



REPERCUSSÕES DA DIVISÃO TÉCNICO-SOCIAL DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NA AMÉRICA LATINA: ENSAIO TEÓRICO REFLEXIVO*

REPERCUSSIONS OF THE TECHNICAL-SOCIAL DIVISION OF LABOR IN NURSING IN LATIN AMERICA: A THEORETICAL REFLECTIVE ESSAY

Fabírcia Martins Sales¹

ORCID: 0000-0002-8693-874X

¹ Instituto Federal Fluminense, campus Campos Guarus. Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil

Rosimere Ferreira Santana²

ORCID: 0000-0002-4593-3715

² Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

Como citar: Sales FM, Santana RF. Repercussions of the technical-social division of labor in nursing in Latin America: a theoretical reflective essay. Online Braz J Nurs. 2025;24(Suppl 2):e20256890. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20256890>

RESUMO

Objetivo: analisar as repercussões da divisão técnico-social do trabalho da enfermagem na América Latina. **Método:** Estudo teórico reflexivo, orientado pelo referencial filosófico de Karl Marx, com base em análise documental conduzida segundo os pressupostos de Bardin. **Resultados:** A análise evidenciou que a força de trabalho em enfermagem na região é majoritariamente composta por profissionais de nível médio, submetidos à precarização laboral, baixa visibilidade social e atuação centrada em procedimentos técnicos. Essa configuração reforça relações hierárquicas, fragmenta o cuidado e limita a autonomia profissional, ao mesmo tempo em que expressa processos de alienação, reificação e fetichismo do trabalho. **Conclusão:** Constatou-se que a divisão técnico-social do trabalho reproduz desigualdades históricas e compromete a integralidade e a qualidade da assistência. Superar esse quadro demanda políticas públicas articuladas entre saúde e educação, revisão das propostas formativas, valorização do cuidado como saber e prática específica da enfermagem e melhoria das condições de trabalho, de modo a fortalecer a autonomia e a capacidade resolutiva dos profissionais de enfermagem que atuam na América Latina.

Descritores: América Latina; Enfermagem; Processo de Trabalho em Saúde; Capitalismo; Técnicos de Enfermagem; Relações Médico-Enfermeiro.

ABSTRACT

Objective: to analyze the repercussions of the technical-social division of labor in nursing in Latin America. **Method:** A theoretical reflective study, guided by the philosophical framework of Karl Marx, based on a documentary analysis conducted according to Bardin's assumptions. **Results:** The analysis showed that the nursing workforce in the region is mostly composed of mid-level professionals, subjected to job precarity, low social visibility, and practice centered on technical procedures. This configuration reinforces hierarchical relationships, fragments care, and limits professional autonomy, while also expressing processes of alienation, reification, and work fetishism. **Conclusion:** It was found that the technical-social division of labor reproduces historical inequalities and compromises the comprehensiveness and quality of care. Overcoming this situation demands articulated public policies between health and education, a review of training proposals, the valorization of care as nursing's specific knowledge and practice, and improvement in working conditions, in order to strengthen the autonomy and problem-solving capacity of nursing professionals working in Latin America.

Descriptors: Latin America; Nursing; Health Work Process; Capitalism; Nursing Technicians; Physician-Nurse Relations.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)

Elaine Antunes Cortez (ORCID: 0000-0003-4488-4912)

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil

E-mail da revista: objn.cme@id.uff.br

Autor Correspondente:

Fabírcia Martins Sales

E-mail: fabricia.martins.sales@gmail.com

O que já se sabe:

- A carência de profissionais de enfermagem na América Latina é acentuada, sobretudo, pela migração de enfermeiros para outros países.
- Na América Latina, predomina a força de trabalho composta por profissionais de nível médio, frequentemente submetidos a condições laborais precárias.
- Há escassez de estudos que articulem conceitos marxistas para compreender e transformar a configuração da enfermagem no contexto latino-americano.

O que este artigo acrescenta:

- Evidencia como a divisão técnico-social do trabalho da enfermagem latino-americana reforça desigualdades históricas.
- Articula conceitos marxistas para explicar processos de alienação, reificação e fetichismo presentes nas relações de trabalho em enfermagem.
- Indica que superar esse cenário requer políticas públicas integradas, revisão curricular e valorização do cuidado como saber próprio da enfermagem.

INTRODUÇÃO

O trabalho assistencial em enfermagem consiste no cuidado entre seres humanos, realizado por meio de relações interpessoais no contexto dos serviços de saúde⁽¹⁾. Ao ser incorporado ao modo de produção capitalista, o trabalho deixa de representar uma interação orgânica entre pessoas para exercer um papel na geração, conservação e expansão de valor econômico⁽²⁾. Semelhante a outras profissões, o trabalho da enfermagem foi apropriado pela racionalidade produtiva, transformando-se em uma atividade que ultrapassa sua dimensão exclusivamente humanitária para também se inscrever na dinâmica do capital⁽³⁾.

A incorporação do trabalho da enfermagem ao capitalismo consolidou uma organização produtiva baseada na fragmentação das tarefas e na hierarquização dos saberes, o que se materializou na divisão técnico-social⁽⁴⁾. A racionalização das atividades assistenciais, orientada por critérios de eficiência e controle, reduziu o cuidado a um conjunto de ações operacionais, esvaziando sua dimensão relacional e subjetiva, e subordinando-o à lógica da produtividade⁽⁵⁾.

O trabalho da enfermagem na América Latina apresenta características singulares, resultantes da coexistência de sistemas de saúde fragmentados, influenciados por legados coloniais, heterogeneidades culturais e profundas desigualdades socioeconômicas. Essas particularidades geram dinâmicas laborais específicas, moldadas por fatores históricos e sociais próprios da região, o que exige uma análise que vá além dos modelos adotados em outros contextos⁽⁶⁾. Nesse sentido, torna-se relevante investigar a divisão técnico-social do trabalho em enfermagem no cenário latino-americano.

A América Latina está entre as regiões mais desiguais do mundo, onde milhões de indivíduos enfrentam dificuldades para acessar os serviços de saúde. Cerca de 29% da população latino-americana vive abaixo da linha da pobreza e os 40% mais pobres recebem menos de 15% da renda total⁽⁷⁾.

A revisão da literatura sobre a divisão técnico-social do trabalho em enfermagem evidencia a predominância de estudos que discutem as condições de trabalho e a qualidade do cuidado, bem como seus impactos na saúde dos profissionais da equipe de enfermagem⁽⁸⁻¹¹⁾.

Estudos realizados no Brasil evidenciam a precarização das condições de trabalho da equipe de enfermagem, marcada por vínculos temporários, alta rotatividade, jornadas excessivas e múltiplos empregos. Esses fatores estão associados à baixa remuneração, à sobrecarga de atividades e à escassez de profissionais, impactando negativamente tanto a saúde dos profissionais quanto a organização do processo de trabalho⁽⁸⁻⁹⁾.

Pesquisa conduzida na Finlândia revelou que a carga horária excessiva, os baixos salários e a instabilidade no trabalho comprometem a saúde e o bem-estar de enfermeiros⁽¹⁰⁾. De forma semelhante, na Suécia, um estudo relacio-

nou a precariedade nas condições laborais ao sofrimento físico e mental da equipe de enfermagem⁽¹¹⁾.

A presença dessa problemática em países desenvolvidos, como Finlândia e Suécia, reforça que as condições precárias de trabalho da enfermagem não se limitam a contextos de maior desigualdade social, mas constituem um fenômeno estrutural do modo de produção capitalista. No entanto, na América Latina, tais condições assumem contornos mais críticos, em razão da fragmentação dos sistemas de saúde, das desigualdades históricas e das limitações estruturais da região, o que justifica o recorte adotado neste estudo.

Considerando o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 3 da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que visa a assegurar saúde de qualidade e acessível a todos⁽¹²⁾, destaca-se a importância de fomentar pesquisas sobre a enfermagem na América Latina, como estratégia para o fortalecimento dos sistemas de saúde regionais e para a promoção da equidade no acesso aos cuidados⁽⁷⁾.

Reflexões têm buscado compreender o atual estágio da enfermagem como disciplina, bem como identificar estratégias para sua expansão e fortalecimento no mercado de trabalho^(11,13). É essencial analisar o desenvolvimento profissional da enfermagem no contexto do sistema econômico predominante no mundo, o capitalismo⁽³⁾. O objetivo do presente estudo é: analisar as repercussões da divisão técnico-social do trabalho da enfermagem na América Latina.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de estudo teórico reflexivo. Para a fundamentação da análise foi utilizado o referencial filosófico de Karl Marx⁽²⁾. A escolha por esse delineamento justifica-se diante da relevância de se desenvolver uma análise conceitual e histórica das transformações no trabalho da enfermagem na América Latina, a partir de uma perspectiva crítica que ultrapasse a mera descrição empírica e normativa.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2025 e consistiu em uma busca exploratória de artigos científicos e documentos disponíveis em meio digital sobre a divisão técnico-social do trabalho em enfermagem na América Latina. Foram consultados os sites da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS); além das bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Google Scholar, Scopus, PubMed e Web of Science.

Os artigos das bases de dados e os documentos da OPAS e da OMS foram selecionados de acordo com a perti-

nência temática e alinhamento com o objetivo do estudo.

Nas bases de dados, a busca dos artigos foi conduzida por meio da utilização dos descritores: América Latina, enfermagem, processo de trabalho em saúde e capitalismo, os quais foram combinados com o operador booleano “AND”, de acordo com as especificidades de cada plataforma. As combinações utilizadas foram: “*Latin America*” AND “*nursing*”; “*nursing*” AND “*capitalism*”; “*health work process*” AND “*capitalism*”; “*health work process*” AND “*Latin America*”. Foram aplicadas restrições de idioma (português, inglês e espanhol) e tipo de documento (artigos publicados em periódicos científicos). A restrição de idiomas justificou-se por contemplar as línguas mais utilizadas na produção científica sobre a temática, especialmente no contexto latino-americano, além de garantir maior fidedignidade na interpretação dos textos, evitando possíveis vieses advindos da tradução automática. O filtro de recorte temporal não foi aplicado.

Para a seleção do material, foi realizada leitura dos títulos e resumos dos artigos. Os materiais selecionados foram organizados em pastas temáticas nos computadores das pesquisadoras e posteriormente submetidos à leitura exaustiva.

Análise de dados

O tratamento do material seguiu a técnica de análise de conteúdo na vertente temática conforme Bardin⁽¹⁴⁾, utilizada como recurso metodológico para identificar núcleos de sentido relevantes ao objeto de estudo. Os núcleos de sentido foram agrupados em três eixos que orientaram a construção da reflexão teórica. Desta forma, tem-se: Eixo 1: Origens e fundamentos históricos da divisão técnico-social do trabalho na enfermagem; Eixo 2: Expressões e contradições da divisão técnico-social do trabalho da enfermagem na América Latina; Eixo 3: Alienação, reificação e fetichismo do trabalho de enfermagem na América Latina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Eixo 1: Origens e fundamentos históricos da divisão técnico-social do trabalho na enfermagem

A divisão técnico-social na enfermagem resulta de fatores históricos, sociais e econômicos, que refletem o sistema capitalista. Esse sistema segmenta funções, define hierarquias e molda a prática profissional segundo demandas de produção⁽³⁾.

Do cristianismo ao feudalismo, a enfermagem foi pautada por um modelo religioso, exercida de forma autônoma e reconhecida como arte. Nesse período, enfermagem e medicina atuavam com finalidades distintas e mantinham pouca relação entre si⁽¹⁵⁾. No final do século XVIII, com a consolidação do capitalismo como sistema econômico na sociedade ocidental, fortaleceram-se a medicalização e o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, marcando o declínio do paradigma religioso e autônomo que até então caracterizava a enfermagem⁽¹⁶⁾.

Conforme interesses capitalistas, coube aos médicos as decisões sobre tratamentos e planos terapêuticos, bem como as posições de liderança. À enfermagem, coube responsabilidades relacionadas ao ambiente. A enfermeira, por meio de atividades serviçais, agia como facilitadora para o trabalho do médico e ocupava uma posição de total subser-

viência a este⁽¹⁵⁾.

Em 1860, Florence Nightingale fundou a primeira escola de enfermagem na Inglaterra. A formação das enfermeiras foi estruturada com base em distinções sociais: as lady-nurses, de classes altas, que supervisionavam e ensinavam e as nurses, de origem humilde, que prestavam os cuidados diretos aos pacientes⁽¹⁷⁾. Nightingale legitimou a hierarquia e a disciplina como fundamentos do trabalho em enfermagem, incorporando à profissão traços de sua origem aristocrática, além de modelos organizacionais religiosos e militares.

Essa configuração fortaleceu relações de dominação e subordinação na prática da enfermagem, perpetuando, dentro da profissão, as desigualdades de classe típicas do sistema capitalista⁽¹⁶⁾. A enfermagem se desenvolveu em consonância com o avanço da industrialização, o que acentuou a separação entre trabalho manual e intelectual com base em critérios de classe social. Com a expansão industrial, os hospitais cresceram e houve aumento expressivo no número de escolas de enfermagem⁽¹⁷⁾.

No ambiente escolar, foram estabelecidas práticas ideológicas, com vistas a padronizar o trabalho de enfermagem dentro da hierarquia de um sistema fragmentado e dominado pelo médico. O ensino consistia em procedimentos sem ênfase no porquê, ou sem o delineamento dos princípios científicos, e o objetivo principal da enfermagem era auxiliar o trabalho médico⁽¹⁶⁾. A separação entre trabalho manual e intelectual, destacada por Marx, ampliou a distância entre ensino e prática⁽²⁾.

No contexto capitalista, a valorização do saber intelectual sobrepondo-se ao manual legitima a hierarquia na enfermagem, subordinando a equipe técnica ao domínio da enfermeira⁽¹⁸⁾. A incorporação do trabalho assistencial de enfermagem à ordem capitalista intensificou-se especialmente após a crise de 1929, quando a expansão dos seguros privados de saúde aprofundou a exploração da força de trabalho. A introdução de modelos como o taylorismo e o fordismo padronizou e controlou as atividades de enfermagem, priorizando a produtividade e a redução de custos em detrimento da qualidade do cuidado e das condições de trabalho. Entre os efeitos mais visíveis estão o aumento da jornada de trabalho, a intensificação da divisão técnico-social e a perda de autonomia dos trabalhadores sobre o processo produtivo, repercussões que se consolidaram rapidamente no cotidiano da enfermagem⁽³⁾.

A partir do final do século XIX, surgiram as primeiras escolas de enfermagem na América Latina, estabelecidas junto a hospitais e com apoio de organizações internacionais⁽¹⁶⁾. Na década de 1950, a Fundação Rockefeller impulsionou o ensino de enfermagem na região, por meio de financiamentos, bolsas e propostas curriculares baseadas no modelo anglo-americano de formação⁽¹⁹⁾. Como consequência, houve redução da influência de práticas tradicionais e de abordagens religiosas que até então predominavam nos países latino-americanos⁽²⁰⁾. Paralelamente, a OPAS contribuiu para a padronização da formação em enfermagem na América Latina, especialmente em países como Argentina e Colômbia⁽²¹⁾.

As transformações nos serviços de saúde impulsionaram alterações nas escolas de formação em enfermagem, que passaram a refletir a dinâmica capitalista de fragmentação do processo produtivo, distanciando o profissional de seu objeto central: o cuidado. Nesse contexto, a divisão do trabalho em enfermagem na América Latina consolidou-se com a criação dos cursos para auxiliares, voltados à formação de mão de

obra para tarefas manuais, legitimando a separação entre trabalho intelectual e operacional.

Na década de 1960, essa separação se aprofundou com a introdução da categoria de técnico em enfermagem, criada para suprir lacunas deixadas pelos auxiliares, devido à formação limitada, e pelas enfermeiras, diante da escassez numérica. Cabia ao técnico, entre outras atribuições, supervisionar pequenas unidades e assistir pacientes em estado grave⁽²²⁾. Desde suas origens, a educação profissional de nível médio na enfermagem foi historicamente associada a um status social inferior, o que refletia o chamado dualismo estrutural⁽²³⁾.

Nas primeiras décadas do século XX, os métodos e técnicas de enfermagem eram centrados nos procedimentos e não nos pacientes⁽¹⁵⁾. Essa prática contribuiu para o aprofundamento da divisão técnica do trabalho, na medida em que diferentes etapas de uma mesma atividade passaram a ser executadas por vários profissionais⁽²⁾.

A dinâmica assistencial fragmentada impõe riscos à assistência, ao reduzir o cuidado a uma racionalidade operacional, priorizando a execução de tarefas e comprometendo a abordagem integral ao paciente⁽²⁴⁾. Quando o cuidado de enfermagem é compreendido apenas como um conjunto de procedimentos técnicos, há perda de sua dimensão relacional, ética e reflexiva. Defende-se, nesse sentido, a retomada do cuidado como objeto específico da enfermagem, sustentado por um saber próprio que articula teoria, prática e subjetividade, em contraposição à lógica produtivista que despersonaliza o paciente e desqualifica o ato de cuidar⁽²³⁾.

Nessa configuração, a fragmentação das funções e a histórica subordinação da enfermagem à medicina contribuíram para a construção de uma crise identitária na profissão, ainda perceptível nas relações hierárquicas, na desvalorização simbólica do cuidado e na dificuldade de afirmação de um saber próprio⁽²⁴⁾. Esses fatores repercutem na autoestima dos estudantes de enfermagem, especialmente entre os alunos de cursos técnicos, que enfrentam maiores barreiras para o reconhecimento profissional⁽²⁵⁾.

Eixo 2: Expressões e contradições da divisão técnico-social do trabalho da enfermagem na América Latina

A enfermagem constitui a principal categoria profissional do setor de saúde, correspondendo a aproximadamente 59% da força de trabalho nessa área. Paradoxalmente, os profissionais de enfermagem respondem por metade da carência global de trabalhadores da saúde, atualmente estimada em cerca de 4 milhões de pessoas⁽¹²⁾. Essa distribuição desigual no número e no acesso da população a profissionais de enfermagem é especialmente evidente na América Latina.

Na região, apenas Cuba, Chile, Brasil e Uruguai atingem a densidade recomendada de 40 profissionais de enfermagem para cada 10.000 habitantes. Na Região das Américas, 87% dos enfermeiros estão concentrados em apenas três países: Brasil, Canadá e Estados Unidos⁽⁷⁾.

A carência de profissionais de enfermagem evidenciada na América Latina é explicada por fatores relacionados à falta de investimento na profissão, escassez de escolas de enfermagem, baixa atratividade da carreira aos olhos de jovens estudantes e à emigração de profissionais para países com maiores níveis de desenvolvimento econômico⁽¹²⁾. Nesse cenário, o México ocupa o primeiro lugar entre os países que enviam migrantes qualificados principalmente para o Canadá e para os EUA⁽²⁶⁾.

Os profissionais de enfermagem que atuam na América Latina estão sujeitos a precárias condições de trabalho, impostas pelos sistemas de saúde da região, somadas a baixos salários e à limitada autonomia da equipe para definir seus meios de atuação. Nesse contexto, o fortalecimento dos mecanismos regulatórios configura-se como estratégia fundamental para o avanço da enfermagem na região⁽²⁷⁾.

Ao longo da história, as sucessivas crises do sistema capitalista têm provocado transformações nas relações de trabalho. Entre os principais efeitos observam-se a reconfiguração dos processos produtivos, a supressão de direitos sociais, o aumento da precariedade laboral e o enfraquecimento da classe trabalhadora, com conseqüente redução de sua capacidade de mobilização e reivindicação⁽³⁾.

Cerca de 70% da força de trabalho em enfermagem da América Latina compõe-se por profissionais de nível médio. Em contraste, nos Estados Unidos, 64% da força de trabalho em enfermagem possui formação em nível superior. A formação educativa para cargos de nível médio varia de 12 a 18 meses de capacitação formal até três anos de formação técnica ou treinamento vocacional. A formação em nível superior é de 5 anos na maioria dos países⁽⁷⁾.

A configuração da enfermagem com maioria composta por profissionais de nível médio é observada não só na América Latina, mas também em outros países em desenvolvimento, nos quais a quantidade de profissionais com formação superior ainda é limitada⁽²⁸⁾. Os profissionais de nível médio são designados como tecnólogos, técnicos ou auxiliares de enfermagem e atuam na prestação de cuidados básicos aos pacientes⁽⁷⁾. Os enfermeiros atuam desde a assistência direta ao paciente até funções de liderança, pesquisa e elaboração de políticas públicas em saúde⁽¹²⁾. O quadro 1 apresenta a divisão técnico-social da enfermagem de acordo com as categorias profissionais existentes nos países da América Latina.

Evidencia-se a diversidade na organização das categorias profissionais da enfermagem nos países da América Latina. Existem variações quanto à nomenclatura e à estrutura das equipes, embora se observe um padrão comum de segmentação entre profissionais de níveis superior e médio, o que reforça hierarquias internas à própria profissão. Na América Latina, o Brasil se destaca por apresentar a mais complexa estrutura de divisão técnico-social, com quatro categorias profissionais distintas. Em países como Argentina, Bolívia, El Salvador, Equador, Paraguai e República Dominicana, a enfermagem está organizada em três categorias. Nos demais, a estrutura se limita a duas categorias profissionais⁽²⁹⁾.

A composição das categorias de enfermagem em cada país resulta de trajetórias históricas, políticas e educacionais próprias, que moldam diferentes formas de organização e divisão técnico-social do trabalho. As escolas de enfermagem da América Latina enfrentam desafios, como a falta de infraestrutura administrativa, metodologias de ensino pouco eficazes, escassez de docentes qualificados e investimentos governamentais insuficientes, fatores que comprometem a formação de profissionais preparados⁽³⁰⁾.

A formação técnica em enfermagem convive com limitações como a reduzida visibilidade nos meios sociais e acadêmicos, a persistência de um modelo educativo centrado na lógica hospitalar e biomédica, além da reprodução de relações hierárquicas e dicotômicas historicamente estabelecidas. O ensino nos cursos técnicos em enfermagem tem se es-

truturado em práticas tecnicistas, centradas na execução de procedimentos com foco na cura, o que acaba por reproduzir

a lógica da divisão social do trabalho na área da saúde⁽²³⁾.

Quadro 1 - Classificação das categorias profissionais da enfermagem adotada por países da América Latina. Niterói, RJ, Brasil, 2025

Países	Categorias de enfermagem de nível superior	Categorias de enfermagem de nível médio
Argentina	Enfermeiro licenciado	Enfermeiro Auxiliar de enfermagem
Bolívia	Enfermeiro Enfermeiro obstetra	Auxiliar de enfermagem
Brasil	Enfermeiro	Técnico de enfermagem Auxiliar de enfermagem Parteira
Chile	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem
Colômbia	Enfermeiros	Auxiliar de enfermagem
Costa Rica	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem
Cuba	Enfermeiro licenciado	Enfermeiro assistencial
El Salvador	Enfermeiro licenciado	Tecnólogo Técnico de enfermagem
Equador	Licenciado em enfermagem	Técnico Auxiliar de enfermagem
Guatemala	Enfermeiro profissional	Auxiliar de enfermagem
Haiti	Enfermeiro profissional	Auxiliar de enfermagem
Honduras	Enfermeiro profissional	Técnico de enfermagem
México	Licenciado em enfermagem	Técnico em enfermagem
Nicarágua	Enfermeiro profissional	Auxiliar de enfermagem
Panamá	Enfermeiro profissional	Auxiliar de enfermagem
Paraguai	Enfermeiro profissional	Técnico Auxiliar de enfermagem
Peru	Enfermeiro	Técnico em enfermagem
República Dominicana	Enfermeiro profissional	Técnico Auxiliar de enfermagem
Uruguai	Licenciado em enfermagem	Técnico Auxiliar de enfermagem
Venezuela	Licenciado em enfermagem	Técnico Auxiliar de enfermagem

Fonte: elaborado pelas autoras, 2025.

Governos de países latino-americanos devem ampliar o acesso ao ensino superior em enfermagem, sobretudo em regiões vulneráveis, por meio da interiorização de programas de bacharelado, da oferta de bolsas de estudo e da criação de políticas que favoreçam a inclusão de populações historicamente marginalizadas. A instituição de planos de carreira é uma alternativa para a valorização dos profissionais de nível médio⁽³¹⁾. É fundamental fortalecer os mecanismos de regulação e acreditação da qualidade dos cursos, investir na formação do corpo docente e fomentar parcerias acadêmico-assistenciais que garantam campos de prática alinhados às necessidades do sistema de saúde. Essas medidas, articuladas a uma política de valorização da profissão, têm o potencial de reduzir a segmentação técnico-social e promover maior equidade na formação e atuação dos profissionais de enfermagem na América Latina⁽⁷⁾.

No que se refere à formação técnica em enfermagem, a baixa visibilidade dos cursos perante a sociedade e a comunidade acadêmica constitui um desafio a ser superado. Esse cenário é agravado pela crescente mercantilização da educação e pela falta de bases de dados atualizadas, o que dificulta a compreensão e a divulgação qualificada de informações sobre essa modalidade de formação⁽²³⁾.

A partir da perspectiva marxista, a dinâmica da divi-

são técnico-social do trabalho na enfermagem latino-americana revela-se como expressão concreta da luta de classes e da exploração da força de trabalho. A ausência de investimento na formação e na valorização da profissão contribui para a reprodução de uma mão de obra desqualificada e submetida a condições precárias, favorecendo a estrutura de dominação presente no modo de produção capitalista. A configuração atual da divisão do trabalho da enfermagem não apenas reproduz, mas também acentua as desigualdades presentes na sociedade latino-americana. Para transformar esse cenário, é necessário adotar estratégias estruturantes que articulem investimento, políticas públicas e integração entre os setores de saúde e educação⁽²⁷⁾.

Eixo 3: Alienação, reificação e fetichismo do trabalho de enfermagem na América Latina

O trabalho da enfermagem nos países da América Latina expressa os preceitos marxistas relacionados à alienação, à reificação e ao fetichismo da mercadoria. A alienação ocorre quando o trabalhador se separa do produto de seu trabalho, perde o controle sobre o que produz, ao ponto de não se reconhecer no processo produtivo e passa a atender apenas aos interesses do capital⁽²⁾.

Na enfermagem latino-americana, a alienação manifesta-se por meio da divisão técnico-social do trabalho, que fragmenta as funções, restringe a autonomia profissional e reduz o cuidado a atividades padronizadas e hierarquizadas. Esse processo distancia o trabalhador do paciente e anula o sentido integral do cuidar. A reificação é o processo pelo qual ideias são transformadas em objetos. Quando isso acontece com as pessoas, essas passam a se identificar com as mercadorias que produzem, perdendo a compreensão do todo⁽²⁾.

A reificação é evidenciada no trabalho da enfermagem nos países da América Latina, onde a especialização e a fragmentação das funções transformam o trabalhador em um objeto instrumentalizado dentro do sistema de saúde. Nesse contexto, o enfermeiro e o técnico são reduzidos a executores de tarefas e não a sujeitos plenos de um processo de cuidado integral.

Ambos os profissionais perdem a conexão com o sentido total do trabalho que desempenham. A reificação na enfermagem nos sistemas de saúde da América Latina impacta negativamente a assistência oferecida aos pacientes e prejudica tanto a qualidade do cuidado quanto a relação dos profissionais com seu trabalho. Sem autonomia para atuar de maneira holística, os profissionais encontram dificuldades em adaptar e personalizar os cuidados, o que resulta em um atendimento padronizado e mecanizado, que ignora as particularidades de cada caso. Isso agrava o distanciamento entre o profissional e o paciente, desumaniza a assistência e enfraquece o vínculo necessário para um cuidado de qualidade.

Para a população, isso significa um sistema de saúde menos responsivo, no qual o suporte integral raramente é alcançado. Esse processo desmotiva os profissionais, gera alta rotatividade e perda de experiência, o que aprofunda os desafios de um setor já marcado pela escassez de recursos e pela sobrecarga dos trabalhadores. O fetichismo da mercadoria corresponde à percepção ilusória de que os produtos têm valor intrínseco, como se existissem de forma independente das relações humanas que os criaram. Esse fenômeno oculta o trabalho coletivo e invisibiliza as relações de exploração entre trabalhadores e empregadores, fazendo com que os sujeitos se tornem subordinados aos objetos que produzem, como se estes tivessem poder sobre suas vidas⁽²⁾.

Essa dinâmica se manifesta na área da saúde, especialmente na enfermagem, por meio da divisão técnico-social do trabalho, que reforça o modelo biomédico ao centralizar a doença como principal foco de intervenção. Nesse cenário, o fetichismo se expressa na exaltação do saber médico a um status autônomo e superior, dissociado do esforço coletivo, o que contribui para a desvalorização dos saberes e práticas de outros profissionais⁽¹⁸⁾. O médico passa a ser reconhecido como o único produtor legítimo da saúde, acumulando prestígio, autoridade e maior rendimento financeiro. Consolidase, assim, a figura do médico como “proprietário” da cura, ocultando o papel dos demais integrantes da equipe de saúde, cuja atuação só ganha destaque quando não há possibilidade de cura e o cuidado contínuo se torna indispensável.

Esse cuidado, no entanto, por estar vinculado à cronidade e ao saber prático, é frequentemente desvalorizado e afastado do campo científico hegemônico. A hegemonia do paradigma biomédico na sociedade alimenta uma desvalorização disciplinar da enfermagem. Profissionais formados sob a primazia do saber médico e afastados dos fundamentos teóricos específicos da profissão, encontram dificuldades em desenvolver senso de pertencimento⁽²⁵⁾.

A ausência de inserção em referenciais próprios do campo do cuidado fragiliza o reconhecimento social e científico da enfermagem, comprometendo a consolidação da identidade profissional e seu potencial transformador⁽²⁴⁾.

Os enfermeiros atuam sob a supervisão de empregadores e suas atividades tendem a beneficiar os interesses destes, o que caracteriza uma situação paradoxal: por um lado, são trabalhadores assalariados explorados por empregadores capitalistas e, por outro, assumem um pseudoantagonismo ao exercerem controle sobre a força de trabalho de outros profissionais da enfermagem, que também são assalariados e explorados. Os enfermeiros representam os interesses dos empregadores, ainda que não detenham os meios de produção; trabalham em prol da manutenção do acúmulo de capital e da implementação de políticas favoráveis ao mercado e às elites, enquanto mantêm o fetiche de que estão cuidando do bem-estar coletivo⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

A análise sobre as repercussões da divisão técnico-social do trabalho da enfermagem na América Latina, a partir de um referencial marxista, identificou como padrão dominante a fragmentação das funções, a hierarquização dos saberes e a tecnificação da formação e da prática. A configuração da enfermagem com maioria da força de trabalho composta por profissionais de nível médio, submetidos a condições laborais precárias, reforça desigualdades sociais. A atuação focada em procedimentos técnicos compromete a integralidade e a qualidade do cuidado. Os processos de alienação, reificação e fetichismo se manifestam nas relações de trabalho, o que desvaloriza o saber próprio da enfermagem e naturaliza a primazia do saber médico.

Para enfrentar esse cenário, é imprescindível o fortalecimento de políticas públicas integradas entre saúde e educação, com investimentos estruturantes na formação crítica, na valorização do trabalho e na construção de um projeto emancipador para a enfermagem na região. É necessário construir uma nova racionalidade em saúde, que reconheça o cuidado como eixo central das práticas sanitárias e valorize os saberes da enfermagem em sua dimensão ética, científica e social. Por meio de transformações estruturais e do engajamento político dos profissionais de enfermagem, será possível superar as desigualdades históricas e garantir uma prática do cuidado centrada na dignidade humana, na autonomia profissional e na justiça social.

Este estudo contribui para a compreensão crítica da organização do trabalho de enfermagem na América Latina, ao evidenciar desigualdades estruturais e seus reflexos na formação e prática profissional. A pesquisa fornece subsídios teóricos para o fortalecimento de políticas públicas capazes de promover maior equidade na divisão do trabalho e valorização de todas as categorias da enfermagem. Além disso, amplia a base de conhecimento para pesquisas comparativas internacionais e orienta instituições formadoras na revisão de seus currículos, com vistas a qualificar a assistência e fortalecer a autonomia profissional.

*Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada “Ensino do processo de enfermagem nos cursos técnicos de enfermagem dos Institutos Federais do Brasil”, a ser apresentada ao Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, no ano de 2026.

CONFLITO DE INTERESSES

Uma das autoras do artigo atua como Editora Chefe do periódico *Online Brazilian Journal of Nursing* (OBJN).

REFERÊNCIAS

1. Al Anazi SDB, Al Anazi KDB, Al Anazi ADB, Al Anazi AA, Al Harthi AF, Al Arjani MN, et al. The dual pillars of healing: how nursing care and health services work InTandem for patient recovery. *EPH-International Journal of Biological & Pharmaceutical Science*. 2022;8(1):9-14. <https://doi.org/10.53555/eijbps.v8i1.42>
2. Marx K. *Capital: a critique of political economy*. 3rd ed. São Paulo: Abril Cultural; 1983. Book I, Volume 1.
3. Silva RN da, Ferreira M de A. Nursing and society: Evolution of Nursing and of capitalism in the 200 years of Florence Nightingale. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e3425. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4482.3425>
4. Dillard-Wright J, Jenkins D. Nursing as total institution. *Nurs Philos*. 2024;25(1):e12460. <https://doi.org/10.1111/nup.12460>
5. Adhikari R, Smith P. Global nursing workforce challenges: Time for a paradigm shift. *Nurse Educ Pract*. 2023;69:103627. <https://doi.org/10.1016/j.nep.2023.103627>
6. Ruano AL, Rodríguez D, Rossi PG, Maceira D. Understanding inequities in health and health systems in Latin America and the Caribbean: a thematic series. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):94. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01426-1>
7. Pan American Health Organization. The strategic importance of national investment in nursing professionals in the Region of the Americas [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2022 [citado 2025 Mar 12]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55957>
8. Batista KC, Sousa KHJF, Ruas CA da S, Zeitoune RCG. Knowledge about antineoplastic drugs: implications for the health of nursing workers in a general hospital. *Rev Bras Enferm*. 2021;75(3):e20210025. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0025>
9. Magalhães APN de, Souza D de O, Macêdo FP de, Silva Cruz SÁF da, Pereira-Abagaro C, Rosales-Flores RA. Working conditions in nursing in the face of Covid-19 from the perspective of precariousness. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(Suppl 1):e20220679. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0679>
10. Hult M, Halminen O, Mattila-Holappa P, Kangasniemi M. Health and work well-being associated with employment precariousness among permanent and temporary nurses: A cross-sectional survey. *Nord J Nurs Res*. 2022;42(3):140-146. <https://doi.org/10.1177/20571585211070376>
11. Jonsson J, Matilla-Santander N, Kreshpaj B, Johansson G, Kjellberg K, Burström B, et al. Precarious employment and general, mental and physical health in Stockholm, Sweden: a cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2021;49(2):228-236. <https://doi.org/10.1177/1403494820956451>
12. World Health Organization. State of the world's nursing report 2025 [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 2025 Abr 3]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236>
13. Bellaguarda MLDR, Queirós PJP. Nurse autonomy expressed in Portuguese and Brazilian professional legislation: a documentary study (1986-2022). *Rev Esc Enferm USP*. 2024;57:e20230199. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0199en>
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
15. Geatti S, Lorenzon M. When nurses would have been called dispensadores. *Nursing Philosophy*. 2010;11(3):204-208. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00441.x>
16. Nyborg VN, Hvalvik S. Revealing historical perspectives on the professionalization of nursing education in Norway-Dilemmas in the past and the present. *Nurs Inq*. 2022;29(4):e12490. <https://doi.org/10.1111/nin.12490>
17. McDonald L. Florence Nightingale's Nursing and Health Care: The Worldwide Legacy, As Seen on the Bicentenary of Her Birth. *SciMed J*. 2021;3(1):51-58. <https://doi.org/10.28991/SCIMEDJ-2021-0301-7>
18. Cavalcanti FMS, Amaral MVB. Fetichismo da técnica e geração de valor no trabalho do profissional em saúde. *R. Katálysis (Online)*. 2020;23(3):658-666. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n3p658>
19. Korndörfer AP, Ramacciotti KI. Uma proposta, duas experiências: a Fundação Rockefeller e a formação de enfermeiras no Brasil e na Argentina (primeira metade do século XX). *Descartada*. 2021;5(1):e131. <https://doi.org/10.24215/25457284e131>
20. Magalhães RC da S. Nova história da Fundação Rockefeller: a odisseia da saúde global revisitada. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2016;23:1245-1248. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702016000400013>
21. Bacolla N, Allevi JI. La Escuela de Nurses de la Universidad Nacional del Litoral. Profesionalización del cuidado, circulación de saberes y políticas estatales de salud en la provincia de Santa Fe, primera mitad del siglo XX. *Trab. comun. (En línea)*. 2019; (49):e082-e082. <https://doi.org/10.24215/23468971e082>
22. Vargas GL, García JCR. Enfermería en Contexto de Trabajo en Salud Pública en América Latina. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*. 2021;2(1):51-66. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v2i1.14>
23. Adamy EK, Ramos FRS, Silva GTR, Jesus LA. Panorama Nacional da Formação em Enfermagem: Diretrizes Curriculares Nacionais da Formação Técnica e da Graduação. In: Adamy EK, Cubas MR. *Os sentidos da inovação tecnológica no ensino e na prática do cuidado em enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN*. Brasília (DF): Editora

No entanto, declara-se que não participará de nenhuma etapa do processo editorial ou de revisão deste manuscrito, a fim de assegurar imparcialidade na avaliação.

- ABEn, 2023. p. 12-20. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c2>
24. Brandão MAG, Barros ALBL de, Caniçali Primo C, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):577-581. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
25. Leal JAL, Melo CMM de. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):413-423. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>
26. Fernández-Sánchez H, Enríquez-Hernández CB, Vázquez M de los ÁZ, Horcasitas-Tovar AG. Emigración de profesionales de enfermería en México. *Rev Cuid.* 2021;12(1):e2008. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2008>
27. Cassiani SH, Dias BM, Durães MD, Almeida BG, Palha PF, Ventura CA, et al. Final Report of the Forum on Nursing Practice Regulation in the Region of the Americas: March 15-16, 2023. *Enferm. foco (Brasília).* 2023;14(Suppl 1):e-202301ESP12. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v14.e-202301ESP12>
28. American Association of Colleges of Nursing. Baccalaureate Education. Washington (DC): AACN; 2023 [citado 2025 Abr 3]. Disponível em: <https://www.aacnnursing.org/students/nursing-education-paths/baccalaureate-education>
29. Pan American Health Organization. Regulación de la Enfermería en América Latina [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2011 [citado 2025 Mar 12]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31332>
30. World Bank Group. Population, total - Latin America & Caribbean [Internet]. Washington (DC): World Bank Group; 2022 [citado 2025 Abr 5]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.TO.TL?locations=ZJ>
31. World Health Organization. Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2025 Abr 5]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351147>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Sales FM, Santana RF.

Obtenção de dados: Sales FM, Santana RF.

Análise de dados: Sales FM, Santana RF.

Interpretação dos dados: Sales FM, Santana RF.

Todos os autores se responsabilizam pela redação textual e revisão crítica do conteúdo intelectual, pela versão final publicada e por todos os aspectos éticos, legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.



Copyright © 2025 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.