

## **O significado do conceito de saúde para enfermeiros e sua aplicabilidade na consulta de enfermagem: Uma abordagem fenomenológica**

**Vanessa Santos da Silva**

Doutoranda em Enfermagem e Biociências

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

E-mail: [nessassilva@yahoo.com](mailto:nessassilva@yahoo.com)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3707-0371>

**Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas**

Professora Doutora em Enfermagem

Instituição: Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ)

E-mail: [anmaryrosas@gmail.com](mailto:anmaryrosas@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7993-4284>

### **RESUMO**

Este estudo qualitativo, fundamentado na Fenomenologia Sociológica de Alfred Schütz, investigou o significado do conceito de saúde para enfermeiros durante a consulta em um ambulatório de um hospital de ensino no Rio de Janeiro. O objetivo foi compreender como os profissionais de enfermagem aplicam o conceito de saúde na prática da consulta, especificamente na Unidade de Cuidados Básicos (UCB) do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ). Participaram sete enfermeiras com experiência mínima de dois anos em consultas de enfermagem. A análise fenomenológica das entrevistas revelou que o significado de saúde para as enfermeiras envolve a adaptação às necessidades do cliente e às ferramentas disponíveis, visando à resolutividade e ao ensino-aprendizagem. O conceito de saúde foi entendido como a possibilidade de alcançar o bem-estar físico, mental e social, adaptando-se ao meio como cidadão. O estudo evidenciou que o enfermeiro busca ir além das competências técnicas, utilizando ações da equipe multidisciplinar, mostrando a relevância da sociologia compreensiva de Alfred Schütz para a assistência e o ensino em enfermagem.

**Palavras-chave:** Consulta de Enfermagem. Educação em Saúde. Fenomenologia. Alfred Schütz.

### **1 INTRODUÇÃO**

Ao longo da história, o conceito de saúde sofreu mudanças notáveis, espelhando a progressão das práticas de cuidado e as influências de elementos culturais, sociais, políticos e econômicos. Conforme Motta (2003), no período greco-romano, a saúde estava ligada ao misticismo e à superstição. Contudo, com a contribuição de Hipócrates (460-367 a.C.), a saúde passou a ser percebida de maneira mais científica e imparcial, fundamentada em observações e diagnósticos baseados em evidências.

Durante a Idade Média, a saúde voltou a ser vista de forma mística, contudo, foi durante as Cruzadas que a assistência à saúde começou a ser estruturada de forma mais organizada, através da fundação de hospitais cristãos destinados ao atendimento dos necessitados. Desde o século XVI, com a edificação das primeiras Santas Casas de Misericórdia, a assistência aos enfermos se estabeleceu nos padrões europeus,



contribuindo para uma estruturação mais abrangente no cuidado à saúde e impulsionando um progresso crucial para a prática da enfermagem.

Carraro (2001) ressalta que, no início, a saúde era vista apenas como a ausência de enfermidades, porém, com o passar do tempo, expandiu-se para incluir o bem-estar físico, social e mental, sendo vista como um recurso crucial para o avanço pessoal e coletivo. Portanto, a saúde passou a ser considerada um componente essencial da qualidade de vida, sendo afetada por vários fatores políticos, econômicos, sociais e culturais. Neste cenário, a promoção da saúde vai além da assistência médica, englobando condições propícias para o crescimento humano, tais como educação, nutrição e um ambiente salutar. Goldim (2002) destaca que “o conceito de saúde evoluiu para uma perspectiva mais complexa, incluindo elementos psicológicos e sociais, o que ampliou o entendimento sobre as origens das enfermidades e o processo de recuperação”, levando a uma perspectiva holística da saúde. Esta perspectiva resultou na definição de saúde como um estado de equilíbrio físico, mental e social. No entanto, essa visão ainda era restrita, uma vez que não via a saúde como um processo constante de preservação e adaptação à existência.

O desenvolvimento do conceito de saúde resultou em uma perspectiva mais dinâmica, onde a saúde passou a ser percebida como um direito e uma obrigação social. A saúde deixou de ser um problema individual e se tornou um critério de cidadania, abrangendo não somente os profissionais da área da saúde, mas toda a sociedade, conforme Terra (2000) enfatizou. Portanto, a promoção da saúde está interligada à estabilidade e ao potencial de saúde, noções que abrangem o equilíbrio físico, psicológico e social, além da habilidade de se adaptar ao meio ambiente.

A partir de 1945, com as contribuições de Henry Sigerist, a promoção da saúde expandiu-se para abranger aspectos como qualidade de vida, condições adequadas de trabalho, educação e entretenimento. A Carta de Ottawa, promulgada em 1986, enfatizou esses princípios, enfatizando necessidades básicas para a saúde, tais como a paz, a educação, a moradia, a renda, a justiça social e a igualdade. Estas orientações destacam a relevância de um enfoque holístico e integrado à saúde, não a entendendo apenas como a falta de enfermidades, mas como um direito humano essencial que abrange o acesso a condições de vida dignas e a promoção do bem-estar de todos os indivíduos.

Assim, a evolução do conceito de saúde demonstra uma mudança de uma perspectiva estática e restrita para uma perspectiva mais ampla, que reconhece "a interligação entre o indivíduo, a comunidade e o meio social". A concepção contemporânea de saúde destaca a relevância da promoção da saúde e da responsabilidade social na formação de uma sociedade mais justa, equilibrada e saudável.

A reflexão sobre o conceito de saúde é um pilar na formação e na prática da enfermagem. A evolução científica e as novas tecnologias impulsionam a necessidade de desenvolver competências que atendam às demandas das populações. O conceito de saúde no Brasil é complexo e representa a integração da saúde física e mental, sendo influenciado por fatores políticos, sociais e pelas experiências de vida (MEIRA, 2001).



O termo "consulta de enfermagem" foi estabelecido em 1968 e reconhecido como uma tarefa exclusiva do enfermeiro pela Lei do Exercício Profissional no 7.498/86 (Brasil, 1986). No XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em 1979, o Comitê de Consulta de Enfermagem definiu-a como uma tarefa executada diretamente pelo profissional de enfermagem ao paciente, onde são detectados problemas de saúde/doença e prescritos e executados procedimentos de enfermagem que auxiliam na promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente, conforme ressalta Campedelli (2000).

Os avanços nos métodos de diagnóstico têm possibilitado aos profissionais de saúde escutar mais atentamente os pacientes antes de intervir. Contudo, a crescente demanda por exames laboratoriais e de imagem tem gerado desafios, como a redução do tempo disponível para uma anamnese detalhada e para a realização de um exame físico completo. Isso ressalta a necessidade de equilibrar tecnologia e práticas clínicas humanizadas.

Durante o período de Florence Nightingale, a enfermagem já demonstrava uma preocupação com o avanço teórico. A escritora defende que os conhecimentos da enfermagem deveriam ser diferentes dos da medicina. A atuação do profissional de enfermagem deveria se basear em uma compreensão detalhada da pessoa, do seu estilo de vida e do ambiente onde vivia, levando em conta como essas variáveis poderiam impactar de maneira positiva ou negativa a saúde dos indivíduos (Nightingale, 1989).

O termo "consulta de enfermagem" foi estabelecido em 1968 e reconhecido como uma tarefa exclusiva do enfermeiro pela Lei do Exercício Profissional no 7.498/86 (Brasil, 1986). No XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em 1979, o Comitê de Consulta de Enfermagem definiu-a como uma tarefa executada diretamente pelo profissional de enfermagem ao paciente, onde são detectados problemas de saúde/doença e prescritos e executados procedimentos de enfermagem que auxiliam na promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente, conforme ressalta Campedelli (2000).

Os avanços nos métodos de diagnóstico têm possibilitado aos profissionais de saúde escutar mais atentamente os pacientes antes de intervir. Contudo, a crescente demanda por exames laboratoriais e de imagem tem gerado desafios, como a redução do tempo disponível para uma anamnese detalhada e para a realização de um exame físico completo. Isso ressalta a necessidade de equilibrar tecnologia e práticas clínicas humanizadas.

Durante o período de Florence Nightingale, a enfermagem já demonstrava uma preocupação com o avanço teórico. A escritora defende que os conhecimentos da enfermagem deveriam ser diferentes dos da medicina. A atuação do profissional de enfermagem deveria se basear em uma compreensão detalhada da pessoa, do seu estilo de vida e do ambiente onde vivia, levando em conta como essas variáveis poderiam impactar de maneira positiva ou negativa a saúde dos indivíduos (Nightingale, 1989).



Assim, Malgrado nota que Florence estava preocupado com a prática da enfermagem, que frequentemente era imediatista, intuitiva e centrada no modelo biomédico, voltado para a patologia e não para o indivíduo.

De acordo com Souza (1984), essa perspectiva resultou na estagnação da enfermagem por várias décadas, uma vez que a profissão desenvolveu uma dependência excessiva de saberes externos, que impunha práticas sem reflexão sobre o "porquê" e o "quando" executar tais ações.

Hickmann, citado por George (2000), destaca a evolução das teorias de enfermagem a partir dos anos 1940, impulsionadas pela introdução de estudos psicossociais, culminando no cuidado de enfermagem como um processo interpessoal. Durante a década de 1950, educadores dos Estados Unidos identificaram a necessidade de um recurso que auxiliasse os estudantes a aprimorar o raciocínio crítico para guiar suas práticas de cuidado. Isso originou a assistência holística em enfermagem, que considera o paciente como uma pessoa única, com necessidades a serem satisfeitas.

Este período de reflexão foi moldado pelas mudanças da 20 Segunda Guerra Mundial, pelos movimentos feministas e pelo progresso das ciências e da educação, momento em que a enfermagem começou a procurar sua própria identidade.

Souza (1984) destaca que as enfermeiras norte-americanas reconheceram a importância de tornar a profissão menos subordinada e mais autônoma. Essa reflexão impulsionou a necessidade de aprimorar a formação em enfermagem, visando elevar a qualidade do cuidado oferecido à população. Foi nessa década que surgiu uma nova abordagem na enfermagem, que passou a enriquecer o cuidado voltado aos sistemas biológicos com uma ênfase centrada na pessoa e na sua integridade. Essa visão buscava atender às necessidades afetadas, com o objetivo de minimizar ou corrigir os desequilíbrios da saúde.

Autores como Hildegard Peplau, com a Teoria das Relações Interpessoais na Enfermagem (1988), Faye Glenn Abdellah, com Vinte e Um Problemas de Enfermagem, e Dorothea Elizabeth Orem, com a Teoria do Autocuidado, destacaram o papel dos enfermeiros em atender às necessidades dos pacientes, sugerindo diagnósticos de enfermagem distintos dos diagnósticos médicos.

No Brasil, os trabalhos de Wanda Horta, no final da década de 1960, incentivaram os profissionais a se interessarem pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Nos Estados Unidos, esse período marcou uma nova fase para a enfermagem, com teóricos buscando, através do raciocínio crítico, relacionar fatos e estruturar planos de cuidado integral.

Wanda de Aguiar Horta destacou-se como a primeira enfermeira brasileira a discutir a aplicação da teoria na prática profissional. Fundamentada na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, ela desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que propôs uma assistência sistematizada para as enfermeiras brasileiras. Essa abordagem introduziu uma nova perspectiva para a prática de enfermagem no Brasil, valorizando a integração de conceitos teóricos com a prática assistencial (Horta, 1979).



O procedimento de enfermagem é estruturado em fases definidas previamente, incluindo: coleta de informações, diagnóstico de enfermagem, prognóstico, planejamento, execução dos cuidados e avaliação dos objetivos atingidos.

No final dos anos 1980, os estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) começaram a ganhar relevância no Brasil, impulsionados pelo Decreto-Lei no 94.406/87, que estabelece as normas para o exercício profissional da enfermagem e estabelece como "atividade exclusiva do enfermeiro a elaboração da prescrição de enfermagem" (Brasil, 1986). A partir da década de 1980, as universidades e instituições hospitalares brasileiras passaram a intensificar esforços para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizando a terminologia dos diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Association (NANDA).

O movimento atual nessas instituições busca adotar teorias específicas na SAE, valorizando o papel do enfermeiro e aprimorando a qualidade da assistência ao paciente. Conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, a consulta de enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro, sendo vedada a sua delegação. Essa prática, fundamentada no método científico, possibilita ao enfermeiro identificar problemas de saúde e prescrever intervenções específicas com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e apoiar a recuperação do paciente, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BRASIL, 2006).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem orienta a prática profissional, enfatizando que ela deve ser fundamentada em conhecimentos científicos e técnicos, integrando aspectos éticos e sociais para garantir cuidados de qualidade, adaptados às necessidades e ao contexto de cada indivíduo. A Resolução COFEN nº 240/2000 reforça esse compromisso, destacando que a enfermagem está comprometida com a saúde da população, atuando de forma integral na promoção, proteção e reabilitação da saúde.

O ato de cuidar, frequentemente negligenciado pela correria do cotidiano, é fundamental tanto para a prática de enfermagem quanto para a humanidade dos profissionais. Esse cuidado representa um compromisso com o outro e consigo mesmo, exigindo um olhar atento, uma postura ética e reflexiva que deve superar as demandas do mercado capitalista.

Como primeiro e último contato em muitos momentos da vida dos pacientes, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham um papel central e insubstituível na jornada de cada indivíduo. O cuidado em enfermagem vai além das técnicas, pois se fundamenta em atos humanos de assistência, repletos de sentimento e embasados em conhecimento. Ele se caracteriza pelo relacionamento interpessoal, alicerçado na empatia, ajuda e confiança mútua. Esse processo de cuidado se desenvolve a partir de valores humanísticos e conhecimentos técnico-científicos, conforme destacam Santos e Mendonça (s.d.).



A consulta de enfermagem proporciona várias vantagens para o paciente. Conforme Vanzin e Nery (1996) e Rosas (1998, 2003), essa prática é um método de cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade, executado de forma sistemática e constante pelo enfermeiro, com ênfase na promoção da saúde através do diagnóstico e tratamento precoce, sempre com foco no indivíduo. Rosas (1998) ressalta que a consulta precisa ser individualizada, orientada pelas necessidades particulares, e considerar a singularidade do paciente e o significado que a consulta possui para ele. A valorização da consulta de enfermagem pela sociedade tem aumentado, consolidando o papel da enfermeira nesse contexto.

No entanto, para realizar consultas de alta qualidade, a enfermeira deve exibir profissionalismo, principalmente em locais onde nem sempre existe um espaço apropriado para a prática. De acordo com Castro (1993, citado por Javorski), a consulta de enfermagem originou-se das consultas de seguimento conduzidas por enfermeiras em programas governamentais de saúde. Essa prática foi oficialmente regulamentada pela Resolução no 159/92 do COFEN, que define normas e exigências para essa prática. Ao longo da consulta, há uma interação direta entre o enfermeiro e o paciente, onde a comunicação desempenha um papel crucial, promovendo a troca de informações e consolidando o vínculo terapêutico. Este procedimento inclui contexto e percepção, já que, de acordo com Silva (1990), é crucial que o enfermeiro entenda o universo do paciente para proporcionar um cuidado que ultrapasse a técnica, incluindo um rico contexto de interação interpessoal.

Ainda de acordo com Silva (1990), a percepção é essencial para que o enfermeiro compreenda tanto o seu próprio mundo quanto o do paciente, sendo fundamental, na enfermagem, captar a experiência do paciente. Para isso, é necessário ouvir o cliente e considerar a consulta de enfermagem não apenas como um procedimento técnico, mas como uma interação enriquecida por um relacionamento interpessoal.

O Ministério da Saúde, desde 1982, treina enfermeiros para realizar consultas e prescrições em diversas condições, incluindo infecções respiratórias agudas, diarreia, DSTs, diabetes, hipertensão, tuberculose, dermatopatias, verminoses e outras, de acordo com os protocolos específicos. Carraro e Westphalen (2001) destacam que a consulta de enfermagem é uma prática personalizada, exigindo do profissional de enfermagem conhecimento, habilidade e responsabilidade, visto que ele possui autonomia para avaliar o paciente e elaborar intervenções visando à restauração de sua saúde. Além disso, os autores sugerem diretrizes para um relacionamento interpessoal eficaz, que incluem:

- Falar “com” o paciente, mantendo uma comunicação bidirecional.
- Chamar o paciente pelo nome para personalizar a atenção.
- Evitar uma posição superior ao paciente para facilitar a compreensão e reduzir a ansiedade
- Preferir o uso de “nós” em vez de “eu”, promovendo uma ação conjunta.
- Introduzir temas novos apenas após abordar o que o paciente já conhece.
- Considerar a comunicação não verbal do paciente.



- Ouvir com paciência e disposição, mantendo-se atento ao que o paciente diz e observa.
- Demonstrar competência técnica para transmitir segurança ao paciente.
- Usar um vocabulário acessível, sem interromper o fluxo do diálogo.
- Durante a entrevista, manter o foco no paciente, evitando a fixação em registros.
- Evitar julgamentos de valor sobre as falas do paciente. Estes componentes asseguram uma consulta eficiente, na qual o paciente se sente apreciado e protegido, reforçando a confiança e a ligação no serviço prestado.

A prescrição de cuidados e orientações por meio da Consulta de Enfermagem foi regulamentada pela Resolução COFEN nº 271/2002, contando com respaldo legal em programas do Ministério da Saúde, que reconhecem o papel essencial do enfermeiro.

No entanto, essa prerrogativa tem sido tema de debates em fóruns de Enfermagem e entre outros profissionais de saúde. A referida Resolução estabelece que: Artigo 5: O Enfermeiro pode receber o cliente para realizar a consulta de enfermagem, com o objetivo de conhecer/intervir sobre problemas/situações de saúde/doença. Artigo 6: Com base nessa consulta, o Enfermeiro poderá diagnosticar e resolver problemas de saúde identificados, integrando as ações de enfermagem às ações multiprofissionais. Artigo 7: Os currículos dos cursos de graduação de enfermagem devem preparar os alunos para essa realidade, dado que a prática dessas ações já é uma rotina no mercado de trabalho. Esses pontos ressaltam a importância da Consulta de Enfermagem como prática sistemática, individualizada e centrada no paciente, valorizando a atuação do enfermeiro na promoção e recuperação da saúde.

A consulta de enfermagem tem um papel crucial na preparação de pacientes e cuidadores para o final da vida, período em que não existem mais opções terapêuticas. Neste cenário, o objetivo é oferecer conforto e garantir uma morte digna ao paciente, por meio de um cuidado personalizado e individualizado, que satisfaz as demandas tanto do paciente quanto do cuidador. Para assegurar a mais alta qualidade de vida, eliminam-se incômodos e estabelecem-se condições seguras para quem cuida.

A consulta de enfermagem tem um papel crucial na preparação de pacientes e cuidadores para o final da vida, período em que não existem mais opções terapêuticas. Neste cenário, o objetivo é oferecer conforto e garantir uma morte digna ao paciente, por meio de um cuidado personalizado e individualizado, que satisfaz as demandas tanto do paciente quanto do cuidador. Para assegurar a mais alta qualidade de vida, eliminam-se incômodos e estabelecem-se condições seguras para quem cuida. É crucial estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro, o paciente e o cuidador para essa assistência.

A enfermeira deve empregar um vocabulário compreensível e manter uma atitude receptiva e próxima. Rosas (2003, p. 12) reforça essa concepção ao declarar: "A empatia deve ser exercitada durante todo o atendimento, para que possamos estabelecer interação de pessoa para pessoa e proceder uma



assistência na qual o cuidado prestado pela enfermeira (...) possa oferecer o conforto necessário; e isso só será possível se houver confiança e respeito(...)" A consulta de enfermagem é um momento importante tanto para o profissional de enfermagem quanto para o paciente, caracterizado por uma rica troca de experiências.

Este compartilhamento, envolto em narrativas simbólicas e influências culturais, favorece o aumento da autoconfiança do paciente, que se sente compreendido e com suas inquietações devidamente esclarecidas ao término da consulta. As atitudes da enfermeira durante a consulta demonstram sua competência em resolver problemas, sempre levando em conta a fragilidade dos pacientes. Este atendimento empático e eficaz não só favorece a satisfação do paciente, mas também promove o reconhecimento e a apreciação da prática profissional de enfermagem.

## 2 METODOLOGIA

Esta pesquisa adota como base metodológica a Fenomenologia Sociológica de Alfred Schütz, nascido em Viena em 1899 e falecido em Nova York em 1959. Schütz se interessou pelo trabalho de Edmund Husserl e Max Weber, e publicou um total de trinta e dois títulos. Após sua morte, foram publicados mais quatro ensaios, e entre 1962 e 1966, surgiram 25 os três volumes de *Collected Papers (Textos Reunidos)*, que reuniram a maior parte de seus escritos desde 1940 (Capalbo, 1979)

A fenomenologia sociológica proposta por Schütz apresenta algumas ideias que ajudam a entender a ação social, incluindo: o vivido, o sentido, a subjetividade, a intersubjetividade, a singularidade e a intenção da ação. O significado das interações na consulta de enfermagem é captado por meio das expressões verbais dos sujeitos, possibilitando uma aproximação ao mundo de tipicidade e intersubjetividade que vivenciam. Essa experiência envolve tanto os clientes quanto os alunos que acompanham a prática, destacando a riqueza das relações interpessoais e o compartilhamento de sentidos que emergem nesse contexto assistencial (Rosas, 2003). Schütz (1974, p. 39) descreve o processo de tipicidade:

"[...] o que se experimenta na percepção real de um objeto é transferido, a perceptivamente, a qualquer outro objeto similar, que é percebido, simplesmente, como do mesmo tipo. A experiência real confirmará ou não minha antecipação da conformidade típica com outros objetos. [...]"

Capalbo (1979) afirma que cada indivíduo possui uma trajetória de vida única e um conjunto singular de conhecimentos que moldam sua percepção do mundo, independentemente de sua vontade. Esse contexto pessoal resulta em uma postura perante a vida, descrita como uma atitude inata. Essa atitude é influenciada tanto pelos eventos e percepções que impactam o "mundo da vida" de cada pessoa quanto por sua situação biográfica, configurando uma perspectiva singular de interação com a realidade.

Segundo Schütz (1972), a abordagem fenomenológica da ação social visa compreender de maneira específica e concreta o comportamento social, considerando-o uma conduta humana orientada por uma



intenção subjetiva. Essa intenção é determinada pelos motivos que fundamentam e caracterizam a ação, revelando a perspectiva única de quem a realiza. Schütz argumenta que o significado de uma ação está intrinsecamente conectado ao tempo e às vivências, que, ao serem dotadas de sentido, moldam um projeto de ação. Ele afirma que apenas o indivíduo que vivenciou determinada experiência é capaz de definir seu próprio projeto, uma vez que toda ação é direcionada ao futuro e enraizada nas camadas mais profundas das experiências vividas. Essas camadas, acessíveis à reflexão, representam a origem do fenômeno de significado e compreensão, permitindo que a ação seja interpretada e entendida no contexto de quem a realiza.

Jesus (1998) explica que, na perspectiva de Schütz, a ação social é dividida em duas partes considerando a temporalidade: a ação "porquê" e a ação "para". A ação "porquê" está vinculada aos eventos do passado, representando a bagagem de experiências herdadas de nossos predecessores, que influenciam a maneira de agir. Já a ação "para" é orientada ao futuro, representando os projetos e intenções existenciais que moldam o comportamento direcionado a um objetivo. Assim, Schütz distingue dois tipos de motivações no comportamento social: os motivos "porquê", relacionados às experiências vividas e que fundamentam a ação, e os motivos "para", que dizem respeito aos propósitos e resultados esperados pela ação realizada. A partir das reflexões de Schütz, entende-se que a história de vida de cada indivíduo é moldada por sua condição no mundo, suas experiências e a cultura em que está imerso.

Esse conjunto de fatores estabelece a base para o posicionamento do sujeito em sua realidade. Simultaneamente, o ambiente social em que o indivíduo vive desempenha um papel fundamental ao definir comportamentos e expectativas, configurando um cenário no qual a conduta humana é influenciada pelas normas, valores e interações sociais. Assim, a ação do indivíduo no "mundo da vida" revela-se como uma construção social, evidenciando sua relação dinâmica e interdependente com a rede social em que está inserido.

Leopardi (2002) aponta que a fenomenologia se diferencia dos métodos das Ciências Naturais ao rejeitar o controle experimental sobre o fenômeno, valorizando a descrição direta e imediata de sua essência. Nesse contexto, a quantificação é usada apenas para identificar a frequência de aspectos invariantes, ou seja, características comuns nos fenômenos observados, sem estabelecer relações causais. Essa abordagem enfatiza a relação reflexiva entre sujeito e objeto, onde a realidade é priorizada e compreendida em sua plenitude antes de qualquer inferência ou generalização.

De acordo com a fenomenologia, trabalhar com a realidade significa abordar fenômenos que possuem uma essência, a qual deve ser intuída e vivenciada, e não simplesmente descoberta por métodos tradicionais de investigação. Nietzsche e Leopardi (2002) destacam que a fenomenologia ultrapassa uma abordagem puramente psicológica, oferecendo uma descrição detalhada da estrutura intrínseca do



fenômeno. O método fenomenológico não se ocupa das condições de veracidade de um juízo, mas concentra-se no significado do que acontece na consciência ao julgar, sonhar, afirmar e viver.

A principal tarefa do método fenomenológico é revelar os fenômenos em sua essência, tornando-os compreensíveis e visíveis. Esse processo envolve descrever os fenômenos como dotados de significado, possibilitando uma compreensão mais profunda e reflexiva sobre a experiência humana em sua totalidade. Considerando a temática de estudo — o significado do conceito de saúde no entendimento da enfermeira —, buscou-se suporte metodológico na abordagem qualitativa.

Segundo Minayo, apud por Deslandes (1994):

“a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”

Afirma-se que esta pesquisa é descritiva, uma vez que, conforme Polit e Hungler (1995), as pesquisas descritivas são “estudos que possuem como principal objetivo o retrato preciso das características de indivíduos, situações ou grupos, e da frequência com que ocorrem determinados fenômenos.”

No entanto, uma análise da literatura (BVS, LILACS, SciELO) revela uma lacuna em estudos que tratem especificamente da compreensão do conceito de saúde e sua implementação na prática da consulta de enfermagem. Esta pesquisa busca, portanto, responder à seguinte questão: como as enfermeiras conduzem a consulta de enfermagem, considerando o conceito de saúde em um ambulatório de hospital universitário? O objetivo deste estudo é investigar o significado do conceito de saúde para as enfermeiras e sua utilização nas consultas, fundamentando-se no conceito atual de saúde e nas normas profissionais.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, com abordagem fenomenológica sociológica de Alfred Schütz. O estudo foi realizado no ambulatório do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ), um hospital de ensino no Rio de Janeiro.

Participaram do estudo sete enfermeiras que atuavam no setor ambulatorial, com no mínimo dois anos de experiência em consulta de enfermagem, selecionadas por conveniência. Os critérios de exclusão foram a não demonstração de interesse ou a ausência no cenário de prática por licenças ou outras razões.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas fenomenológicas não estruturadas, gravadas em áudio e guiadas por um roteiro com as seguintes questões norteadoras: “Como você entende o conceito de saúde para planejar e executar a Consulta de Enfermagem no Hospital de Ensino?” e “O que você tem em vista sobre o Conceito de Saúde quando, na Consulta de Enfermagem, atende o cliente no ambulatório do HESFA?”.



As entrevistas foram transcritas e categorizadas segundo a fenomenologia compreensiva de Alfred Schütz (1979). A análise seguiu os passos de apreensão das falas, transcrição imediata, leitura atenta para transformar o subjetivo em objetivo, agrupamento em categorias e análise da intencionalidade dos sujeitos por meio dos “Motivos Para”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ (Protocolo nº 067/2011), e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **3 RESULTADOS**

A análise das falas das enfermeiras revelou duas categorias centrais que descrevem a vivência e a intencionalidade de suas ações.

#### **3.1 CATEGORIA I: ADAPTAR O CONCEITO DE SAÚDE VIGENTE, IMPLEMENTANDO AS SUAS ATIVIDADES DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DO CLIENTE E AS FERRAMENTAS DISPONÍVEIS NO SERVIÇO**

As enfermeiras demonstraram uma compreensão ampliada e humanizada da saúde, que vai além da ausência de doença. Elas reconhecem que o adoecimento é influenciado por fatores como falta de cuidado, acolhimento profissional e dificuldades de acesso aos serviços. A fala de uma das participantes ilustra essa visão:

“A meu ver, o conceito de saúde vai além da ausência de doença. A saúde atual está precisando de mais atenção; está precária, deficiente. Quando atendo minhas pacientes, não sigo apenas o que está nos livros ou nos protocolos. Percebo outras necessidades.” (Esmeralda).

As participantes também apontaram a dificuldade em aplicar o conceito ideal de saúde devido a limitações estruturais e de recursos do sistema, o que gera uma lacuna entre a teoria e a realidade prática.

“Acredito que o conceito de saúde é exatamente o que está definido, mas vejo cada vez menos ferramentas para alcançá-lo, o que torna tudo mais difícil. [...] enfrentamos muitas limitações; há setores no hospital para os quais não consigo encaminhar os pacientes.” (Ametista).

#### **3.2 CATEGORIA II: ALCANÇAR A RESOLUTIVIDADE ATRAVÉS DA AÇÃO INTENCIONAL, CONSULTA DE ENFERMAGEM E ASSIM POSSIBILITAR O ENSINAR E O APRENDER A QUEM ENSINA E A QUEM APRENDE**

As enfermeiras destacaram a importância da escuta, da humanização e da educação em saúde durante a consulta. Elas se veem não apenas como cuidadoras, mas como educadoras, promovendo a autonomia do paciente e a construção conjunta do cuidado.



“Eu ouço, converso e procuro dar atenção e respeito aos pacientes. Muitas vezes, estou acompanhada de residentes ou alunos de graduação, o que exige uma abordagem humanizada. A troca pedagógica é constante [...]. É importante que o paciente entenda que está em um hospital de ensino.” (Esmeralda).

A prática em um hospital de ensino impõe desafios, como a necessidade de constante atualização e a sensibilidade para lidar com os pacientes na presença de estudantes, equilibrando o aprendizado dos alunos com o conforto e a individualidade do paciente.

“É necessário ensinar até a improvisar para os alunos de enfermagem e adaptar o atendimento conforme o nível de entendimento do paciente. [...] Com o tempo de serviço, desenvolvemos a sensibilidade para perceber que as pessoas não se abrem facilmente quando há muitos alunos presentes.” (Topázio).

#### **4 DISCUSSÃO**

Os resultados mostram que as enfermeiras compreendem o conceito de saúde de forma holística, alinhado com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e com os princípios de documentos como a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa (CARTA DE OTTAWA, 1986). Elas reconhecem a saúde como um processo dinâmico, influenciado por condições internas e externas, e buscam promover o bem-estar físico, mental e social dos pacientes.

A prática das enfermeiras é fundamentada em uma ação intencional que visa não apenas atender às demandas de saúde, mas também promover a humanização do cuidado e a troca de saberes no ambiente de ensino. A humanização do atendimento, a educação para o autocuidado e a resolutividade foram temas recorrentes, mostrando que a consulta de enfermagem é um espaço de cuidado e transformação, como preconizado por Horta (1979) e Rosas (1998).

As dificuldades enfrentadas, como a falta de recursos e as limitações do sistema, evidenciam a distância entre a teoria e a prática. No entanto, as enfermeiras demonstram um compromisso em superar esses desafios, utilizando a colaboração interdisciplinar e a criatividade para garantir a melhor assistência possível, reforçando a importância da Enfermagem como ciência e arte do cuidado.

#### **5 CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu compreender que, para as enfermeiras, o significado do conceito de saúde transcende a ausência de doença, representando a busca pelo bem-estar integral do indivíduo em seu contexto social. A consulta de enfermagem revelou-se uma ação intencional complexa, que articula cuidado, ensino e humanização.

A fenomenologia sociológica de Alfred Schütz foi uma ferramenta valiosa para desvelar o significado da ação das enfermeiras, mostrando que a prática profissional é moldada por suas vivências, valores e pelo contexto em que atuam.



Conclui-se que a enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, indo além do tecnicismo e se afirmando como uma prática humana e intersubjetiva. É essencial que as instituições de saúde e de ensino ofereçam o suporte necessário para que os enfermeiros possam aplicar plenamente o conceito de saúde em sua prática, contribuindo para uma assistência mais qualificada e para a formação de profissionais mais conscientes de seu papel social.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.R.G. O significado da consulta de Enfermagem no setor de radioterapia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, na abordagem dos clientes e cuidadores. Rio de Janeiro/RJ. Orientadora: Dr<sup>a</sup> Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas. EEAN/UFRJ,2007,p.123. Dissertação de Mestrado. Alegre: RM e Gráfica, 1996, p.113.

BRASIL. Assembléia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, de 06 de outubro de 1988. Seção II, artigo 196. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CIVIL/Constituição.htm>. Acesso em: 30 de dezembro de 2025.

Brasil. Leis, Decretos. Lei nº 7498 de 26 de junho de 1986a. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 26/Jun.Seção 1, fls. p.9273- 9275.

BRASIL – Decreto 94.406/87 - Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [www.saude.rj.gov.br/secretaria/Publicações/Portarias/8080.htm](http://www.saude.rj.gov.br/secretaria/Publicações/Portarias/8080.htm). Acesso em 3 de julho de 2024.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [www.saude.rj.gov.br/secretaria/Publicações/Portarias/8142.htm](http://www.saude.rj.gov.br/secretaria/Publicações/Portarias/8142.htm). Acesso em 3 de julho de 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Foi estabelecida a partir da Primeira Conferência Internacional Americana, ocorrida de 2 de outubro de 1889 a 19 de abril de 1890, em Washington.

Brasil. Portaria Federal n.º 3.120, de 1º de julho de 1998 a. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde(SUS). Dou n.º 124,Seção 1, de 14/07/98.Disponível em: [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br) Acesso em: 3 de dezembro de 2024.

BRASIL. Portaria Federal n.º 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998b. estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Dou n.º 215-E, Seção 1, pág 17, de 10.11.98.Disponível em: [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br). Acesso em 3 de agosto de 2025.

BRASIL. COFEN 2006 - revogada pela resolução cofen-339/2008. Dispõe sobre a Regulamentação e Responsabilidades do Enfermeiro em Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto BRASIL. COFEN 240/2000 - Revogada pela Resolução COFEN-311/2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.

BRASIL. Assembléia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 5.out.1988. BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN). CIPLAN, 5. CIPLAN,6. Ações Integradas de Saúde. Brasília, 1984 (mimeo).



BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN). Bases para o perfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde como Estratégia para Reforma Sanitária Brasileira. Brasília, 1986 (mimeo).

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (aprovado pela Resolução COFEN-160). In: Legislação e Normas, BRASIL.

Campedelli, MC., Processo de Enfermagem na Prática. 2ª ed., Ed. Ática, São Paulo, 2000.

CARRARO, TE, Westphalen, MEA. Metodologias para a Assistência de Enfermagem: Teorização, Modelos e Subsídios para a Prática. Ed. Cultura e Qualidade, Goiânia, 2001.

Carta de Otawa. Net.Disponível em: <http://www.paho.org>. Acesso em 25 de dezembro de 2024.

CARVALHO, A.S. Metodologia da Entrevista. Rio de Janeiro,1991. CIANCIARULLO, T. et al. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone, 1998.

CIANCIARULLO, T. et al. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone, 1998.

CAPALBO, C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Antares Universitários, 1979, 102 p. CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v.2, n. 1, p.192-197, out.1994.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Documento 1. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Saúde. 8. Relatório Final. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Saúde. 9. Relatório Final. Brasília, 1992.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. “Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem”. Brasília, DOU de 26.6.86, Seção 1, fls. 9273-9275.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 272/2002.

\_\_\_\_\_. COFEN \_ 159/92 – BRASIL,1992 COREN-MG, gestão 1996/1999, Belo Horizonte, MG, 1997. p. 11-20.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Distrito Federal, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação – SESu. Ações Integradas de Saúde. Brasília, 1986 (mimeo).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. IIª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Textos apresentados. Cadernos de Recursos Humanos Saúde, Brasília, v. 1, n. 3. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. Lei 378 DE 13/01/1937



\_\_\_\_\_.Decreto 86329 de 02/09/1981.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII: Da Ordem Social, Capítulo II: Da Seguridade Social, Seção II: Da Saúde. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Metodologia da Entrevista. Prefácio. Rio de Janeiro, 1987.p778.

\_\_\_\_\_. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schtüz. Londrina (PR):UEL:1998; P.15-131.

\_\_\_\_\_. Fenomenologia e ciências humanas. São Paulo (SP): Idéias & Letras; 2008. COFEN \_ 159/92 – BRASIL,1992 DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré,1991.163p.

DEMO, Pedro. Educação e qualidade. 3. ed. São Paulo: Papirus. 1996. Deslandes, Suely Ferreira. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.80p. DIAS, E. C.(Org.);

ALMEIDA, I. M. et al. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.Brasília: Ministério da Saúde do Brasil,2001,508p.

\_\_\_\_\_. Fenomenología del mundo social – introducción a la Sociologia Compreensiva. Buenos Aires: Paidós, 1972. p. 71, 87, 135, 156, 158, 159, 172, 195. FLEURY, S. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997. 324p.

GOLDIM,J.R. Saúde. Disponível na Internet, via <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/saúde.htm>. Arquivo consultado em 02 de agosto de 2025.

HICKMAN,J.S. Introdução à teoria da Enfermagem. In: GEORGE,JB.Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional, 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas,2000.

Horta,W. A. O Processo de Enfermagem.São Paulo: EPU/Edusp,1979,99p. JESUS, M.C.P. A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social [ Tese]. São Paulo(SP). Escola de Enfermagem da USP;1998.

LEOPARDI, M.T. Metodologia da pesquisa na saúde. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em enfermagem, 2002. 290p.

MARCONI,M.A., LAKATOS, E.. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1999.260p.

MEEBERG,G.A. Quality of life; a concept analysis. Journal of advanced Nursing, 1993,18,32-38

MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.300p. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.



IIª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1991). Cadernos de Recursos Humanos Saúde, Brasília, v. 1, n. 1. 1993.

MOTTA, A. L. C. Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento. 1ed. São Paulo: látria, 2003  
MOREIRA, J. A. DA S. Manual comemorativo de 230 anos de trabalho e de amor ao próximo do Hospital Central do Exército. Edição Histórica. Nightingale, F. Notas sobre enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989, 174p. 2ª Edição, ed. UEL, Londrina, 1998.

PADILHA, M.I.C; SOUZA. Texto e contexto-Enfermagem. Qualidade de vida - reflexão de enfermeiras. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós-graduação em enfermagem, v-1, n.12, (1992)- Florianópolis: UFSC, 1992. 334p.

PINTO, M.F, SILVA, W.V.da. Qualidade de vida. São Paulo: Santos, Leopoldianum, 2001. 228p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização. 5.a ed. São Paulo: Artmed, 2004. 425 p.

POLIT, D.F., HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto alegre: Artes Médicas, 1995. ROSAS, A.M.M.T.F. A consulta de enfermagem na unidade de saúde: uma análise compreensiva na perspectiva das enfermeiras. 1998. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.

Rodrigues, B.M.R.D. O cuidar de crianças em creche comunitária: redimensionando o treinamento numa perspectiva compreensiva. Tese (Doutorado em Enfermagem). UFRJ. RJ. 1996

ROSAS, A.M.M.T.F. O ensino da atividade assistencial – consulta de enfermagem: o típico da ação intencional. 2003. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, Ronan dos. O significado da ação educativa consulta de enfermagem no ambulatório de quimioterapia infantil: perspectivas dos familiares. Rio de Janeiro: Profª Drª Ligia de oliveira Viana. EEAN/UFRJ, 2009, p.55. Dissertação de mestrado.

SILVA, M.J.P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2002. 133 p.

SILVA, M.J.P. da Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. Rev. Paul. Enfermagem, v.9, n.3, p.114-119, 1990.

SOUZA, 1984 SCHÜTZ, A. Collected Papers 1 - The Problem of Social Reality. Netherlands: Martins Nijhoff, The Hague, 1962.

SCHUTZ, A. La Fenomenología del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva. Buenos Aires: Paidós; 1972.

SCHÜTZ, A. Fenomenologia e relações sociais. Org. H.R. Wagner. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.



WATSON, J. IN: GEORGE, J. B. Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática profissional. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 375 p. (capítulo 18).