

ENFERMAGEM BRASILEIRA: PERSPECTIVAS DECOLONIAIS E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Climene Laura de Camargo^I ORCID: 0000-0002-4880-3916

Karine de Souza Oliveira Santana^{I,II} ORCID: 0000-0001-6869-7471

Alan Lins Fernandes^I ORCID: 0000-0002-6786-3922

^IPrograma de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF),
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EE/UFBA). Salvador, Bahia.

^{II}Programa de Pós-Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia.



AUTOR CORRESPONDENTE

Climene Laura de Camargo

E-mail: climenecamargo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Refletir sobre a Enfermagem contemporânea exige colocar em prática a mensagem Sankofa — princípio filosófico do povo Akan, originário da atual Gana — que nos convoca a “retornar ao passado para ressignificar o presente e construir o futuro”⁽¹⁾. Na perspectiva decolonial, essa evocação ultrapassa a metáfora: implica revisitar criticamente a historicidade da profissão, interrogar as bases epistemológicas que sustentaram sua institucionalização e reconhecer os saberes subalternizados pelo projeto moderno-colonial^(2,3). Trata-se de deslocar o eixo narrativo hegemônico que associa o nascimento da enfermagem exclusivamente ao modelo europeu, notadamente à experiência de Florence Nightingale⁽⁴⁾, e ampliar o campo de visibilidade para outras matrizes de cuidado que precederam e coexistiram com esse paradigma.

A prática do cuidado antecede a profissionalização da enfermagem e se inscreve nas dinâmicas comunitárias, espirituais e coletivas que estruturaram as sociedades humanas desde seus primórdios⁽⁵⁾. O cuidado, antes de ser técnica, foi relação; antes

de ser procedimento, foi vínculo; antes de ser profissão, foi responsabilidade compartilhada no interior dos grupos sociais. No contexto brasileiro, especialmente durante o período colonial (1530–1822), os protagonistas do cuidado foram os povos originários, por meio de seus sistemas de conhecimento fitoterápico, cosmológico e territorial, e as mulheres negras escravizadas e/ou libertas, que atuavam como amas de leite, parteiras, benzedoras e cuidadoras⁽⁶⁾. Esses sujeitos históricos, frequentemente invisibilizados nos relatos oficiais, sustentaram a saúde das populações em cenários marcados por violência, expropriação e racismo estrutural⁽⁷⁾.

Tais práticas não se limitavam a intervenções empíricas isoladas, mas constituíam sistemas integrados de saberes éticos, sociais e espirituais. A sabedoria indígena articulava cuidado, território, alimentação e espiritualidade, compreendendo o processo saúde-doença como expressão do equilíbrio entre corpo, natureza e coletividade⁽⁵⁾. As mulheres negras, por sua vez, transmitiam conhecimentos intergeracionais ancorados na oralidade e na ancestralidade, garantindo a continuidade do cuidado mesmo sob regimes de desumanização⁽⁶⁾. Nessas experiências, o cuidar era também ato de resistência, preservação cultural e afirmação da vida.

Esse percurso histórico evidencia que a enfermagem, antes de sua formalização institucional, possuía raízes plurais, comunitárias e resilientes. Reconhecer essa genealogia ampliada não significa negar a importância dos processos de profissionalização, mas tensionar seus marcos excludentes e reconfigurar a memória coletiva da profissão. À luz da decolonialidade, a Enfermagem contemporânea é convocada a integrar saberes, valorizar epistemologias do Sul e reafirmar o cuidado como prática ética comprometida com justiça social, equidade racial e dignidade humana^(2,6).

INSTITUCIONALIZAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

O avanço do projeto colonial e, posteriormente, republicano no Brasil foi acompanhado pela consolidação de uma racionalidade moderna que hierarquizou saberes e redefiniu critérios de legitimidade científica⁽⁷⁾. Nesse contexto, práticas tradicionais e populares — especialmente as de matriz indígena e africana — passaram a ser classificadas como empíricas ou não científicas, sendo progressivamente deslocadas dos espaços formais de reconhecimento institucional^(2,7). A constituição de campos profissionais na área da saúde integrou esse movimento mais amplo de ordenamento social, no qual ciência, Estado e moralidade operavam de forma articulada para produzir distinções de classe, raça e gênero⁽²⁾.

A criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1923, vinculada à então Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro), representou um marco decisivo na institucionalização da enfermagem brasileira^(8,9). Inspirada nos princípios da

enfermagem moderna sistematizados por Florence Nightingale⁽⁴⁾, a escola consolidou um modelo formativo alinhado aos referenciais europeus e norte-americanos, fortemente influenciado pela agenda higienista da Primeira República e pelas reformas sanitárias do período^(8,10). Esse modelo conferiu estatuto científico à profissão, organizando currículos, normas disciplinares e códigos de conduta, mas também estabeleceu padrões morais e sociais para o ingresso e permanência das alunas⁽⁸⁾.

A institucionalização da enfermagem foi acompanhada por um processo seletivo rigoroso e excludente. Exigia-se que as candidatas fossem mulheres brancas, de “boa família”, com atributos morais considerados compatíveis com a imagem pública da profissão^(8,6). Mulheres negras e pobres foram sistematicamente excluídas dos cursos regulares até meados da década de 1940⁽⁶⁾. A profissionalização, portanto, não se limitou à organização técnica do trabalho, mas funcionou como mecanismo de regulação social, definindo quem poderia representar institucionalmente o cuidado e quais saberes seriam reconhecidos como científicos^(2,7).

Essa dinâmica produziu uma cisão estruturante entre produção teórica e prática cotidiana. Enquanto o conhecimento formal, legitimado pelas escolas e pelos órgãos reguladores, era produzido e difundido em espaços predominantemente brancos e elitizados, o cuidado direto continuava a ser sustentado, em larga medida, por mulheres negras e populares, muitas vezes em condições precárias de trabalho^(6,11). A divisão racial e de classe do trabalho em saúde reflete a herança escravocrata e patriarcal da sociedade brasileira, reproduzindo no interior da profissão desigualdades estruturais históricas^(2,11).

Desse modo, a profissionalização da enfermagem no Brasil consolidou avanços técnicos e organizacionais, mas também institucionalizou padrões de exclusão que marcaram profundamente sua trajetória. Compreender esse processo sob perspectiva crítica implica reconhecer que a construção da identidade profissional esteve imbricada a disputas de poder, raça e gênero^(2,7,11).

PRODUÇÃO DO SABER: DECOLONIALIDADE E CONTRACOLONIALIDADE

No interior das críticas à colonialidade do saber e às hierarquias epistemológicas que estruturaram os campos profissionais da saúde, emerge a perspectiva da produção contracolonial do conhecimento, conforme proposta por Ferreira⁽¹²⁾. Essa formulação dialoga com o pensamento decolonial latino-americano, inaugurado por Aníbal Quijano, ao evidenciar que a colonialidade ultrapassa o período histórico do colonialismo e permanece como matriz organizadora do poder, do saber e do ser⁽¹³⁾. A perspectiva decolonial, nesse sentido, concentra-se na crítica estrutural à permanência do eurocentrismo e na denúncia das hierarquias raciais, epistêmicas e de gênero que sustentam a modernidade^(3,7,8).

Entretanto, enquanto a abordagem decolonial enfatiza o desvelamento e a desconstrução da lógica colonial, a perspectiva contracolonial desloca o foco para a ação insurgente e para a produção ativa de saberes a partir dos territórios historicamente subalternizados. Se o decolonial busca “desvincular” (*delink*) a produção de conhecimento da matriz eurocêntrica, o contracolonial propõe construir, desde as comunidades, práticas epistemológicas alternativas e afirmativas^(2,7,14). Trata-se, portanto, de um movimento que não apenas critica a colonialidade, mas atua contra ela, instaurando espaços concretos de resistência cognitiva.

Tal abordagem inscreve-se no horizonte das epistemologias do Sul⁽²⁾ e das pedagogias críticas, ao propor um deslocamento do eixo formativo centrado exclusivamente nas instituições formais para os territórios, comunidades e experiências históricas subalternizadas^(2,7,12). Reconhece-se que o conhecimento não é neutro nem universal em sua origem, mas produzido em contextos sociopolíticos específicos, atravessados por relações de poder, raça, classe e gênero^(7,8).

A perspectiva contracolonial sustenta que saberes ancestrais, coletivos e territorializados — historicamente deslegitimados pela ciência moderna — possuem densidade epistemológica própria e capacidade explicativa sobre os processos saúde-doença-cuidado^(2,12). Ao articular ciência, experiência e contexto sociocultural, promove práticas colaborativas, críticas e emancipadoras, nas quais a produção do conhecimento ocorre em diálogo com sujeitos historicamente silenciados. Nesse sentido, aproxima-se da pedagogia problematizadora de Paulo Freire, ao defender uma formação comprometida com a conscientização, a participação e a transformação social^(8,15).

Aplicada à enfermagem, a produção contracolonial do conhecimento implica revisar criticamente currículos, referenciais teóricos e metodologias pedagógicas, incorporando conteúdos e práticas que tensionem a hegemonia biomédica e eurocêntrica. Entre os eixos estruturantes dessa reorientação formativa, destacam-se:

- I. A história das práticas de cuidado afro-indígenas, reconhecendo suas contribuições éticas, terapêuticas e comunitárias^(5,6);
- II. A análise crítica do racismo estrutural e institucional na saúde, evidenciando seus impactos nos indicadores epidemiológicos e no acesso aos serviços^(8,11);
- III. O estudo aprofundado dos determinantes sociais da saúde, compreendendo a saúde como fenômeno socialmente produzido⁽¹²⁾;
- IV. A incorporação de estratégias de interseccionalidade na prática profissional, articulando raça, gênero, classe e território como categorias analíticas fundamentais^(8,16).

Essa reconfiguração curricular exige metodologias ativas e problematizadoras, que promovam aprendizagem situada e dialógica, permitindo que estudantes interajam com experiências comunitárias e reconheçam os territórios como espaços legítimos de produção de saber. Ao deslocar a centralidade exclusiva da racionalidade biomédica, a enfermagem amplia sua capacidade crítica e fortalece a produção coletiva do conhecimento, reafirmando o cuidado como prática ética, política e socialmente comprometida^(4,12).

Assim, enquanto a decolonialidade oferece a base analítica para compreender a persistência da colonialidade nas estruturas do saber, a contracolonialidade propõe a inflexão prática e pedagógica capaz de reorganizar a formação e a pesquisa em enfermagem. Não se trata apenas de ampliar conteúdos, mas de instaurar uma mudança paradigmática: da crítica à colonialidade para a construção concreta de saberes plurais, enraizados na realidade brasileira e orientados pela justiça cognitiva e social.

CONTEXTO ATUAL E DESIGUALDADES ESTRUTURAIS

A análise do presente reforça, de maneira contundente, a centralidade da abordagem contracolonial na enfermagem brasileira. A profissão constitui hoje a maior força de trabalho em saúde no país, com mais de 2,9 milhões de profissionais, dentre os quais aproximadamente 700 mil são enfermeiros de nível superior⁽¹¹⁾. Esse contingente expressivo revela não apenas a capilaridade social da enfermagem, mas também sua potência estratégica na organização do cuidado e na sustentação do Sistema Único de Saúde. Contudo, a composição interna da categoria evidencia a permanência de desigualdades estruturais historicamente produzidas.

A distribuição racial demonstra um padrão que reproduz a lógica da colonialidade do poder descrita por Aníbal Quijano: na categoria de enfermeiros (nível superior), 57,9% são brancos e 37,9% negros; já entre técnicos e auxiliares, 57,4% são negros^(5,11). Observa-se, portanto, uma estratificação racial interna, na qual profissionais negros concentram-se majoritariamente nos níveis técnicos e auxiliares — posições historicamente associadas à execução do cuidado — enquanto a formação superior e os espaços de maior autonomia decisória apresentam predominância branca.

Essa configuração não é meramente estatística; ela traduz uma divisão racial do trabalho que remonta ao período escravocrata e às políticas educacionais excludentes do século XX. Ainda que o acesso ao ensino superior tenha sido ampliado nas últimas décadas, inclusive por meio de políticas de ação afirmativa, a herança estrutural permanece visível na ocupação desigual dos cargos de liderança, gestão, docência e pesquisa⁽¹¹⁾. Assim, a prática cotidiana do cuidado continua sendo majoritariamente negra, enquanto

o controle sobre a produção do conhecimento, os referenciais teóricos legitimados e os espaços institucionais de poder mantêm-se predominantemente branco.

Esse cenário evidencia a atualidade da crítica decolonial e, sobretudo, a urgência de uma inflexão contracolonial. Se a perspectiva decolonial permite compreender como as hierarquias raciais foram naturalizadas nos campos profissionais, a abordagem contracolonial convoca à reorganização concreta dessas estruturas, por meio de políticas institucionais que promovam redistribuição efetiva de poder, reconhecimento epistemológico e justiça racial. Isso implica ampliar a presença de profissionais negros em programas de pós-graduação, cargos de gestão, instâncias deliberativas e espaços de formulação curricular, bem como valorizar saberes e experiências historicamente marginalizados.

A persistência dessas desigualdades demonstra que a democratização do acesso à profissão não é suficiente se não houver transformação das estruturas internas de poder. A enfermagem brasileira, ao reconhecer sua própria composição racial e suas assimetrias, tem diante de si a oportunidade de assumir protagonismo na construção de práticas institucionais antirracistas, inclusivas e socialmente comprometidas. Nesse sentido, a abordagem contracolonial não se configura apenas como proposta teórica, mas como estratégia ética e política para reconfigurar a profissão à luz da equidade, da representatividade e da justiça cognitiva.

RACISMO ESTRUTURAL NA ENFERMAGEM

A desigualdade racial observada na enfermagem brasileira não constitui fenômeno episódico ou meramente comportamental; ela reflete processos históricos estruturais que articulam colonialidade, escravidão e institucionalização excludente da educação formal^(6,8). A profissão, ao mesmo tempo em que se consolidou como campo científico e espaço estratégico no sistema de saúde, incorporou as marcas da divisão racial do trabalho herdada da formação social brasileira⁽⁸⁾. Assim, o racismo não se manifesta apenas como atitude individual, mas como engrenagem que organiza oportunidades, reconhecimento, autoridade e legitimidade no interior da categoria^(7,8).

No campo da saúde, o racismo opera de forma interligada sobre profissionais e usuários. Ele afeta o acesso a posições de liderança, a progressão na carreira, a credibilidade científica e o reconhecimento simbólico dos trabalhadores negros, ao mesmo tempo em que impacta a qualidade do cuidado oferecido à população negra, historicamente mais exposta a vulnerabilidades e iniquidades em saúde^(2,7). Pesquisa realizada pela Articulação Nacional da Enfermagem Negra, em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), em 2021, revelou que 55,9% das situações de racismo relatadas ocorreram contra pacientes, 46,6% envolveram colegas de trabalho e 43,8% partiram

de chefias⁽¹⁷⁾. Esses dados evidenciam que o racismo atravessa toda a cadeia relacional do cuidado, desde a interação assistencial até as estruturas hierárquicas institucionais.

À luz da reflexão de Achille Mbembe⁽¹⁸⁾, as hierarquias raciais modernas foram construídas como dispositivos de poder que organizam a vida social, econômica e política, definindo quais vidas são mais protegidas, valorizadas e reconhecidas. No contexto da enfermagem, essa lógica se expressa na naturalização da subalternidade de profissionais negros, na menor representatividade em cargos de gestão e na reprodução de estereótipos que associam competência técnica e liderança à branquitude^(7,18). Trata-se de uma dimensão estrutural, pois está inscrita nas normas institucionais, nas práticas pedagógicas, nos critérios de avaliação e nas culturas organizacionais^(7,8).

O racismo estrutural, portanto, não se limita a episódios isolados de discriminação interpessoal. Ele atravessa os currículos de formação, quando silencia a contribuição de matrizes afro-indígenas; manifesta-se na gestão institucional, quando não promove diversidade em cargos estratégicos; e reproduz-se nas relações cotidianas de trabalho, quando profissionais negros são mais frequentemente questionados, deslegitimados ou invisibilizados^(2,8). Essa complexidade exige políticas de enfrentamento abrangentes e contínuas, que incluam formação antirracista, mecanismos institucionais de denúncia e responsabilização, monitoramento de desigualdades internas e promoção ativa de equidade racial^(7,17).

Reconhecer o racismo estrutural na enfermagem é condição indispensável para reconfigurar a profissão como espaço de justiça social. Mais do que um compromisso ético individual, trata-se de responsabilidade coletiva e institucional, capaz de transformar práticas, discursos e estruturas de poder, alinhando o exercício do cuidado aos princípios de equidade, dignidade humana e direitos fundamentais^(7,18).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O futuro da enfermagem brasileira depende da capacidade de articular memória histórica, crítica epistemológica e transformação institucional concreta. Integrar as práticas ancestrais de cuidado — afro-indígenas, comunitárias e territoriais — à produção científica contemporânea não significa romantizar o passado, mas reconhecer que a ciência do cuidado é plural em suas origens e que sua legitimidade se amplia quando dialoga com múltiplas matrizes de conhecimento. A incorporação de saberes historicamente silenciados fortalece não apenas a identidade profissional, mas também a qualidade ética e culturalmente sensível da assistência prestada à população.

Nesse horizonte, políticas afirmativas, mecanismos institucionais de promoção da equidade racial e revisão crítica dos currículos constituem medidas estruturantes.

Currículos descolonizados não se limitam à inclusão temática, mas implicam reorganizar referências teóricas, metodologias e práticas pedagógicas, garantindo que a formação em enfermagem reflita a diversidade social do país e enfrente explicitamente o racismo estrutural, o sexismo e outras formas de opressão. A democratização do acesso à pós-graduação, à pesquisa e aos espaços de gestão é igualmente indispensável para que o poder decisório deixe de reproduzir desigualdades históricas.

Somente quando pensar, planejar e decidir refletirem o perfil real da categoria — majoritariamente feminina e com forte presença de mulheres negras — será possível concretizar, de modo substantivo, os princípios de equidade e justiça social. A representatividade, nesse sentido, não é apenas simbólica; ela redefine prioridades, amplia perspectivas e transforma práticas institucionais.

Construir esse novo tempo exige coragem ética e compromisso coletivo. Como nos versos imortalizados por Ivan Lins na canção Novo Tempo, mesmo “apesar dos perigos” e “da noite que assusta”, permanece a luta “pra sobreviver” e para que a esperança seja “mais que vingança”, tornando-se herança e caminho. Na enfermagem, essa esperança se traduz na construção contínua de uma profissão crítica, plural e emancipatória, capaz de honrar suas raízes históricas e, ao mesmo tempo, projetar um futuro comprometido com a dignidade humana e a transformação social.

REFERÊNCIAS

1. Temple C. The Sankofa principle: returning to the past to build the future. *J Black Stud.* 2010;41(1):127-50. <http://www.jstor.org/stable/25704098>.
2. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estud CEBRAP.* 2007;(79):71-94. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>
3. Lugones M. Colonialidad y Género. *Tabula Rasa* [Internet]. 2008; (9), 73-102. [cited April 10, 2026]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&tlng=es.
4. Bostridge M. *Florence Nightingale: the woman and her legend.* London: Viking; 2008. <https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9780241989227.pdf>
5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007;17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
6. Collière MF. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Lidel; 2003. 388p.
7. Almeida SL. *Racismo estrutural.* São Paulo: Pólen; 2019. <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/10389>

8. Barreira, Ieda de Alencar. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 87–93, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000300012>.
9. Gomes T de O, Almeida Filho AJ de, Baptista S de S. Enfermeiras-religiosas na luta por espaço no campo da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2005May;58(3):361–6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300021>
10. Hochman G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2012. 254p. ISBN: 978-85-64806-08-5.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da Enfermagem no Brasil. Brasília: COFEN; 2025.
12. Ferreira M. Produção contracolonial do conhecimento: educação, território e resistência. Salvador: EDUFBA; 2021. <https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>
13. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLACSO; 2005. p.107-30. https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf
14. Mignolo WD. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. *Cadernos de Letras da UFF*. 2008;(34):287-324.
15. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011. 253p.
16. Gonzalez L. *Por um feminismo afro-latino-americano*. Rio de Janeiro: Zahar; 2020. 376p.
17. Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. *Relatório sobre racismo na enfermagem paulista*. São Paulo: COREN-SP; 2021. <https://portal.coren-sp.gov.br/apresentacao-sondagem-racismo-anen-coren-imprensa-3/>
18. Mbembe A. *Crítica da razão negra*. Lisboa: Antígona; 2014. 157p.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram ausência de conflitos de interesses.

USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Os autores informam que utilizaram ferramenta de Inteligência Artificial generativa (ChatGPT, OpenAI) exclusivamente para apoio na organização estrutural e aprimoramento linguístico do texto. Todo o conteúdo foi revisado criticamente e validado pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo material apresentado.