

Prática do enfermeiro em comunidades quilombolas: interface entre competência cultural e política

Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence

Práctica de enfermería en comunidades de quilombolas: interfaz entre competencia cultural y política

Lilian Cristina Rezende¹

ORCID: 0000-0003-0869-0205

Carolina da Silva Caram¹

ORCID: 0000-0001-6219-3301

Beatriz Santana Caçador^{II}

ORCID: 0000-0003-4463-3611

Maria José Menezes Brito¹

ORCID: 0000-0001-9183-1982

¹Universidade Federal de Minas Geras. Belo Horizonte, Minas Geras, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Geras, Brasil.

Como citar este artigo:

Rezende LC, Caram, CS, Caçador BS, Brito MJM. Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence.

Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190433.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0433>

Autor Correspondente:

Lilian Cristina Rezende

E-mail: lilianc.enf@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 13-08-2019

Aprovação: 17-12-2019

RESUMO

Objetivos: compreender a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família no contexto de comunidades quilombolas com interface para as competências cultural e política. **Métodos:** 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. **Resultados:** 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:** é necessário 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.

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

ABSTRACT

Objectives: to understand Family Health Strategy nurses' practices in the context of *quilombola* communities with an interface for cultural and political competences. **Methods:** a single integrated, qualitative case study carried out on seven Family Health Strategies located in the Metropolitan Region of Belo Horizonte, state of Minas Gerais. Seven nurses and 59 *quilombolas* participated. Data were collected through individual interviews with nurses, collective interviews with *quilombolas* and observation. For analysis, the thematic content analysis was adopted. **Results:** the results revealed structural and territorial problems, which are configured as barriers for professional-user encounter as well as for professional practice performance. **Final Considerations:** it is necessary that Family Health Strategy nurses, based on political and cultural competences, create strategies that minimize the difficulties found in the implementation of health actions directed to *quilombolas*. Such strategies anchored in inclusive public policies.

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

RESUMEN

Objetivos: comprender la práctica de las enfermeras en la Estrategia de Salud Familiar en el contexto de las comunidades de *quilombolas* con una interfaz para las competencias culturales y políticas. **Métodos:** estudio de caso cualitativo integrado único realizado en siete Estrategias de Salud Familiar ubicadas en la Región Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Participaron 7 enfermeras y 59 *quilombolas*. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales con enfermeras, entrevistas colectivas con *quilombolas* y observación. Para el análisis, se adoptó el análisis de contenido temático. **Resultados:** los resultados revelaron problemas estructurales y territoriales, que se configuran como barreras para la realización del encuentro profesional-usuario, así como para la realización de la práctica profesional. **Consideraciones Finales:** es necesario que la enfermera de la Estrategia de Salud Familiar, basada en competencias políticas y culturales, cree estrategias que minimicen las dificultades encontradas en la implementación de acciones de salud dirigidas a las *quilombolas*. Dichas estrategias ancladas en políticas públicas inclusivas.

Descritores: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Grupo de Ascendencia Continental Africana; Competencia Cultural; Competencia Profesional.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta lacunas entre a dimensão prescrita e a real. A despeito 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 à ancestralidade africana⁽⁶⁾. Além da trajetória histórica própria, as comunidades quilombolas estabelecem relações territoriais específicas, com presunção da ancestralidade negra, relacionada à 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, conseqüentemente, nos indicadores em saúde, colocando-os em situação socialmente vulnerável⁽⁷⁾.

Conforme os 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 maior em indivíduos negros, estando 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⁾. É necessária a contextualização da prática do enfermeiro em meio às vulnerabilidades sociais com a 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⁽¹¹⁻¹³⁾.

A competência política é desenvolvida no contexto social e requer posicionamento de agentes políticos providos de postura questionadora, além da 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?

OBJETIVOS

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

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa respeitou as exigências preconizadas pela Resolução nº 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 um 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⁾.

Como delineamento metodológico, foi utilizado o estudo de caso único integrado, tendo as dez comunidades quilombolas visitadas conformado às unidades de análise⁽¹⁵⁾. O caso definido foi a prática do enfermeiro da ESF 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 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 está localizada a 30 km 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 de Contagem; um de Brumadinho; um de Jaboticatubas; e um de 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, Sapé, 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, dos 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; sete na comunidade Marinhos no município de Brumadinho; oito na Comunidade de Pimentel, em Pedro Leopoldo; sete na Comunidade de Arturos, em Contagem. 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 dos 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 a 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 neste 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 de forma pouco reflexiva, sem questionar 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 um 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 às 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 ooooo! 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 decorrente 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 a sobrecarga de trabalho inviabilizavam a operacionalização de grupos de educação em saúde nas unidades visitadas (NO).

A falta de espaço físico e 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. Ai! 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 o especialista. Essa situação é uma necessidade que se mostrou no cotidiano da ESF, e que requer o envolvimento do enfermeiro para a busca de solução (NO). O 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. Portanto, verifica-se 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, o 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 consigo 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. O 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 é imprescindível para a concretização da prática do enfermeiro. Para isso, o desenvolvimento de habilidade comunicacional culmina na redução das lacunas que perpassam 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, o QUILOMBO4 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 melhorar, 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^(2,10,19-21). Tal realidade é convergente com grande parte da saúde da família nos diversos municípios brasileiros⁽²¹⁻²³⁾.

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 tem sofrido de modo potencializado, pois acumula 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⁽²¹⁻²³⁾.

O baixo nível socioeconômico da comunidade quilombola restringe o acesso à informação e aos cuidados de saúde, expõe o grupo a condições que podem afetar o estilo de vida e influenciar negativamente o estado de saúde do indivíduo⁽¹⁰⁾. Outros estudos apontam que fatores socioeconômicos associados 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⁽²⁵⁻²⁷⁾.

No que tange à prática do enfermeiro, no cotidiano da ESF 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^(11,28-29).

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, é necessário 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 apropriada, 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 pode levar respostas aos indivíduos e coletividades. Norteados 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 de 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 o 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 compõem 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 RMBH, 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 e políticas públicas

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 ESF, 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 ESF, 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 naquelas 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, em que desconsidera a diversidade cultural brasileira e impõe uma cultura única, contrariando o direito de ser e viver próprio na sociedade. Além disso, fere os princípios da constituição, como a integralidade, a equidade e a universalidade que, para comunidades vulneráveis, são cruciais 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. Essa teoria permite a compreensão do contexto da vulnerabilidade como potencialidade para o desenvolvimento

de práticas transformadoras do cotidiano. Nesse sentido, tornam-se importantes outras abordagens teórico-metodológica que enriqueçam 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.

FOMENTO/AGRADECIMENTO

Gostaríamos de agradecer ao CNPq, PPSUS, FAPEMIG, CAPES pelo financiamento de pesquisa e bolsa de estudo. Às famílias das Comunidades Quilombolas e aos profissionais enfermeiros, fundamentais para a execução desse estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 May 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. 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. 2019;72(2):354-359. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0348
4. Ministério da Saúde (BR). 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 Oct 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[Internet]. 2018[cited 2019 Jan 17];12(6):1640-7. 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. 2015;20(9):2879-90. doi: 10.1590/1413-81232015209.20342014
7. Almeida MM, Santos MS, Silva FWT. Nursing care in Sick Cell Disease in the Family Health Strategy. Rev Pesqui: Cuid Fundam [Internet]. 2018;10(1):36-45. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.36-45
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos [Internet]. 2019[cited 2019 May 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 MCB. Mortality by race/color: evidence of social inequalities in Vitória (ES), Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(3):522-30. doi: 10.1590/S1415-790x2011000300016
10. Bezerra VM, Andrade ACS, Medeiros DS, Caiáffia WT. Arterial prehypertension in slave-descendant communities in southeast Bahia State, Brazil. Cad Saúde Pública. 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 RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 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. 2013;29(7):1272-5. 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[cited 2018 Nov 19];12(2):143-53. 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. 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 [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. 2016;25(3):602-18. 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*. 2013;37(99):610-8. doi: 10.1590/S0103-11042013000400008
 25. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev Brasil Bioética*. 2005[cited 2018 Jan18];1(2):122-132. Available from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/25182>
 26. Ferreira HS, Silva WO, Santos EA, Bezerra MKA, Silva BCV, Horta BL. 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;26(5):539-49. 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;18(2):503-14. 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;24(4):420-7. 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;72(2):468-75. 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.
-