

## A CONSULTA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RECORTE DO RIO DE JANEIRO

Nurses consultation in the family health strategy: a cut-off in Rio de Janeiro

La consulta del enfermero en la estrategia salud de la familia: un recorte del Rio de Janeiro

Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral<sup>1</sup>, Ana Lúcia Abrahão da Silva<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Amaral IBST, Silva ALA. A consulta do enfermeiro na estratégia saúde da família: um recorte do Rio de Janeiro. 2021 jan/dez; 13:227-233. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8250>.

### RESUMO

**Objetivo:** Este artigo objetiva descrever as características do trabalho da Enfermeira durante a consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa cujos dados foram colhidos através de trabalho de campo em quatro unidades básicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro, sendo utilizados para tal, os seguintes instrumentos: entrevista semi-estruturada e observação simples. **Resultados:** Os resultados obtidos apontam para uma tendência à realização de abordagens verticais ao indivíduo, com foco nos programas do ministério da saúde, e no modelo biomédico- flexineriano de atenção, além de revelar repetição contínua de interrupções ao longo das consultas, fragmentando os encontros Enfermeiro-paciente. **Conclusões:** Defende-se uma reorganização do processo de trabalho de modo que o enfermeiro permita o protagonismo do usuário. Reafirma-se que a sobreposição de atendimentos traz graves prejuízos a qualidade do serviço prestado ao indivíduo no consultório, e deslegitima o trabalho do enfermeiro.

**Descritores:** Saúde pública; Enfermagem no consultório; Política de saúde; Atenção Primária à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** This article aims to describe the work process of the Nurse during the nursing consultation in the Strategy in Family Health. **Method:** It is a descriptive study of qualitative approach and its data were obtained from field research in four Basic level medical units in the city of Rio de Janeiro. Semi-structured interviews and plain observation were used to carry it out. **Results:** the results show that vertical approaches tend to be applied to the subjects focusing on programs of the Ministry of Health and in the *Biomedical Model* of attention. Besides, there were many interruptions throughout the Nurses' consultations breaking the nurse-and-patients. **Conclusion:** A reorganization of the nurses' work process allowing the patients to hold main role is required. The fact that the overlap in the appointments seriously damages the consultation in the office and delegitimizes the nurses' work must be highlighted.

**Descriptors:** Public healthcare; Office nursing; Primary health care.

- 1 Enfermeira Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, Professora Assistente do curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro- campus Macaé. Macaé- Rio de Janeiro-Brasil.
- 2 Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, Professora Titular, Diretora da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói- Rio de Janeiro- Brasil.

## RESUMEN

**Objetivo:** Este artículo objetiva describir las características del trabajo de la Enfermera durante la consulta de enfermería en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** Se trata de una investigación descriptiva de abordaje cualitativo cuyos datos fueron recolectados a través de trabajo de campo en cuatro unidades básicas de salud en la ciudad de Río de Janeiro, siendo utilizados para ello, los siguientes instrumentos: entrevista semiestructurada y la observación sencilla. **Resultados:** Los resultados obtenidos apuntan a una tendencia a la realización de enfoques verticales al individuo, centrándose en los programas del ministerio de salud, y en el modelo biomédico-flexineriano de atención, además de revelar repetición continua de interrupciones a lo largo de las consultas, fragmentando los encuentros Enfermero-paciente. **Conclusiones:** Se defiende una reorganización del proceso de trabajo de modo que el enfermero permita el protagonismo del usuario. Se reafirma que la superposición de atenciones trae graves perjuicios a la calidad del servicio prestado al individuo en el consultorio, y deslegitima el trabajo del enfermero.

**Descriptor:** Salud pública; Enfermería de consulta; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas de saúde vêm avançando nas últimas décadas, com vistas ao alcance da consolidação de uma rede de atenção à saúde promotora de um cuidado mais igualitário, resolutivo e integral. Nessa perspectiva, fomentou-se o fortalecimento da Atenção Básica na busca do rompimento do paradigma do modelo biomédico-flexineriano de atenção à saúde.

Nesse contexto, a enfermeira tem ocupado posição de destaque enquanto profissional atuante de modo direto ou indireto no processo de cuidado, gestão e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>1</sup>

Dentre as atribuições desta categoria profissional está a realização da consulta de Enfermagem, enquanto atividade privativa da enfermeira. Segundo o parágrafo 2 do Artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem de número 358/2009, o chamado Processo de Enfermagem corresponde à própria consulta de enfermagem, quando este é realizado em uma unidade ambulatorial de saúde, ou outros ambientes, como domicílios, escolas, entre outros. Esta Resolução organiza o Processo de Enfermagem em cinco etapas, aplicadas, portanto, também à organização sistemática de como deve ser a consulta de Enfermagem, sendo elas: coleta de dados, diagnóstico de Enfermagem, planejamento dos cuidados de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.<sup>2</sup>

A Política Nacional de Atenção Básica, por sua vez, cita a consulta de enfermagem juntamente com as funções de prescrição de medicamentos, solicitação de exames e realização de procedimentos.<sup>3</sup>

Vale destacar ainda que os documentos do Ministério da Saúde que protocolam as ações em atenção básica são os mesmos para médicos e enfermeiras, e direcionam, em sua quase totalidade, as consultas a seguirem um modelo queixa-conduta bem definido. Desse modo, o manejo da complexidade dos problemas de saúde como eles de fato se apresentam na prática fica comprometido. As consultas

da enfermeira e o próprio sujeito atendido acabam por serem “enquadrados” dentro de algum programa de saúde que definirá, através de protocolos, as condutas e ações a serem realizadas.

O presente trabalho objetiva descrever as características do trabalho da Enfermeira durante a consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) em determinada área da cidade do Rio de Janeiro. Intenciona-se gerar um movimento de [re]pensar práticas de cuidado em saúde, pois entende-se que este movimento gera a busca pela melhoria na qualidade do serviço desenvolvido, e reduz o mecanicismo das ações pretendidas.

Utilizaram-se como questões norteadoras as seguintes perguntas: Como se dá o processo de trabalho das Enfermeiras nos consultórios de Enfermagem da ESF na cidade do Rio de Janeiro? Quais fatores interferem nesse processo? Como se tem buscado produzir saúde nesses espaços de cuidado (os consultórios de enfermagem)?

A discussão elaborada dialoga com outras realidades vivenciadas no país. Ressalta-se que, apesar da ESF adquirir características locais que refletem as especificidades do seu território, o SUS possui diretrizes únicas.

## MÉTODOS

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa, e configura-se em uma pesquisa descritiva, pois o pesquisador ocupa-se com a atuação prática.<sup>4</sup> A prática, nesse estudo, está delimitada na atuação da Enfermeira de Saúde da Família durante a realização da consulta de Enfermagem, sendo este o fenômeno a ser analisado.

A escolha do campo é fundamental para o processo de investigação e deve considerar vários aspectos, entre eles, o interesse do pesquisador, o objeto e os objetivos propostos para o estudo. O município é dividido regionalmente em áreas de Planejamento a título da organização da gestão local da rede de Atenção à saúde. Desta forma, foi selecionada uma única área programática, e a eleição das unidades deu-se de modo a contemplar diferentes perfis das unidades com estratégia de saúde da Família nela existentes.

Este estudo tomou por campo de pesquisa quatro unidades de atenção básica que trabalhavam com a Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro dentro de determinada Área de Planejamento da cidade, de modo a facilitar o deslocamento da pesquisadora durante o período da coleta dos dados e, ao mesmo tempo, contemplar perfis diferenciados de unidades. Portanto, participaram do estudo uma Clínica da Família, um Centro Municipal de Saúde (CMS), um Centro de Saúde Escola e um CMS que funciona dentro de uma Unidade Integrada de Saúde.

Nessa cidade, a cobertura de ESF em equipes completas passou de 3,5% da população em dezembro de 2008 para 65% em dezembro de 2016, representando um crescimento bastante significativo.<sup>5</sup>

O período de coleta de dados da presente pesquisa delimitou-se aos meses de abril e maio de 2015. Cada Enfermeiro foi observado por um turno de consultas, e as entrevistas foram aplicadas no mesmo turno, no início ou

no final dele, a critério da possibilidade apresentada pelo participante da pesquisa, de modo a não prejudicar sua rotina de trabalho.

A escolha dos participantes foi pautada nos seguintes critérios: 1) Enfermeiros que fossem atuantes na em equipes de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro há pelo menos 3 meses na mesma unidade 2) Enfermeiros que não estivessem, no período da coleta de dados, gozando de férias ou licença médica/maternidade 3) Enfermeiros que concordassem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dez Enfermeiros foram selecionados de quatro unidades básicas diferentes. Visando a manter o anonimato dos participantes da pesquisa, estes foram nomeados com a letra 'E', seguida de um número que foi sucessivamente do um ao dez.

Quanto às técnicas de coleta de dados, utilizou-se a observação simples registrada em diário de campo, onde a pesquisadora descreveu o que foi observado e as reflexões geradas a partir da observação. Já as entrevistas semiestruturadas realizadas foram gravadas e transcritas na íntegra.

A observação simples configurou-se como uma aproximação inicial com o cotidiano do trabalho em saúde das equipes selecionadas. Seu principal objetivo foi analisar como se dá a consulta da enfermeira na prática, bem como a interação com o usuário, a dinâmica da consulta, e os processos de trabalho instituídos nesses espaços. Nessa etapa, a pesquisadora produziu registros de tudo o que foi observado no diário de campo.

A segunda técnica utilizada na produção de dados foi a entrevista semiestruturada, cujo objetivo foi obter informações sobre as concepções das enfermeiras quanto à consulta, aspectos relacionais, o olhar delas sobre o processo de trabalho desenvolvido e sobre os desafios e potencialidades da consulta de enfermagem na ESF.

A técnica utilizada para análise dos dados foi a hermenêutica-dialética, onde a hermenêutica direciona a busca da compreensão, implicando a possibilidade de interpretar, extrair conclusões e estabelecer relações, e a dialética estabelece uma atitude crítica, enfatizando o contraste e a ruptura de sentido.<sup>6</sup>

No uso da hermenêutica para análise de dados, entende-se que a imbricação entre o sujeito e o objeto dá-se por meio da linguagem, levando-se em conta o sentido das falas dos sujeitos, incluindo seus consensos e dissensos, podendo-se, ainda, lançar mão de recursos analíticos apropriados da análise de conteúdo de forma coerente.<sup>7</sup>

Em suma, esse método fomenta a possibilidade de uma análise crítica, através da compreensão do fenômeno estudado, sem, contudo, desarticular os fatos do contexto histórico onde estão inseridos e das possíveis contradições que o atravessem.

Após leitura exhaustiva do material produzido, foram destacadas algumas unidades de significação que emergiram enquanto características do processo de trabalho, que se repetiram em maior número de vezes durante as observações e se fizeram presentes nas entrevistas. Sendo assim, cada

unidade de análise foi definida por fragmentos de entrevistas e registros do diário de campo.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, sob o parecer de número 996.698, e também ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/ RJ, sob o parecer de número 1.021.164. Ressalta-se o fato de que os indivíduos participantes tiveram sua entrada na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A faixa etária dos sujeitos foi bastante diversificada, variando de 26 a 55 anos de idade. Mais de 50% dessas enfermeiras possuem um tempo de formação de até 05 anos, e reservam até 05 turnos semanais da sua agenda para consulta de Enfermagem.

Dos dez enfermeiros participantes, apenas um é do sexo masculino, o que reforça a questão da majoritariedade histórica do sexo feminino na profissão.

As Unidades de análise levantadas enquanto características do processo de trabalho das Enfermeiras durante as consultas seguem apresentadas a seguir, divididas em três tópicos: O caráter de aproximação com a Integralidade, o caráter educativo-prescritivo (visto como uma característica única) e o caráter múltiplo, simultâneo e fragmentado, totalizando cinco características apreendidas durante a coleta de dados.

## DISCUSSÃO

A título de organização das reflexões sobre os achados acerca da caracterização da consulta de enfermagem, organizaram-se as cinco características encontradas em três tópicos para aprofundamento das discussões tecidas no presente trabalho, a saber:

- Caráter de aproximação com a Integralidade
- Caráter educativo-prescritivo
- Caráter múltiplo, simultâneo e Fragmentado

### Caráter de aproximação com a Integralidade

Há um movimento de aproximação com a prática da Integralidade na maior parte das consultas observadas. Nesses momentos, por diversas vezes, eram realizadas perguntas acerca de familiares dos usuários que estavam sendo atendidos, perguntas acerca do convívio familiar, perguntas sobre o território onde o usuário atendido residia, as rotinas de vida diária das famílias, abordava-se a necessidade do comparecimento de outros membros da família nas consultas de pré-natal e puericultura para envolvê-los no processo de cuidado respectivamente da gestante e da criança. Além disso, a articulação com outros membros da equipe multiprofissional era clara em diversas situações observadas.

Esses fatos transparecem uma aproximação do profissional com a realidade de vida dos usuários, o que contribui grandemente para a transição dos modos de cuidar e abordar o processo saúde-doença dentro do Sistema Único de Saúde.

O que se busca é uma aproximação com o modo de andar a vida do usuário, conseqüentemente, uma redução do foco no eixo queixa-conduta, e um realocamento desse usuário como centro.

Esse caráter integral que emerge enquanto característica do trabalho realizado pelo Enfermeiro dentro dos consultórios corrobora outros estudos realizados no Brasil, como um estudo realizado em São Paulo, por exemplo, que identificou ações de Enfermeiras da ESF na perspectiva da integralidade, com intervenções voltadas ao contexto familiar e de comunidade, além da identificação desta categoria enquanto articuladora na equipe multiprofissional e na rede de atenção à saúde, fomentando o acesso dos indivíduos ao cuidado integral.<sup>7</sup>

Entretanto, esse caráter de integralidade foi definido na presente pesquisa como uma aproximação, porque a verdadeira concretização da integralidade deveria envolver uma total quebra dos modos verticais de abordagem ao sujeito. No entanto, a protocolização das condutas e o raciocínio clínico enquadrado nas “caixinhas” dos programas verticais ainda são uma característica forte nos consultórios de enfermagem.

Essa situação ficou tão evidente em certos momentos que a abordagem pela enfermeira entrevistada de como se dá um atendimento chega a se concretizar no uso de um termo que remete totalmente a um processo de trabalho mecanicista, conforme apontado no seguinte trecho de entrevista:

*[...] Dificuldade na unidade né, na realidade que a gente vive é falta de tempo né; a correria das agendas lotadas junto com as demandas, as outras diversas demandas que a gente tem [...] Tem uma fila lá fora esperando, e a gente tem que ‘despachar’ a queixa principal. (E 10)*

Despachar remete à ação de resolver ou aviar, que, por sua vez, tem seu sentido descrito em “pôr em estado de empreender caminho ou ir-se embora”. Em outras palavras, o “despachar” aproxima-se de um sentido de “livrar-se” do outro, do que de acolher sua demanda para a construção de uma solução que seja de fato resolutive.

Essa necessidade do direcionamento da consulta da enfermeira dentro desse modelo médico-centrado, mecanicista e prescritivo impossibilita que o caráter de aproximação com a integralidade venha emergir como uma concretização da integralidade de fato.

### **Caráter educativo-prescritivo**

Percebe-se que todo o processo de formação acadêmica da Enfermeira é perpassado pelo objetivo de formação de um profissional que, além de educador, seja capaz de organizar as ações e serviços de saúde e que detenha, teoricamente, uma visão “mais ampliada” do processo de cuidado dos sujeitos. É evidente a autorreferência da Enfermeira enquanto uma educadora nos seguintes trechos de entrevista:

*[...] você cuida, você orienta, elas seguem, né... (E 8)*

*A principal finalidade da consulta seria Educação em Saúde. (E1)*

A educação é uma ferramenta mediadora do cuidado. Entretanto, cabe questionarmos: que tipo de educação pode-se dizer que a enfermeira consegue fazer dentro dos consultórios? Será que esse verbo “seguir” as orientações é, de fato, o que melhor define um bom resultado de um processo de educação em saúde? Ou será que chamamos de educação os atos prescritivos ditados nos consultórios?

Quanto às consultas observadas, pode-se dizer que a maioria delas configura espaços de “educação prescritiva”, embora haja uma preocupação com o uso de uma linguagem compreensível pelo sujeito.

Outra característica marcante, ainda no âmbito da Enfermeira enquanto educadora em seu processo de trabalho, é que esta profissional dispõe de duas ferramentas que instrumentalizam o ato da educação durante a consulta; a primeira delas é a explicação das orientações. Na maioria das consultas observadas, após cada orientação dada, uma justificativa quanto ao “porque” e “para que” era verbalizada.

Vale ressaltar que a linguagem utilizada pelas enfermeiras observadas parecia sempre ser utilizada na tentativa de se aproximar ao máximo do entendimento do paciente, no objetivo do estabelecimento de uma comunicação efetiva, para uma orientação mais adequada e contextualizada.

A segunda ferramenta utilizada nesse processo educativo consistiu no ato de repetir as orientações ao final da consulta. Como se um “resumo do plano de cuidados” fosse feito no intuito de reforçar a apreensão deste pelo usuário.

Durante as observações, foi possível constatar que: para além do fazer, a enfermeira preocupa-se em explicar o que está fazendo. Para além de prescrever, a enfermeira preocupa-se em saber se o paciente compreende a prescrição. Nesse sentido, outro estudo, que trata especificamente da consulta de enfermagem no pré-natal, aponta o fato de existir um reconhecimento das gestantes em relação ao trabalho do enfermeiro, no que tange à prática de educação em saúde no espaço da consulta.<sup>8</sup>

Para além de orientar, a enfermeira preocupa-se em entender se o paciente compreende a importância da orientação. Porém, ainda assim, configura-se um caráter mais prescritivo do que necessariamente educador, pois não houve espaço para o usuário fazer sugestões sobre o cuidado de si.

Nas observações, puderam-se, por diversos momentos, identificar falas como: “Não pode”, “Isso mata”, “Tem que fazer”. Talvez possamos localizar historicamente este caráter educador, na herança do modelo higienista, prática sanitária que acompanhou a era Oswaldo Cruz na história da Enfermagem no Brasil.

Essa postura acaba por gerar frustração na enfermeira, quando o usuário opta por seguir um caminho diferente do apontado pela Enfermeira, fazendo com que a profissional tome para si uma responsabilidade que, na verdade, deve ser compartilhada com o usuário, conforme aponta o seguinte fragmento de entrevista:

*Não é porque você não...eu não me sinto incapaz, entendeu? Mas você se questiona...será que eu poderia fazer mais?*

*E como fazer mais se você tem uma carga de trabalho que... você viu né [...]. Porque você educar é você às vezes ter que 'tá lá todo o dia falando, falando, falando, falando... e é isso o que me dá tristeza, porque às vezes, por mais que você oriente, por mais que... alguns né, porque alguns aceitam, né tem os dois lados da moeda. (E 8)*

Essa concepção do que vem a ser educação em saúde, além de equivocada, é geradora de frustração, pois a ideia do que vem a ser o melhor cuidado deve ser construída coletivamente; caso contrário, o trabalho da enfermeira passará de educador à “polícia médica”.

É preciso perguntar ao indivíduo o que é ele quer de fato. A educação em saúde verdadeira deveria possibilitar mudanças na vida das pessoas, instrumentando-as para tomarem decisões e não representar tentativas de normatização, controle ou, muitas vezes, de medicalização da própria vida. Sobre o poder transformador da verdadeira educação em saúde, constata-se, em outros estudos, que o processo educativo deve levar em conta os interesses e saberes populares, de forma que o conteúdo abordado pelo profissional de saúde seja, de fato, significativo para os indivíduos, e atenda, de fato, as suas necessidades.<sup>9-10</sup>

### **Caráter Múltiplo, simultâneo e fragmentado**

Outra característica que atravessa o processo de trabalho da enfermeira durante as consultas de enfermagem é o fato de este profissional desempenhar múltiplas tarefas ao mesmo tempo, conferindo um caráter, além de múltiplo, simultâneo de trabalho durante a consulta.

Os atendimentos se dão, muitas vezes, de forma sobreposta; enquanto inicia nova consulta, registra consulta anterior, recebe caso de demanda por telefonema de ACS, ou o mesmo leva o caso até a porta do consultório, ou mesmo adentra o consultório no meio de uma consulta para compartilhar algo acerca de outro caso.

Durante os turnos de observação, em todas as unidades, a consulta da enfermeira foi interrompida por diversas vezes - chegando a 10 vezes em uma única consulta que durou cerca de 40 minutos.

A sobreposição acontece por atendimentos que cabem, de fato, à enfermeira, mas também por atendimentos de demandas médicas, mas que a enfermeira é acionada enquanto “ponte” entre o paciente e o médico, como por exemplo, a renovação de uma receita controlada, descaracterizando totalmente o trabalho da enfermagem. Outras vezes, as demandas são administrativas, como reposição de estoque em sala de vacina, por exemplo.

Percebe-se uma cobrança de si extrema na figura do profissional enfermeiro, como se sempre estivessem deixando de fazer alguma coisa. E talvez, de fato, estejam sempre deixando de fazer, mas é importante refletirmos em “quantas coisas” se cobram que sejam feitas por esses profissionais. Nesse sentido, uma revisão integrativa sobre consulta de enfermagem retrata que o papel múltiplo da enfermeira dentro da Estratégia Saúde da Família pode acarretar desgaste psíquico e emocional desses profissionais,

interferindo diretamente na qualidade da assistência prestada durante as consultas.<sup>11</sup>

A fala a seguir demonstra certa angústia do profissional enfermeiro ao descrever sua maior dificuldade na condução da consulta de enfermagem:

*A gente tem uma demanda muito grande e deixa a gente um pouco nervosa, porque... não nervosa; incapaz, porque a gente quer acolher todo mundo, e a gente tenta. Eu tento acolher todo mundo, mas nós não somos super mulheres nem super homens, e isso me deixa com a mão... de mãos atadas. (E 2)*

Essa simultaneidade de ações gera um processo de trabalho altamente fragmentado dentro dos consultórios de Enfermagem, sendo muito difícil a continuidade de uma consulta, após o início da mesma, sem que seja interrompida.

Além disso, foi possível perceber, durante as observações, que, por várias vezes, a enfermeira, uma vez interrompida, esquecia “onde havia parado” na consulta. Por várias vezes, as enfermeiras observadas expressavam verbalmente o resultado das seguidas interrupções: “Onde foi que eu parei mesmo?”, “Onde nós estávamos?”, “Me esqueci de alguma coisa?”. Em uma das observações, em cerca de uma hora de atendimentos, a enfermeira havia sido interrompida doze vezes (em média, uma interrupção a cada cinco minutos).

Apesar de não ser objetivo deste estudo mensurar a carga de trabalho da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família, os dados colhidos acerca de seu processo de trabalho durante o ato da consulta do enfermeiro apontam para uma sobrecarga de serviço que, além de comprometer a saúde do próprio trabalhador, pode comprometer a qualidade do atendimento prestado.

Essa preocupação é refletida na fala do seguinte entrevistado:

*É ACS que bate toda hora na porta, telefone que não para de tocar, então essa é uma das coisas que... às vezes paciente 'tá lá na maior dificuldade de te passar uma informação. Aí o telefone toca. Acabou. Até você voltar naquilo [...] E acho que isso deve acontecer em qualquer unidade né. Interrupções... é terrível. (E 7)*

Esse comentário no final da fala do profissional entrevistado, que diz que as interrupções devem acontecer em qualquer unidade, aponta para um processo de naturalização das interrupções.

Essa sobreposição de atendimentos e simultaneidade de ações, além de ter sido apreendida ao longo do período de observação, apareceu de modo bastante claro nas entrevistas, conforme mostrado em dois trechos de entrevistas a seguir:

*Então, assim, eu acho que essa pressa, não só em enfermagem mas no mundo inteiro, né? O mundo todo tem pressa de alguma coisa [...] Então, assim, os testes são rápidos, a avaliação é rápida, a informação é rápida [...]. Antigamente, não tinha isso, então, o processo acelerado de trabalho e a oferta muito grande de demanda, aliás, a demanda muito grande e a pouca capacidade de oferta. (E3).*

*Dificuldade na unidade né, na realidade que a gente vive é falta de tempo né; a correria das agendas lotadas junto com as demandas, as outras diversas demandas que a gente tem. O Enfermeiro, que não é só atender paciente. Relatório, organizar equipe, organizar fluxo, saber de tudo o que acontece na unidade. Seria mais essa questão da multiplicidade de funções, entendeu? (E 10)*

Existe um imediatismo por parte de profissionais e usuários, que se coloca também enquanto paradigma social do mundo moderno, onde parece que nada pode esperar. Em uma das consultas observadas, uma paciente que havia chegado por demanda de renovação de receita não se contenta em esperar do lado de fora do consultório, e entra no meio de uma consulta e aguarda a enfermeira realizar a renovação ao lado de sua mesa, enquanto a usuária agendada aguarda sentada dentro do consultório a continuação da sua consulta interrompida.

Essa caracterização do processo de trabalho da enfermeira nos consultórios aponta duas possíveis vertentes: Ou de fato há mais demandas do que capacidade de resposta da enfermeira, que acaba se frustrando por não conseguir desempenhar seu papel, ou há uma desordem no processo de trabalho deste profissional, que, deixando-se ser capturado, na maior parte do seu tempo, pela protocolização direcionada pelos manuais, pela alta demanda e pelo imediatismo social, fragmenta, reduz e “despotencializa” a consulta de enfermagem enquanto ferramenta de cuidado.

O excesso de demandas é tido como um grande produtor de aumento de carga de trabalho para os enfermeiros da ESF também em outros estudos.<sup>11-12-13</sup> Entretanto, há que se pensar em meios de reorganização dos processos e ressignificação das prioridades do trabalho na ESF.

## CONCLUSÃO

A possibilidade de desempenho do trabalho no consultório de forma não capturada pelo modelo unicamente biomédico de atenção é possível se houver possibilidade para o planejamento do processo de trabalho ocorrer de modo que o enfermeiro permita o protagonismo do usuário.

Apesar de os dados terem sido colhidos no período que antecedeu a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica, que baixou de quatro mil para três mil e quinhentos o número máximo recomendado de cadastrados por equipe, não há estabelecimento de critérios de vulnerabilidade social.<sup>3</sup> Nesse sentido, repensar os números de pacientes acompanhados é um caminho, visto a constatação de que a quantidade excessiva de usuários, somada ao alto grau de vulnerabilidade social das comunidades, interfere diretamente na qualidade do trabalho da enfermeira, trazendo ainda esgotamento e frustração. Destaca-se a necessidade do desenvolvimento de outros estudos que melhor avaliem esse dimensionamento numérico das equipes de saúde da família.

Além disso, é preciso que a enfermeira da ESF aproprie-se, sim, da clínica, dos protocolos de tratamentos medicamentosos,

mas que não faça desses os eixos de via principal de condução das consultas de enfermagem, de modo a descaracterizá-las enquanto atividade privativa do enfermeiro que requer competências específicas para tal.

Ressalta-se novamente que o desafio de superação do imediatismo social, que também captura o trabalho vivo dos enfermeiros, é outro ponto sem o qual não é possível configurar um cuidado de qualidade no ambiente do consultório. É preciso refletir sobre o modo como o enfermeiro tem se permitido deixar ser conduzido em seu processo de trabalho por uma “ditadura da modernidade” imediatista, normalizadora, e que castra do enfermeiro e do usuário a possibilidade de produção de saúde nos encontros dentro dos consultórios.

Reafirma-se que a sobreposição de atendimentos traz graves prejuízos à qualidade do serviço prestado ao indivíduo no consultório, e deslegitima o trabalho do enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

1. Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Nurse care practice in the family health strategy. Rev. bras. enferm. (Online). [Internet] 2016 nov-dez. [cited 2018 mar 10]; 69(6):1124-61. Available from: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000601124&lng=en&nrn=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601124&lng=en&nrn=iso&tlng=en)
2. Brasil. Resolução do Conselho Federal de Enfermagem de número 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 out 2009.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica: Operacionalização. Brasília (DF): MS; 2017.
4. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública (Online). [Internet] 2006 jun [cited 2018 mar 18]; 22(6):1171-1181. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>.
5. Pinto LF, Rocha CMF, Lapão LV. Comparative health systems: primary health care in the cities of lisbon and rio de janeiro. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2017 [cited 2018 mar 29]; 22(3):676-677. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/en\\_1413-8123-csc-22-03-0676.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/en_1413-8123-csc-22-03-0676.pdf)
6. Taquette SR. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. Rev. Atas- Investigação qualitativa em saúde [Internet] 2016 [cited 2018 apr 10]; v.2. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/download/790/777>
7. Furtado MCC, Mello DF, Pina JC, Vicente JB, Lima PR, Rezende VD. Ações e articulações do Enfermeiro no cuidado da criança da Atenção Básica. Texto & contexto enferm. [Internet] 2018 [cited 2018 apr 15]; 27 (1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000100309&lng=pt&tlng=pt#B31](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100309&lng=pt&tlng=pt#B31)
8. Silva CS, Souza KV, Alves VH, Cabrita BAC, Silva LR. Nurse's performance in prenatal consultation: limits and capabilities. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). [Internet] 2016. abr./jun. [cited 2018 apr 15]; 8(2):4087-4098. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009/pdf\\_1839](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009/pdf_1839)
9. Santili, PGJ, Tonhom SFR, Marin MJS. Educação em saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da estratégia saúde da família. Rev. bras. promoç. Saúde (Online). [Internet] 2016. [cited 2018 apr 22]; 29. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6411>
10. Amthauer C. A educação popular e a fusão dos diferentes saberes nas práticas educativas em saúde. Rev. Enferm. UFPE on line. [Internet]. 2017 jan. [cited 2018 apr 22]; 11(1 suplement 1): 438-441. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13573/16369>

11. Amaral IT, Abrahão AL. Nursing consultation in Family Health Strategy, increasing the recognition of the distinct forms of action: an integrative review. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). [Internet]. 2017. out./nov. [cited 2018 abr 20]; 9(4): 899-906. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4539/pdf>
12. Amaral IT, Abrahão AL, Pina FR. Spontaneous demand in the Family Health Strategy: an integrative review. Rev. Enferm. UFPE on line. [Internet]. 2015 ago [cited 2018 apr 20]; 9(Supl.7):9086-94. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10701/11771>
13. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Schere MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. Rev. latinoam. enferm. (Online). [Internet]. 2016 [cited 2018 apr 22]; 24:e 2677. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100313](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100313)

Recebido em: 26/10/2018

Revisões requeridas: 28/03/2019

Aprovado em: 18/05/2019

Publicado em: 15/03/2021

---

**Autora correspondente**

Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

**Endereço:** Rua Aloísio da Silva Gomes, 50

Macaé/RJ, Brasil

**CEP:** 27930-560

**Email:** [isabela.t.amaral@gmail.com](mailto:isabela.t.amaral@gmail.com)

**Números de telefone:** +55 (22) 2796-2500/ 2141-4010

---

**Divulgação: Os autores afirmam  
não ter conflito de interesses.**