

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c06>

PRÁTICA DO ENFERMEIRO E SUA INSERÇÃO NA COMUNIDADE QUILOMBOLA SOB A LUZ DA ÉTICA FEMINISTA

Lilian Cristina Rezende¹

ORCID: 0000-0003-0869-0205

Carolina da Silva Caram¹

ORCID: 0000-0001-6219-3301

Thallison Carlos Campos Santos¹

ORCID: 0000-0002-2390-3259

Luana Silva Rezende¹

ORCID: 0000-0003-1551-4082

Carolina Letícia dos Santos Cruz¹

ORCID: 0000-0002-7548-2425

Maria José Menezes Brito¹

ORCID: 0000-0001-9183-1982

CONTEXTUALIZAÇÃO

A história brasileira é alicerçada na desigualdade e a população negra, predominantemente, está situada entre as classes sociais mais pobres e em precárias condições de vida⁽¹⁾. Considerando as reconhecidas desigualdades que acometem a população negra, inclusive no campo da saúde, e suas repercussões em diversos contextos, o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A PNSIPN tem o objetivo de consolidar ações de promoção da equidade em saúde e seus termos estão embasados nos princípios constitucionais de cidadania, de dignidade da pessoa humana e de repúdio ao racismo e às desigualdades vivenciadas pela população negra e, nela incluída, as comunidades quilombolas⁽¹⁾.

A comunidade quilombola consiste em uma forma de organização sociopolítica ligada ao conceito de resistência, inserindo-a para além do contexto da escravidão e estendendo-a às dinâmicas de territorialização étnica, religiosa e cultural⁽²⁾. As ações de saúde para esse grupo devem se alicerçar nos pressupostos da equidade e da justiça social, sendo esta norteadora da garantia do acesso aos cuidados de saúde e do reconhecimento das diferenças e das desigualdades, dentre as quais se incluem a desigualdade racial. É imprescindível o desenvolvimento de ações que favoreçam o reconhecimento das particularidades da comunidade a fim de oferecer atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades e garantir a visibilidade da população, avançando para a emancipação do sujeito e a eliminação de barreiras que impedem a qualidade do acesso e da assistência, transformando a realidade social nos territórios⁽³⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge como importante dispositivo no território para a promoção do acesso equânime e o rompimento do preconceito e da discriminação. As práticas dos profissionais da equipe da

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

Autora Correspondente:

Lilian Cristina Rezende
lilianc.enf@gmail.com

**Como citar:**

Rezende LC, Caram SC, Santos TCC, Rezende LS, Cruz CLS, Brito MJM. Prática do enfermeiro e sua inserção na comunidade quilombola: sob a luz da ética feminista. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.) Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 55-61
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c06>

Revisora: Beatriz Santana Caçador
Universidade Federal de Viçosa.
Viçosa, Minas Gerais, Brasil.



ESF precisam estar pautadas no reconhecimento das singularidades da população, considerando suas experiências, aspectos socioeconômicos e históricos, valores, cultura e religião que compõe cada grupo, tanto em sua individualidade quanto em sua coletividade⁽³⁾. A meta da equipe da ESF consolida-se na ligação efetiva com a comunidade e o enfermeiro constitui-se como o agente fundamental para a organização da atenção à saúde, o acolhimento, o vínculo e a longitudinalidade do cuidado⁽¹⁾. O enfermeiro tem atuado efetivamente na ampliação e consolidação da equipe da ESF, contribuindo para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil com vistas a garantir acesso e cuidado equânime e integral⁽⁴⁾.

É necessário, pois, refletir como enfermeiros desenvolvem sua prática de modo a considerar as situações de vulnerabilidade social que incidem na população negra, com vistas a transformar a realidade. Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é identificar a prática do enfermeiro da ESF e sua inserção na comunidade quilombola.

REFERENCIAL TEÓRICO

A ÉTICA FEMINISTA COMO EPISTEMOLOGIA DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA ESF EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Esse tema representa um caminho para vencer os desafios existentes na concretude da prática do enfermeiro na ESF. A concretude da prática do enfermeiro em comunidades que vivenciam situações de vulnerabilidades, como as comunidades quilombolas, se dá ao reconhecer a história, valores e saberes e as situações sociais que impedem o crescimento e desenvolvimento de forma equânimes. Os quilombolas, considerados grupos especiais e tradicionais, tem o sentido de tradição como aquele passado entre gerações e um espaço físico que contempla a cultura, a religião, as representações sociais e os valores ancestrais nele contidos. Esse espaço físico determina o “contexto” social das comunidades, tanto no que se refere a um ambiente particular, como ao conjunto de circunstâncias que o determinam e o que é aceitável e faz sentido para o grupo⁽⁵⁾.

A dimensão que envolve a prática, na perspectiva da ética feminista, é permeada pela moralidade, a qual é emaranhada de conhecimento social e moral, articulada ao posicionamento político, moral e social de cada sujeito e envolve a compreensão do “contexto” em que a prática se concretiza⁽⁵⁾. Ao assumir o fazer saúde no contexto de comunidades quilombolas, deve-se questionar: que responsabilidade moral e social o profissional assume? Como as decisões são tomadas para atender essa população? Responder esses questionamentos leva à reflexão sobre o posicionamento crítico que o profissional precisa assumir para consolidar uma prática transformadora de modo a superar as fragilidades do sistema, bem como a alcançar a justiça social.

Nessa perspectiva, a prática incorpora o compartilhamento de responsabilidades entre os sujeitos envolvidos e o reconhecimento das diferenças e das posições que os sujeitos ocupam na comunidade⁽⁶⁾. Pressupõe, então, desfazer as hierarquias sociais existentes, as quais atribuem posições inferiores a algumas pessoas, valorizando, assim, as posições reais ocupadas pelas pessoas em seu contexto social. Desse modo, o entendimento da história, da cultura e os saberes do indivíduo e do grupo ao qual ele pertence norteiam seu posicionamento e afirmam que as relações sociais são interconectadas.

A responsabilidade moral e social pressupõe o entendimento do contexto de atuação para avançar, transformando o modo de fazer saúde, entrelaçado no comprometimento e nas relações construídas nesse meio. Portanto, para apreender o contexto social, político e cultural, o enfermeiro precisa mobilizar habilidades comunicacionais para adquirir a confiança do grupo e tornar sua prática transformadora⁽⁷⁾. Desse modo, faz-se necessário (re)construir a prática de modo corresponsável para que ela seja exercida de forma crítica.

Autores da ética feminista reconhecem que a prática acontece em meio às relações, na construção compartilhada de responsabilidade e compromisso social, reconhecendo as desigualdades e a diversidade cultural existente, abrangendo os saberes normativos, teóricos, políticos, éticos e morais^(6,8,9). Compreende-se, pois, a prática como atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos que assumem papéis



diferenciados na sociedade, estando a essa prática incorporados os saberes morais, os quais se consolidam de maneira colaborativa e orientam uma vida justa.

Portanto, os enfermeiros precisam considerar os valores daqueles a quem prestam o cuidado e pelos quais são responsáveis e, conseqüentemente, reconhecer a identidade moral, a qual está relacionada ao posicionamento sociopolítico da pessoa na sociedade⁽⁹⁾. Tal posicionamento tem potencial transformador da prática, isto porque 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 sob seu cuidado⁽⁹⁾.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso único e integrado⁽¹⁰⁾, de abordagem qualitativa, fundamentado na perspectiva filosófica da ética feminista. Tal escolha possibilita a compreensão de aspectos subjetivos dos acontecimentos vividos no cotidiano com base em descobertas empíricas e a interpretação da visão de mundo e sua manifestação⁽¹¹⁾. A prática do enfermeiro, na perspectiva da ética feminista, é permeada por relações, julgamentos e responsabilidades, alicerçados na experiência social e moral dos sujeitos. Tal prática se associa às subjetividades do contexto social, pautando-se nos valores morais, culturais e históricos dos indivíduos.

O cenário deste estudo foram as ESF nas quais estão adscritas as comunidades quilombolas, certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), alocadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), Minas Gerais. A investigação abrangeu 10 comunidades quilombolas, três localizadas em Belo Horizonte, três no município de Brumadinho, duas em Jaboticatubas, uma em Pedro Leopoldo e uma em Contagem (FCP, 2018). Os participantes foram a totalidade de enfermeiros (sete) da equipe da ESF que atuavam nas comunidades e 59 moradores dos quilombos cadastrados na ESF, residentes em sete comunidades de Arturos (07), Marinhos (07), Ribeirão (08), Sapê (08), Açude (10), Mato do Tição (11) e Pimentel (08). Três comunidades não aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2018 mediante observação direta e informal, entrevista individual com os enfermeiros e entrevista coletiva com os quilombolas. Os depoimentos foram gravados, transcritos integralmente e submetidos à análise de conteúdo⁽¹²⁾ mediante a utilização do Software Atlas.ti. 8.0[®] como ferramenta operacional para a organização dos dados⁽¹³⁾. Emergiu uma categoria de análise: “O lugar da prática do enfermeiro da ESF em comunidades quilombolas à luz da ética feminista”.

O estudo respeitou as exigências éticas de pesquisa com seres humanos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 71509317.0.0000.5149) e recebeu autorização, com Termo de Anuência, das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em questão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos participantes após explanação dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e das fontes de coleta de dados. Para garantir o anonimato, os enfermeiros receberam a denominação de “ENF”, seguida do número aleatório de 1 a 7, e os grupos das entrevistas coletivas, a denominação “QUILOMBO”, seguido da numeração aleatória de 1 a 7.

O LUGAR DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA ESF EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS À LUZ DA ÉTICA FEMINISTA

A prática do enfermeiro tem potencial para transformação social. O grande desafio é o re(conhecimento) das particularidades e das desigualdades existentes no território. Os resultados revelaram que o enfermeiro busca na criação do vínculo com a comunidade a forma de possibilitar o acesso do usuário aos serviços.

No relato de ENF6, percebe-se a compreensão dos profissionais quanto às particularidades do indivíduo e da população e a busca pela criação de vínculo.

A gente sabe identificar, eu sei alguns problemas que tem dentro do quilombo, tenho adolescentes, gestantes, que ganharam bebê lá. Então, eu vi que no primeiro pré-natal ela mudou, tinha dificuldade de vir aqui para fazer o pré-natal.



Na segunda gravidez, como na primeira, ela não fez e veio trazer o neném na puericultura. Aí você vai começando a criar vínculo, ela ganha confiança no seu trabalho. Então, eu sempre busco esse vínculo, e quando o neném nasce, vem me procurar. (ENF6)

O reconhecimento do profissional acerca das particularidades e das reais necessidades da comunidade é um dos caminhos para se alcançar os princípios do SUS, o que requer imersão e reflexão sobre a prática dos profissionais nas comunidades. No contexto da ESF, faz-se necessária a instigação sobre seu aspecto processual, o qual requer reflexão ética, moral e humanista, haja vista sua natureza social. Esta exige mudanças reais mediante a adoção de posturas atitudinais e culturais dos profissionais de saúde, gestores e usuários⁽¹⁴⁾.

As relações na ESF são construídas através da comunicação baseada na escuta do usuário. ENF5 retrata a importância da escuta qualificada e da empatia para direcionar a assistência.

Eu penso para minha vida, eu acho que a gente tem sempre que colocar no lugar do outro, como daquela forma que você gostaria de ser tratado. Eu tenho muita paciência para escutar, e eu não fico bem quando não consigo resolver o problema do paciente, porque eu acho que sou a porta de entrada deles. Acho que está faltando diálogo mesmo entre as pessoas (ENF5)

A habilidade comunicacional, baseada na escuta, possibilita aproximação, conhecimento e gera confiança de modo a construir a prática direcionada para o contexto social, isto é, em suas especificidades, com vistas a propiciar transformações nas condições de saúde.

As desigualdades na organização de cada sociedade repercutem nas condições de saúde da população, assim como no acesso aos serviços. Para o enfrentamento das expressões da questão social encontra-se, engendrado na configuração do SUS, a construção de um projeto político civilizatório a ser reconhecido na relação entre a dimensão social e a esfera do cuidado como base para a compreensão dos processos saúde-doença com vistas ao alcance da saúde universal, integral e equânime⁽¹⁵⁾. Assumir a postura de escuta é se implicar e se posicionar politicamente na tomada de decisão e na busca pelo processo de articulação entre o social e as dimensões do cuidado em saúde, isto é, desenvolver a competência política⁽⁷⁾.

O desenvolvimento da competência política se dá no contexto social, tendo a potencialidade de compreensão e reflexão acerca da realidade social, gerando transformação. Os profissionais precisam desenvolver a capacidade de emitir juízo próprio e entender as várias necessidades da comunidade, assumindo a valorização do modo de ser e de viver dos indivíduos⁽⁷⁾.

ENF3 relata que a sua prática é capaz de modificar a realidade da população de modo positivo, impactando na qualidade da saúde dos usuários mediante a relação estabelecida.

A gente modifica muito a realidade da população. Você consegue traçar estratégias de atendimento, de execução e é muito diferenciado, o enfermeiro na ESF. É muito claro a dependência da população com relação ao enfermeiro, de todos os profissionais. É claro que cada um trabalha na sua complexidade, nos seus limites, com seu grau de atuação, mas traçar a execução do serviço bem feito é a gente que traça. (ENF3)

Contudo, a potencialidade da prática do enfermeiro depara-se com algumas limitações institucionais do sistema e de infraestrutura. Foram pontuadas nas entrevistas coletivas nos quilombos e pelos enfermeiros as barreiras existentes.

Para gente ter acesso é bem complicado. Tudo é mais longe e difícil. Marca exame e às vezes fica um ano esperando, aí o posto não dá retorno. Marca uma cirurgia e espera anos para fazer. É a questão do SUS, né? Que é para todo mundo, aí acaba tendo dificuldade para atingir as pessoas. (QUILOMBO7)

Tem muita coisa que demora muito, igual marcação de exame. [...] A médica já me encaminhou para ultrassom, tem um tempão que eu estou esperando, demora demais para marcar. Uma coisa que benigna no momento, pode, Deus livre e guarde, se transformar em maligno, se não cuidar, acho que demora muito. (QUILOMBO6)



A dificuldade mais é acesso, é longe uma comunidade da outra. (ENF2)

Lá na comunidade quilombola infelizmente não tem transporte. A gente vai lá assim, teve vacina, aí a gente foi e vacinou todos. Mas lá não tem carro, não tem ônibus para eles, então eles vêm de carona ou vêm a pé. (ENF 1)

Não conseguimos fazer os grupos. Eu queria fazer de hipertensos, de diabéticos. Por falta de espaço na unidade e não tem local, um espaço para estar fazendo esses grupos. (ENF6)

Eu acho que deixa a desejar por falta de espaço físico, porque a gente não tem espaço físico nenhum. A gente atende dentro de uma igreja. (ENF4)

Conforme as notas de observação, as comunidades rurais visitadas estão distantes do centro do município e seu o acesso aos bens e serviços é mais difícil, considerando que as estradas de acesso são muito ruins, principalmente no período de chuva. Essas características definem o acesso que a população terá aos serviços.

Muitos desafios precisam ser enfrentados, tais como as barreiras institucionais do sistema de saúde, fatores limitantes para o acesso e adesão aos serviços de saúde da população negra como problemas estruturais, fatores sociais e econômicos, atuação profissional, desrespeito à cultura e discriminação étnica e racial⁽¹⁶⁾. Nessa ótica, percebe-se que o grupo das comunidades quilombolas é negligenciado. Em sua maioria localizadas em áreas rurais, as comunidades resistem à margem dos benefícios sociais, preservando a dependência da terra para sua reprodução física, social, econômica e cultural⁽¹⁷⁾.

De modo a conseguir concretizar a prática, transformada à luz da ética feminista, retomamos a importância da formação profissional. Para promover uma prática efetivamente transformadora, faz-se necessária a integração teórico-prática na formação profissional, voltada para o desenvolvimento de competências essenciais no cuidado às populações vulneráveis, entre elas destaca-se a competência política e a cultural.

A competência política abrange a capacidade do profissional de se posicionar e emitir juízo próprio, compreendendo as necessidades reais da população, levando em conta o modo de ser e de viver dos sujeitos⁽⁶⁾. Já a competência cultural envolve o reconhecimento dos valores dos indivíduos mediante a construção do conhecimento sobre o outro, considerando as diferenças de acesso aos serviços e as iniquidades dos grupos minoritários⁽¹⁸⁾. Dessa forma, o cuidado fundamentado nessas competências, além de respeitar os saberes, valores e experiências dos indivíduos, potencializa o caráter criativo para uma prática transformadora⁽⁷⁾.

Contudo, o desenvolvimento dessas competências constitui-se um desafio atual na formação de enfermagem, haja vista o currículo tradicional adotado e acompanhado pelo modelo biologicista e hospitalocêntrico da medicina, levando à fragmentação das práticas, e pela desarticulação entre teoria e prática⁽¹⁹⁾. É crucial refletir sobre novos meios de estruturação dos currículos da graduação em enfermagem e do ensino que incorporem estratégias de integração efetiva dos conhecimentos teórico-práticos⁽²⁰⁾, priorizando a formação de profissionais com postura questionadora e atores de práticas transformadoras.

As oportunidades das práticas durante a formação devem transcender a lógica da experimentação estruturada na racionalidade técnica, sendo fundamental que proporcionem experiências que levem ao pensamento crítico e reflexivo do graduando⁽¹⁹⁾. É fundamental que os enfermeiros sejam formados para serem conscientes da complexidade dos contextos sociais, bem como acerca das suas possibilidades de condutas diante das desigualdades sociais existentes⁽²¹⁾. Ao estabelecer o vínculo com a comunidade, o enfermeiro ocupa um espaço privilegiado para a construção da participação social⁽²²⁾. Nessa lógica, ele tem a oportunidade de fomentar a participação da comunidade nos espaços formais e informais para o exercício do controle social, a fim de compartilhar saberes e experiências, estimulando o exercício da cidadania⁽²³⁾.

Salienta-se que, para os enfermeiros desenvolverem o seu potencial transformador da realidade da população, é primordial que não estabeleçam monólogos, nem tampouco se posicionem como controladores dos espaços, mas sim sejam promotores do diálogo e participação social^(22,23).



Nessa perspectiva, os currículos devem estar alicerçados em uma aprendizagem significativa, inserindo o aluno no campo prático como ferramenta inovadora do processo de ensino-aprendizagem, além de ser um motivador para os estudos, gerando confiança no atendimento e no desenvolvimento de competências relacionadas à humanização⁽²⁴⁾. As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) recomendam um processo de formação pautado na reflexão sobre a realidade cotidiana dos serviços de saúde e na comunidade⁽²⁵⁾. É, portanto, fundamental para o profissional essa vivência prévia da realidade cotidiana dos serviços de saúde e na comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo possibilitou identificar a prática do enfermeiro da ESF e sua inserção na comunidade quilombola. Percebeu-se que os enfermeiros compreendem a importância do vínculo com a comunidade para minimizar as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de uma prática que vai além do que é prescrito e que considera as relações sociais e dinâmicas da comunidade. Nesse contexto, é necessário que o enfermeiro adote posicionamento político e crítico, considerando as situações de vulnerabilidades vivenciadas pela comunidade, relacionadas aos fatores sociais, raciais, econômicos e políticos que englobam a população.

Evidenciam-se limitações no contexto social devido às questões estruturais e sociais, entretanto, consideramos formação do profissional uma estratégia potencialmente transformadora do modo de saber e fazer saúde no contexto de desigualdades sociais. O desenvolvimento crítico e reflexivo desenvolve-se na busca de conhecimento e nos espaços de discussão, permitindo avançar a tradicional formação. Para tanto, é necessário sair do papel estático e partir para a proatividade e autonomia necessárias para uma postura moral e política na saúde. Acredita-se que a prática do enfermeiro tem potencial transformador da realidade em comunidades quilombolas, impactando na qualidade de vida dos usuários, desde que reconhecida e construída de modo colaborativo entre os envolvidos.

AGRADECIMENTOS OU FOMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES); ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais/Programa Pesquisa para o SUS (FAPEMIG/PPSUS).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2013 [cited 2021 Sep 18]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
2. Moura C. Rebeliões na Senzala: a questão social no Brasil. 3ed. São Paulo: Ciências Humanas;1981. 142p.
3. Rezende LC, Caram CS, Rezende LS, Silva KL, Brito MJM. A prática de enfermeiros no contexto das comunidades quilombolas. Esc Anna Nery. 2021;25(1):e20200151. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0151>
4. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the Family Health Strategy Programme: challenges and possibilities. Rev Min Enferm. 2015;19(3):612-9. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>
5. Walker MU. Moral Context. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 2003. 248 p.
6. Walker MU. Moral understandings: a feminist study in ethics. New York: Routledge; 2007. 306p.
7. 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. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0433>



8. Lindemann H. Feminist ethics of care and responsibility. In: *An invitation to feminist Ethics*. New York: McGraw-Hill; 2006. p.85-104.
9. Liaschenko J, Peter E. Feminist ethics: way of doing ethics. In: Davis AJ, Tschudin V, Raeve L.(Orgs) *Essentials of Teaching and learning in Nursing Ethics: perspectives and methods*. Toronto: Elsevier; 2006. p.181-90.
10. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. 290p
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 408p.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 288p.
13. 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, (Orgs.). *Computer supported qualitative research: studies in systems, decision and control*. Switzerland: Springer; 2016. p. 75-84. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43271-7_7
14. Machado EP, Haddad JGV, Zobol ELCP. Communication as light technology for humanizing nurse-patient relationship in Basic Assistance to Health. *Rev Bioethikos* [Internet]. 2010 [cited 2021 Sep 9]. 4(4):447-452. Available from: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_447-452_.pdf
15. Pitombeira DF, Oliveira LC. Poverty and social inequality: tensions between rights, austerity and its implications in primary attention. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020;25(5):1699-708. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>
16. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180834. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>
17. Durand MK, Heideman ITS. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03451 <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>
18. Leininger M. Caring for the culturally different necessitates transcultural nursing knowledge and competences. *Cultura Cuidados*. 1999;3(6).
19. Silva KLD, Barcelos BJ, França BD, Araújo FLD, Magalhães IT, Ledo MM. Between experiments and experiences: challenges for teaching competencies for health promotion in Nursing Education. *Interface Comun Saúde Educ*. 2018;22:1209-1220. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0467>
20. Perez CFA, Tourinho FSV, Carvalho Júnior PM. Competencies in the nurse education process to care for the aging: an integrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(4):e0300015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000300015>
21. Mendes IAC, Ventura CAA, Fumincelli L, Souza-Junior VD, Godoy S. Nursing and Global Health: social determinants of health in the training of nurses. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 4):1700-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0631>
22. Ferreira AG, Carvalho DPC, Barlem ELD. Social Participation in Health and the Nursing Role: Using the Ecological Model. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019;11(5):1360-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1360-1367>
23. Oliveira DM, Deus NCP, Caçador BS, Silva EA, Garcia PPC, Jesus MCP, et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):394-400. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690302i>
24. Palheta, MAS, Cecagno D, Marques VA, Biana CB, Braga LR, Cecagno S, et al. Formação do enfermeiro por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizado: influências no exercício profissional. *Interface*. 2020;24(e190368):1-16. <https://doi.org/10.1590/Interface.190368>
25. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem [Internet] . Brasília: Ministério da Educação. 2001 [cited 2021 Sep 9]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>