

# A DÚVIDA COMO PRÁXIS: POR UMA ENFERMAGEM DECOLONIAL E INTERSECCIONAL

**Eduardo Sodré de Souza<sup>I</sup>**

**Renata Soares da Luz<sup>I</sup>** ORCID: 0000-0001-7550-0083

**Maria do Perpétuo S. S. Nóbrega<sup>II</sup>** ORCID: 0000-0002-4974-0611

**Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa<sup>III</sup>** ORCID: 0000-0003-4832-0700

<sup>I</sup>Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.

<sup>II</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

<sup>III</sup>Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.



**AUTOR CORRESPONDENTE**

Eduardo Sodré de Souza

E-mail: [edusodre@unicamp.br](mailto:edusodre@unicamp.br)

## INTRODUÇÃO

Neste texto, partimos da questão norteadora “Como a Enfermagem, enquanto ciência e prática social, contribui para a transformação das condições de saúde da população na atualidade?”

Esta pergunta provocou reflexões e exigiu ao mesmo tempo o exercício da humildade e ousadia intelectual de não só compartilhar possíveis respostas, mas convidar à elaboração coletiva delas, bem como de novas perguntas. Defendemos a ideia de que a dúvida é o motor da ciência, portanto, é nela que vamos ancorar nossa autocrítica.

Um ponto central que motivou reflexões acerca da pergunta inicial é que apesar da inegável e significativa contribuição da Enfermagem brasileira com a saúde da população do país, permanecem explícitas, as desigualdades sociais que constituem a nossa realidade, com conseqüente e contínuo crescimento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

Diante desse cenário epidemiológico da emergente hegemonia das DANTs perguntamos também: tem sido nosso repertório de inegável competência no desenvolvimento

de técnicas e tecnologias, suficiente? Com os avanços da Enfermagem, especialmente aqueles de manejo do cuidado e o controle das DANTs, por que as raízes dos problemas permanecem intocadas?

Orientado por essa e outras questões, este texto faz um convite à comunidade da Enfermagem: refletir criticamente sobre as (novas) contribuições da profissão, bem como sobre os limites da sua atuação técnico-científica.

Nosso propósito é incentivar a integração de perspectivas decoloniais e interseccionais à prática profissional, com foco nos determinantes sociopolíticos do processo saúde-doença-cuidado. Com atenção a este ponto, este texto oferece recursos adicionais para que a profissão sistematize sua atuação visando enfrentar as causas estruturais das desigualdades em saúde e, dessa forma, contribuir para a melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira.

Nessa direção será lançada luz à dimensão política do saber, saber fazer, saber ser da Enfermagem, este relevante campo de práticas e de produção de ciência.

Este capítulo tem como objetivo provocar reflexões críticas sobre as contribuições e limites da atuação técnico-científica da Enfermagem, analisando como a incorporação de perspectivas decoloniais e interseccionais pode ampliar o escopo de prática profissional em direção às raízes sociopolíticas dos problemas de saúde, contribuindo para a transformação das condições de vida da população brasileira.

## **1 - ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL E COMO CIÊNCIA: A DIMENSÃO POLÍTICA EM FOCO.**

Na história da Enfermagem a predominância de práticas de controle biopolítico dos corpos e atuação baseada em redução de riscos ou danos convoca à análise sobre as contribuições e desafios da profissão enquanto campo de conhecimentos e práticas. Para tal, tanto a perspectiva decolonial e como a interseccional, apresentadas neste texto, podem estimular a participação sistematizada na arena política onde se decidem os determinantes sociais de saúde. Isso implica reconhecer e atuar sobre as colonialidades que moldam nossos saberes e práticas.

Com atenção a esses pontos, novas indagações podem orientar as reflexões às quais convidamos: nossa atuação profissional tem sido suficientemente capaz de alcançar as causas ou raízes dos problemas de saúde ou estamos apenas gerenciando seus efeitos? É possível um escopo de prática analítico e interseccional, ou basta um que seja meramente reprodutor de protocolos? Convém, portanto, resgatar a dimensão sócio-histórica da Enfermagem, com destaque para seu componente político.

Isso porque, a dimensão política é inerente ao conhecimento da profissão e, portanto, sua prática não pode ser neutra. Em outras palavras, ela se torna um espaço e um meio para contestar ou reproduzir as relações de poder que participam dela.

Reconhecer a participação histórica e política da Enfermagem em processos decisórios, bem como questionar omissões que limitaram sua participação são formas que podem contribuir para a superação da dicotomia entre técnica e política da profissão.

Nesse sentido, tomamos como marco histórico inicial, o emblemático movimento sufragista do final do século XIX e do início do século XX cujo exemplo revela, com nitidez, a dimensão política da Enfermagem, que a historiografia da profissão tende a apagar ou a subalternizar.

Sobre esse movimento, destacamos a atuação da enfermeira Lillian Wald que fundou o Henry Street Settlement, em 1895, cuja finalidade era visitar, nos cortiços do Lower East Side de Nova York, famílias imigrantes pobres oferecendo ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde, ao mesmo tempo, que articulava demandas de saúde com reivindicações políticas mais amplas: o direito ao voto, a regulação do trabalho infantil, a proteção trabalhista<sup>(1)</sup>.

Lavínia Dock, enfermeira contemporânea a Lillian Wald, e liderança importante neste movimento político, marchava pelas ruas com as sufragistas e defendia que à Enfermagem não deveria se manter indiferente diante das condições políticas e sociais que determinavam a saúde das mulheres<sup>(2)</sup>. Para ela, a política constituía parte do cuidado de Enfermagem. Esse protagonismo político não se restringia a casos excepcionais de enfermeiras geniais; era expressão de um campo profissional que já compreendia, antes mesmo de essa formulação ganhar linguagem sistemática nas ciências sociais, que a saúde não se produz no interior dos serviços de saúde. Ao contrário, ela é socialmente determinada e, portanto, politicamente disputada.

Mary Seacole, enfermeira negra jamaicana que custeou com recursos próprios uma expedição à Guerra da Crimeia após ter suas ofertas de serviço recusadas pelas autoridades britânicas, cuidou de soldados feridos em condições de combate sem jamais receber o reconhecimento institucional concedido a Florence Nightingale<sup>(3)</sup>. Seu relato autobiográfico documenta o momento em que, diante da última recusa, perguntou-se se era sua cor a razão do silêncio, dúvida que rapidamente superada por uma determinação que dispensava validação. O apagamento de Seacole na historiografia da Enfermagem não é acidente: é expressão de como a dimensão racial, combinada com a dimensão de gênero, estruturam não apenas o acesso ao cuidado, mas o próprio reconhecimento histórico de quem cuida.

Sobre esta história, que a História da Enfermagem por muito tempo não nos contou, podemos também nos indagar se esta invisibilidade da enfermeira Mary Seacole tem relação com os apagamentos ou negligências que continuamos a reproduzir..

No cenário nacional, a história parece se repetir: em meio às dificuldades e preconceitos de gênero da época, destaca-se a figura de Anna Nery, que “por estar junto aos seus e pela sua paixão humanitária”, seguiu para os campos de batalha em 1865, na Guerra do Paraguai para “aliviar o sofrimento daqueles que iam lutar pela pátria”<sup>(4)</sup>.

A atuação voluntária da enfermeira Anna Nery em pleno século XIX deu “visibilidade ao trabalho feminino de cuidar do ser humano”, e seu protagonismo e enfrentamento deliberado de representar e prestar serviços ao país, conferiu identidade a Enfermagem brasileira em um período sócio histórico pautado por estruturas tradicionalmente patriarcais<sup>(5)</sup>.

Se, no cenário norte-americano, Wald e Dock articularam cuidado e política em um contexto de sufrágio e imigração, no Brasil, a construção da Enfermagem como profissão percorreu caminhos distintos, atravessados pela escravidão, pelo projeto de branqueamento e por uma modernização excludente. Examinar essa trajetória exige reconhecer que o cuidado, antes de ser profissionalizado, já era exercido por corpos e saberes que a institucionalização tratou de apagar<sup>(2)</sup>.

A trajetória da Enfermagem brasileira revela uma história que é, ao mesmo tempo, paralela e inversa à norte-americana. Antes da profissionalização, o cuidado em saúde era exercido por mulheres negras, escravizadas e indígenas: parteiras, amas de leite, benzedeiras, “mães pretas” que cuidavam de enfermos, idosos e crianças, ainda que para isso fossem obrigadas a abandonar os próprios filhos<sup>(6)</sup>.

A essas mulheres, a quem coube a importante tarefa de cuidar, devemos atribuir também créditos aos conhecimentos e saberes que fundamentaram a Enfermagem, mesmo antes de sua existência como profissão. Isso porque, este processo de profissionalização cujo início se dá em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (posteriormente Escola Anna Nery), apagou suas histórias instituindo critérios racistas para o seu acesso: a enfermeira “padrão” tinha que ser da cor branca<sup>(6)</sup>.

Neste percurso histórico, a constituição da Enfermagem brasileira sob o signo do branqueamento cristalizou uma identidade profissional e, dessa forma, uma mentalidade social, cuja respeitabilidade baseava-se em critérios socialmente aceitáveis: ser branca, de contexto urbano e de classe média. Essa intersecção de marcadores sociais de produção de privilégios, as diferenciava das mulheres que efetivamente construíram a tradição do cuidado no país e que, por seus atributos sociais e territoriais foram excluídas da profissão que ajudaram a fundar.

Essa exclusão, que não foi ingênua nem acidental, recebeu fortes influências das teorias eugênicas vigentes à época, que associavam modernização e branqueamento da população como modelo de projeto societário<sup>(6)</sup>. A exemplo do modelo de Enfermagem

importado dos Estados Unidos, patrocinado pela Fundação Rockefeller, que teve como referência a *lady nurse* nightingaleana, desconsiderando a realidade racial brasileira, contribuindo para hierarquias desiguais do processo de trabalho que permanecem até hoje.

Se a profissionalização excluiu as mulheres negras da Enfermagem formal, o processo de redemocratização e a luta pela saúde como direito revelam outra ausência significativa. No final dos anos 1970, dois movimentos emergiram simultaneamente na cena pública brasileira: o Movimento da Reforma Sanitária, que reivindicava a democratização da saúde, e o Movimento Negro, que retomava a luta antirracista após os anos de repressão ditatorial. Ambos incidiram sobre a Assembleia Constituinte de 1988<sup>(7)</sup>.

O Movimento Sanitarista foi responsável pela formulação do projeto que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS), consagrando a saúde como “direito de todos e dever do Estado” no Art. 196 da Constituição. O Movimento Negro, por sua vez, deu ênfase ao racismo (Art. 5º, XLII) contribuindo para que o texto constitucional afirmasse o direito à saúde “independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual”<sup>(8)</sup>.

Contudo, a relação entre os dois movimentos foi marcada por uma tensão que ainda não se resolveu. Embora o Movimento Sanitarista pautasse as desigualdades sociais como determinantes do adoecimento, a questão racial específica não aparece nos documentos e debates centrais da Reforma Sanitária: o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde do ano de 1986, marco fundante do SUS, não menciona racismo como determinante de saúde<sup>(7)</sup>.

A análise de classe, hegemônica no campo sanitário, resistia à ideia de que raça operasse como determinante independente. Werneck documenta essa resistência: o setor saúde relutou em reconhecer que o racismo produz adoecimento por mecanismos que a análise de classe sozinha não alcança. Foi o movimento de mulheres negras, não o sanitário nem a Enfermagem como categoria, que forçou a visibilidade das questões específicas de saúde da população negra (PN), particularmente a mortalidade materna diferencial, a esterilização compulsória, a violência obstétrica racializada e a negligência com agravos como a doença falciforme<sup>(8,9)</sup>.

E a Enfermagem, onde estava? Como categoria profissional organizada, a Enfermagem brasileira não protagonizou a agenda racial na saúde durante a Reforma Sanitária nem na Constituinte. Enfermeiras, atendentes, auxiliares e técnicas de enfermagem, que constituíam uma maioria negra estavam presentes e ativas no Movimento Negro, ora como mulheres negras no movimento feminista, ora como profissionais de saúde que levavam a pauta racial individualmente, não como representantes de uma categoria que reconhecia a dimensão racial como constitutiva de suas contradições internas.

A organização coletiva da Enfermagem negra só viria em setembro de 2020, quase um século depois da fundação da primeira escola, quando a pandemia de COVID-19

tornou impossível ignorar que quem mais morria na linha de frente eram profissionais de nível médio, majoritariamente mulheres negras<sup>(10)</sup>. A Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN) nasce, portanto, não como novidade, mas como resposta tardia a uma dívida que a profissão acumulou desde 1923<sup>(11)</sup>.

Essa dívida histórica se materializa em dados. Se a composição racial da Enfermagem se transformou nas últimas décadas, as condições de trabalho, a remuneração e a exposição ao adoecimento continuam distribuídas de forma desigual. Os indicadores epidemiológicos e laborais a seguir não são mero cenário contextual, mas evidências de que o racismo estrutural opera no interior da própria profissão, produzindo vulnerabilidades específicas.

Recentemente, dados de um relatório com informações socioeconômicas de mais de 12,9 milhões de registros de trabalhadoras/es, ao longo de um período de 10 anos, revelaram um cenário de maior diversidade racial, com crescimento expressivo da presença de profissionais negras/os. Entre enfermeiras/os, essa participação passou de 26,3%, em 2010, para 43,7%, em 2021, além de se observar crescimento contínuo da representatividade negra entre técnicas e técnicos de Enfermagem em todas as regiões do país. Todavia, permanecem evidentes desigualdades estruturais que influenciam salários, oportunidades e acesso a cargos de maior qualificação, demonstrando que a divisão racial do trabalho na Enfermagem não pode ser compreendida como remanescente do passado, mas como estrutura persistente de produção e reprodução de desigualdades<sup>(12)</sup>.

As DANT constituem importante causa de morbimortalidade nos cenários global e nacional, produzindo óbitos prematuros, incapacidades funcionais e expressivos prejuízos socioeconômicos. Compreendem, de um lado, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre as quais se destacam as doenças cardiovasculares, respiratórias, as neoplasias e o diabetes, e, de outro, as causas externas, que abrangem distintas formas de acidentes e violências<sup>(13)</sup>.

Em escala global, as DCNT são responsáveis por 41 milhões de mortes anuais, o equivalente a 70% do total de óbitos, sendo 15 milhões delas registradas em pessoas com menos de 70 anos<sup>(14)</sup>. No Brasil, em 2019, responderam por 76% das mortes gerais, evidenciando a magnitude da mortalidade prematura, que alcançou 66,1%. No campo da Enfermagem, estudo transversal realizado com 442 profissionais de uma instituição hospitalar de grande porte identificou elevada prevalência de DCNT, especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus, além de fragilidades no autocuidado, considerando que cerca de um terço dos participantes fazia uso contínuo de medicamentos<sup>(15)</sup>.

Articulando as DCNT e o quesito raça/cor, dados do Painel Epidemiologia e Desigualdades: Doenças e Agravos na População para Raça/Cor<sup>(16)</sup>, lançado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2024 mostrou que o racismo e as desigualdades sociais

prejudicam severamente a saúde da PN, manifestando-se em índices mais elevados de doenças e óbitos, além de barreiras significativas na utilização dos serviços de saúde, tornando-se imperativo fortalecer políticas de equidade em saúde e implementação de ações específicas para mitigar as desigualdades que afetam a PN.

As desigualdades raciais no perfil de morbimortalidade por DCNT não se manifestam isoladamente. Articulam-se com as condições de trabalho, com a sobrecarga de gênero e com o adoecimento mental, compondo um quadro que atinge de forma particularmente severa as trabalhadoras negras da Enfermagem.

Dados do INSS sobre afastamentos a partir de quinze dias, mostram que técnicas/os de Enfermagem, Auxiliares e Enfermeiras/os estão entre os trabalhadoras/es que mais tiveram registros e afastamentos por razões de Saúde Mental, ocupando o 6º, 18º e 22º lugares respectivamente.

Em análise sobre a relação entre sofrimento mental e raça/cor em profissionais de Enfermagem no contexto da COVID-19 constatou-se média mais alta no domínio psicoticismo entre profissionais negras/os, especialmente do gênero feminino, com pouco ou nenhum suporte psicológico e emocional por parte da instituição em que atuavam. Ainda, destacaram que esses dados foram reflexos diretos das desigualdades estruturais de raça e gênero que afetam o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental<sup>(17)</sup>.

Esses dados evidenciam a necessidade de reconhecer que a ampliação da presença de pessoas negras na Enfermagem não implica, por si só, a superação das desigualdades salariais nem das barreiras de acesso a determinados postos de trabalho na profissão<sup>(12)</sup>. Para o enfrentamento do racismo estrutural na Enfermagem, é indispensável que as políticas públicas incorporem uma perspectiva interseccional, reconhecendo como raça, gênero, classe e localização geográfica se articulam na produção das desigualdades.

Se o movimento sufragista revelou a dimensão política constitutiva da Enfermagem, a pandemia de COVID-19 expôs, sem eufemismos, a dimensão racial que organiza quem cuida, em quais condições e quem adoece ao cuidar. No Brasil, enfermeiras e enfermeiros negros morreram em proporção significativamente maior do que seus pares brancos na linha de frente dos serviços de saúde, sendo alocados com maior frequência em postos de alto risco, com menor acesso a equipamentos de proteção individual adequados e submetidos a condições de trabalho marcadas pela precarização e pelos múltiplos vínculos impostos pela desvalorização salarial da categoria<sup>(11)</sup>. A pandemia não criou essa desigualdade; tornou-a visível com uma brutalidade que já não admitia silêncio.

É nesse contexto pandêmico que a Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN) emerge como resposta organizada à necropolítica. Trata-se de uma resposta não apenas à crise sanitária imediata, mas também à crise estrutural que a antecede. A ANEN nasce do reconhecimento de que a Enfermagem brasileira, composta majoritariamente por mulheres

negras reflete, em seu interior, hierarquias raciais que também estruturam a sociedade. Nesse cenário, mulheres negras ocupam os postos mais precários, recebem menor remuneração, têm menor reconhecimento simbólico e estão mais expostas ao risco<sup>(11)</sup>.

Sua emergência coloca uma pergunta que não deveria ser retórica: se a Enfermagem é, em sua maioria, feita de mulheres negras, por que são essas mulheres as mais vulnerabilizadas dentro da própria profissão? Que estrutura produz e reproduz essa distribuição? E o que significa, para a Enfermagem como ciência e prática social, recusar-se a olhar para essa estrutura?

Por fim, é importante retomar a ideia de que a competência científica deve estar articulada ao compromisso social e à consciência da condição de pessoa trabalhadora. Nessa perspectiva, o fazer da Enfermagem reafirma-se como escolha ética que ultrapassa a execução de técnicas e cuidados. A profissão também se constitui como agente estratégico na formulação de políticas públicas e na transformação das estruturas que produzem essas desigualdades em saúde na população brasileira. Desse debate emergem indagações epistemológicas que tensionam as verdades coloniais que ainda moldam o cuidado de Enfermagem.

## 2 - INDAGAÇÃO EPISTEMOLÓGICA: SUBVERTER A LÓGICA DAS VERDADES E “CAMINHOS ÚNICOS” DE PROTOCOLOS E MANUAIS

A Epistemologia é o ramo da filosofia que investiga a natureza, as fontes e os limites do conhecimento, em outras palavras, pergunta: o que podemos conhecer, como conhecemos e quem tem autoridade para definir o que conta como saber legítimo<sup>(18)</sup>?

No campo da saúde coletiva e da Enfermagem, assumir uma postura epistemológica significa reconhecer que os saberes que orientam a prática profissional não são neutros nem universais, mas construídos historicamente em contextos específicos de poder, cultura e dominação.

Quando interrogamos *epistemologicamente* a Enfermagem, não estamos apenas verificando se as técnicas funcionam, mas investigando quem definiu essas técnicas como válidas, quais saberes foram silenciados nesse processo e a quem serve a produção de conhecimento hegemônica. Essa postura crítica é condição para subverter a lógica das “verdades únicas” cristalizadas em protocolos e manuais que, embora fundamentais para a qualidade do cuidado, podem operar como dispositivos de uniformização que apagam diferenças e perpetuam iniquidades.

A Enfermagem contemporânea vivencia um paradoxo inquietante: apesar dos inegáveis avanços das últimas décadas, tanto como ciência quanto como prática social, persistem disparidades de mortalidade que, em alguns contextos, se ampliam entre populações vulnerabilizadas. Esses avanços incluem maior sofisticação teórica, práticas baseadas em

evidências, tecnologias de ponta e genômica aplicada ao cuidado. Mesmo em sistemas de saúde universais, como o SUS, povos indígenas, por exemplo, apresentam indicadores epidemiológicos persistentemente desfavoráveis, com maior morbimortalidade por doenças evitáveis, como anemia, desnutrição e infecções respiratórias agudas<sup>(19)</sup>.

Populações negras e periféricas continuam morrendo mais de causas preveníveis, mesmo quando acessam os mesmos serviços de saúde. A mortalidade materna de mulheres pretas no Brasil é mais que o dobro da registrada entre mulheres brancas, e a PN apresenta piores desfechos em condições sensíveis à atenção primária, como hipertensão, diabetes e sífilis congênita<sup>(20)</sup>.

Esta incongruência expõe uma questão estrutural que uma abordagem meramente técnica não consegue responder. Embora os conhecimentos, as técnicas e as tecnologias disponíveis sejam, em tese, suficientes para reduzir mortes, mostram-se insuficientes na prática, pois não foram concebidos para atender populações racializadas e territorialmente marginalizadas, nem se mostram plenamente acessíveis a elas. O problema, portanto, não é apenas de implementação, mas de concepção.

Com atenção a este ponto, aplicamos o conceito de dispositivo de racialidade a partir do qual o racismo opera de forma sistemática, a partir de um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, práticas e saberes que produz sistematicamente o negro como "Outro", como "não-ser", como sujeito cuja humanidade é permanentemente questionada ou negada. No campo da saúde, o dispositivo de racialidade se manifesta na produção de um conhecimento científico que toma o corpo branco como norma universal e, simultaneamente, invisibiliza, patologiza ou exotiza os corpos negros e indígenas, negando-lhe a condição de humano e de cidadão<sup>(21)</sup>.

Nesse quadro, a raça não é realidade biológica, é tecnologia; dispositivo pelo qual o Estado e as instituições, incluindo as de saúde, decidem, muitas vezes de forma silenciosa e indireta, quem acessa tratamento de qualidade, quem recebe analgesia, quem tem sua dor levada a sério, quem sobrevive ao parto, por exemplo.

Trata-se de uma seleção de quem está na fila para morrer primeiro, ao que Achille Mbembe denomina necropolítica: o poder soberano que se exerce não apenas pelo "fazer viver", mas fundamentalmente pelo "deixar morrer" e, em situações limites, pelo "fazer morrer"<sup>(22)</sup>.

Neste sentido, à análise de protocolos, manuais, diretrizes e políticas elaborados sob a ideia do "ser universal", levantam-se questões sobre a quais corpos e sujeitos são destinados cuidados tendo em vista as técnicas e tecnologias cujas referências são corpos e sujeitos padrões.

A resposta a essa pergunta e as outras perguntas feitas neste texto, sinalizam caminhos alternativos para este que estamos trilhando, cuja lógica parece ter alcance limitado

diante das experiências plurais da população brasileira, incluindo àquelas de adoecimento como é o caso de pessoas negras, povos indígenas e populações periféricas, por exemplo.

Estes e outros grupos são tratados como 'desvio da norma' não como expressão de determinações sociais específicas que exigem abordagens igualmente específicas. Assim, o avanço científico pode coexistir com, e até reforçar, as iniquidades, porque opera dentro de uma matriz epistemológica, cujas concepções do processo saúde-adoecimento-cuidado não reconhecem a pluralidade de sujeitos e saberes.

Assim, o dispositivo da racialidade, opera não apenas pela exclusão física ou pelo racismo interpessoal, mas fundamentalmente pelo epistemicídio, que pode ser definido com uma forma de apropriação ou invisibilização sistemática dos saberes produzidos pelos grupos racializados<sup>(21)</sup>. No contexto da Enfermagem, o epistemicídio se manifesta, por exemplo, pela negação, desvalorização ou exclusão da cosmovisão ou sistemas de conhecimento indígenas e afro-brasileiros sobre saúde, cura e cuidado.

A exemplo disso, dados revelam que apenas 2% dos profissionais de Enfermagem que atuam em contextos de saúde indígena relatam participar de atividades de pesquisa científica<sup>(23)</sup>. Essa lacuna de pesquisa revela também como esses sistemas de opressão operam, gerando epistemicídio, uma vez que os saberes de populações tradicionais, negras e indígenas sobre o cuidado não são sistematicamente produzidos, validados ou integrados à prática de Enfermagem.

Esta estrutura alimenta um ciclo de reprodução das desigualdades cuja exclusão desses povos da produção de conhecimento faz com que o saber produzido, muitas vezes, não alcancem às suas necessidades específicas. Com isso, as intervenções tendem a ser menos eficazes e os desfechos permanecem desfavoráveis para estes grupos, aos quais se atribuem estigmas e estereótipos como de pessoas "difíceis" ou "não aderentes", retroalimentando uma estratégia de marginalização.

Apesar dos inegáveis avanços da Enfermagem como ciência, prática social e campo tecnologicamente cada vez mais qualificado, é necessário problematizar por que doenças e agravos de elevada mortalidade persistem, e por vezes se intensificam, sobretudo entre grupos e contextos vulnerabilizados. Seriam os conhecimentos, as técnicas e as tecnologias atualmente disponíveis suficientes para enfrentar esse cenário? Ou ainda permanecem lacunas estruturais? Quais lacunas são essas?

### **3 - COMO A ENFERMAGEM, ENQUANTO CIÊNCIA E PRÁTICA SOCIAL, CONTRIBUI PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NA ATUALIDADE?**

Se a Enfermagem pretende responder, de modo consequente, à pergunta sobre como contribui para a transformação das condições de saúde da população, ela precisa

ser pensada para além de seu repertório técnico-assistencial. Essa afirmação não diminui a importância da competência clínica, da gestão do cuidado ou da produção de tecnologias de atenção à saúde; ao contrário, parte do reconhecimento de que tais dimensões são fundamentais, mas insuficientes, quando concebidas sem considerar as estruturas sociais que produzem adoecimento, sofrimento e morte evitável.

Sob esse ângulo, a ANEN expressa uma forma ampliada de fazer Enfermagem. Isso porque sua atuação demonstra que a profissão transforma as condições de saúde da população não apenas no encontro clínico e assistencial, mas também quando produz denúncia, memória, incidência política, articulação institucional e elaboração teórica. A articulação construiu Carta de Princípios e Manifesto Antirracista, atuou junto à ABEn, ao Cofen, à Coordenação Nacional de Entidades da Enfermagem e à mídia alternativa; participou de atividades educativas, congressos, encontros sindicais, audiências públicas e espaços internacionais; e passou a produzir documentos e pesquisas sobre racismo e desigualdades na Enfermagem. Aqui, neste texto, a ANEN se junta à ABEn Nacional (ABEn) e ABEn São Paulo (ABEn SP) para reunir e visibilizar essas práticas e construir formas de legitimar essa ampliação do escopo da profissão, tendo em vista as barreiras estruturais impostas pelo racismo. Essa trajetória mostra que a prática social da Enfermagem não se esgota no cuidado direto: ela se realiza também na disputa por linguagens, narrativas, visibilidade, institucionalidade, reconhecimento e, em última análise, por justiça.

A experiência da ANEN é especialmente importante porque explicita um dos limites históricos da atuação técnico-científica da Enfermagem: sua recorrente dificuldade de enfrentar, de modo sistemático, as causas estruturais dos agravos e das iniquidades. Quando o trabalho profissional se restringe à boa execução de intervenções sobre indivíduos já adoecidos, corre-se o risco de produzir excelência técnica sem transformação social. O cuidado, nesse caso, permanece reativo, e até conivente, com a produção estrutural de adoecimentos e mortes para pessoas e grupos específicos. Ou seja, restringe-se à mera administração de danos, organização respostas, melhoria de indicadores localizados, sem, com isso, alterar de forma substantiva a engrenagem que distribui sofrimento de maneira desigual.

A ANEN, ao contrário, recoloca a profissão no terreno dos determinantes sociais da saúde, chamando atenção para o racismo institucional, que incide sobre ela, lançando luz à precarização racializada do trabalho, como resultado da combinação complexa de sistemas de opressão, bem como a necessidade de reparações históricas. Nisso reside sua força política e sua atualidade.

Também, a atuação da ANEN não pode ser lida apenas como um movimento identitário setorial. Ela constitui uma proposição crítica sobre os rumos da própria Enfermagem brasileira. Ao participar de sondagens sobre racismo e discriminação, ao defender a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de gestão, ao encaminhar dossiês

aos ministérios e ao pressionar por respostas institucionais e reparações, a articulação contribui para transformar não somente a percepção da categoria sobre si mesma, mas também sua capacidade de produzir respostas mais complexas aos problemas de saúde contemporâneos. Nesse sentido, a ANEN amplia o campo de ação da Enfermagem: de uma profissão especializada em responder às consequências do adoecimento para uma prática que disputa as condições sociais, políticas e institucionais que o produzem.

Há, aqui, um ponto de inflexão importante. Se a Enfermagem é ciência e prática social, sua contribuição para a transformação das condições de saúde da população dependerá de sua habilidade de articular essas duas dimensões sem subordinar-se uma à outra. Desta forma, alinha-se a perspectiva interseccional, por atender às suas finalidades indissociáveis: heurística e a da práxis política<sup>(23)</sup>.

A ciência, por si só, não garante justiça; a técnica, por si só, não produz equidade; e a assistência, por si só, não desmonta hierarquias históricas. Mas uma Enfermagem que integra produção de conhecimento, responsabilidade ética, leitura crítica da realidade e ação política pode ampliar substantivamente sua capacidade transformadora.

É isso que a ANEN torna visível: que a profissão ganha potência quando se autoriza a nomear o racismo, a disputar narrativas, a rever suas bases epistemológicas e a assumir posição diante das iniquidades que estruturam a vida social brasileira.

Assim, mais do que responder à pergunta da ABEn, a experiência da ANEN ajuda a questioná-la para então reformulá-la. A questão deixa de ser se a Enfermagem contribui para transformar as condições de saúde da população, porque, de fato, contribui. E passa a ser: qual será o alcance dessa contribuição quando a profissão incorporar, de modo sistemático, uma lente interseccional e decolonial?

Sobre isso, a trajetória da ANEN sugere uma resposta vigorosa: pode ir além da excelência técnica e alcançar as raízes sociopolíticas do adoecimento; pode deslocar a Enfermagem do manejo dos efeitos para a disputa das causas; e pode recolocar o cuidado no terreno da justiça social. É nesse movimento que a Enfermagem se afirma, de maneira mais radical, como ciência comprometida com a vida e como prática social comprometida com a transformação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio não pretendeu oferecer respostas definitivas, mas acessar as dúvidas e, por meio delas, formular perguntas que nos parecem necessárias.

Se os avanços técnico-científicos da Enfermagem são inegáveis, por que as desigualdades raciais em saúde persistem? Se dispomos de protocolos baseados em evidências, por que mulheres negras continuam morrendo no parto em proporção mais do que duas vezes superior à de mulheres brancas?

Com esses exemplos de questões, buscamos esboçar resposta, menos como certeza e mais como hipótese de um projeto, que problematiza os limites de um modo de conceber o cuidado Enfermagem, tendo como referência um sujeito abstrato e universal, desprovido das marcas de raça, gênero e classe que atravessam o adoecimento.

O dispositivo da racialidade tal como formulado por Carneiro<sup>(21)</sup> a partir da experiência brasileira, não constitui uma falha do sistema de saúde. Ao contrário, é um de seus modos de funcionamento quando não é questionado.

A Enfermagem ocupa posição singular no campo da saúde. Está presente, quantitativamente, em grande parte do sistema de saúde brasileiro e tem atuação relevante na assistência, educação, gestão e pesquisas, em diferentes territórios, comunidades, acessando domicílios e organizando processos de trabalho em serviços de todos os níveis de atenção. A capilaridade e competência profissional conferem à profissão atributos que ultrapassam a execução de técnicas, ao situá-la como autoridade sanitária capaz de mediar a relação entre o sistema de saúde e a vida concreta das pessoas.

Reconhecer esse lugar significa reconhecer, também, seu potencial de transformação social e sua responsabilidade na formulação de políticas públicas orientadas ao enfrentamento das causas do adoecimento, e não apenas de seus efeitos.

Um caminho possível para exercer esse papel político está no conceito de *outsider within* de Patricia Hill Collins publicado em 2019. A *outsider within* é aquela que pertence à instituição sem pertencer plenamente. Que conhece suas regras sem ter participado de sua criação. Que, por estar nessa posição de fronteira, enxerga o que quem está no centro não consegue ver.

A Enfermagem brasileira, feita majoritariamente de mulheres negras e periféricas nos postos mais precários, não seria ela mesma uma categoria *outsider within* no campo da saúde? E se essa posição, vivida historicamente como desvantagem, fosse assumida como lugar privilegiado para identificar o que não funciona, nomear o que permanece invisível e apontar caminhos que o olhar do centro não alcança?

Não se trata de romantizar a margem, mas de reconhecê-la e ressignificá-la, a partir dos conhecimentos produzidos neste espaço. E aí que se amplia, diversifica e se atualiza o olhar sobre o cuidado...

Poderíamos então seguir perguntando: Quais protocolos uma Enfermagem que assume sua condição de *outsider within* construiria? Quais perguntas faria aos manuais que recebe como verdade pronta? Quais parcerias criaria com as comunidades, não como quem intervém sobre elas, mas como quem aprende com elas?

Sofisticar o cuidado, nessa direção, significa contextualizar técnicas e tecnologias às realidades dos territórios, corpos e experiências plurais. Significa aprender com as comunidades quilombolas, indígenas, periféricas, não para julgar seus saberes, mas para

dialogar e aprender com eles. Significa reconhecer que a saúde não se produz apenas nos serviços, e que a Enfermagem que quer transformar precisa atuar também nas causas políticas e sociais do adoecimento. Significa, ainda, perguntar no cotidiano do trabalho: estamos interrompendo ou reproduzindo o dispositivo de racialidade que Carneiro<sup>(21)</sup> identificou como mecanismo brasileiro de distribuição desigual da vida e da morte?

Desde 1938, quando foi instituída a primeira Semana Brasileira de Enfermagem, trabalhadoras e trabalhadores, em diferentes espaços de atuação, têm se mobilizado em homenagens e debates sobre os rumos da profissão. Nesse contexto, compor este capítulo para fomentar o debate da 87ª SBE<sub>n</sub> significa tomar posição diante de questões centrais para a Enfermagem. Entre elas, destacam-se as desigualdades sociais e as relações de poder, classe, raça/cor e gênero no interior da profissão; a mobilização e o fortalecimento das entidades representativas; o envolvimento nas lutas coletivas; os direitos sociais; as condições e a precarização do trabalho; a desvalorização das/os trabalhadoras/es; a representação política; e as estratégias de cuidado em saúde mental, entre outros temas que atravessam o cotidiano da categoria. Soma-se a isso o compromisso com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais, especialmente no que se refere ao Art. 7º, que prevê a contribuição para a defesa e a implementação de políticas voltadas ao fortalecimento do SUS, à promoção dos direitos sociais e à redução das desigualdades, com prioridade para a qualidade e a efetividade da atenção à saúde, em consonância com diretrizes públicas orientadas pelo acesso universal, pela equidade e pela humanização.

A dúvida, como ferramenta decolonial, incide sobre as (in)certezas da atuação da Enfermagem. Assim, para os próximos cem anos, propomos, mais como convite do que como prescrição, que a Enfermagem abandone verdades absolutas e aposte em dúvidas que movimentam. Não se trata da dúvida que paralisa, mas daquela que abre caminhos. Trata-se, também, de questionar a certeza cristalizada em protocolos universais que, com frequência, silenciam o que não cabe neles. A dúvida que desestabiliza evidências naturalizadas permite escutar o que vinha sendo ignorado, sendo esta ferramenta para um novo projeto societário e de Enfermagem. Se esta, aqui no Brasil é composta majoritariamente por mulheres negras, o que significa assumir essa realidade não apenas como dado demográfico, mas como ponto de partida para a produção de conhecimento sobre o cuidado?

A Enfermagem que emerge deste ensaio não é a que tem todas as respostas, mas a que faz perguntas. Não é a que aplica protocolos sem questioná-los, mas a que os tensiona a partir das vidas reais que encontra nos territórios. Não é a que fala sobre as comunidades, mas a que constrói com elas. Que a Enfermagem brasileira cultive a coragem de duvidar das próprias certezas. Não porque a dúvida seja fraqueza, mas porque é ela a potência que movimenta!

## AGRADECIMENTOS OU FOMENTO

À Articulação Nacional de Enfermagem Negra (ANEN) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)

## REFERÊNCIAS

1. Wald LD. *The house on Henry Street*. New York: Henry Holt; 1915.
2. Dock LL, Stewart IM. *A short history of nursing: from the earliest times to the present day*. 3rd ed. New York: G.P. Putnam's Sons; 1931.
3. Seacole M. *Wonderful adventures of Mrs. Seacole in many lands*. London: Penguin; 2005.
4. Grisard N, Vieira ETS. Ana Néri, madrinha da Enfermagem no Brasil. *Gaz Méd Bahia* [Internet]. 2008 [cited 2025 Mar 14];78(2):145-47. Available from: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/981/959>
5. Peres MAA, Aperibense PGG, Bellaguarda MLR, Almeida DB, Santo FBO, Luchesi LB. Reconhecimento à Anna Justina Ferreira Nery: mulher e personalidade da história da Enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200207. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0207>
6. Campos PFS. Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da Enfermagem profissional brasileira. *Cultura de los Cuidados*. 2007;11(22):167-77. Available from: <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/76c426c7-981c-486e-8312-3116c84bfca0/content>
7. Teixeira CF, Souza LEPF, Brito-Silva K. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. *Saude Soc*. 2022;31(4):e220246. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bfwK5pZtfmYp7j9GcXgz6d/?format=pdf&lang=pt>
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3a ed. Brasília: MS; 2017.
9. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc*. 2016;25(3):535-49. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>
10. Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, Lacerda WF, et al. Condições de trabalho da enfermagem. *Enferm Foco* 2016;7(spe):63-71
11. Almeida AH, Ventura E, Rosa LMC. Saúde da população e das mulheres negras da Enfermagem brasileira. *Rev Remecs*. 2024;2(Esp):39-47. <https://doi.org/10.24281/rremecs2024.2.esp.3947>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Demografia e mercado de trabalho em Enfermagem no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. 314 p. (Demografia da Enfermagem no Brasil 2025; v. 1). Available from: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia\\_Enfermagem\\_mercado\\_trabalho\\_v1.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_Enfermagem_mercado_trabalho_v1.pdf)

13. Malta DC, Silva MMA. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1350. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.31552017>
14. World Health Organization. *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. Geneva: WHO; 2020.
15. Domingues JG, Silva BBC, Bierhals IO, Barros FC. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de Enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(2):e2018298. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200011>
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Painel Epidemiologia e Desigualdades: Doenças e Agravos na População para Raça/Cor*. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2026 Mar 25]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/epidemiologia-e-desigualdades>
17. Alves VM, Gonçalves AMS, Marcheti PM, Santos PS, Cirqueira GM, Fernandes MC, et al. Raça/cor da pele e distúrbios psicológicos em equipes de Enfermagem durante a pandemia de COVID-19. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 2025;21:e-227962. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2025.227962>
18. Japiassu H, Marcondes D. *Dicionário básico de filosofia*. 3a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
19. Coimbra Jr CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013;13:52. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-52>
20. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. *Pesquisa Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento, dados preliminares*. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2025 Mar 14]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa>
21. Carneiro S. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar; 2023.
22. Mbembe A. *Necropolítica. Arte & Ensaios* [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 14];(32):122-51. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>
23. Melo JS, Freitas NO, Maíra R. The work of a Brazilian nursing team of collective health in the special indigenous health district. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200116. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0116>
24. Collins PH. *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. São Paulo: Boitempo; 2019.

## CONFLITO DE INTERESSE

Não há.

## **USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL**

Este capítulo utilizou ferramentas de inteligência artificial generativa (ChatGPT) como recurso auxiliar no refinamento da redação, na formatação do texto e na padronização das referências bibliográficas. Todos os processos foram realizados sob supervisão e avaliação crítica dos autores, que assumem integral responsabilidade pelo conteúdo, em conformidade com os princípios de integridade acadêmica.