente (QUILOMBO3).

Lá no povoado vizinho [nome do lugar], tem muita gente para atender, umas vinte pessoas ou mais. O atendimento é só na parte da manhã e é só de 15 em 15 dias, pensa? Vem a médica e a técnica, o pessoal reclama muito, tem gente que vai cedo, e fica lá ooooh ... esperando! (QUILOMBO4).

Aqui infelizmente o médico vem uma vez por semana. Hoje teve atendimento aqui, eu estou com exames para mostrar e não pude vir hoje, eu tenho que esperar a próxima quinta. Tem uma quinta do mês que é para trocar receita, para quem tem hipertensão, no dia de troca de receita, é só troca de receita, a última quinta ele não vem. Na última semana não posso ficar doente, nem perto do natal e nem carnaval, só sei que tem três meses mais para o final do ano que você não pode ficar doente, porque está de férias (QUILOMBO5).

Verifica-se a inexistência de consenso no modo de organização estabelecido pela equipe, não havendo participação dos usuários nas definições a esse respeito, o que fragiliza a prática de responsabilidade que prevê tomadas de decisão compartilhada. Sugere-se que a equipe realize grupos, reuniões, conversas com a comunidade ou com lideranças para o estabelecimento de melhores estratégias de atendimento. É necessário que a comunidade conheça a dinâmica da ESF, bem como as atribuições do enfermeiro e que os profissionais tenham clareza das reais necessidades da comunidade para que possa negociar melhores alternativas de atendimento.

A prática de responsabilidade prevê negociação, o que requer conhecimento de todas as partes envolvidas. A qualidade do acesso à saúde nas comunidades é, de fato, um problema que impacta diretamente nas condições de saúde dessa população. A universalidade do acesso foi firmada nos princípios do SUS, constantes da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sendo compreendido como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda população, o qual se estende no princípio da equidade (BRASIL, 2016). Para reafirmar a garantia de acesso aos serviços de saúde à população negra do campo, em particular as populações quilombolas, a

PNSIPN apresenta, entre outros objetivos, a ampliação do acesso da população negra às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2013). As dificuldades de acesso aos serviços, muitas vezes, levam a potencialização de situações de vulnerabilidade em saúde. Alguns estudos sinalizam que a situação de vulnerabilidade vivenciada pela população negra decorre do processo histórico de escravização, que acarretou desigualdades sociais e de saúde, levando a um menor acesso a bens e serviços, tornando-os mais suscetíveis a agravos à saúde (VOLOCHKO, 2009; MARQUES, *et al*, 2010; FREITAS *et al*, 2011; GOMES *et al* 2013; BEZERRA *et al*. 2017). Vale lembrar que o conceito de vulnerabilidade é expresso por um conjunto de aspectos individuais e coletivos podendo estar associado ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis (AYRES *et al*. 2003).

Outra estratégia apontada para melhorar o acesso é a presença do ACS nas comunidades. Por meio de visitas domiciliares, eles levam até a equipe da ESF as necessidades da população.

*Colocar uma agente comunitária, que é excelente, dentro dessa comunidade o tempo todo. Por meio das visitas domiciliares ela monitora muito bem. Ela sempre está lá, apesar de ela não ser de lá, o tempo todo ela está lá dentro e traz as demandas. 'olha o Sr fulano caiu, ele está acamado, vamos marcar uma visita domiciliar?' Eu vou, a técnica de enfermagem vai ou o médico vai. Então assim ela vai todos os dias, ela passa e traz notícias de tudo. É a comunidade mais longe da unidade de saúde, mas é a população que eu tenho mais na minha mão, porque a ACS é excelente, sabe tudo, **sabe o nome de todo mundo, conhece tudo**. Você vai ver como ela consegue interagir com essa comunidade (ENF3).*

Ah, a ACS é atuante na comunidade. Por exemplo, ela descobriu que tem uma grávida lá. A ACS traz a demanda e a gente já abre na agenda, eu já priorizo o pré-natal, para poder não deixar de fora (ENF4).

Como mencionado, o ACS é imprescindível para a construção da prática do enfermeiro, cabendo a este planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelo ACS na comunidade. Ao realizar diagnóstico demográfico, social e cultural o ACS contribui para que o enfermeiro possa conhecer as particularidades do território, desenvolvendo ações direcionadas para a realidade adscrita (BRASIL, 2017b). Segundo Couto *et al*. (2017), o ACS em comunidades quilombolas amplia as possibilidades de compreensão da realidade e, ao mesmo tempo, possibilita que a equipe crie formas de intervenção consistentes com as reais necessidades da população.

Além de ser importante elo com a comunidade, o ACS contribui para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. ENF7 exemplificou como o ACS pode contribuir com sua prática na promoção da saúde, ao incentivar atividades como a caminhada.

*Eu estou organizando com os agentes comunitários de fazer uma caminhada, já estou me articulando com a equipe do NASF, com a fisioterapeuta e a nutricionista de a gente começar a ter uma caminhada regular 3 vezes por semana **junto com os agentes comunitários e a comunidade**. Não adianta você também querer mudar alguma coisa se você não adere a isso. Muita gente fala que é importante a alimentação saudável e atividade física, mas a pessoa mesmo não fazer uma alimentação e nem atividade física (ENF6).*

Walker (2007) afirma que o entendimento compartilhado das necessidades entre os sujeitos envolvidos sustenta a prática de responsabilidade. O profissional constrói sua prática de responsabilidade quando tem consciência que a produção da assistência produz novas interpretações e explicações sobre os saberes e o posicionamento de cada indivíduo no contexto social. Considerando o modelo expressivo colaborativo, a prática do enfermeiro se direciona para o alcance de formas de atuação coerentes com a comunidade. Segundo Martins *et al.* (2009), as ações de promoção da saúde visam o “empoderamento” das pessoas, famílias e comunidades.

Na esfera individual, as ações de promoção da saúde geram autonomia e autoconfiança. Já na esfera social, as pessoas compartilham conhecimentos e ampliam sua consciência crítica para a capacidade da comunidade para atuar nesse campo. Bezerra *et al* (2013) salientam que a promoção da Saúde tem enfoque no exercício da cidadania com efetiva participação dos sujeitos na transformação das condições de vida. Desse modo, o enfermeiro em sua prática promove motivação, com planejamento e avaliação das ações. A promoção da saúde amplia-se na ideia de produção de ambientes saudáveis, buscando a redução das vulnerabilidades, valorizando as redes sociais que fortalecem o suporte social (SANT'ANNA, HENNINGTON, 2010).

Sobre o aspecto do fortalecimento do suporte social, uma sugestão do quilombo foi a realização de reuniões e rodas de conversa para discutir problemas de saúde da comunidade.

*Eu acho que **deveria haver uma roda de conversa com o pessoal**, para expor as coisas. Igual a gente está aqui. O posto médico podia oferecer isso, uma roda de conversa, uma reunião. Juntar com a equipe de saúde para saber o quê que a equipe acha e o que pode levar para o pessoal da comunidade, para tentar ver uma forma de melhorara, né? (QUILOMBO4)*

QUILOMBO4 aponta a necessidade de desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de fortalecimento dessas relações para promover melhorias nos resultados de saúde e na satisfação do usuário. A esse respeito, o modelo expressivo colaborativo prevê que as ações devem ser estabelecidas de modo que façam sentido para as pessoas envolvidas. Tais ações fortalecem a prática colaborativa favorecendo o cuidado de excelência a indivíduos, famílias e comunidades. Cabe salientar, ainda, que a prática colaborativa, segundo a *World Health Organization* (WHO), consiste em importante dispositivo de promoção de reforço da autonomia, autoestima e motivação dos profissionais (WHO, 2010).

Estudo realizado no ambiente hospitalar apontou que a prática colaborativa consiste em importante estratégia para o alcance de melhorias na assistência prestada ao paciente. Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias comunicacionais como reuniões para criação de espaços de socialização e de interação entre a equipe, estimulando a participação e a adequação dos objetivos com respeito aos valores dos profissionais e pacientes (CARAM; REZENDE, BRITO, 2017). Esse modelo pode ser incorporado à ESF, sendo potencial para a prática da justiça e do fortalecimento dos laços entre enfermeiros e comunidade, considerando aspectos da cultura e do resgate de valores morais. Outro estudo, realizado em Portugal com enfermeiros no ambiente hospitalar e na atenção primária, demonstrou que os enfermeiros precisam envolver-se com as atividades que operacionalizam os padrões de qualidade em saúde, não só para o cumprimento às diretrizes profissionais associadas à qualidade do seu desempenho, mas também para aumentar a visibilidade do enfermeiro (FREIRE, *et al.* 2016).

No presente estudo, os profissionais apontaram algumas barreiras que inviabilizam uma prática de qualidade, conforme gostariam, sendo elas: alta demanda; sobrecarga de trabalho; falta de espaço físico na unidade de saúde; grande volume populacional por equipe.

Com relação ao espaço físico, os profissionais apontaram que a estrutura física na unidade não é adequada para o desenvolvimento de atividades de prevenção a agravos e promoção à saúde, bem como para as consultas de enfermagem nas diversas fases da vida. A situação é ainda mais crítica na área rural, requerendo o atendimento em locais alternativos, como por exemplo, em igrejas.

Eu acho que a prática deixa a desejar por falta de espaço físico. Porque a gente não tem espaço físico nenhum. Aqui, a gente atende dentro de uma igreja, então enquanto a médica está fazendo o atendimento, eu estou de apoio com as meninas fazendo acolhimento, olhando o remédio. Não podemos fazer um preventivo, não tem uma maca, não tem nada, não tem como eu fazer uma puericultura, porque não tem espaço, vou medir um neném, pesar, a balança a gente ainda pode levar, mas vou medir ele em uma mesa? Muito desconfortável, e

depois pode acarretar até um problema para a gente, falar que é pouco caso, eu prefiro não fazer. Igual pré-natal não tem jeito de fazer lá, então a gente marca tudo aqui na unidade (ENF4).

*Não conseguimos fazer os grupos que eu queria fazer de hipertenso, de diabéticos **por falta de espaço na unidade** e não tem local que ofereça para a gente o espaço para estar fazendo esses grupos (ENF6).*

*A gente tem um problema grave aqui que é de **espaço físico, principalmente nós enfermeiros ficamos meio de escanteio**. Pela manhã, às vezes, consigo ficar no consultório de ginecologia. À tarde, cada dia estou em uma sala, não tem espaço para fazer grupos de promoção da saúde, a gente perde muitas oportunidades por causa do espaço físico. Agora que chegou a equipe do NASF, a gente estava com uma equipe bastante desfalcada, agora chegou uma equipe bem mais completa, aí tem que dividir o consultório com mais profissionais, aí ficou mais difícil ainda (ENF7).*

Estruturas físicas adequadas contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, com melhores resultados de saúde. Bousquat *et al.* (2017) apontam que, no Brasil, a APS apresentou avanços relacionados à ampliação da oferta, facilitação do acesso e ampliação de recursos financeiros, com impactos positivos sobre a saúde da população, como redução da mortalidade infantil, por causas cardiovasculares e cerebrovasculares, bem como de internações por condições sensíveis à atenção primária. Todavia, os autores apontam que esses avanços foram implantados em cenário de carência estrutural, sem ampliação ou adequação do espaço físico. Os autores concluem que um espaço físico adequado pode contribuir para a redução das desigualdades encontradas no contexto social.

No presente estudo foram mencionados o volume da população adscrita por equipe e a diversidade de atividades assumidas pelo enfermeiro na saúde da família como fatores que acarretam sobrecarga e entraves para o enfermeiro.

No acolhimento a gente atende 50 pacientes, isso diariamente. Em média uns 30 pacientes são para agendar consulta porque perderam a consulta. Eles têm muita facilidade para perder consulta. Aí! Você agenda a consulta! Faz encaminhamento para especialista! Não precisava disso, poderia ter uma pasta ali na recepção e uma pessoa que precisar reagendar deixa o encaminhamento para ser discutido posteriormente com a equipe. E aí acaba que chega um agudo, aí você vai atender o agudo, demora e você não tem muito tempo para atender, e paciente briga, xinga, porque está demorando (ENF5).

O depoimento de ENF5 revela que grande parte das pessoas atendidas no acolhimento está buscando o reagendamento de consulta com especialista. Essa situação desvia o enfermeiro de sua função e interfere negativamente na escuta qualificada. Na unidade de saúde, observou-se que o enfermeiro realizava o agendamento de consultas e as confirmava como rotina do serviço (NO). Nos depoimentos de ENF6 e ENF7 foi mencionada a impossibilidade de realizar o planejamento das atividades de enfermagem devido às demandas do dia a dia, desviando o enfermeiro de suas funções.

*Aqui é muito difícil você prestar assistência, você apaga fogo o tempo todo e **faz muito mais um trabalho administrativo do que mesmo da enfermagem**, da assistência, porque não tem profissional para fazer esses serviços administrativos. **Eu estava fazendo ligações para consulta especializada, agora mesmo.** Eu gasto muito tempo ligando para paciente para resolver questão de paciente, toda hora eu fico agendando consulta, faço agendamento de exames, acho que isso não seria função do enfermeiro, solicitar um exame que poderia estar repassando. Por exemplo, eles chegam 'agenda esse exame aqui para mim' aí eu vou ter que agendar exame, sabe? Eu acho que isso é uma questão que necessariamente não é para mim, em todas as equipes são assim. (ENF5)*

*Nosso trabalho é difícil. **No acolhimento é mais difícil.** Recebemos a demanda espontânea e fazemos uma triagem, não é uma consulta de enfermagem, **você vai escutar a queixa e de acordo com a queixa você direciona se vai consultar hoje ou não.** Então assim, às vezes, o povo nos enxerga como aquela que vai escolher se vai consultar ou não, às vezes você escuta isso. (ENF7)*

*A gente abre o centro de saúde às 07:00 da manhã até a hora de sair é atendendo, tentando resolver os problemas do outro, apagando incêndio, a gente tem o Manchester junto com o PSF, então a gente atende, da hora que abre a hora de fecha estamos atendendo as urgências, no mais é isso, a prática é puxada, é muito serviço. A gente acaba tendo que apagar incêndio o tempo **todo, a gente não consegue o que realmente tem que ser feito na ESF.** A gente tenta fazer assim, a gente faz tudo, às vezes não consegue fazer a enfermagem em si, a nossa prática, eu ainda tento. (ENF6)*

ENF7 aponta que a triagem feita pelo enfermeiro para a realização de consultas médicas se traduz, no imaginário da população, em escolhas aleatórias. Verifica-se, pois, a fragilização da prática do enfermeiro, o qual se distancia da prática de responsabilidade, a qual pressupõe a incorporação do diálogo, por meio do encontro efetivo entre profissional e usuário. Tal encontro tem como objetivos a apreensão de suas necessidades e o fortalecimento de seu vínculo. O enfermeiro no seu cotidiano está limitado à forma de organização do serviço de saúde,

especialmente no que se refere ao acolhimento e não consegue avançar para uma assistência integral nesse cenário apresentado.

A esse respeito tem a implementação obrigatória do Protocolo de Manchester na APS, Moreira *et al.* (2017) apontam que a lógica do acesso, alicerçada na classificação de risco, pode remeter à falta de acolhimento e à indiferença dos profissionais ao sofrimento dos usuários, uma vez que pode fragilizar o diálogo entre ambos. Esse modelo de atendimento na APS, segundo as autoras, impacta negativamente na relação profissional-usuário e na criação e fortalecimento do vínculo.

Santos e Miranda (2016) apontaram que a respeito do vínculo parecer algo simples, o mesmo requer do profissional e do usuário momentos de conversa, escuta, acolhimento, trocas e responsabilização, gerando confiança no usuário. Segundo Ayres (2011), no campo teórico da integralidade são identificados eixos fundamentais no encontro profissional-usuário, dentre os quais se destacam a qualidade e a natureza da escuta no acolhimento com vistas ao atendimento das demandas da atenção à saúde.

ENF5 refere que a demanda de trabalho na unidade o consome de tal forma que é incapaz de projetar sua prática na comunidade quilombola, desconhecendo a mesma. Da mesma forma, os participantes de QUILOMBO1, também relataram desconhecer o enfermeiro da ESF.

Eu não tenho nenhuma prática realizada no quilombo. Eu não conheço a comunidade quilombola, inclusive uma moradora de lá veio conversar comigo, porque tem muitas adolescentes grávidas. Ela gostaria muito que eu fizesse um trabalho social lá, um trabalho de enfermagem. Só que vou ser sincera, eu não consegui nem pensar no que eu poderia fazer lá, porque eu não estou dando conta, cada dia é um trabalho diferente que eu tenho que fazer aqui, e acaba que tenho uma demanda gigantesca. (ENF5)

Não conheço a enfermeira. Eu a conheci quando eu estava fazendo pré-natal. Eu conheço, por causa da minha mãe que é deficiente visual e tem pressão alta e aí ela recebe visita da enfermeira. (QUILOMBO1)

O distanciamento identificado na relação enfermeiro, indivíduo e família impacta no desconhecimento do contexto social pelo profissional, bem como na invisibilidade do profissional na comunidade, comprometendo a legitimação de sua prática. Consequentemente, a prática não chega às comunidades quilombolas, fragilizando o alcance de princípios do SUS.

Moraes-Partelli e Cabral (2019) afirmam que o profissional precisa estar imerso na realidade da população, de modo a considerar seus valores, experiências e modos de vida e assim, refletir sobre a sua atuação e, mais intensamente, precisa fazê-lo de maneira crítica e responsável. Os autores reforçam que, desse modo, a prática pode impactar em ações que

poderão libertar a comunidade da condição determinante da vulnerabilidade social existente. Ayres (2017) aponta que o desenvolvimento do aspecto relacional da prática do enfermeiro é componente fundamental no cuidado para atenuar as situações de vulnerabilidade sociais, bem como as desigualdades relacionadas ao acesso à saúde. Para tal, necessário se faz, trazer para os espaços da prática em saúde a legítima voz do outro, na escuta e na tomada de decisão conjunta, fortalecendo o cuidado prestado pelo enfermeiro, colocando-o como poderoso *telos* emancipatório. O modelo expressivo colaborativo defende uma prática que distribui poder e autoridade social, na qual as pessoas refletem e interpretam a relação de poder efetivamente no relacionamento, por meio do conhecimento intersubjetivo produzido na prática de reconhecimento, de credibilidade e de representatividade da vida moral (WALKER, 2007).

A realidade da demanda do serviço distancia o enfermeiro de sua prática emancipatória tornando-a reducionista, uma vez que desloca o enfermeiro para o atendimento focado nas urgências, impossibilitando a amplitude assistencial como potência de coordenação do cuidado e de melhorias na saúde da população. ENF5 aponta em seu depoimento que não realiza consultas de enfermagem e que os usuários são direcionados para outro profissional, tendo como justificativa o grande volume populacional adscrito na equipe. QUILOMBO7 relata como são as ações do enfermeiro na comunidade.

Eu tenho uma população muito grande na minha região, por isso eu tenho maior espaço nas agendas do psicólogo, do psiquiatra, do pediatra, do ginecologista, do clínico. Então, eu não posso atender e fico tentando encaixar os pacientes para esses profissionais. O pediatra faz as puericulturas, o ginecologista faz as prevenções e consultas de pré-natal (ENF5).

A enfermeira vem, olha a pressão e pergunta como você está. Vê os medicamentos, se está em ordem. É muito difícil os enfermeiros atenderem, marca mais é com o doutor mesmo. Igual preventivo, pré-natal, não passa pela enfermeira, passa só pelo médico. Passa pela enfermeira quando a gente chega lá, a enfermeira que faz o primeiro acolhimento. Ela mede a pressão, aí depois você passa no médico (QUILOMBO7).

O número grande de população adstrita é um desafio para efetivar a prática do enfermeiro, visto que o profissional não consegue efetivar o encontro profissional e usuário, implicando no não reconhecimento desse profissional na comunidade e na busca do usuário sempre pela consulta médica. Segundo Ayres (2017), o cuidado prestado pelo enfermeiro pode se produzir desde o saber científico até às novas formas de dar resposta aos indivíduos e às coletividades, ajudando a fazer com que princípios e conceitos norteadores do SUS, como integralidade da atenção e redução de vulnerabilidades, sejam concretizados no cotidiano.

Os enfermeiros têm consciência da vulnerabilidade do território. Eles reconhecem a necessidade da promoção da prática centrada no usuário, do planejamento das ações e da organização dos serviços para garantir o acesso equânime e integral à população negra, porém eles se deparam com uma realidade distante em decorrência do acúmulo de funções, conforme mencionado.

O enfermeiro assume muitas funções, tem a supervisão dos auxiliares, técnicos, ACS, setores da unidade, a gente é responsável pela farmácia, pela vacina, pelo curativo, pela sala de observação, então a gente tem que dar conta disso também. Tenho quatro ACS, minha população é tudo alto risco, uma vulnerabilidade social imensa, muita violência, miséria mesmo. Tenho também que resolver aquela papelada, os mapas que tem que fechar todo mês, as planilhas que tem que preencher e cobrar produção de ACS, enfim (ENF7).

O enfermeiro na ESF é tudo, porque a gente é que gerencia a equipe, a gente é que faz o cronograma, a gente é que olha o quê que dá para fazer todos os dias (ENF4).

*Eu tenho muito trabalho, e não é só o meu trabalho, eu também fico responsável por outras coisas na unidade, que **acaba delegando para os enfermeiros outras atribuições**, fico responsável pela sala de medicação, tenho que conferir medicamento, conferir insumo, ver se está tudo certo, verificar a caixa de emergência, aí fico responsável pelo CISCAM, que é do sistema do câncer, aí eu tenho que todos os dias (...), hoje mesmo tem muitos aqui para lançar (ENF5).*

Percebe-se que o enfermeiro precisa conformar e flexibilizar sua prática com vistas ao enfrentamento das demandas que aparecem no cotidiano. A esse respeito há que se chamar a atenção para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fundamentada em programas e protocolos pré-estabelecidos que direcionam a atividade profissional. A PNAB prevê, além de orientações preestabelecidas a serem seguidas, as atribuições específicas do enfermeiro, o que configura um modelo teórico-jurídico. Como modelo teórico-jurídico, a política prescreve atribuições e requer que o enfermeiro as cumpra. A enfermagem também precisa ser amparada por diretrizes e políticas públicas. Cabe aos profissionais e gestores a identificação de necessidades do território, para assim, criar estratégias para executar políticas públicas e, principalmente, criar alternativas quando essas políticas não forem adequadas para determinados contextos.

Ayres (2017) aponta que o enfermeiro na ESF precisa transcender o prescrito, de modo a conduzir sua prática conforme as atribuições previstas na legislação em conformidade com os saberes da comunidade. Nesse sentido, o atendimento não deve ocorrer de maneira tecnocrática,

mas deve propiciar a democratização dos próprios horizontes da *práxis*, articulando o saber científico e o saber empírico, fundamentado no encontro entre sujeitos.

Os programas e protocolos foram desenvolvidos para efetivar os princípios do SUS os quais visam a superação da prática reducionista. Por meio desses programas e protocolos, o enfermeiro busca manter o contato com o usuário, conhecendo sua realidade e estabelecendo vínculos.

A gente tem que seguir os protocolos, de saúde da criança, de saúde da mulher, o enfermeiro é que faz planejamento familiar. Enfim, geral (ENF2).

Então, isso, a gente segue o protocolo todo do ministério, tem a demanda, a gente já encaminha direitinho (ENF4).

Organizo da forma que eu posso para poder encaixar e fazer um pré-natal na saúde da mulher, eu gosto desse contato. Eu divido com o médico, um mês é ele e um mês sou eu (ENF5).

Eu gosto de eu mesma ir fazer meus curativos no domicílio, de programar as visitas domiciliares. Mesmo com tanta coisa para atender a gente cria muito vínculo com a comunidade, com as famílias (ENF6).

Cabe ao profissional e à sua equipe ajustar os programas da APS à realidade. Para tanto, é fundamental que se conheça os indivíduos, as famílias e a coletividade para que se tenha a compreensão dos saberes, valores e crenças que circulam nos modos de vida naquele contexto.

A definição operacional da APS, sistematizada por Starfield (1992), estabelecesse que o serviço deve ser o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa. A autora sugere quatro atributos essenciais dos serviços de APS, quais sejam: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; a longitudinalidade, isto é, existência de uma atenção continuada; a integralidade; e a coordenação da atenção, ou seja, a continuidade do cuidado pelo mesmo profissional ou por profissionais da equipe. Esses atributos são qualificados por três características: atenção centrada no indivíduo/família; reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade; e competência cultural, baseada pela habilidade comunicacional (STARFIELD, 2001).

Para atender a esses atributos o profissional precisa caminhar em equipe e estabelecer vínculo com o usuário. No presente estudo percebe-se que muito ainda precisa se caminhar para alcançar o nível de excelência na APS. Isto porque alguns participantes desconhecem o contexto social de realização de suas atividades profissionais, conforme evidenciado:

Igual eu te falei, eu fui lá na comunidade uma vez, antes eu nunca tive contato, eu fui lá uma única vez (ENF1).

Na verdade, eu não conheço para ser sincera, como é uma comunidade quilombola (ENF5).

O desconhecimento da comunidade quilombola e do contexto social e cultural da população adscrita leva a uma prática reducionista, com foco na doença, nas demandas que chegam no acolhimento e em ações padronizadas no âmbito da unidade de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário avançar para a prática reflexiva que considere as diversas formas de vida moral e analisar a vida social para desenvolver ações coerentes com as necessidades específicas de cada grupo. O profissional que não conhece a comunidade também é não reconhecido por ela. Franchi *et al* (2018) afirma que o desconhecimento sobre as condições de vida e saúde da comunidade demonstra a desafiadora proposta de formação de profissionais de saúde para o trabalho no SUS, a qual objetiva a integração de princípios e diretrizes de modo humanizado no fazer cotidiano. Daí a importância de a formação garantir que os profissionais sejam capazes de assegurar os princípios, diretrizes e políticas do SUS, principalmente, para aquela população que compõe grupos em situação de vulnerabilidades, como é o caso das CRQ, uma vez que as desigualdades vivenciadas por elas as distanciam de seus direitos, agravando as condições de saúde.

A respeito da PNSIPN, os enfermeiros foram questionados sobre o conhecimento que eles possuem da política. Percebe-se que, pelos depoimentos, nenhum enfermeiro tem conhecimento dessa política específica. ENF3 destaca que deveria ter tido uma atenção para essa questão uma vez que está na linha de frente do serviço.

Não, mas aí é minha culpa. Primeiro dentro da secretaria de saúde a gente não tem alguém que tem esse olhar cauteloso. Nós como trabalhadores da ponta, eu, e olha que eu sou interessado, é uma coisa que eu preocupo, eu não lembro de ter ouvido falar com esse nome. Não veio nada, não veio nenhum material, nem uma apostila para mim, que a gente dá uma lida e fica sabendo, eu nem sabia, deveria ficar mais atento (ENF3).

Cabe ressaltar a importância de os profissionais terem conhecimento dessa política, haja vista que a PNSIPN defende o caráter transversal para dar respostas às desigualdades em saúde que acometem a população negra no sentido de reconhecer que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País (BRASIL, 2017a). O estudo de Rosa *et al* (2019), realizado no Rio Grande do Sul, é condizente com os achados do presente estudo, quando identificou que os profissionais desconhecem a

PNSIPN. Os autores afirmam ainda que após apresentar a política para os enfermeiros, eles a entenderam como desnecessária, por acreditarem que a população negra não sofre discriminações sociais nos dias atuais. Chehuen Neto *et al* (2016), em pesquisa com usuários em Juiz de Fora, MG, assinalam que o desconhecimento da política também advém da população negra, o que reflete a falta de informação acerca das políticas públicas de saúde pela população interessada.

Infere-se pelos resultados desses estudos que as iniciativas do Ministério da Saúde nem sempre alcançam profissionais e usuários, como é o caso da PNSIPN. A política foi criada em 2006 em decorrência dos movimentos sociais negros no Brasil, que exigiam o fim do racismo e melhores condições de vida à população negra (BRASIL, 2017a). A última edição da política, publicada em 2017, além de reforçar o compromisso no combate às desigualdades no SUS e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considera também que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais, em destaque, o racismo, que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras.

Muito se tem a fazer mediante a invisibilidade das reais situações vivenciadas pela população negra no Brasil. De acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴, 45,2% da população brasileira se autodeclara branca e 53,9% negra (pretos e pardos) indicando, além da prevalência de afrodescendentes na composição étnica do país, maior reconhecimento do perfil étnico-racial por parte da população brasileira. Em relação aos aspectos socioeconômicos, os dados desse censo revelam que, enquanto o percentual de analfabetos entre os brancos com 15 anos ou mais era de 5,9%, entre os negros esse valor atingiu 27,4%. Outro exemplo é que brancos têm renda 84,5% maior que pretos e 81,95% maior que pardo (CHEHUEN NETO *et al*, 2015). Diante dessa realidade, a implementação da PNSIPN emerge como estratégia importante na reestruturação dos serviços ofertados à população.

Cabe ressaltar o papel que a gestão possui no sentido de induzir e priorizar políticas públicas de acordo com as necessidades do território. Muitas políticas setoriais foram produzidas, porém o volume de trabalho sobrecarrega os enfermeiros para executar todas as ações programáticas previstas. Nesse sentido, existe uma sobreposição das políticas dificultando que os enfermeiros as assumam em sua agenda.

⁴ Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016 <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>

Alguns profissionais participantes do presente estudo atentam tanto para as questões da vulnerabilidade da comunidade quilombola, bem como para as dificuldades enfrentadas como a violência, a falta de emprego e o acesso limitado aos bens e serviços. Porém, sentem-se limitados em face dessa realidade, conforme observado (NO). Nesse estudo, a complexidade do cotidiano dos enfermeiros da ESF afeta não somente a qualidade da prática, mas também o sentimento de sofrimento no profissional ao se deparar com a realidade sem possibilidade de transformá-la, o que culmina em sentimento de impotência e de frustração.

Na verdade, eu estou um pouco frustrada. O que eu sei, são as demandas que passam aqui todo dia, é exaustivo. Não consigo fazer uma puericultura, não tenho tempo para o pré-natal, consigo atender só uma por dia, não consigo atender mais. Eu não dou conta de evoluir meus pacientes durante o dia, no acolhimento de manhã, ponho no caderno e evoluo à tarde. [...] Cada hora um usuário vem com uma demanda, uma demanda para você resolver, Acaba que não é mesmo o foco que você deveria fazer na ESF. É muito complicado. Eu fico um pouco estressada com o excesso de trabalho e ainda tem a questão financeira que acaba influenciado tudo na sua vida (ENF5).

Eu estou em uma fase muito cansada. Eu estou um pouco desgastada, um pouco desmotivada, talvez pelo acúmulo de serviço (ENF7).

Percebeu-se que os profissionais realizam atividades rotineiras que podem levar a um desgaste físico e emocional. ENF5 aponta que a demanda é exaustiva e que não consegue realizar as ações da ESF. Essa rotina pode levar ao profissional realizar atividades de forma pouco reflexiva não encontrando espaço para analisar a sua prática e sua importância dentro da ESF. Para a construção da prática de responsabilidade são necessários questionamentos sobre as diversas situações que envolvem a realidade, aproximação das relações no contexto social. O distanciamento da prática pode desencadear o sofrimento moral, sendo este entendido como dor ou angústia que afeta a mente, corpo e até mesmo as relações interpessoais no ambiente de trabalho (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009).

Estudo realizado por Cardoso *et al* (2016) sobre o sofrimento moral de enfermeiros na APS apontou que dificuldades em atender às demandas que se apresentam no trabalho e questões relacionadas à infraestrutura e exigências impostas ao trabalhador da ESF desencadeiam vivência de sofrimento moral. Tais vivências podem ser consideradas fontes para crises de identidade e de valores, com consequências negativas na qualidade do cuidado e com implicações na saúde e na vida pessoal do profissional. Barth *et al* (2018) evidenciaram que as condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho, a autonomia do enfermeiro e a competência ética profissional apresentam-se como elementos desencadeadores de distresse moral em

enfermeiros da APS. Tais elementos estão relacionados às questões de acesso, ao acolhimento, à resolutividade das ações, à estrutura física, aos recursos materiais, aos humanos e a invisibilidade do profissional. Segundo os autores, o componente de competência ética profissional foi constituído por situações que apresentavam o despreparo de enfermeiras e outras categorias profissionais diante das práticas de saúde.

O enfermeiro quando atua em grupos minoritários precisa adquirir competências alicerçadas em valores e crenças, aliadas ao conhecimento científico e à experiência profissional, bem como incorporar o usuário, família e coletividade no contexto da ESF, para superar as barreiras e dificuldades cotidianas. Walker (2007) acredita que o modelo expressivo colaborativo se sustenta em práticas de responsabilidade e convida detalhar e descrever situações, expectativas e negociações no entorno dos compromissos de responsabilidade. Isso enfatiza que a natureza da moralidade está no entendimento interpessoal na participação de pessoas, grupos e comunidades.

Conclui-se nesse capítulo que, muitas vezes, os enfermeiros não conseguem apreender o contexto das comunidades de modo a compartilhar responsabilidades com o cuidado em saúde e também na formação cidadã do sujeito. Percebeu-se que eles compreendem o potencial transformador de sua prática, mas são limitados diante da incapacidade política grupal dos enfermeiros ao mudarem suas condições e organização do trabalho.

4.3. Prática do enfermeiro em comunidades quilombolas: interface entre a competência cultural e política⁵

Esse capítulo irá apresentar as considerações que remetem à reflexão sobre a relevância da prática do enfermeiro em comunidades quilombolas, considerando o seu papel e seu compromisso social junto à comunidade na interface das competências política e cultural. A competência política redesenha a fronteira entre aspectos morais e políticos no entendimento do contexto social, bem como na criação de vínculo, gerando autonomia do sujeito na tomada de decisão compartilhada por meio da colaboração expressiva (*expressive-collaborative model*) (WALKER, 2007). Por sua vez, a competência cultural contribui para a melhoria da qualidade do cuidado e do acesso aos serviços de saúde, reduzindo as disparidades entre as minorias e a população hegemônica, sendo construída a partir do conhecimento do outro (LEININGER, 1999). Considerando essas competências, para que elas sejam desenvolvidas, é necessário melhorar a comunicação entre profissional, usuários e gestores culminando na eliminação de barreiras estruturais e na elaboração de políticas e programas que possam organizar os serviços de saúde de forma apropriada, considerando as particularidades dessa população. Essas competências favorecerão uma prática expressiva colaborativa.

RESUMO

Objetivo: compreender a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família no contexto de comunidades quilombolas com interface para as competências cultural e política. **Método:** Estudo de caso único integrado, qualitativo realizado em sete Estratégias Saúde da Família, localizadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. Participaram 7 enfermeiros e 59 quilombolas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais com enfermeiros, entrevistas coletivas com quilombolas e observação. Para a análise adotou-se a análise temática de conteúdo. **Resultado:** Os resultados revelaram problemas estruturais e territoriais, os quais se configuram como barreiras para a efetivação do encontro profissional-usuário, bem como para a efetivação da prática do profissional. **Considerações finais:** Necessário se faz, que o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, alicerçado por competências políticas e culturais crie estratégias que minimizem as dificuldades encontradas na concretização das ações de saúde direcionadas para os quilombolas. Tais estratégias ancoradas em políticas públicas inclusivas.

⁵ Artigo no prelo para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), 2020.

Descritores: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Competência Cultural; Competência Profissional.

Descriptors: Nursing; Primary Health Care; African Continental Ancestry Group; Cultural Competency; Professional Competence.

Descriptores: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Grupo de Ascendencia Continental Africana; Competencia cultural; Competencia Profesional.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta lacunas entre as dimensões prescrita e a real. Apesar da complexidade e relevância dos desafios organizacionais, estruturais e financeiros, há que se atentar para a dimensão e complexidade do espaço micropolítico da prática no que concerne à materialização, no cotidiano, da consolidação dos princípios da equidade e da integralidade.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a prática do enfermeiro merece especial atenção em decorrência do papel estratégico deste profissional na identificação das necessidades de saúde da população e na concretização do encontro entre profissionais e pacientes, famílias e comunidades^(1,2). Sobre o papel do enfermeiro, evidenciam-se as múltiplas dimensões do cuidar, como potência de coordenação das práticas, viabilizando a equidade e a integralidade, abrangendo a prevenção de agravos, proteção de danos, recuperação e tratamento nos âmbitos individual e coletivo⁽³⁾. Cumpre destacar, ainda, o direcionamento das ações do enfermeiro para a reorganização dos serviços, com foco na vigilância à saúde, pautada na concepção de saúde constituída pelas relações sociais, no encontro efetivo entre paciente e profissionais e voltadas para as necessidades da população^(4,5).

A prática, no contexto da ESF, requer a apreensão do contexto sociocultural do indivíduo e da coletividade, muitas vezes permeadas por situações de vulnerabilidades sociais e singularidades culturais. Dentre os cenários de atuação do enfermeiro, apresentam-se as comunidades quilombolas, cujas particularidades estão ligadas à sua trajetória histórica e a ancestralidade africana⁽⁶⁾. Além da trajetória histórica própria, as comunidades quilombolas estabelecem relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra, relacionada a resistência à opressão histórica⁽⁴⁾. Esse contingente populacional sofre em decorrência de um processo histórico e social que impacta em suas condições de saúde e,

consequentemente, nos indicadores em saúde, colocando-os em situação socialmente vulnerável⁽⁷⁾.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgados em 2016, 54,9% da população brasileira era considerada preta ou parda⁽⁸⁾. Apesar de constituir maioria no país, essa população é considerada sociologicamente minoritária em decorrência das precárias condições de vida e de saúde⁽⁷⁾. A esse respeito, evidências sistemáticas indicam que negros têm maior incidência de doenças e morrem mais precocemente, em todas as faixas etárias⁽⁹⁾. A título de exemplo, apresentam-se as doenças crônicas, como a hipertensão arterial, cuja prevalência é duas vezes mais maior em indivíduos negros, estando a mesma fortemente associada a estratos sociais mais baixos, agravando duplamente a situação de vulnerabilidade da população negra⁽¹⁰⁾.

As considerações apresentadas nos remetem à reflexão sobre a relevância da atuação do enfermeiro em comunidades quilombolas, considerando o seu papel social e o compromisso junto a esta comunidade. Para a efetivação de sua prática, é essencial que o enfermeiro reconheça os arranjos socioculturais do território, as situações de vulnerabilidades das famílias, as dificuldades de acesso aos serviços, as especificidades locais, os indicadores e os parâmetros estabelecidos para o território⁽⁴⁾. Necessária se faz, pois, a contextualização da prática do enfermeiro em meio às vulnerabilidades sociais com abordagens teóricas que considerem as particularidades das minorias sociais em consonância com sua realidade.

No que concerne ao referencial epistemológico para a abordagem do tema em foco, destaca-se a apropriação da ética feminista⁽¹¹⁾, por permitir que se projete o olhar para o desenvolvimento das competências culturais e políticas, de maneira que as ações do enfermeiro e da equipe sejam sustentadas nos princípios da equidade e da integralidade e efetivadas em consonância com a realidade e necessidades das comunidades quilombolas. Salienta-se que a ética feminista emerge de reflexões sobre minorias sociais e busca fomentar ações que eliminem as diversas formas de opressão e privilégios oriundos de hierarquias hegemônicas⁽¹¹⁾.

A competência cultural envolve três dimensões: a sensibilidade às crenças culturais, às práticas e aos saberes do outro, bem com suas expectativas e origens; a conscientização para o desenvolvimento de estratégias de melhorias do acesso aos cuidados de saúde e; a eliminação de barreiras estruturais para as minorias⁽¹²⁾. Trata-se, pois, do desenvolvimento de competências que propiciem o reconhecimento dos valores dos usuários, considerando as diferenças no acesso aos serviços de saúde e as disparidades entre as minorias e a população majoritária^(11, 12,13).

A competência política é desenvolvida no contexto social e requer posicionamento de agentes políticos providos de postura questionadora, capacidade de reflexão e apreensão da realidade social em sua concretude e de compreensão do seu poder de transformar tal realidade. A competência política está presente em profissionais capazes de emitir juízo próprio e apreender as inúmeras necessidades dos indivíduos e das coletividades, assumindo como foco a valorização do modo de ser e de viver das pessoas⁽¹¹⁾.

Tendo em vista as considerações apresentadas, parte-se do pressuposto de que, a prática do enfermeiro na ESF requer o desenvolvimento de competências específicas que levem em consideração a diversidade cultural e social, oferecendo respostas aos desafios que se colocam.

Desse modo, questiona-se: Como tem se configurado a prática de enfermeiros em comunidades quilombolas? Como o enfermeiro tem mobilizado as competências cultural e política em sua prática?

OBJETIVO

Compreender a prática do enfermeiro na ESF no contexto de comunidades quilombolas com interface para as competências cultural e política.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa respeitou as exigências preconizadas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PARECER nº 2.285.857) e autorizado com Termo de Anuência pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos participantes que de forma voluntária participaram do estudo e estavam cientes dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios da pesquisa. Para garantir o anonimato, as entrevistas individuais dos enfermeiros receberam a denominação de “ENF” seguida do número aleatório de 1 a 7 e as entrevistas coletivas com os quilombolas a denominação “QUILOMBO” seguida da numeração aleatória de 1 a 7 para representar o número de grupos realizados.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, haja vista a busca pela compreensão de aspectos subjetivos de acontecimentos que se dão no cotidiano. Tal abordagem possibilita descobertas empíricas, elucidando a visão de mundo dos participantes⁽¹⁴⁾. A pesquisa qualitativa é capaz de incorporar o significado, a intencionalidade, as relações e as estruturas sociais como inerente aos atos, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação e nas construções humanas significativas⁽¹⁴⁾.

Assume-se como delineamento metodológico o estudo de caso único integrado, tendo as dez comunidades quilombolas visitadas conformado as unidades de análise⁽¹⁵⁾. O caso definido foi a prática do enfermeiro da saúde da família no contexto de comunidades quilombolas, considerando o contexto sociocultural em que estão inseridas, bem como os valores ético-morais individuais próprios do fazer cotidiano. Assume-se que as fronteiras entre o caso e o contexto não são claramente evidentes, o que torna relevante o entendimento do fenômeno considerando as condições contextuais pertinentes⁽¹⁵⁾.

A proposição teórica adotada encontra-se alicerçada na Ética Feminista proposta por Margaret Urban Walker (1998)⁽¹¹⁾, com foco para a abordagem analítica das competências cultural e política do enfermeiro para atuar de forma congruente com a realidade das comunidades quilombolas.

Procedimentos metodológicos

Cenário e participantes do estudo

O cenário deste estudo foram as ESF onde estão adscritas as comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), alocadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), no estado de Minas Gerais. Por ocasião da aprovação da presente investigação existiam, em Minas Gerais, 278 comunidades quilombolas certificadas pela FCP, dentre as quais 10 eram localizadas na RMBH. A investigação abrangeu, pois, as 10 comunidades quilombolas certificadas pela FCP na RMBH, sendo quatro comunidades urbanas e seis comunidades rurais. A respeito das comunidades urbanas, três estão localizadas em Belo Horizonte (Comunidade quilombola dos Luízes, Manzo Ngunzo Kaiango e Mangueiras) e uma em Contagem (Comunidade Quilombola Arturos). Dentre as comunidades rurais, três estão localizadas em Brumadinho (Quilombo de Sapé, Marinhos e Ribeirão), duas em Jaboticatubas (Comunidade quilombola Mato do Tição e Açude) e uma em Pedro Leopoldo (Comunidade Quilombola de Pimentel). Há que se chamar a atenção para o fato de as comunidades urbanas estarem situadas em proximidade com as ESF, o que não ocorre em relação às comunidades

rurais, cuja distância corresponde a uma média de 14 km. A esse respeito destaca-se que uma comunidade de Jaboticatubas, localizada a 30Km de distância da ESF. A distância geográfica é significativa em relação ao acesso da população quilombola aos serviços de saúde, por se tratar de vias sem pavimentação, em precárias condições de conservação e sem transporte público coletivo regular.

Os participantes do presente estudo foram enfermeiros da equipe da ESF que atuam com as Comunidades Quilombolas adstritas no território de atuação. O critério de inclusão para os profissionais foi estar atuando na ESF há pelo menos 6 meses no atendimento à comunidade quilombola. Participaram da pesquisa três enfermeiros de Belo Horizonte; um em Contagem; um em Brumadinho; um em Jaboticatubas; e um em Pedro Leopoldo, compondo sete enfermeiros no total. Os moradores dos quilombos cadastrados na ESF também foram participantes da pesquisa. A inclusão desses moradores se justifica pelo fato de que a prática constitui uma atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos, com legitimidade por quem a recebe⁽¹⁶⁾. Para os moradores das comunidades quilombolas os critérios de inclusão foram: a maioria, serem residentes das comunidades quilombolas e serem cadastrados na ESF. Aceitaram participar do estudo 59 quilombolas pertencentes às comunidades de Arturos, Marinhos, Ribeirão, Sapê, Açude, Mato do Tição, Pimentel.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período entre fevereiro e junho de 2018 após contato e agendamento com os gerentes das unidades e com os líderes das comunidades quilombolas. O estudo foi estabelecido de acordo com as diretrizes do COREQ. As estratégias para a coleta de dados foram a observação, a entrevista individual com enfermeiros e a entrevista coletiva com moradores das comunidades, atendendo à premissa da triangulação da coleta de dados em estudos de caso⁽¹⁵⁾.

A observação foi realizada nas unidades de saúde e nas comunidades quilombolas, tendo como foco as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no contexto de cada uma das comunidades quilombolas.

As entrevistas individuais com os enfermeiros foram realizadas na ESF, cujo agendamento foi feito previamente, conforme datas e horários disponibilizados pelos profissionais. O local de realização das entrevistas foi reservado na própria unidade de saúde, indicado pelos participantes, preservando-se sua privacidade. O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos e os enfermeiros responderam a questões referentes ao seu conhecimento

acerca da comunidade, das políticas públicas voltadas para o atendimento à população negra, da prática na ESF na comunidade e, finalmente, sobre os entraves e facilidades do cotidiano.

Os grupos que compuseram a entrevista coletiva foram compostos por moradores das comunidades quilombolas, cadastradas na ESF, que se dispuseram a participar voluntariamente da investigação. O convite às comunidades foi feito pelo líder de cada comunidade, após conversa prévia com as pesquisadoras responsáveis pelo estudo e mediada pelos agentes comunitários de saúde. As entrevistas coletivas ocorreram na própria comunidade, em locais previamente acordados e de acordo com a disponibilidade dos participantes. As questões norteadoras focaram o significado de viver na comunidade quilombola, o atendimento à saúde recebido pela comunidade e as dificuldades enfrentadas, tendo em vista as particularidades da comunidade. Foram realizados sete encontros para as entrevistas coletivas, sendo um em cada comunidade, com exceção das três comunidades em Belo Horizonte que se recusaram a participar dessa etapa da investigação. O número de participantes por grupo foi de oito pessoas na comunidade Sapê, oito na comunidade Ribeirão e sete na comunidade Marinhos no município de Brumadinho; oito na Comunidade de Pimentel, em Pedro Leopoldo; sete na Comunidade de Arturos, em Contagem e; em Jaboticatubas foram 11 pessoas na Comunidade de Mato do Tição e 10 na comunidade Açude, totalizando 59 pessoas das comunidades participantes do estudo. O tempo médio das entrevistas coletivas, por grupo, foi de 40 minutos. Os depoimentos foram gravados e transcritos integralmente.

Análise de dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações⁽¹⁷⁾. Esse tipo de análise visa alcançar a essência dos relatos, mediante a realização de procedimentos organizados com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens. Para tanto, procedeu-se a organização dos dados em torno de três polos interrelacionados: 1) pré-análise; 2) exploração do material e tratamento dos resultados; 3) inferência e interpretação. No que se refere ao *corpus* documental da pesquisa, o mesmo foi constituído pelas transcrições das entrevistas com os enfermeiros, das entrevistas com os quilombolas e as Notas de Observação (NO), oriundas do diário de campo. Esses documentos foram inseridos no software ATLAS.ti® 7.0, compondo uma unidade hermenêutica com 14 documentos no formato pdf. Destaca-se que o software contribuiu para o gerenciamento das informações e codificação do texto, sendo utilizado como ferramenta operacional que favoreceu a indexação, a busca e a teorização⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

Este estudo apontou a existência de barreiras no cotidiano da ESF, prejudicando o desenvolvimento da prática pelo enfermeiro, principalmente, na efetivação do cuidado às comunidades quilombolas. Dentre elas, destacaram-se: alta demanda; sobrecarga de trabalho; falta de infraestrutura para desenvolver atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde, bem como para as consultas de enfermagem nas diversas fases da vida. Uma particularidade apontada nesse estudo foi o distanciamento geográfico das comunidades rurais com a unidade de saúde, a qual configura-se no cenário pesquisado como ESF, impactando diretamente na qualidade do acesso e do cuidado. Os aspectos apontados interferem na prática do enfermeiro, o qual, em decorrência das intensas demandas do serviço, exercem as atividades assistenciais forma pouco reflexiva, sem questionar, pois, as potencialidades de sua prática como ação transformadora, potencializando situações de vulnerabilidade já vivenciadas pelas comunidades quilombolas.

A esse respeito das comunidades rurais, o participante ENF1 evidenciou a distância geográfica das unidades de saúde de áreas rurais em relação às comunidades, bem como a escassez de transporte, o que é considerado como elemento dificultador para o acesso de usuários e profissionais. Assim, em algumas unidades o atendimento passou a ocorrer quinzenalmente, com consequências para a comunidade, conforme evidenciado:

Temos grande dificuldade para atender as comunidades que é de transporte. A gente se divide em três regiões, que é a das fazendas. O carro está disponível meio horário, uma vez na semana, inclusive a quilombola, que fica na região das fazendas. Todas são muito longe da unidade, e a aí a gente prioriza o que dá. Sem o carro nem a ACS vai, porque é longe, não tem como ir. As visitas elas fazem na terça, quando tem carro. (ENF1)

Lá no [nome do lugar], tem muita gente para atender, umas vinte ou mais. O atendimento é só na parte da manhã, é muito cheio lá, e é só de 15 em 15 dias, pensa? Vem a médica e a técnica, o pessoal reclama muito, tem gente que vai cedo, e fica lá ooooh! esperando! (QUILOMBO4)

Temos um problema de acesso, temos apenas um carro para o deslocamento. Aqui as coisas são mais difíceis para conseguir, às vezes até mesmo um computador, uma impressora, eu sinto que a zona rural fica mais prejudicada nesse ponto. Estamos mais afastados da sede, tem estrada de terra, a carência da comunidade, para ir à sede do município tem que pegar um ônibus e é 28 Km daqui. (ENF2)

Só que no caso para gente ter acesso é bem complicado, tudo é mais longe e mais difícil (QUILOMBO7)

As dificuldades de acesso decorrentes do distanciamento geográfico comprometem a efetivação do encontro enfermeiro-paciente/família. Nessas situações, o enfermeiro foca sua prática nas demandas de atendimento às situações agudas, por não conseguir atuar de forma mais próxima da população das áreas rurais. Considerando a situação de vulnerabilidade social do quilombo, o profissional precisa estar junto à comunidade para apreender suas reais necessidades de modo a diminuir as disparidades raciais existentes. A situação identificada no presente estudo abre espaço para a ampliação da desigualdade que recai sobre a população quilombolas.

Observou-se que as unidades de saúde visitadas na região urbana se encontravam cheias e com dificuldade em relação à disponibilidade de salas para atendimento, exigindo remanejamentos de atividades de atendimento à demanda espontânea. Ademais, a infraestrutura inadequada e sobrecarga de trabalho inviabilizavam a operacionalização de grupos de educação em saúde nas unidades visitadas (NO).

A falta de espaço físico, o acúmulo de atividades que não são próprias do enfermeiro concomitante com a alta demanda na saúde da família, também foram citadas pelos enfermeiros como entraves para a sua prática.

A gente tem um problema grave aqui que é de espaço físico, principalmente nós enfermeiros ficamos meio de escanteio. Pela manhã, às vezes, consigo ficar no consultório de ginecologia. À tarde, cada dia estou em uma sala, não tem espaço para fazer grupos de promoção da saúde, a gente perde muitas oportunidades por causa do espaço físico (ENF7).

No acolhimento a gente atende 50 pacientes, isso diariamente. Em média uns 30 pacientes são para agendar consulta porque perderam a consulta. Eles têm muita facilidade para perder consulta. Aí! Você agenda a consulta! Faz encaminhamento para especialista! Não precisava disso, poderia ter uma pasta ali na recepção e uma pessoa que precisar reagendar deixa o encaminhamento para ser discutido posteriormente com a equipe. E aí acaba que chega um agudo, aí você vai atender o agudo, demora e você não tem muito tempo para atender, e paciente briga, xinga, porque está demorando (ENF5)

Nosso trabalho é difícil. No acolhimento é mais difícil. Recebemos a demanda espontânea e fazemos uma triagem, não é uma consulta de enfermagem, você vai escutar a queixa e de acordo com a queixa você direciona se vai consultar hoje ou não. Então assim, às vezes, o povo nos enxerga como aquela que vai escolher se vai consultar ou não, às vezes você pega umas falas assim. (ENF7)

O depoimento de ENF5 revela que, durante o acolhimento, o atendimento realizado é voltado para o reagendamento de consulta perdida com especialista. Essa situação é uma necessidade que se mostrou no cotidiano da saúde da família e que requer o envolvimento do enfermeiro para a busca de solução (NO). ENF7 aponta que a triagem se traduz, no imaginário da população, em escolhas feitas de forma aleatória pelo enfermeiro, para a realização de consultas médicas. Verifica-se, pois, a fragilização da prática do enfermeiro, o qual se distancia da possibilidade de construção do cuidado que incorpora o encontro como potencial para apreensão das necessidades do usuário e o fortalecimento do vínculo.

Reforçando as fragilidades de infraestrutura já mencionadas, ENF5 refere que a demanda de trabalho na unidade o consome de tal forma que é incapaz de projetar sua prática na comunidade quilombola, inclusive, afirmando não a conhecer. Tal situação é confirmada por um usuário que afirma não conhecer a enfermeira.

Eu não tenho nenhuma prática realizada no quilombo. Eu não conheço a comunidade quilombola, inclusive uma moradora de lá veio conversar comigo, porque tem muitas adolescentes grávidas. Ela gostaria muito que eu fizesse um trabalho social lá, um trabalho de enfermagem. Só que vou ser sincera, eu não consegui nem pensar no que eu poderia fazer lá, porque eu não estou dando conta, cada dia é um trabalho diferente que eu tenho que fazer aqui, e acaba que tenho uma demanda gigantesca. (ENF5)

Não conheço a enfermeira. Eu, a conheci quando eu estava fazendo pré-natal. Eu conheço, por causa da minha mãe que é deficiente visual e tem pressão alta e aí ela recebe visita da enfermeira. (QUILOMBO1)

O distanciamento do enfermeiro do usuário promove o não reconhecimento social deste profissional, comprometendo a legitimação de sua prática. Consequentemente, a prática não gera ressonância para as comunidades quilombolas, fragilizando o alcance de princípios como a equidade e integralidade da atenção à saúde.

A dinâmica vivenciada pelos enfermeiros na ESF potencializa a prática reducionista, impossibilitando a amplitude assistencial desse profissional como potência de coordenação de prática de cuidado e melhorias efetiva na saúde da população. ENF5 relata que não realiza consultas que poderiam ser de enfermagem e o atendimento é realizado pelo profissional médico.

Eu tenho uma população na minha região muito grande, por isso eu tenho maior espaço nas agendas do psicólogo, do psiquiatra, do pediatra, do ginecologista, do clínico. Então, eu não posso atender e fico tentando encaixar os pacientes para esses profissionais. O pediatra faz as puericulturas, o ginecologista faz as prevenções e consultas de pré-natal. (ENF5)

A enfermeira vem, olha a pressão e pergunta como está. Vê os medicamentos, se está em ordem. É muito difícil os enfermeiros atenderem, marca mais é com o doutor mesmo. Igual preventivo, pré-natal, não passa pela enfermeira, passa só pelo médico. Passa pela enfermeira quando a gente chega lá, a enfermeira que faz o primeiro acolhimento. Ela mede a pressão, aí depois você passa no médico. (QUILOMBO7)

Considerando o contexto da população quilombola, considerada minoria socialmente vulnerável, pelo fator histórico, econômico e social, os enfermeiros apontaram que o maior desafio consiste em conseguir chegar até o usuário e apreender os seus valores e crenças de forma a conduzir o cuidado equânime e culturalmente pertinente. Embora os participantes tenham consciência da vulnerabilidade do território, promover uma prática centrada no encontro e no planejamento de ações para a organização dos serviços como ponte para o acesso à população negra é uma realidade distante.

O enfermeiro assume muitas funções, tem a supervisão dos auxiliares, técnicos, ACS, setores da unidade, a gente é responsável pela farmácia, pela vacina, pelo curativo, pela sala de observação, então a gente tem que dar conta disso também. Tenho quatro ACS, minha população é tudo alto risco, uma vulnerabilidade social imensa, muita violência, miséria mesmo. Tenho também que resolver aquela papelada, os mapas que tem que fechar todo mês, as planilhas que tem que preencher e cobrar produção de ACS, enfim. (ENF7)

Apreender o contexto social, político e cultural com o olhar cuidadoso às situações frágeis que compõe a sociedade são imprescindíveis para a concretização da prática do enfermeiro. Para isso, o desenvolvimento de habilidade comunicacional culmina redução das lacunas que perpassa a realidade no contexto da ESF, requer um espaço que seja próprio para o atendimento, providencial para a criação de vínculo fortalecendo uma prática corresponsável em que a tomada de decisão conjunta é exercida na capacidade crítica para intervenções no meio social e espaços de trabalho.

Para promover o cuidado capaz de integrar os protagonistas da ESF, QUILOMBO 4 aponta uma possível estratégia como reuniões e rodas de conversa para discutirem os problemas encontrados.

Eu acho que deveria haver uma roda de conversa com o pessoal, para expor as coisas. Igual a gente está aqui. O posto médico podia oferecer isso, uma roda de conversa, uma reunião. Juntar com a equipe de saúde para saber o quê que a equipe acha e o que de levar para o pessoal da comunidade, para tentar ver uma forma de melhorara, né? (QUILOMBO4)

A complexidade apresentada no cotidiano da ESF, nesse estudo, afeta não só a qualidade prática executada, mas também sentimento de sofrimento no profissional que se depara com uma realidade que não conseguem transformar para serem verdadeiramente enfermeiros.

Na verdade, eu estou um pouco frustrada aqui, é muito difícil você prestar assistência. Aqui você apaga fogo e faz muito mais um trabalho administrativo do que mesmo da enfermagem, de assistência, porque não tem profissional para fazer esses serviços administrativos, eu estava fazendo ligações para consulta especializada, agora mesmo. Ligo para paciente para resolver questão de paciente, faço agendamento de exames, isso eu poderia estar repassando. [...] O que eu sei, são as demandas que passam aqui, todo dia é exaustivo. Não consigo fazer uma puericultura, não tenho tempo para o pré-natal, consigo atender só uma por dia, não consigo atender mais. Eu não dou conta de evoluir meus pacientes durante o dia, no acolhimento de manhã, ponho no caderno e evoluo à tarde. [...] Cada hora um usuário vem com uma demanda, uma demanda para você resolver, Acaba que não é mesmo o foco que você deveria fazer na ESF. É muito complicado. Eu fico um pouco estressada com o excesso de trabalho e ainda tem a questão financeira acaba influenciado tudo na sua vida. (ENF5)

Eu estou em uma fase muito cansada. Eu estou um pouco desgastada, um pouco desmotivada, talvez pelo acúmulo de serviço (ENF7).

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou fragilidades na efetivação da prática do enfermeiro na ESF na assistência às comunidades quilombolas, distanciando-o do cuidado às comunidades vulneráveis socialmente, conforme preconizado pelos princípios do SUS. As fragilidades apresentadas no desenvolvimento da prática do enfermeiro nesse estudo foram: a alta demanda; a sobrecarga de trabalho; a falta de infraestrutura para desenvolver atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde, bem como para as consultas de enfermagem nas diversas fases da vida. Tais fragilidades impactam nas relações efetivas entre profissionais e usuários/família, bem como na condução de uma prática congruente com a realidade das situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos quilombolas.

São muitos os distanciamentos vivenciados pela população quilombola no que tange ao conhecimento quanto às condições de saúde dessas comunidades, bem como ao acesso à saúde de modo integral, equânime e universal^(2,10,19,20,21) e tal realidade é convergente com grande parte da saúde da família nos diversos municípios brasileiros^(21, 22, 23).

Tendo como pressuposto que a prerrogativa constitucional da equidade mediante a qual os desiguais precisam ser tratados de modo desigual⁽²⁴⁾, é possível perceber que a atenção à

saúde nas comunidades quilombolas têm sofrido de modo potencializado, pois acumulam as fragilidades estruturais do sistema com as vulnerabilidades que acompanham a trajetória histórica de formação como comunidade. Em relação às vulnerabilidades que caracterizam as comunidades quilombolas e que são acentuadas pelas fragilidades na atenção à saúde, destacam-se: discriminação racial; pobreza extrema; invasões territoriais; migração para grandes centros urbanos; interferência na cultura e no equilíbrio ambiental; baixo índice de renda domiciliar e emprego informal; precárias condições das habitações, dificuldade de acesso à saúde e à educação, aos bens duráveis e de consumo e à informação; vulnerabilidade alimentar; conflitos institucionais; e, invisibilidade da população^(21,22,23).

O baixo nível socioeconômico da comunidade quilombola restringe o acesso à informação e aos cuidados de saúde, expõe o grupo à condições que podem afetar o estilo de vida e influencia negativamente o estado de saúde do indivíduo⁽¹⁰⁾. Outros estudos apontam que fatores socioeconômicos associado à elevada prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis interferem de modo notável nas iniquidades relacionadas à cor da pele e à exclusão histórica das comunidades quilombolas^(26,27,27).

No que tange à prática do enfermeiro, no cotidiano da saúde da família nas comunidades quilombolas estudadas, é possível perceber o acúmulo de atividades e sobreposição de atribuições que distanciam o enfermeiro do encontro efetivo com o usuário/família. O profissional precisa estar imerso na realidade da população, de modo a considerar os valores e as experiências do modo de vida da comunidade, para refletir sobre a sua atuação e, mais intensamente, precisa fazê-lo de maneira crítica e responsável, o que impactará em ações que poderão libertar a comunidade da condição determinante da vulnerabilidade social existente^(11,29).

Infere-se que o desenvolvimento do aspecto relacional da prática do enfermeiro é componente fundamental no cuidado para atenuar as situações de vulnerabilidade sociais vivenciadas, bem como as desigualdades relacionadas ao acesso a saúde. Para tal, necessário se faz trazer para os espaços da prática em saúde a legítima voz do outro, na escuta e na tomada de decisão conjunta, fortalecendo o cuidado prestado pelo enfermeiro, o colocando como poderoso *telos* emancipatório^(1,11).

Trata-se, portanto, do desenvolvimento de competência política e cultural mediante a prática do enfermeiro. A competência política redesenha a fronteira entre aspectos morais e políticos no entendimento do contexto social, bem como na criação de vínculo, gerando

autonomia do sujeito na tomada de decisão compartilhada por meio da colaboração expressiva (*expressive-collaborative*)⁽¹¹⁾.

A competência cultural contribui para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e do acesso aos serviços de saúde, reduzindo as disparidades na saúde entre as minorias e a população hegemônica, sendo construída a partir do conhecimento do outro⁽¹²⁾. Para isso requer a necessidade de melhorar a comunicação entre profissional e usuário, culminando na eliminação de barreiras estruturais e na elaboração de políticas que possam organizar os serviços de saúde de forma apropriado, considerando os valores e cultura da população.

A prática do enfermeiro é configurada por regras, leis, atitudes e saberes com o intuito de ser socialmente reconhecida e fortalecida no compromisso social, sendo crucial o relacionamento entre os profissionais e pacientes⁽³⁰⁾. Portanto, se torna fundamental a configuração de uma prática que respeite as diferenças e as semelhanças, que reconheça os valores culturais e as crenças a fim de fornecer cuidados culturalmente congruentes, compreensivos e competentes para as pessoas de culturas diferentes⁽¹²⁾, promovendo uma prática libertadora e consonante com os princípios do SUS.

O cuidar de enfermagem é produzido do saber técnico e relacional que podem levar respostas aos indivíduos e coletividades, norteado pelos princípios do SUS, propicia a redução de vulnerabilidades⁽¹⁾. A prática do cuidado balizada nas competências cultural e política tem um caráter criativo, de respeito aos saberes, valores e experiências dos outros, sendo potencializadora às ações emancipatórias e de liberdade tanto do conhecimento científico como dos saberes empíricos⁽²⁹⁾.

Nesse contexto, a prática precisa ser concretizada no encontro entre profissional-usuário de modo que a relação forneça as pistas para que profissional efetive de um plano de cuidado coerente com as necessidades do indivíduo/família/coletividade⁽²⁾. O cotidiano dos enfermeiros nas unidades de saúde, principalmente na ESF, é permeado pelas relações sociais que os diversos atores mantêm entre si e deve estar baseado no diálogo, na escuta e na troca de saberes, promovendo relação de confiança e de responsabilidade social.

A relação de confiança é a base para a criação de vínculo. Quando ela é efetiva torna-se possível a continuidade de ações em saúde⁽²⁾ em um processo de construção coletiva entre profissional, usuário e equipe (*expressive-collaborative*), em que são compartilhadas as responsabilidades morais, políticas e sociais de cada um, reduzindo, assim, as formas de opressão⁽¹¹⁾. O posicionamento político do enfermeiro contribui para a efetivação do vínculo com a população, na busca constante pela eliminação das formas de opressão, de poder

manipulador de grupos hierarquizados e hegemônicos e de dominação de um grupo sobre outro⁽¹¹⁾. A prática do enfermeiro deve-se adaptar às realidades de uma sociedade e o cuidado se concretizar juntamente à população mediante ações e as responsabilidades morais, políticas e sociais compartilhadas⁽¹¹⁾, com uma lente para a integralidade e equidade.

Apreender o contexto social e cultural com atenção às situações frágeis que compõe a realidade econômica, histórica e sociocultural é se comprometer a manter e dar continuidade ao bem-estar de um indivíduo/família/comunidade⁽¹¹⁾. Compõe dessa forma, a prática do enfermeiro baseada em traços morais, culturais e políticos para atender aos princípios e fortalecer o SUS.

Limitações do estudo

Este estudo se limitou aos cenários de coleta de dados nas comunidades quilombolas da Região Metropolitana de Belo Horizonte, portanto novas investigações precisam ser realizadas para explorar outros locais. Embora o Estudo de Caso permita o aprofundamento do fenômeno analisado, não é possível sua generalização considerando a limitação amostral. Todavia, é possível uma generalização analítica, sendo importante refletir sobre o aporte teórico da ética feminista e sua implicação nos questionamentos do posicionamento dos agentes sociais e morais e sua representatividade dentro de uma sociedade em particular. Especial atenção deve ser dada para a utilização da teoria feminista em contextos e grupos específicos que requerem uma abordagem voltadas para aspectos subjetivos e com foco na moralidade emaranhada no conhecimento social. Desse modo, os pesquisadores devem atentar-se para a opção por essa abordagem teórica em situações onde não ocorra real aplicabilidade.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública.

Esta pesquisa pode contribuir para o aprofundamento do conhecimento da prática do enfermeiro em comunidades quilombolas para atuação em consonância às condições de saúde da população. Salienta-se ainda a importância deste aprofundamento para a concretização de ações coletivas que visem o alcance de princípios e diretrizes do SUS, bem como de políticas específicas voltadas para o atendimento da população negra. Por entender a importância da prática do enfermeiro neste cenário, este estudo pode contribuir para o desenvolvimento científico no campo da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo aponta os desafios para a consolidação do SUS no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, após seus quase 30 anos de criação. Percebeu-se que as ações de prevenção de doença e promoção de saúde ainda apresentam fragilidades. A infraestrutura inadequada e sobrecarga de trabalho atropelam o cotidiano nas unidades de saúde comprometendo o desenvolvimento de práticas fundamentadas em competências culturais e políticas.

As políticas públicas não chegam à realidade da população, principalmente de quilombolas em áreas rurais. É preciso que haja verdadeira inclusão dos quilombolas nas tomadas de decisão de modo a construir relações sólidas, compromissadas na transformação de uma sociedade. A comunidade quilombola é fruto da história, apresentando em contínua elaboração, ressaltando a afrodescendência, na constante luta e perpetuação de uma cultura própria entrelaçada pelos laços de parentesco.

Nesse contexto, faz-se necessário que o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, alicerçado por uma formação política e cultural e em conjunto com a equipe, trace estratégias que minimizem as dificuldades encontradas na concretização de ações de saúde para essa população, ancorados nas políticas públicas inclusivas, principalmente àquelas destinadas aos grupos vulneráveis socialmente. Ademais, é importante um olhar atento para a formação de uma consciência histórica de respeito às culturas e o modo de vida.

Sabe-se que há limites a serem superados, principalmente, o processo hegemônico de massificação cultural que desconsidera a diversidade cultural brasileira e impõe uma cultura única, contrariando o direito de ser e viver próprio na sociedade. Além de ferir princípios da constituição, como a integralidade, equidade e universalidade que, para comunidades vulneráveis, é crucial no que concerne ao acesso à saúde.

A literatura apresenta fragilidades na discussão dessa temática, principalmente, no que concerne à discussão da prática do enfermeiro tendo como referencial epistemológico a Ética Feminista. Teoria essa que permite a compreensão do contexto da vulnerabilidade como potencialidade para o desenvolvimento de práticas transformadoras do cotidiano. Nesse sentido, tornam importantes outras abordagens teórico-metodológica que enriqueça a produção científica sobre as comunidades quilombolas, contribuindo para a criação e fortalecimento de políticas públicas congruentes com a realidade que se apresenta atualmente no Brasil e de práticas transformadoras socialmente.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Rev Baiana Enferm.*[internet]. 2017 [cited 2019 Mai 07];31(1):e21847. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847/14115>
2. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enferm.* [Internet]. 2016; 24(e2721):1-12. DOI:10.1590/1518-8345.0880.2721
3. Kahl C, Meirelles BHS, Cunha KS, Bernardo MS, Erdmann AL. Contributions of the nurse's clinical practice to Primary Care. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019; Abr; 72(2): 354-359. DOI:10.1590/0034-7167-2018-0348.
4. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2017; [cited 2018 Out 16]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
5. Lubini VT, Willrich JQ, Pinheiro GEW, Luciane PK, Mirela FP. Impacts of educational action on health indicators: potentiality and fragilities. *Rev. Enferm. UFPE on line* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Jan 17];12(6):1640-1647. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-982086>
6. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 Sep; 20(9):2879-2890. DOI:10.1590/1413-81232015209.20342014.
7. Almeida MM, Santos MS, Silva FWT. Nursing care in Sickle Cell Disease in the Family Health Strategy. *Rev. Fund. Care on line* [Internet]. 2018 Jan-Mar; 10(1):36-45. DOI:10.9789/2175-5361.2018.v10i1.36-45
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. [Internet]. 2019; [cited 2019 Mai 07] Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>
9. Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, Castro DS, Molina MdelCB. Mortality by race/color: evidence of social inequalities in Vitória (ES), Brazil. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2011 Set;14(3):522-530. DOI:10.1590/S1415-790x2011000300016.
10. Bezerra VM, Andrade ACS, Medeiros DS, Caiaffa WT. Arterial prehypertension in slave-descendant communities in southeast Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017, 33(10), e00139516 DOI: 10.1590/0102-311x00139516.
11. Walker MU. *Moral understandings: a feminist study in ethics.* Routledge, New York, 1998.

12. Leininger M. Caring for the culturally different necessitates transcultural nursing knowledge and competences. *Cultura de los Cuidados*, 2º Semestre, Año III – n.6, 1999.
13. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 5ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2009, p.432.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 408p.
15. Yin, R.K. *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi. 5ed. Porto Alegre (RS): Bookman. 290 p. 2015.
16. Cortina, A. *Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania*. São Paulo: Edições Loyola, 2005, 210p.
17. Bardin, L. *Análise de conteúdo. Edição Revista e Atualizada*. Lisboa: Edições 70, 2011.
18. Brito MJM, Caram CS, Montenegro LC, Rezende LC, Rennó HMS, Ramos FRS. Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research in Nursing. In: Costa AP, Reis LPR, Sousa FN, Moreira A, Lamas D (editors) *Computer Supported Qualitative Research. Studies in Systems, Decision and Control*, v. 71. Switzerland: Springer. 2016. 75-84p. DOI: 10.1007/978-3-319-43271-7_7
19. Chor D, Lima CRA. Health inequalities in Brazil: race matters. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 jul; 29(7): 1272-1275. DOI:10.1590/S0102-311X2013000700002
20. Volochko A, Vidal NP. Racial inequalities in health: mortality in São Paulo State Health Regions. 2005 BIS, *Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [Internet]. 2010 Ago [citado 2018 nov 19];12(2):143-153. Available from: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200008&lng=pt.
21. Franchi EPLP, Terra MF, Nascimento-Rocha JM, Marquezan RF, Odorizzi VF. The training of health care professionals in the care of the quilombolas communities: A report of experience. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. [Internet]. 2018;13(40):1-11. DOI: 10.5712/rbmfc13(40)1620
22. Cabral-Miranda G, Dattoli VCC, Dias-Lima A. Enteroparasitos Condições Socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombolas do semiárido Baiano. *Rev. Patol. Trop.* [internet] 2010 Jan-Mar [cited 2018 Nov 19];39(1):48-55. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/9498/6574>
23. Santos NJS. To be black and woman: dual vulnerability to STD/HIV/AIDS. *Saúde Soc.* [Internet]. 2016 Sep; 25(3):602-618. DOI:10.1590/s0104-129020162627.
24. Vieira ABD, Monteiro PSM. Quilombola community: analysis of the persistent problem in health attention under the focus of the Intervention Bioethics. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro [Internet]. 2013 out./dez.; 37(99):610-618. DOI:10.1590/S0103-11042013000400008.

25. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev. Brasil. Bioética*, Brasília. 2005[cited 2018 Jan18];1(2):122-132. Available from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/25182>
26. Ferreira HS, et al. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2013 Oct; 26(5):539-549. DOI: 10.1590/S1415-52732013000500005.
27. Barroso SM, Melo AP, Guimarães MDC. Factors associated with depression: sex differences between residents of Quilombo communities. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2015 June; 18(2):503-514. DOI: 10.1590/1980-5497201500020017.
28. Oliveira SKM, Caldeira AP. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2016 Dec; 24(4):420-427. DOI: 10.1590/1414-462x201600040093.
29. Moraes-Partelli AN, Cabral IE. Images of alcohol in the adolescents' life of one quilombola community. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 Apr; 72(2):468-475. DOI: 0.1590/0034-7167-2018-0264.
30. Lindemann H. Feminist ethics of care and responsibility. In: Lindemann H. *An invitation to feminist Ethics*. Editora: McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages; Edição 1;85-104, 2006.

*"O racismo patriarcal heteronormativo apostou que não teríamos o que dizer. Perdeu! Somos filhas e filhos da cultura onde a palavra tem muitos poderes. Com ela, narramos o mundo que vemos e vivemos."
(Djamila Ribeiro)*



Comunidade Quilombola Marinhos – Brumadinho, MG

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*"mesmo quando tudo parece desabar
cabe a mim decidir
entre rir ou chorar,
ir ou ficar,
desistir ou lutar,
porque descobri no caminho incerto da vida
que o mais importante é o decidir"
(Cora Coralina)*

A presente tese permitiu compreender a prática de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que atuam em comunidades quilombolas, com foco na responsabilidade moral e social pelo cuidado. Os resultados confirmam a tese de que a prática do enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas deve ser alicerçada em valores morais inter-relacionados e no encontro efetivo entre indivíduo/família/comunidade e profissional. Entretanto, ressalta-se a necessidade de sensibilização e de transformações atitudinais e comportamentais desses profissionais em contextos de práticas voltadas para minorias na atenção primária. A efetivação da prática colaborativa requer do enfermeiro o conhecimento e a compreensão dos modos de vida das minorias, com protagonismo dos atores envolvidos no processo de cuidar.

Por meio desse estudo, percebeu-se que alguns enfermeiros da ESF buscam transcender sua atuação para a prática de responsabilidade, desenvolvendo estratégias de aproximação com o usuário com vistas ao (re)conhecimento de seus modos de vida. Assim, o enfermeiro desenvolve a prática de forma coerente com a realidade e com as necessidades da população, aqui representada por indivíduos, família e comunidade.

O modo da organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde apresentou-se como importante entrave, sendo assumida pelos participantes como o maior desafio a ser superado para a concretização da prática. Assim, foi evidenciada a sobrecarga do enfermeiro, caracterizada por demandas variadas e complexas, o que pode desencadear vivências de sofrimento moral. Nesse contexto, faz-se necessário que o enfermeiro desenvolva estratégias que minimizem as dificuldades na concretização de ações de saúde, alicerçado na formação política e cultural e em conjunto com a equipe, ancorado nas políticas públicas inclusivas, principalmente àquelas destinadas aos grupos socialmente vulneráveis.

Para os quilombolas, a identificação com sua história, a manutenção da cultura e da religião e as vivências na comunidade são importantes para a perpetuação da tradição do seu povo. Assim, as formas de racismo e de discriminação identificadas suscitam a importância da sensibilização dos profissionais para seu papel social no sentido de eliminar a opressão e o preconceito vivenciados pela população negra. Para tal, é necessário considerar os valores e saberes dos indivíduos e da coletividade, bem como a situação de minoridade de grupos específicos, como a população negra, o que requer posicionamento moral do sujeito. Tal posicionamento se dá por meio do desenvolvimento da sensibilidade moral, desde a formação profissional.

A política nacional de saúde integral da população negra foi entendida como algo que ainda não alcança os quilombolas, havendo necessidade de inclusão dessa população nas tomadas de decisão, de modo a construir relações sólidas e compromissadas com a transformação da realidade. A comunidade quilombola é, ao mesmo tempo, fruto e protagonista de uma história marcada por dificuldades e pela invisibilidade. Sua identidade, construída e reconstruída continuamente, se alicerça na afrodescendência, na constante luta e perpetuação da cultura, sustentada sobretudo nos laços de parentesco.

Há que se chamar a atenção para os limites a serem superados, principalmente quando se considera o processo de massificação cultural. Tal processo se sustenta no desconhecimento da diversidade da cultura brasileira e pela imposição de comportamentos hegemônicos, contrariando o direito de ser e de viver em sociedade e, portanto, os princípios constitucionais como a universalização do acesso e promoção da cidadania.

A literatura apresenta fragilidades na discussão dessa temática, principalmente no que concerne à discussão da prática do enfermeiro tendo como referencial epistemológico a Ética Feminista. Alicerçados na ética feminista é possível compreender o contexto da vulnerabilidade como potencialidade para o desenvolvimento de práticas transformadoras do cotidiano. Nesse sentido, considera-se importante realizar novos estudos que enriqueçam a produção científica no sentido de articular a prática do enfermeiro em grupos especiais minoritários. Essa articulação pode contribuir para criação e fortalecimento de políticas públicas congruentes com a realidade que se apresenta no Brasil na transformação da prática no contexto social. Importa, também, salientar a escassez de estudos sobre a temática em foco e suas limitações no âmbito das comunidades quilombolas, a respeito da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) apresentar a prioridade para pesquisa sobre a saúde da população negra.

Outras limitações pautaram-se no limite geográfico e no tempo de observação. Sobre o limite geográfico, o fato de o estudo ter sido realizado na região metropolitana de Belo Horizonte remete à necessidade de outras investigações em localidades diferentes. O tempo de observação, por sua vez, restringiu-se aos momentos de visita nas comunidades e nas Estratégias de Saúde da Família, bem como às entrevistas. A esse respeito sugere-se a realização de estudos etnográficos, os quais permitiriam maior imersão do pesquisador no cenário em foco, o que poderia produzir *insights* com contribuições para a construção da prática do enfermeiro.

Destaca-se que o presente estudo pode fornecer subsídios para a gestão do trabalho e a reflexão de prática de responsabilidade para o atendimento à população negra. Nesse sentido, especial atenção deve ser dada à gestão de pessoas para (re)valorizar e (re)significar a produção de subjetividades e a prática de responsabilidade do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Além disso, há que se sustentar a prática em políticas que assegurem os direitos da população negra em consonância com o Sistema Único de Saúde. Assim, é importante instigar reflexões sobre o trabalho do enfermeiro quando atua em contextos que invocam a compreensão compartilhada de responsabilidades, com postura crítico-reflexiva no que concerne à diversidade cultural na sociedade.

Vale destacar a atual Década Internacional de Afrodescendentes, estabelecida pela ONU de 2015 a 2024, com o objetivo de assegurar a consciência das sociedades no combate ao racismo. Desse modo, os membros das Nações Unidas assumem o compromisso de combater o preconceito, o racismo, a discriminação racial, a xenofobia e as formas correlatas de intolerância, devendo esse compromisso ser também assumido pelos profissionais da saúde, especialmente pelo enfermeiro, que de forma paralela em 2020 também celebra o ano da enfermagem profissional que desempenha um papel importante e essencial nos serviços de saúde que estão sempre em contato direto com o indivíduo/família.

Ressalta-se a relevância da temática no que concerne à discussão da prática em comunidades quilombolas no cenário da Estratégia Saúde da Família, haja vista que este trabalho permite refletir sobre as particularidades de grupos sociais, bem como sobre a formação de profissionais para atuarem na Estratégia Saúde da Família. Tal formação voltada para o desenvolvimento de competência cultural, moral e política e adoção de postura crítica é responsável para desenvolver suas atividades com grupos minoritários. Faz-se necessário conduzir a prática atentando-se para a diversidade cultural e modos de viver e ser na sociedade incorporando diferentes sentidos e significados de saúde de modo a entender a posição que o profissional de saúde ocupa na saúde coletiva.

O caminho a ser trilhado ...

Até o presente momento foram feitas reflexões, surgiram inquietações e indagações ... Agora é hora de seguir avante, colocando em ação aquilo que acredito ser possível em prol de uma sociedade mais justa, com foco nas questões sociais e na concretude da eliminação de formas de preconceito e de discriminação, bem como a valorização do enfermeiro.

Como enfermeira, acredito e aposto nos profissionais da enfermagem como agentes de transformação, com importante papel no desenvolvimento de ações de educação em saúde, dirigidas para uma maior autonomia da população e, portanto, para o fortalecimento da cidadania. Há que se destacar o papel fundamental do enfermeiro como articulador das ações na Atenção Primária à Saúde, onde os papéis sociais muitas vezes são invisibilizados. Cabe ao profissional avançar e assumir seu lugar social, como sujeitos de ação para uma nova prática de relações, incluindo tecnologias como o vínculo, o acolhimento, a autonomia e estar disponíveis para o encontro com o usuário e com a equipe.

A enfermagem pode e deve construir sua história desencadeando processos inovadores que alterem a vida em sociedade. Uma enfermagem crítica e engajada que lute pelo SUS e seus princípios.

...

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 5, p.:637-642, set/out, 2014.

AYRES, J. C. R. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.) **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc-UERJ; 2011. p. 27-44.

_____. Care: work, interaction and knowing health practices. **Rev. Baiana Enferm.** v. 31, n. 1, p. e21847. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.21847>

ARRUTI, J. M. The emergence of the “remnants”: notes for the dialogue between indigenous and quilombolas. **MANA**, v. 3, n. 2, p.7-38, 1997. <https://doi.org/10.1590/S0104-93131997000200001>

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 24, e2721, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Racial inequalities and health: healthcare policy cycle of the black population. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, dec. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARTH, P. O. et al. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 26, e3010, 2018. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2227.3010>.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editora, 2001.

BEZERRA, S. T. F. et al. Health promotion: the quality of life in nursing practices. **Enfermería Global**, n. 32, p: 270-279, 2013. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.172251>

BEZERRA, V. M. et al. Health survey in Quilombola communities (descendants of Afro-Brazilian slaves who escaped from slave plantations that existed in Brazil until abolition in 1888) in Vitória da Conquista in the state of Bahia (COMQUISTA Project), Brazil: methodological aspects and descriptive analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p.:1835-1847, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>

BEZERRA, V. M. *et al.* Arterial prehypertension in slave-descendant communities in southeast Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n.10, p. 1-14, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00139516>

BOUSQUAT, A. *et al.* Structural typology of Brazilian primary healthcare units: the 5 Rs. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. e00037316, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037316>

BRASIL. [Constituição 1988] **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 1997. 36p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

_____. Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Publicado no D.O.U. de 26/05/2003, 2003a. [Cited 2019 Oct 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.678.htm

_____. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, 2003b. Publicado no D.O.U. de 21/11/2003. [Cited 2019 Oct 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm

_____. Ministério da Cultura. Portaria n.º 6 de 1º de março de 2004 da Fundação Cultural Palmares. Instituir o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades de Quilombos da Fundação Cultural Palmares. [Cited 2019 Oct 15] Available from: <http://cpisp.org.br/portaria-fcp-n-o-6-de-1o-de-marco-de-2004/>

_____. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, 2007a. [Cited 2019 Oct 15] Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm

_____. Ministério da Cultural. Portaria nº 98, de 26 de novembro de 2007. Instituir o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares, 2007b [Cited 2019 Oct 15] Available from: http://www.palmares.gov.br/?page_id=106

_____. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Distrito Federal. Brasília, 2010a. [Cited 2019 Oct 15] Publicado no DOU de 21/7/2010. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm

_____. Ministério da mulher, família e direitos humanos. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Dispõe material sobre Racismo como determinante social de saúde**. Brasília, 2011 [Cited 2019 Nov 01] Available from: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude/view>

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012a. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** [Cited 2020 Mar 13] Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

_____. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 08, de 20 de novembro de 2012. Parecer CNE/CEB nº 16 de 2012. **Define Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Escolar Quilombola na educação básica (DCNEEQ).** Publicado no DOU de 20/11/2012: Brasília, DF, 20 Nov. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. (PNSIPN) Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a, 44p. [Cited 2020 Mar 13] Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

_____. 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), 2017b. [Cited 2020 Mar 13] Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

_____. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Quilombos e Quilombolas: indicadores e propostas de monitoramento de políticas / elaboração de Juliana Mota de Siqueira – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018a, 51 p. [Cited 2020 Mar 13] Available from: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/consultorias/quilombos-e-quilombolas-indicadores-e-propostas-de-monitoramento-de-politicas>

_____. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Criação de um modelo lógico do Programa Brasil Quilombola / elaboração de Juliana Mota de Siqueira – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018b, 200 p. Available from: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/consultorias/seppir/criacao-de-um-modelo-logico-do-programa-brasil-quilombola>

BRITO, M. J. M.; et al. Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research in Nursing. In: COSTA, A. P.; REIS, L. P. R.; SOUSA, F. N.; MOREIRA, A.; LAMAS, D. (editors) **Computer Supported Qualitative Research.** Studies in Systems, Decision and Control, v. 71. Switzerland: Springer. 2016. 75-84p. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-43271-7_7

CAÇADOR, B. S. *et al.* Being a nurse in the Family Health Strategy Programme: challenges and possibilities. **Rev Min Enferm;** v.19, n.3, p. 612-619, Jul/Sep. 2015. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>

CALHEIROS, F. P.; STADTLER, H. H. C. Ethnic Identity and Power: Quilombos in Brazilian Public Policy. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 13 n. 1 p. 133-139 Jan/Jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100016>

CARAM, C. S.; REZENDE, L. C.; BRITO, M. J. M. Colaborative practice: potentialities and challenges for nurses in the hospital context. **Rev. Min. Enferm.** v. 21, n. e-1070, p.1-9, 2017. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170080>

CARDOSO, C. L. M. *et al.* Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. esp, p. 089-095. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300013>

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Health conditions in quilombola communities. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1037-45, abr. 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>

CARRIL, L. F. B. The challenges for quilombola education in Brazil: territoriality as context and texto. **Rev. Brasil. Educ.** v. 22 n. 69 Apr/Jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782017226927>

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11th ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, Jun. 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>

CORTINA, A. **Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania**. São Paulo: Edições Loyola, 2005, 210p.

COUTO, E. M. S. *et al.* Agentes comunitários de saúde em comunidades quilombolas: desvelando sua percepção sobre seu papel de educador. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 11, p.4709-4715, 2017. [10.5205/1981-8963-v11i11a231213p4709-4715-2017](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231213p4709-4715-2017).

DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Moral distress of nursing workers in their professional exercise. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 35-60, Jan/Mar. 2009.

DUARTE, R. Interviews in qualitative research. **Educa. Rev.** [on line], Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>

FERNANDES, M. L. B. The concept of Experience and creative reworking for children in a quilombola community. **Rev. Latino-Ame. Ciênc. Sociais**, Niñez y Juventud, v. 16, n. 1, p. 213-226, 2018. <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.16112>

FERNANDES, A. A; GIL, A. P; GOMES, I. Fora de cena: invisibilidades sociais na última etapa da trajetória de vida. In: DORNELAS, A.; OLIVEIRA, L.; VELOSO, L.V.; GUERREIRO, M.D. (Orgs). **Portugal Invisível**. Editora Mundos Sociais. Primeira reimpressão. 2012.

FERRACCIOLI, P.; ACIOLI, S. The different dimensions of care in practice held by nurses in primary care. **Rev. Pesq. Cuidado é Fundam.on line** v. 9, n. 1, p.: 28-36, Jan/Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.3964>

FLORENTINO, M.; AMANTINO, M. Uma morfologia dos quilombos nas Américas, séculos XVI-XIX. **História, Ciênc. Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.19, supl., p.259-297, dez. 2012.

FRANCHI, E. P. L. P. et al. The training of health care professionals in the care of the quilombolas communities: A report of experience. **Rev. Bras. Med. Fam. Comun.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-11. Jan/Dec. 2018. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1620](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1620)

FRANCISCO JUNIOR, W. E. Anti-racism education: reflections on the possible contribution of science teaching and of some thinkers. **Ciênc. Educ. Bauru**, v. 14, n. 3, p. 397-416, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1516-73132008000300003>.

FREIRE, R. M. A. et al. Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 24, n. e-2749, p. 1-9, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0860.2749>

FREITAS, D. A. et al. Health and quilombolas communities. **Rev. Cefac.** v. 13, n. 5, p. 937-943, Sep/Oct. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>

FREITAS, D. A. et al. Students' perception of health on Quilombola Rural Communities in the North of Minas Gerais, Brazil. **Rev. Cefac.** v. 15, n. 4, p. 941-946, Jul/Aug. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013000400023>

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES (FCP). Portaria nº 238/2018. Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQS), **Publicada no D.O.U. de 01/10/2018**. Available from: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551 [Cited 2019 Oct 15]

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S; ALVES, C. B. Quilombola culture, identity and subjectivity: a cultural psychology perspective. **Psicol. & Soc.** Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 106-115, Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000100012>.

GOMES, K. O. *et al.* Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013. Available form: <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n9/1829-1842/pt/> [Cited 2020 Jan 10]

GONÇALVES, L. A. O.; SILVA, P. B. Movimento negro e educação. **Rev. Bras. Educ.** Rio de Janeiro, n. 15, p. 134-158, Dec. 2000. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782000000300009&lng=en&nrm=iso [Cited 2020 Jan 20]

GUERRERO, A. F. H. et al. Infant Mortality Rates in Quilombo Areas of the Municipality of Santarém1- Pará, Brazil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 16, n. 2, Aug. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200010>

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Rev. Brasil. Bioética**. v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005. DOI: <https://doi.org/10.26512/rbb.v1i2.8066>

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, v. 17, n. 5-6, p. 399-416, out. 2003. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00356>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. [Internet]. 2019; Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos> [Cited 2019 Dez 07]

_____. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016 146p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 36) Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf> [Cited 2019 Dez 07]

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2009, p.432.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. **Phylon**, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LAGES, S. R. C. Black people's health: african-brazilian religiosity and public health. **Psicol. Argum.** Curitiba, v. 30, n. 69, p. 401-410, Apr/Jun. 2012. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=654140&indexSearch=ID> [Cited 2020 Mar 13]

LEININGER, M. Caring for the culturally different necessitates transcultural nursing knowledge and competences. **Cultura de los Cuidados**, 2º Semestre, Año III – nº 6, 1999.

LEITE, I. B. Quilombos e quilombolas: cidadania ou folclorização? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 10, p. 123-149, May. 1999. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71831999000100006>

LIASCHENKO, J.; PETER E. Feminist ethics: way of doing ethics. In. DAVIS A.J.; TSCHUDIN, V.; RAEVE, L. (orgs) **Essentials of Teaching and learning in Nursing Ethics: perspectives and methods**. Toronto. Ed. Elsevier; 2006; p. 181-190

MACHADO, E. P.; HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. Communication as light technology for humanizing nurse-patient relationship in Basic Assistance to Health. **Rev. Bioethikos**, v. 4, N. 4, P. 447-452, 2010.

MAIA, J. Herança quilombola maranhense: história e estórias. São Paulo: Ed. Paulinas, 2012, 245p.

MARINGONI, G. O destino dos negros após a abolição. **Rev. Desafios do Desenvolvimento**, Ano 8, nº 70, 2011. Available from:

http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2673%3Acatid%3D28&Itemid=23

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARQUES, A. S. *et al.* População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.) São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010

MARTINS, P. C. *t.* Democracy and empowerment in the context of promotion of health: possibilities and challenges presented to the Family Health Program. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 679-694, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300007>.

MELO, M. F. T.; SILVA, H. P. Chronic diseases and the social determinants of health in quilombola communities of Pará, Amazonia, Brazil. **Rev. ABPN**, v. 7, n. 16, p.168-189, Mar/Jun. 2015.

MELO, W. S. *et al.* Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 3, p. 526-534, Jun. 2017. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0483>.

MELO, M. A. B. A Ressignificação do Conceito de Remanescentes de Quilombos na Ordem Constitucional Brasileira. **Rev. EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, t. 2, p. 374-393, Sep/Dec. 2019. Available from: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista_v21_n3/revista_v21_n3_su_mario.html [Cited 2020 Mar 13]

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 408p.

MONTEIRO, E. REIS, M. C. G. Afro-Brazilian Heritage in the Context of Quilombola School Education. **Educ. Real**. Porto Alegre, v. 44, n. 2, e88369, 2019. <https://doi.org/10.1590/2175-623688369>

MORAES-PARTELLI, A. N.; CABRAL, I. E. Images of alcohol in the adolescents' life of one quilombola community. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. v. 72, n. 2, p.468-475. Abr. 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0264>

MOURA, C. **Rebeliões na Senzala**. A questão social no Brasil. São Paulo, Editora Ciências Humanas. 3ª edição. 1981. 142p.

MOREIRA, C. M. G. Culture Populaire Noire et la Subalternité: une analyse du spectacle Zumbi de João das Neves. **Rev. Bras. Estud. Presença**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, e78813, 2019. <https://doi.org/10.1590/2237-266078813>

MOREIRA, D. A. *et al.* Manchester triage system in primary health care: Ambiguities and challenges related to access. **Texto Cont. Enferm.** v. 26, n. 2, p: e5970015, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005970015>

MUNANGA, K. Mestiçagem e Experiências Interculturais no Brasil. In: SCHAWARCZ, L. M., REIS, L. S. (orgs.) **Negras Imagens**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Estação Ciência. 1996.

_____. Origem e histórico dos quilombos em África. In: MOURA, C. (Org.) **Os quilombos na dinâmica social do Brasil**. Maceió: Edufal, 2001. p. 21-31.

_____. Algumas considerações sobre "raça", ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos. **Revista USP**, v. 68, p. 45-57, 2006.

MUNANGA, K. Negritude e identidade negra ou afrodescendente: um racismo ao avesso? **Rev. da ABPN**, v. 4, n. 8, p. 06-14, jul./out. 2012.

PITOMBEIRA, D. F., OLIVEIRA, L. C. Poverty and social inequality: Tensions between rights, austerity and its implications in primary attention. **Ciênc. Saúde Colet.** [periódico na internet] dez. 2019. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pobreza-e-desigualdades-sociais-tensoes-entre-direitos-austeridade-e-suas-implicacoes-na-atencao-primaria/17461> [Cited 2019 Dec 15].

POSSEBON, L. O modelo expressivo-colaborativo: uma alternativa feminista à ética tradicional. **Kínesis**, Vol. 165 VII, nº 15, p.164-186, dez 2015.

POUPART, J. P. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológico e metodológico**. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes. 2010. 464p.

O'DWYER, E. C. Os quilombos e a prática profissional dos antropólogos. In.: O'DWYER, E. C. (Org.) **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2002. 296p.

OLIVEIRA, L. A. Sobre as datas e as competências no Decreto nº 3.912/2001. In.: **Quilombos – a hora e a vez dos sobreviventes**. São Paulo: Comissão pró-Índio de São Paulo. p. 31-33, 2001.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, R. M. M.; YARID, S. D. Spirituality/religiosity and HumanizaSUS in Family Health Units. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1p. 1-8, Jan./Mar. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.6524

OLIVEIRA, A. R. *et al.* The daily routine of nurses in rural areas in the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 72, n. 4, p.970-977, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0243>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Vidas negras: pelo fim da violência negra no Brasil, 2017. Available from: <http://vidasnegras.nacoesunidas.org/onu-promove-dialogo-com-gestores-municipais-sobre-enfrentamento-a-violencia-contra-juventude-negra/>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Para prevenir violência no Brasil, estudo recomenda investir em jovens e reduzir acesso a armas, 2020. Available from: <https://nacoesunidas.org/para-prevenir-violencia-no-brasil-estudo-recomenda-investir-em-jovens-e-reduzir-acesso-a-armas/>

REZENDE, L. C. **The daily life of a quilombola community: the (mis) construction of integrity in the point of view dwellers and health professionals**. 2015. 109f. Escola de Enfermagem [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2015.

RODRIGUES, F. R. A.; MARTINS, J. J. P. A.; PEREIRA, M. L. D. Competência Cultural: análise do conceito segundo a metodologia tradicional de Walker e Avant. **Electr. Jour. of Intercultural Studies**, v. 1, n. 1, p: 1-10, 2013.

ROSA, L. G. F. *et al.* Nurses perceptions and actions about institutional racism in public health. **Rev. de Enferm. da UFSM**, [S.l.], v. 9, p. e8, jul. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769231131>.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, É. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface Botucatu**, v. 14, n. 32, p. 207-215, Mar. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100017>.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importance of the bond between professional and user in family health strategy. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 6, n. 3, p.350-359, jul-set, 2016. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769217313>

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Living conditions and therapeutic paths in a quilombola community in Goiás, Brazil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.1049-1063, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>

SANTOS, F. B. O. et al. História da enfermagem brasileira (1950-2004): o que tem sido discutido na literatura? **Rev. Enferm. do centro-Oeste Mineiro**, v.8, n. e1876, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.1876>

SCHRAIBER, L. B. **Epistemologia em saúde coletiva na América Latina: questões do Brasil de uma perspectiva histórica**. In: 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Epistemologia em Saúde Coletiva na América Latina, 2018, Rio de Janeiro. p. 1-9.

SILVA, J. A. N. Sanitary and Health Conditions at Caiana dos Crioulos, a Quilombo Community in the State of Paraíba. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.2, p.111-124, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200011>

SOUSA, B. C. *et al.* Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52:39, 2018. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006988>.

SOUZA, J. A **Expansão Urbana de Belo Horizonte e da Região Metropolitana de Belo Horizonte**. 2008. 194f. [tese]. Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2008.

SOUZA, M. L. A. Among school and tradition: the community in education of remaining quilombo paulista. **Rev. Contemporânea de Educ.** v. 11, n. 22, Aug/Dec.2016.

SOUZA, M. L. A. The children's perspective: body and territory in quilombola infantil identity. **Rev. Humanidades e Inovação**, v. 4, n. 3, 2017.

SOUZA, R. L. M. *et al.* Caracterização sociodemográfica e epidemiológica das comunidades quilombolas do estado da Bahia, 2016. In: X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2017, Florianópolis. Anais do X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2017.

STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B. **Atención Primaria: equilibrio ente necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Masson, 2001.

VOGT, G. C. O artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) como instrumento de reparação: território, identidade e políticas de reconhecimento. **O Social em Questão**, Ano XVII, 2014; 32:151-164p. 2014. Available from: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_32_7_Vogt_WEB.pdf [Access 2020 Jan 10]

VOLOCHKO A. A saúde nos quilombos. In: VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. (Org.) **Saúde nos quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde 2009; p. 147-168. (Temas em Saúde Coletiva, 9).

VOLOCHKO, A.; VIDALI, N. P. Racial inequalities in health: mortality in São Paulo State Health Regions. 2005. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 143-153, Agu. 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. The dimensions of the comprehensiveness on healthcare within the routine of the Family Health Strategy in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. **Interface- Comunic. Saúde Educ.** v.18, n. 55, p.1089-1100, 2015. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. M. Quilombola community: analysis of the persistent problem in health attention under the focus of the Intervention Bioethics. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, Oct/Dec. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400008>

WERNECK, J. Institutional racism and black population health. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>

YIN, R.K. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 5ed. Porto Alegre (RS): Bookman. 290 p. 2015.

WALKER, M.U. **Moral understandings: a feminist study in ethics**. Routledge, New York, 2007

WALKER, M. U. **Moral Context**. Rowman & Littlefield, Lanham, MD, 2003.


WOLF, S. M. **Introduction: Gender and Feminism in Bioethics**. *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*, ed., Oxford University Press, p. 3-43, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: 2010. Available from: https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

ZOBOLI, E. Bioética deliberativa pública: integrando ética e saúde pública. In: CARVALHO, R.R.P.; ROSANELI, C.F. **Bioética e Saúde Pública**. Curitiba: CRV, 2016, p. 190.

APÊNDICES

Apêndice A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO PERFIL	
ENTREVISTA n°: _____ Data ____/____/_____ Sexo: () feminino () masculino Idade: _____ anos Estado Civil: () solteiro () casado () divorciado () viúva Filhos: () não () sim. Qtos.? _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Tempo de formação: _____ Curso de graduação: () sim () não. Qual? _____ Curso de pós-graduação: () sim () não. Qual(is)? _____ Cargo ocupado neste serviço: _____ Jornada de trabalho semanal: _____hs Tempo de serviço: _____ Número de empregos: _____ Jornada de Trabalho semanal total: _____hs	

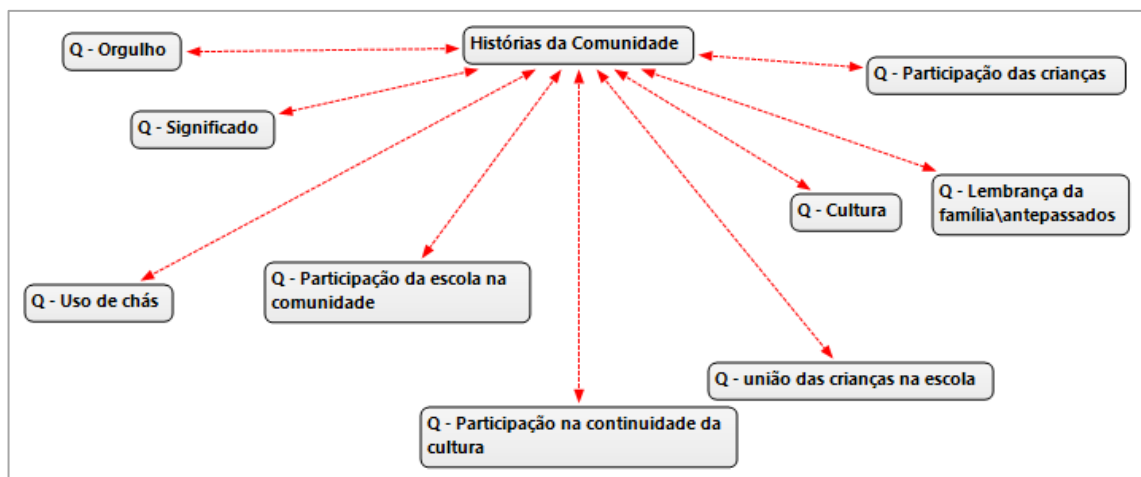
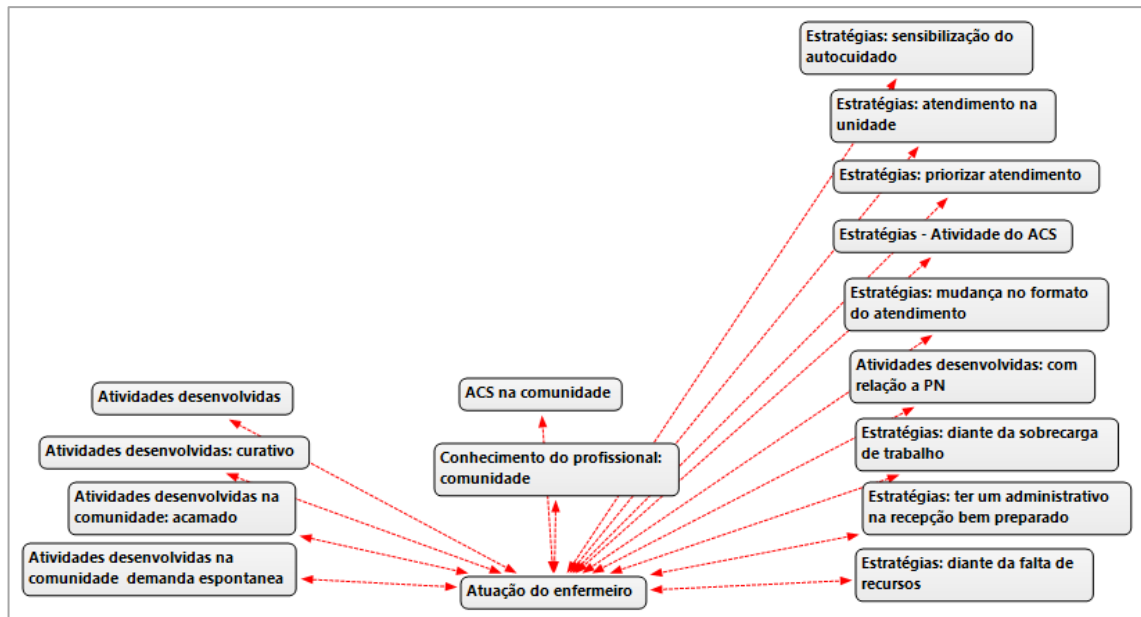
Roteiro para a entrevista semiestruturado para coletiva com os quilombolas

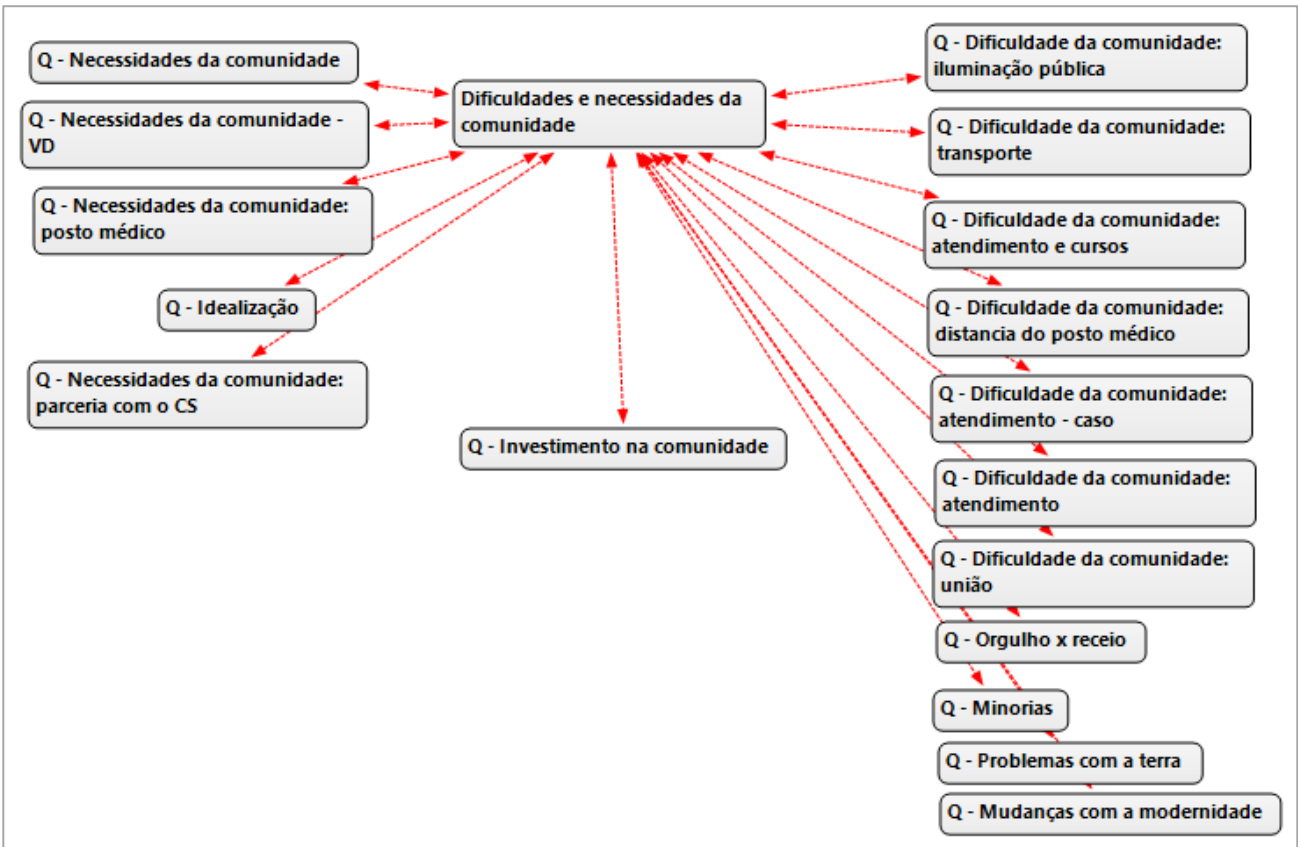
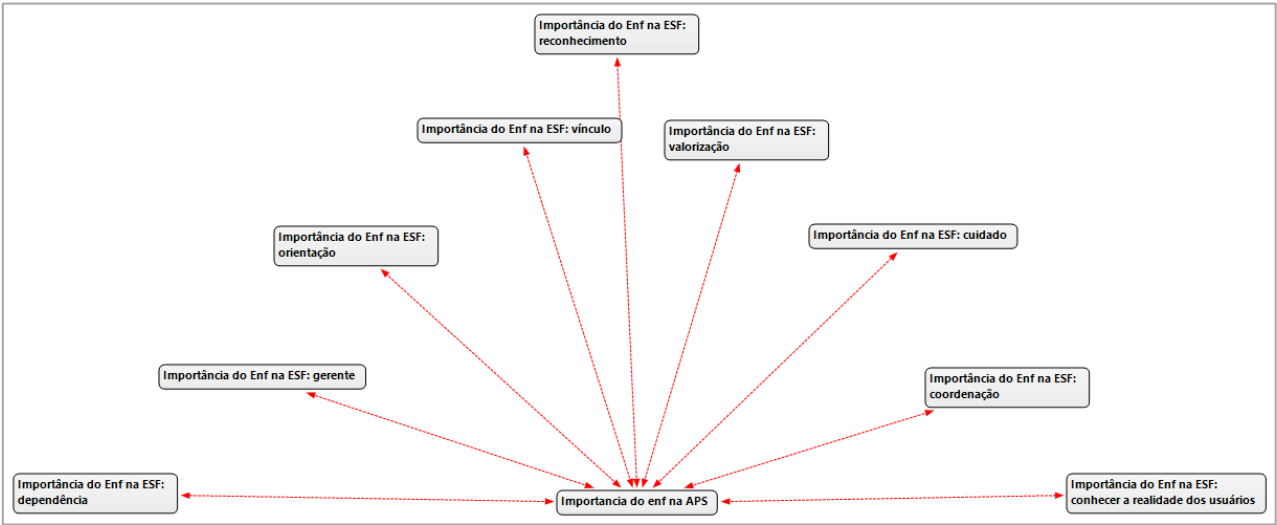
1. Fale o que significa para viver nesta comunidade.
2. O que você considera importante para esta comunidade?
3. Fale sobre o atendimento de saúde na comunidade.
4. O que você busca no serviço de saúde?
5. O que você espera da equipe de saúde que atua na comunidade? E do enfermeiro?
6. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

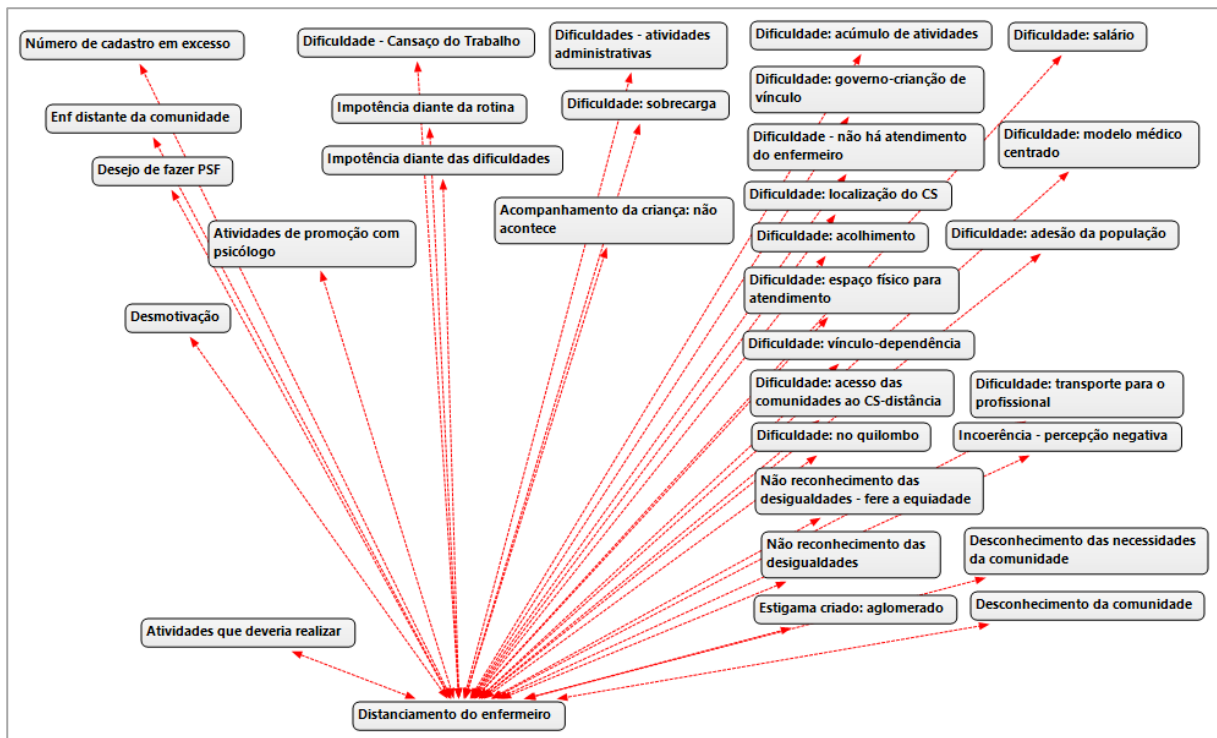
Roteiro de entrevista semiestruturado para os enfermeiros

1. Fale sobre você.
2. Fale sobre sua prática profissional.
3. Fale sobre a importância da sua profissão para você.
4. Fale sobre o trabalho que você desenvolve na ESF.
5. Fale sobre a importância da sua prática na ESF?
6. Fale sobre sua prática profissional na comunidade quilombola.
7. Fale sobre os valores que você considera importantes na sua atuação na ESF.
8. Fale sobre os obstáculos/dificuldades que você enfrenta para atuar no cotidiano de trabalho.
9. Fale sobre os obstáculos/dificuldades que você enfrenta para atuar na comunidade quilombola.
10. Fale sobre as estratégias que você utiliza diante dos obstáculos/dificuldades encontrados?
11. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Apêndice B – Organização dos *codes* em *Family* no software ATLAS.ti







**Apêndice C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
TCLE Enfermeiros**

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS DE EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS**”. Trata-se de um processo formal e sistemático que visa à produção e ao avanço do conhecimento. Essa pesquisa é um subprojeto de uma pesquisa intitulada “Prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral”. Esse estudo é uma tese de doutorado da aluna Lilian Cristina Rezende, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa, sob coordenação da Professora Dra. Maria José Menezes Brito, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esse subprojeto tem por objetivo “**compreender a prática profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas, considerando os valores éticos-morais e virtudes**”.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de observação e entrevista com roteiro semiestruturada com enfermeiros da equipe da ESF e grupo focal com moradores da comunidade quilombola cadastrados no serviço de saúde. A pesquisa trará benefícios indiretos aos profissionais de saúde e gestores, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida do profissional e população e melhores condições de trabalho. Espera-se que os resultados desse estudo possam permitir reflexões sobre as subjetividades e potencialidades da Prática Profissional dos enfermeiros da ESF, ainda, conhecer as particularidades das Comunidades Quilombolas com o intuito de colaborar na construção e implementação de práticas que contribuam para a melhoria das condições de vida e saúde nessas comunidades.

Você será convidado a responder questões sobre o seu cotidiano de trabalho, as relações envolvidas, os valores considerados importantes para exercer sua profissão e questões éticas no trabalho. As respostas dadas por meio da entrevista serão gravadas e transcritas caso haja seu consentimento.

A sua colaboração é voluntária e fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente.

Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas), sem ônus ou prejuízos. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda das pesquisadoras acima citadas, em seu setor de trabalho na Universidade envolvida. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores e participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu..... fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data.

Recebi uma cópia deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do participante _____
Assinatura da pesquisadora responsável _____, _____ de _____ de 2018.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar Pesquisadores Responsáveis:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627
–Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte,
MG – Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefax: (31)
3409-4592.

Profª Drª Maria José Menezes Brito - Escola de Enfermagem da UFMG: Av.
Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo Horizonte, MG -
Brasil - CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-9849
E-mail: mj.brito@globo.com / **Lilian Cristina Rezende** - fone (31) 99277-0923 /
E-mail: lilianc.enf@gmail.com

TCLE Usuários

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS**”. Trata-se de um processo formal e sistemático que visa à produção e ao avanço do conhecimento. Essa pesquisa é um subprojeto de uma pesquisa intitulada “Prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral”. Esse estudo é uma tese de doutorado da aluna Lilian Cristina Rezende, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa, sob coordenação da professora Dra. Maria José Menezes Brito, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

O estudo tem por objetivo “**compreender a prática profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas, considerando os valores éticos-morais e virtudes**”.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de observação e entrevista com roteiro semiestruturada com enfermeiros da equipe da ESF e grupo focal com moradores da comunidade quilombola. A pesquisa trará benefícios indiretos aos profissionais de saúde e gestores, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida do profissional e população e melhores condições de trabalho e saúde da população. Espera-se que os resultados desse estudo possam permitir reflexões sobre as subjetividades e potencialidades da Prática Profissional dos enfermeiros da ESF, ainda, conhecer as particularidades das Comunidades Quilombolas com o intuito de colaborar na construção e implementação de práticas que contribuam para a melhoria das condições de vida e saúde nessas comunidades.

Você será convidado a responder questões sobre como é pertencer a comunidade quilombola; O que você considera justo para a comunidade; os valores importantes da comunidade que você vive; como é o atendimento de saúde na comunidade; como é o atendimento do enfermeiro; O que você busca no serviço de saúde; O que você espera do serviço de saúde; suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você der e você poderá escutar, se assim o desejar.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos, considerado o respeito aos participantes e as Instituições participantes, em todo processo da pesquisa. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente.

Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, que as imagens individual e institucional serão protegidas, assim serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas) sem ônus ou prejuízos. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda das pesquisadoras acima citadas, em seu setor de trabalho na Universidade envolvida. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores e participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu..... fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data.

Recebi uma cópia deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do participante _____

Assinatura da Pesquisadora responsável _____, _____ de _____ de 2018.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar Pesquisadores Responsáveis:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 –Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: coep@prpq.ufmg.br
Telefãx: (31) 3409-4592.

Profª Drª Maria José Menezes Brito - Escola de Enfermagem da UFMG: Av. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-9849 E-mail: mj.brito@globocom.com
Lilian Cristina Rezende - fone (31) 99277-0923 E-mail: lilianc.enf@gmail.com

Apêndice D – Autorização nos Municípios de Brumadinho, de Jaboticatubas e de Pedro Leopoldo

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

ILMO Sr^o.: **Júlio de Araújo Alves**
Secretário Municipal de Saúde do Município Brumadinho

Venho por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada **"Prática profissional de enfermeiros da equipe de Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas"**.

Trata-se de um processo formal e sistemático que visa à produção e o avanço do conhecimento. Essa pesquisa é um subprojeto da pesquisa intitulada "Prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral".

Esse estudo é uma tese de doutorado da aluna Lillian Cristina Rezende, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa, sob coordenação da Professora Maria José Menezes Brito, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Trata-se de um Estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo objetivo é **"compreender a prática profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas, considerando os valores éticos-morais e virtudes"**. A coleta de dados será realizada por meio de observação, entrevista com roteiro semiestruturado com enfermeiros da equipe da ESF que atende comunidades quilombolas e grupo focal com quilombolas cadastrados no serviço de saúde que queiram participar voluntariamente.

Esclareço que a identificação do local do estudo será mantida em sigilo, os participantes terão garantido o anonimato, bem como o atendimento às demais normas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Lilian Cristina Rezende _____

Maria José Menezes Brito _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, solicitamos assinatura do presente termo dando a autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Data: _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar Pesquisadores Responsáveis:
COEP- Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 - Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: coep@ppq.ufmg.br / Telefax: (31) 3409-4592.

Prof^o Dr^a Maria José Menezes Brito - Escola de Enfermagem da UFMG; Av. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP: 31.270-901 Fone: (31) 3409-9849 E-mail: mj.brito@ufmg.com / Lillian Cristina Rezende - fone (31) 99277-0923 / E-mail: liliane.enf@gmail.com

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

ILMO Sr^o.: Arlen de Araújo Marques
Secretário Municipal de Saúde do Município Jaboticatubas-MG

Venho por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada **"Prática profissional de enfermeiros da equipe de Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas"**.

Trata-se de um processo formal e sistemático que visa à produção e o avanço do conhecimento. Essa pesquisa é um subprojeto da pesquisa intitulada "Prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral".

Esse estudo é uma tese de doutorado da aluna Lillian Cristina Rezende, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa, sob coordenação da Professora Maria José Menezes Brito, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Trata-se de um Estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo objetivo é **"compreender a prática profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas, considerando os valores éticos-morais e virtudes"**. A coleta de dados será realizada por meio de observação, entrevista com roteiro semiestruturado com enfermeiros da equipe da ESF que atende comunidades quilombolas e grupo focal com quilombolas cadastrados no serviço de saúde que queiram participar voluntariamente.

Esclareço que a identificação do local do estudo será mantida em sigilo, os participantes terão garantido o anonimato, bem como o atendimento às demais normas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Lilian Cristina Rezende _____

Maria José Menezes Brito _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, solicito assinatura do presente termo dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Data: _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar Pesquisadores Responsáveis:
COEP- Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 - Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: coep@ppq.ufmg.br / Telefax: (31) 3409-4592.

Prof^o Dr^a Maria José Menezes Brito - Escola de Enfermagem da UFMG; Av. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP: 31.270-901 Fone: (31) 3409-9849 E-mail: mj.brito@ufmg.com / Lillian Cristina Rezende - fone (31) 99277-0923 / E-mail: liliane.enf@gmail.com

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

ILMO Sr^o.: **Fabrizio Henrique dos Santos Simões**
Secretário Municipal de Saúde do Município Pedro Leopoldo

Venho por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada **"Prática profissional de enfermeiros da equipe de Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas"**.

Trata-se de um processo formal e sistemático que visa à produção e o avanço do conhecimento. Essa pesquisa é um subprojeto da pesquisa intitulada "Prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral".

Esse estudo é uma tese de doutorado da aluna Lillian Cristina Rezende, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa, sob coordenação da Professora Maria José Menezes Brito, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Trata-se de um Estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo objetivo é **"compreender a prática profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas, considerando os valores éticos-morais e virtudes"**. A coleta de dados será realizada por meio de observação, entrevista com roteiro semiestruturado com enfermeiros da equipe da ESF que atende comunidades quilombolas e grupo focal com quilombolas cadastrados no serviço de saúde que queiram participar voluntariamente.

Esclareço que a identificação do local do estudo será mantida em sigilo, os participantes terão garantido o anonimato, bem como o atendimento às demais normas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Lilian Cristina Rezende _____

Maria José Menezes Brito _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, solicitamos assinatura do presente termo dando a autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Fabrizio Henrique dos Santos Simões
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Pedro Leopoldo

Data: _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar Pesquisadores Responsáveis:
COEP- Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 - Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: coep@ppq.ufmg.br / Telefax: (31) 3409-4592.

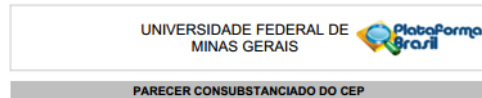
Prof^o Dr^a Maria José Menezes Brito - Escola de Enfermagem da UFMG; Av. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP: 31.270-901 Fone: (31) 3409-9849 E-mail: mj.brito@ufmg.com / Lillian Cristina Rezende - fone (31) 99277-0923 / E-mail: liliane.enf@gmail.com

de acordo

Orozimbo Henrique Campos Neto
Diretor de Atenção e Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Mun. de Pedro Leopoldo

ANEXOS

Anexo A - Aprovação CEP UFMG

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral

Pesquisador: Maria José Menezes Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71509317.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.285.857

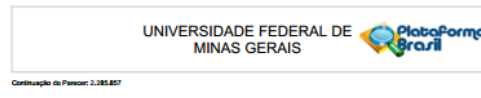
Apresentação do Projeto:

Segundo os autores do presente Projeto, "O trabalho na saúde ainda é regido por um modelo assistencial que valoriza as tecnologias duras de cuidado, priorizando os bens materiais e o enfoque individual, em detrimento das relações interpessoais e da coletividade. Percebe-se, no cotidiano das instituições de saúde, que a burocratização do trabalho e a busca pela qualidade baseada em parâmetros e indicadores têm desconfigurado a prática profissional centrada no sujeito... Dessa forma, quando o profissional não consegue alcançar o bem interno, por motivo de ordem objetiva e/ou subjetiva, ele se depara com uma potencial situação desencadeadora do processo de sofrimento moral, com repercussões importantes nos âmbitos pessoal e profissional. O sofrimento moral é marcado por manifestações de desequilíbrio psicológico fruto de vivências de situações contraditórias, as quais se configuram como obstáculos que impossibilitam ou dificultam intervenções na realidade e a adoção de atitudes e comportamentos considerados corretos e em consonância com o julgamento moral do profissional. Nessa perspectiva, necessário se faz reorientar as práticas para uma lógica voltada para a formação de equipes multiprofissionais que compartilhem, coletivamente, a busca pelo bem do usuário".

O presente Projeto de pesquisa é composto por três Subprojetos individuais porém relacionados

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad Si 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: cep@ppq.ufmg.br

Página 01 de 01



que são apresentados na Seção de Objetivos (no projeto detalhado da pesquisa) e de Apêndices (aonde os TCEs relativos aos Subprojetos são apresentados).

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral.

Objetivos Específicos

- Compreender os valores ético-morais e as virtudes na prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores que atuam na RAS;
- Analisar como trabalhadores da equipe de saúde e de gestores que atuam na RAS experienciam o processo de sofrimento moral em sua prática profissional;
- Analisar as estratégias de resistência e de enfrentamento desenvolvidas por profissionais da equipe de saúde e gestores que atuam na RAS frente à experiência do processo de sofrimento moral;
- Compreender como se dá a legitimação da prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores no contexto da RAS.

Objetivos dos subprojetos (segundo o projeto de pesquisa detalhado)

SUBPROJETO 1: Compreender a Prática Profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas.

SUBPROJETO 2: Compreender a expressão da ética no contexto da prática profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais.

SUBPROJETO 3: Compreender os sentidos do trabalho para profissionais da regional Norte de Belo Horizonte.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores: "A pesquisa se orientará e obedecerá aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes e às instituições participantes, em todo processo da pesquisa.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad Si 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: cep@ppq.ufmg.br

Página 02 de 01



RISCOS: A participação envolve riscos mínimos, haja vista que os participantes poderão ser mobilizados do ponto de vista psicológicos. Assim sendo, assume-se a responsabilidade de apoiar os participantes que apresentarem manifestações psicológicas advindas do envolvimento na pesquisa. Ressalta-se que o participante poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer pergunta, se assim o desejar. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e de que não serão identificados em nenhum momento, seja do ponto de vista individual ou institucional."

BENEFÍCIOS: Segundo os autores "Ao fornecer subsídios teóricos e científicos para a análise da prática profissional coerente com a lógica do SUS, (o projeto) colabora, dessa forma, para a consolidação do sistema de saúde e de seus princípios fundamentais. Há, dessa forma, benefícios para a sociedade na medida em que propicia a construção social do SUS como política pública que garante a toda a população assistência à saúde integral e de qualidade".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como registrado acima, o presente projeto de Pesquisa proposto pelo Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG e constituído por três subprojetos interligados, que se propõem a compreender a prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral.

Como benefícios resultantes do presente estudo destaca-se que "a reflexão sobre a prática profissional de trabalhadores e de gestores no contexto da RAS, ... poderá sensibilizar sobre valores ético-morais, virtudes e adoção de postura crítica, promovendo protagonismo e transformação, poderá desencadear e potencializar ações relacionadas ao processo formativo de profissionais da saúde e de gestores para atuarem nos serviços que integram a RAS, com vistas ao cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde. Finalmente, o presente estudo pode fornecer subsídios para a análise da gestão do trabalho, com ênfase especial para a gestão de pessoas (re)valorizando e (re)significando a produção de subjetividades, propiciando a realização da prática profissional consonante com os julgamentos ético-morais de profissionais da saúde e de gestores".

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad Si 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: cep@ppq.ufmg.br

Página 03 de 01

Continuação do Parecer: 2.385.857

Trata-se de um Estudo de Caso (EC) de natureza qualitativa, a ser realizado nos serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde na região Metropolitana de Belo Horizonte e no município de Sete Lagoas, cidades localizadas no Estado de Minas Gerais. Os participantes do estudo serão profissionais e gestores de categorias distintas que atuam nos níveis de atenção primário, secundário e terciário da RAS. Ademais, serão incluídos como participantes do estudo, os usuários dos serviços mencionados, especialmente no Subprojeto 1 que prevê incluir no estudo membros de comunidades quilombolas.

Assim, o projeto de pesquisa apresentado é interessante, e de grande importância para a área de conhecimento e de atuação. Destaca-se a qualidade da escrita, a fundamentação teórica do Projeto e o detalhamento das partes que o compõe (Introdução, Objetivos, Metodologia, Cronograma, Anexos).

Na Seção de Metodologia é descrito que "a coleta de dados será realizada mediante observação, entrevista orientada por roteiro semiestruturado e grupo focal", e que "a coleta de dados será agendada e realizada após autorização dos participantes. Assim, será aplicada a técnica de entrevista individual, as quais serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra".

Entretanto não é mencionado no item "Plano de coleta e análise dos dados" na seção de Metodologia, o tempo de armazenamento das entrevistas, após as etapas de análise que serão utilizadas. Dessa forma sugere-se que seja acrescentada essa informação na Seção de Metodologia do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os seguintes documentos: Formulário básico de pesquisa, TCLE relativos aos três Subprojetos que compõem o Projeto maior (denominado pela proponente de Macro-projeto), folha de rosto, termo de compromisso do Coordenador do projeto e pesquisador responsável.

Destaca-se aqui, que os TCLEs apresentaram redação clara e linguagem acessível sobre os objetivos do projeto, abordagem adequada dos princípios éticos envolvendo os sujeitos da pesquisa, informações apropriadas acerca da coleta e utilização dos dados.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S2 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Página 04 de 04

Continuação do Parecer: 2.385.857

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Acrescentar na Seção de Metodologia do projeto no item "Plano de coleta e análise dos dados", o tempo de armazenamento das entrevistas após as etapas de análise que serão utilizadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_961499.pdf	18/07/2017 15:53:48		Aceito
Outros	PraticaProfissionalQUILOMBOLA.pdf	18/07/2017 15:51:25	Maria José Menezes Brito	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	13/07/2017 18:12:22	Maria José Menezes Brito	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	13/07/2017 18:08:54	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	roteiroentrevista.pdf	13/07/2017 18:07:36	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	termoautorizacaocoletade.pdf	13/07/2017 18:07:17	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	Aprovacaocamara.pdf	13/07/2017 18:06:25	Maria José Menezes Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	13/07/2017 18:05:16	Maria José Menezes Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/07/2017 18:00:00	Maria José Menezes Brito	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderoSto.pdf	13/07/2017 17:59:05	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	7150931/aprovacaosassinada.pdf	20/09/2017 09:46:33	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S2 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Página 05 de 04

Continuação do Parecer: 2.385.857

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 20 de Setembro de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S2 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Página 06 de 04

Anexo B – Aprovação no Município de Contagem e Belo Horizonte



MUNICÍPIO DE CONTAGEM
Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem

Carta de Anuência

Em resposta à solicitação para realização de pesquisa pela pesquisadora Lillian Cristina Rezende, responsável pelo projeto de pesquisa “PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS”, que tem como objetivo propor uma reflexão sobre a formação de profissionais para atuarem na ESF, no que diz respeito ao desenvolvimento de valores éticos-morais, competência cultural e adoção crítica, compreendendo a Prática Profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas.

1. O projeto de pesquisa apresentado é coerente com o método adequado;
2. A execução do projeto foi autorizado pela Coordenação da Atenção Básica;
3. A SMS/FAMUC não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
4. Os resultados desta pesquisa devem ser apresentadas à Secretaria Municipal de Saúde de Contagem / FAMUC ;

Diante de tais considerações, autorizamos que este trabalho seja executado somente após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil/UFMG.

Informamos que a pesquisadora deverá entrar em contato com o enfermeiro Ronaldo Tadeu dos Santos, no Distrito Sanitário Sede, responsável pela assistência a população Quilombola existente no município, por meio dos números : 98636-3321 ou 3352 5823

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir dessa pesquisa, a participação do SUS Contagem.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente;


Diretora Geral
DDI-SUGEST/Contagem-MG
Matrícula 203584
Karina Vieira Alves

**Diretora Geral do Departamento de Desenvolvimento Humano
Secretaria Municipal de Saúde
Presidente da Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem**

Avenida General David Sarnoff, 3113 / Cidade Industrial / Contagem / MG
CEP 32.210-110 / Telefone: (31) 3363-5276 / www.contagem.mg.gov.br



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa intitulado **Prática Profissional de Enfermeiros da Equipe da Estratégia Saúde da Família em Comunidades Quilombolas**, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria José Menezes Brito, CPF 548.487.506-44, cujo objetivo é compreender a prática profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas, considerando os valores éticos-morais e virtudes e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades Básicas de Saúde São Jorge, Paraíso e MG-20 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos uma devolutiva dos dados e resultados encontrados para o município de Belo Horizonte e trabalhadores do setor e/ou seus representantes.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Esta Carta de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 04 de Outubro de 2017


Renata Mascarenhas Bernardes
Diretora de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA
Renata Mascarenhas Bernardes
RM 32.873-4
Diretora de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
de Belo Horizonte


Cláudia Fidélis Barcaro
Gerência de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Gerência de Educação em Saúde/DRESA
Diretora de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica
Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH

Comunidades Quilombolas na Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2020

