

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM

**EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE POR  
ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Caroline Porcelis Vargas

Florianópolis / SC  
2017



Caroline Porcelis Vargas

**EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE POR  
ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

**Orientadora:** Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

**Área de Concentração:** Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Processo de Trabalho em Enfermagem e Saúde/Subjetividade e Ética

Florianópolis / SC

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vargas, Caroline Porcelis  
Exercício da Advocacia do Paciente por  
Enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva /  
Caroline Porcelis Vargas ; orientadora, Mara  
Ambrosina de Oliveira Vargas, 2017.  
142 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, , Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Defesa do Paciente. 3.  
Unidades de Terapia Intensiva. I. Vargas, Mara  
Ambrosina de Oliveira . II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

Caroline Porcelis Vargas

**EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE POR  
ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 30 de Novembro de 2017.

---

Profa. Jussara Gue Martini, Dra.  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Profa Jussara Gue Martini, Dra.  
Presidente  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa Silviamar Camponogara, Dra.  
Universidade Federal de Santa Maria



*“The great appear great because we are on our knees. Let us rise!”*  
**James Larkin**



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, minha mãe Tânia, meu pai Rui, minha tia Fátima e minhas irmãs Camila e Cláudia pelo suporte emocional, pelo amor e pelo conforto.

Agradeço minha orientadora Mara por compartilhar seu conhecimento, amizade e família.

Agradeço ao Guilherme pela paciência e amor que me oferece.

Agradeço aos meus amigos, em especial a Daniela, por compartilhar momentos de alegria e sabedoria.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC e às professoras por me permitir crescer em conhecimento intelectual e profissional.

Agradeço também a Jamila por me permitir trabalhar com sua escala e ajudar em meu projeto desde o início, e agradeço à professora Adriano pela inspiração com suas aulas de estatística.



VARGAS, Caroline Porcelis. **Exercício da advocacia do paciente por enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva**. Florianópolis – SC. 2017. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

## RESUMO

**Introdução:** A advocacia do paciente é componente essencial do papel do enfermeiro, sendo necessária quando o enfermeiro avalia potenciais problemas que possam vir à prejudica-lo. Esse papel do enfermeiro na defesa do paciente tornar-se mais evidente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a maior vulnerabilidade dos pacientes internados nessas unidades, tanto pela gravidade de seu quadro clínico, como pela quantidade de aparato tecnológico presente nesse ambiente. **Objetivos:** Identificar fatores que influenciam no exercício da defesa do paciente por enfermeiros de UTI, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira. Analisar os fatores associados às ações de defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, com delineamento transversal realizada com 451 enfermeiros de UTI das regiões Sul e Sudeste do Brasil, selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, de acordo com sua presença e disponibilidade durante os eventos da ABENTI e da AMIB, ou disponibilidade de acesso ao questionário online através de mídia virtual. Os dados coletados foram analisados com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows. Projeto Aprovado pelo Comitê de Ética, Parecer 863.112. Foi realizada uma Análise Exploratória de Fatores e testes de associação, qui-quadrado e teste t de student. **Resultados:** No primeiro manuscrito: “Advocacia do paciente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva”, foi realizada a Análise fatorial exploratória dos dados e encontrado dois fatores distintos, o primeiro - Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de UTI - se refere à premissa de que ainda que os enfermeiros considerem importante o exercício da advocacia do paciente diante das situações prejudiciais, de tratamentos que causem sofrimento e da necessidade de tomada de decisões dos pacientes, eles sinalizam

aspectos que podem ser considerados problemáticos e ou conflitivos para o exercício da advocacia. O segundo fator - Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na UTI - retrata as ações dos enfermeiros intensivistas na advocacia do paciente e os benefícios dessa advocacia. No segundo manuscrito “Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas: Fatores associados” encontrou-se associação estatística ao nível de significância de 5%, como resultado para os testes qui-quadrado entre as variáveis Números de vínculos empregatícios e realização de Reuniões na UTI de trabalho, com o fator ‘Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de UTI’. Enfermeiros que atuam em UTIs onde ocorrem reuniões tem uma frequência maior de discordância com as questões sobre antecedentes, barreiras e implicações negativas e que enfermeiros com mais de um vínculo tiveram frequência diferente da esperada associada ao mesmo fator, isso associando que o maior número de vínculos causa mais sofrimento, estresse e cansaço nos trabalhadores, ocasionando uma barreira ao exercício da advocacia do paciente por esses enfermeiros. **Considerações finais:** Há necessidade de mais estudos para que seja possível entender as ações dos enfermeiros nessa defesa, e também os fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente na atuação destes enfermeiros. Sinaliza-se o possível benefício da advocacia, tanto para o paciente como para o enfermeiro que atua, evidenciando que o paciente vulnerável necessita de apoio e orientação em suas decisões, o que quando realizado de maneira eficaz eleva a satisfação profissional do enfermeiro, fazendo com que atue com mais frequência na defesa de seus pacientes internados na UTI.

**Descritores:** Defesa do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem.

VARGAS, Caroline Porcelis. **Exercise of patient advocacy by nurses of Intensive Care Units**. Florianópolis – SC. 2017. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient advocacy is an essential component of the nurse's role, and is necessary when nurses evaluate potential problems that may harm them. This role of the nurse in the defense of the patient becomes more evident in the Intensive Care Unit (ICU) due to the greater vulnerability of patients hospitalized in these units, both for the severity of their clinical condition and for the quantity of technological apparatus present in this environment. **Objectives:** To identify factors that influence the exercise of patient defense by ICU nurses, using the Protective Nursing Advocacy Scale scale - Brazilian version. To analyze the factors associated with patient advocacy by intensive care nurses using the Protective Nursing Advocacy Scale scale - Brazilian version. **Methodology:** Quantitative, descriptive and exploratory research, with a cross-sectional design performed with 451 ICU nurses from the South and Southeast regions of Brazil, selected by non-probabilistic sampling for convenience, according to their presence and availability during the ABENTI and AMIB events, or availability of online questionnaire access through virtual media. The collected data were analyzed with the aid of Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software version 22.0 for Windows. Project Approved by the Ethics Committee, Opinion 863.112. An Exploratory Factor Analysis and association test, chi-square test and student t-test were performed. **Results:** In the first manuscript: "Patient Advocacy by Nurses in the context of Intensive Care", we performed the Exploratory Factor Analysis of the data and found two distinct factors, the first - Background, barriers and negative implications of the patient's practice of advocacy by the nurse of ICU - refers to the premise that although nurses consider it important to practice the patient's advocacy in the face of harmful situations, treatments that cause suffering and the need for patient decision making, they signal aspects that can be considered problematic and or conflicting for the practice of advocacy. The second factor - Nurses' actions and benefits of ICU patient advocacy - portrays

the actions of intensive care nurses in patient advocacy and the benefits of this advocacy. In the second manuscript "Patient Advocacy Actions by Intensivist Nurses: Associated Factors", a statistical association was found at a significance level of 5%, as a result of the chi-square test between the variables Numbers of employment ties and ICU meetings of work, with the factor 'Background, barriers and negative implications of the practice of patient advocacy by the ICU nurse'. Nurses working in ICUs where meetings occur have a greater frequency of disagreement with the questions about antecedents, barriers and negative implications and that nurses with more than one bond had different frequency than the expected one associated with the same factor, this associating that the greater number of ties causes more suffering, stress and fatigue in workers, causing a barrier to the practice of patient advocacy by these nurses. **Final considerations:** There is a need for more studies to understand the actions of nurses in this defense, as well as factors that may influence positively or negatively the performance of these nurses. It indicates the possible benefit of advocacy, both for the patient and for the nurse that acts, evidencing that the vulnerable patient needs support and guidance in their decisions, which when performed in an efficient way elevates the professional satisfaction of the nurse, making that acts more frequently in the defense of its patients hospitalized in the ICU.

**Descriptors:** Patient Advocacy; Intensive Care Units; Nursing.

VARGAS, Caroline Porcelis. **Ejercicio de la abogacía del paciente por enfermeros de Unidades de Terapia Intensiva**. Florianópolis – SC. 2017. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

## RESUMEN

**Introducción:** La abogacía del paciente es componente esencial del papel del enfermero, siendo necesaria cuando el enfermero evalúa potenciales problemas que venga a perjudicarlo. Este papel del enfermero en la defensa del paciente se vuelve más evidente en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) debido a la mayor vulnerabilidad de los pacientes internados en esas unidades, tanto por la gravedad de su cuadro clínico, como por la cantidad de aparato tecnológico presente en ese ambiente.

**Objetivos:** Identificar factores que influyen en el ejercicio de la defensa del paciente por enfermeros de UTI, utilizando la escala Protective Nursing Advocacy Scale - versión brasileña. Analizar los factores asociados a las acciones de defensa del paciente por los enfermeros intensivos, utilizando la escala Protective Nursing Advocacy Scale - versión brasileña.

**Metodología:** Investigación cuantitativa, descriptiva y exploratoria, con delineamiento transversal realizada con 451 enfermeros de UTI de las regiones Sur y Sudeste de Brasil, seleccionados por muestreo en el probabilístico por conveniencia, de acuerdo con su presencia y disponibilidad durante los eventos de la ABENTI y de la AMIB, la disponibilidad de acceso al cuestionario online a través de medios virtuales. Los datos recolectados se analizaron con la ayuda del software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows. Proyecto Aprobado por el Comité de Ética, Dictamen 863.112. Se efectuó un análisis exploratorio de Factores y pruebas de estado, qui-cuadrado y test t de student.

**Resultados:** En el primer manuscrito: "Abogacía del paciente por enfermeros en el contexto de la terapia intensiva", se efectuó el análisis factorial exploratorio de los datos y encontrado de los factores distintos, el primero - Antecedentes, barreras e implicaciones negativas del ejercicio de la la abogacía del paciente por el enfermero de UTI se refiere a la premisa de que aunque los enfermeros consideren importante el ritmo de la abogacía del paciente ante las técnicas perjudiciales, de tratamiento que causan sufrimiento y de

la necesidad de toma de decisión de los pacientes, que son considerados problemáticos y/o conflictivos para el ejercicio de la abogacía. El segundo factor - Acciones de los enfermeros y beneficios de la abogacía del paciente en la UTI - retrata las acciones de los enfermeros intensivistas en la abogacía del paciente y los beneficios de esa abogacía. En el segundo manuscrito "Acciones de abogacía del paciente por los enfermeros intensivistas: Factores asociados" se halló un estado estadístico al nivel de significancia del 5%, como resultado para las pruebas qui-cuadrado entre las variables Números de vínculos de trabajo y de reunión en la UTI de trabajo, con el factor 'Antecedentes, barreras e implicaciones negativas del ejercicio de la abogacía del paciente por el enfermero de UTI'. Los enfermeros que actúan en UTIs de donde ocurren reuniones toman una frecuencia mayor de discordancia con las cuestiones sobre antecedentes, barreras e implicaciones negativas y que enfermeros con más de un vínculo distinto de la esperada asociada al mismo factor, eso asociando que el mayor número de vínculos causa más sufrimiento, estrés y cansancio en los trabajadores, ocasionando una barrera al ejercicio de la abogacía del paciente por muchos enfermeros. **Consideraciones finales:** Hay necesidad de más estudios para que sea posible entender las acciones de los enfermeros en esa defensa, y también los factores que pueden influenciar positivamente o negativamente en la actuación de estos enfermeros. En el caso de que se produzca el efecto beneficioso de la abogacía, tanto para el paciente y para el enfermero que actúa, evidenciando que el paciente vulnerable necesita apoyo y en sus instintos, lo que cuando se realiza de manera eficaz eleva la reunión profesional del enfermero, que actúe con más frecuencia en la defensa de sus pacientes internados en la UTI.

**Descriptor:** Defensa del paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermería.

## LISTA DE SIGLAS

- UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
PNAS – *Protective Nursing Advocacy Scale*  
BVS/BIREME - Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde  
SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*  
CINAHL - *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*  
SCOPUS - *SciVerse Scopus*  
DECS - Descritores em Ciências da Saúde  
AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira  
ABENTI – Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
AFE - Análise Fatorial Exploratória  
CEP – Comissão de Ética Pública  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Cargas fatoriais obtidas pela análise fatorial exploratória da Protective Nursing Advocacy Scale - versão brasileira. (n=451), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p.60**

**Tabela 2** – Alfa de Cronbach dos constructos, correlação item-total e alfa de Cronbach se item deletado dos constructos. (n=451), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p.62**

**Tabela 3** – Distribuição das respostas da população de enfermeiros de UTI aos Constructos 1 e 2: Média, desvio padrão e mediana. (n=451). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p.64**

**Tabela 4** – Frequência relativa e percentual das respostas dos enfermeiros de UTI aos fatores 1 e 2. (n = 451). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p.67**

**Tabela 1** – Dados sócio demográficos dos enfermeiros que atuam em UTIs nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, em frequência relativa e percentual. (n=451) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p.83**

**Tabela 2** - Frequência relativa e percentual das respostas dos enfermeiros de UTI aos fatores 1 e 2. (n = 451). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p.85**

**Tabela 3** – Média, desvio padrão e resultado do teste Teste –t para as variáveis Idade, Tempo de Graduação e Tempo de UTI comparada entre os escores dos Fatores 1 e 2. (n = 444). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p.86**

**Tabela 4** – Associação entre os Fatores 1 e 2 e os fatores sócio demográficos dos enfermeiros de UTI. (n= 444). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p.87**

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Distribuições dos estudos segundo base de dados, autores, ano da publicação, Título do estudo, Método da pesquisa, país de origem, resultados da pesquisa (2012 – 2017). Florianópolis-SC, Brasil, 2017. **p.34**

**Quadro 1** – Definição dos constructos formados a partir da análise fatorial. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017. **p. 62**

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Fluxograma do itinerário metodológico da Revisão Integrativa da Literatura: Defesa do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem. **p.32**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	23
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o trabalho do Enfermeiro da UTI .....	30
2.2 Advocacia do Paciente (Advocacy).....	33
2.3 Protective Nursing advocacy Scale - versão brasileira (PNAS) .....	35
2.4 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: <b>Defesa do paciente; Enfermagem; e Unidades de Terapia Intensiva.</b> .....	38
3. METODOLOGIA .....	59
3.1. Desenho de Pesquisa .....	59
3.2. Participantes e Local do estudo .....	59
3.3. Coleta de Dados .....	61
3.4. Análise dos Dados .....	62
3.5. Aspectos Éticos .....	63
4. RESULTADOS.....	65
4.1. <b>MANUSCRITO I – Advocacia do paciente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva</b> .....	67
4.2. <b>MANUSCRITO II – Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas: Fatores associados</b> .....	97
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	117
6. REFERÊNCIAS .....	119
7. APÊNDICES .....	135
7.1 APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PARA ENFERMEIROS .....	135
7.2. APÊNDICE B – TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	139
<b>7.3. APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DADOS ONLINE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE</b> .....	141

8. ANEXOS .....151

**8.1. ANEXO A: PARECER DA PLATAFORMA BRASIL**  
    .....151

## 1. INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades hospitalares que atendem pacientes em estado crítico de saúde. Elas contam com assistência da equipe de saúde especializada e dispõem de alta complexidade tecnológica para melhor atender esses pacientes. É um local que necessita de aperfeiçoamento, não só material, mas humano. (BOROWSKE, 2012; VARGAS et al, 2013; MONTEIRO et al, 2013)

Mesmo que o ambiente de UTI se constitua em uma unidade que demanda atendimento com especificidades de especialização e de alta complexidade, é primordial que os enfermeiros, consigam atuar com competência para assegurar qualidade e segurança no cuidado do paciente. Neste sentido, ao primar o melhor cuidado ao paciente e aos familiares, a enfermagem deve estar atenta a todas necessidades que esses apresentam, por exemplo: os cuidados com ventilação mecânica e outros equipamentos conectados aos pacientes, com a prescrição e administração de medicações, com a segurança física e o conforto espiritual, com os conflitos oriundos do momento de vulnerabilidade extrema que paciente e familiares vivenciam. Logo os profissionais que ali trabalham devem desenvolver tanto as habilidades técnicas, quanto as habilidades éticas para lidar com as situações que ocorrem nas atividades de cuidado diário da UTI. (ARBOUR, 2014; LAKANMAA et al, 2014; BARNHOST et al, 2015)

Reportar às habilidades técnicas envolve considerar que a maior parte dos cuidados prestados aos pacientes internados nas UTIs são realizados pelos enfermeiros, o que os coloca a frente para identificar, avaliar e sustentar o que seria melhor a cada um dos internados em sua unidade de atuação. Logo, enfermeiros de UTI devem se empoderar de conhecimento e habilidades para cuidar de pacientes e familiares. Alguns estudos sinalizam a importância da enfermagem baseada em evidências, para relacionar o estado funcional do paciente com escalas de desempenho, a trajetória da doença e o prognóstico. (BOROWSKE, 2012; BARNHOST et al, 2015; WALKER, 2015) Defende-se essa prática a fim de incentivar a equipe de enfermagem a atuar em áreas como rastreamento e monitoramento de indicadores, tais como quedas ou úlceras de pressão, educação de pacientes e familiares, incentivando práticas de autocuidado. Infere-se que essas habilidades técnicas quando adequadamente executadas podem, sim, serem entendidas como promoção da defesa do paciente e da família pelo enfermeiro.

Por sua vez, evidenciar a habilidade ética do enfermeiro, abrange

desenvolver capacidade reflexiva e voltada para os componentes sócio-emocionais do cuidado, como por exemplo, ajudar os pacientes e suas famílias a compreender o que esperar dos cuidados de saúde prestados, promover uma cultura de escuta e de comunicação aberta com pacientes e familiares, lidar com estresse e pessoas estressadas, individualizar o cuidado para cada paciente e família. Essa habilidade tem se mostrado uma demanda emergente no contexto da terapia intensiva, já que a questão técnica não contempla uma maior preocupação dos próprios pacientes e familiares, haja vista que esses desconhecem os aspectos científicos do cuidado, sendo então avaliado o cuidado a partir da comunicação entre o profissional enfermeiro e as pessoas as quais recebem os cuidados de enfermagem. (GILL et al, 2013) Com isso busca-se o desenvolvimento moral dos enfermeiros, os qualificando na tomada de decisões principalmente na prática clínica em defesa de seus pacientes, desenvolvendo habilidades de relacionamento interpessoal, a fim de entenderem seus pacientes, familiares, colegas de trabalho, gerentes, e tomarem a melhor decisão. (TRAPANI, 2014)

Esse papel do enfermeiro na defesa do paciente, pode tornar-se mais evidente na UTI devido a maior vulnerabilidade dos pacientes internados nessas unidades, tanto pela gravidade de seu quadro clínico, como pela quantidade de aparato tecnológico presente nesse ambiente. Estudos sinalizam que enfermeiros sentem mais necessidade em se colocar como defensores dos pacientes quando percebem que esses estão vulneráveis, devido sua situação clínica, falta de conhecimento, e baixo nível de autonomia. (CHOI et al, 2014; BARLEM et al, 2015; TRAPANI, 2014; COLE, 2014) Pacientes vulneráveis são aqueles que não podem se representar plenamente, nem proteger seus direitos, necessidades e desejos, ou aqueles incapazes de tomar decisões melhores apropriadas em seus cuidados de saúde. (CHOI et al, 2014; BARLEM et al, 2015; TRAPANI, 2014; COLE, 2014)

É papel dos enfermeiros defender seus pacientes quando esses são impedidos de ter acesso aos seus direitos, sendo isso imposto pela sociedade, família ou profissionais de saúde. A defesa do paciente pelo enfermeiro da UTI perpassa ações de intervenção quando os pacientes e/ou seus familiares não tem acesso garantido aos gerentes de saúde da instituição a qual estão internados, ou aos médicos responsáveis pelo seu tratamento, sendo então privados de informação e auxílio. (TODA, 2015; COLE, 2014)

No Brasil as diretrizes éticas da enfermagem declaram apenas implicitamente o papel do enfermeiro como defensor dos pacientes,

porém os códigos internacionais de prática em enfermagem da Associação Americana de Enfermeiros e do Conselho Internacional de Enfermagem incluem o termo advocacia<sup>1</sup> do paciente pelo enfermeiro como papel do enfermeiro em elementos de defesa, como por exemplo, o fornecimento de informações suficientes para que o paciente seja capaz de tomar decisões apropriadas quando te sua saúde ameaçada por terceiros. (ANA, 2001; ICN, 2006) Não existe um conceito definido para o termo advocacia do paciente, apesar de saber-se que deve ser praticada como meta profissional. O termo advocacia do paciente vem de advogar, remetendo a defesa dos interesses do paciente, sendo visto com um papel ético e legal no exercício profissional do(a) enfermeiro. (NOGARIO et al, 2015; EKLUND et al, 2014)

Advocacia do paciente é retratada na literatura internacional como um componente essencial do papel do enfermeiro. Essa intervenção é necessária quando esse julga, avaliando o processo de cuidado e as situações a que o paciente está sendo submetido, detectando que existem potenciais problemas que possam vir a prejudicar o paciente. (COLE, 2014; TODA, 2015) O que espera-se do enfermeiro na advocacia do paciente vai além de monitorar e observar as condições de saúde; está conectado ao seu entendimento e à determinação de que cuidados são necessários para cada paciente, podendo então defender e assegurar que este tenha o melhor cuidado, agindo assim em seu nome. (SALMOND, 2011; BARLEM et al, 2015; TRAPANI, 2014)

Defesa do paciente pelo enfermeiro, também, acontece por meio de uma interação Enfermeiro – Paciente/Família, respeitando os valores da outra parte. (TODA, 2015; CYPRESS, 2011) Neste sentido, na UTI, o enfermeiro deve trabalhar com o paciente e sua família, considerando-os e prezando pelo seu bem-estar, sua privacidade, confidencialidade, orientando em questões éticas, como a ordem de não ressuscitação e as diretivas antecipadas de vontade, informando a paciente e família sobre a condição de saúde, procedimentos e tratamentos realizados, auxiliando em sua tomada de decisão, assegurando assim que suas decisões e desejos sejam escutados e satisfeitos. (CYPRESS, 2011; ARBOUR, 2014)

Na advocacia do paciente o enfermeiro deve entender a comunicação como importante meio de exercer tal defesa, sendo que a comunicação com paciente e familiares, ou com equipe de saúde, é essencial para a tomada da melhor decisão frente a problemas éticos

---

<sup>1</sup>Advocacia é tradução de advocacy, termo utilizado na literatura internacional.

vivenciados na UTI. Com base no que considera ser o melhor para o paciente, o enfermeiro deve sempre contribuir, influenciar e discutir tratamentos, cuidados, orientações e decisões de outros profissionais, também orientando paciente e familiares sobre a melhor decisão a ser tomada. (CYPRESS, 2011; ARBOUR, 2014; TRAPANI, 2014; BOROWSKA, 2012)

Cabe ao enfermeiro orientar e esclarecer as dúvidas acerca do diagnóstico e tratamento, de modo que seu papel educativo é fundamental na assistência prestada, pois o esclarecimento sobre os diversos aspectos da doença contribui para a melhor vivência do paciente, diminuindo sua ansiedade. Dentre as áreas de competência da enfermagem, a educação é apontada pelos profissionais, pacientes e familiares como sendo de extrema importância. A educação do paciente e de seus familiares ocorre como parte integral da interação entre eles e o enfermeiro, expressando-se de diversas formas dependendo das necessidades da família, do meio sociocultural, de seu estado emocional. Geralmente essa educação ocorre como resposta a preocupações apresentadas pela família e pelo paciente, e é mais efetiva quando entendida como respeitosa e específica ao paciente. (DA LUZ et al, 2015; ARBOUR, 2014; WALKER, 2015; EKLUND et al, 2014a)

A autonomia e o empoderamento são vistos em algumas pesquisas (EKLUND et al, 2014; CHOI et al, 2014; COLE, 2014) como atributos fundamentais de defesa do paciente por parte do enfermeiro. Este tem uma atribuição difícil, já que deve ter controle e se sentir seguro em sua profissão, a fim de defender os seus pacientes, o que também incide sobre a competência de enfermagem. Esta percepção se conecta à imagem do enfermeiro como profissional competente, autônomo e com caráter moral.

Em unidades complexas como a UTI os enfermeiros na sua prática confrontam várias condições desfavoráveis, seja por retenção de custos, aumento da demanda de serviço, corte no número de profissionais, e também enfrentam situações estressoras como quando defendem os pacientes frente a problemas éticos a que estão expostos nessas unidades, como as decisões envolvendo a tomada de decisões rápidas e precisas para evitar sequelas e aumentar a sobrevivência dos pacientes. (MONTEIRO et al, 2013; CHOI et al, 2014; PEGUEROLES, 2015; VARGAS et al, 2013)

Para medir efetivamente a advocacia desenvolvida por enfermeiros em uma perspectiva da proteção dos pacientes em um ambiente hospitalar foi desenvolvida a Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS), que é um instrumento que nos permite uma mensuração quantitativa das crenças e ações dos enfermeiros que promovem a proteção de pacientes pela

advocacia. (HANKS, 2010)

A PNAS foi desenvolvida e testada por Hanks (2010) e é um questionário de 43 questões que se dividem em 4 categorias: ações quanto advogados, status no trabalho e ações de advocacia, influências do ambiente e educação, e suportes e barreiras para a advocacia. (GAZARIAN et al, 2016) No Brasil a PNAS foi adaptada transculturalmente e validada por Tomaschewski-Barlem (2015), sendo a *Protective Nursing Advocacy Scale* - Versão Brasileira um instrumento válido e confiável para a avaliação das crenças e ações da advocacia por enfermeiros brasileiros(as). (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al, 2015; BARLEM et al, 2015)

Pode-se dizer que a defesa do paciente é uma estratégia para ajudar os pacientes com problemas importantes que não poderiam ser abordados de outra maneira, e alguns estudos sinalizam que enfermeiros da UTI tem uma longa história na advocacia, sendo responsáveis por essa distinção do que deve ser feito ou não quando se trata da saúde do paciente. (TRAPANI, 2014; CYPRESS, 2011; BOROWSKA, 2012; ARBOUR, 2014)

Foi evidenciado que esta história na advocacia exercida pelos enfermeiros intensivistas, não está suficientemente retratada na literatura, tanto nacional como internacional. No Brasil, inexitem estudos que tenham abordado a advocacia do paciente pelo enfermeiro no contexto da terapia intensiva. E, internacionalmente foram encontrados 11 (onze) artigos que tratam da temática da advocacia do paciente pelo enfermeiro na UTI nos últimos 5 anos, como constatado em revisão integrativa apresentada posteriormente. Logo pode-se afirmar que esse estudo será relevante para analisar o exercício do enfermeiro na defesa do paciente no contexto da terapia intensiva do Brasil.

Questiona-se então: Quais são os fatores no exercício da defesa do paciente por enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva? Quais suas ações no exercício da advocacia do paciente de UTI e que influências o enfermeiro sofre nessa defesa?

Dessa forma, tem-se como objetivos da pesquisa:

Identificar fatores que influenciam no exercício da defesa do paciente por enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva, utilizando a escala *Protective Nursing Advocacy Scale* – versão brasileira. Analisar os fatores associados às ações de defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas, utilizando a escala *Protective Nursing Advocacy Scale* – versão brasileira.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão da literatura tem como intuito desenvolver os temas relacionados à pesquisa proposta, balizando teoricamente a discussão dos resultados oriundos da pesquisa. Foi realizada uma pesquisa em bases de dados sobre as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e o trabalho dos enfermeiros nessas UTIs; a Advocacia do paciente pelos Enfermeiros (*Advocacy*); e a Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros – a *Protective Nursing Advocacy Scale*. Além disso, efetivou-se uma Revisão Integrativa da literatura, com os descritores: Defesa do paciente; Enfermagem; e Unidades de Terapia Intensiva. A revisão encontra-se em forma de artigo na íntegra.

## 2.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o trabalho do Enfermeiro da UTI

Florence Nightingale em 1860 já estava à frente de seu tempo em sua percepção de que os pacientes precisavam de cuidados especializados, de acordo com sua condição. Logo, ela exerceu papel fundamental ao propor tratar pacientes graves em locais separados dos demais, criando desta forma, o embrião das Unidades de Terapia Intensiva que conhecemos hoje. (AMIB, 2013)

O surgimento das UTIs se deu no início do século passado, com a criação de leitos para o pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos, no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, e para prematuros, em 1927, no Hospital Sarah Morris em Chicago. O posterior surgimento das “*shock wards*” durante a II Guerra Mundial, com o objetivo de atender aos feridos, mantendo-os sob vigilância após cirurgias ou ressuscitação, e também o desenvolvimento da ventilação mecânica decorrente, principalmente, da epidemia de poliomielite na Europa e EUA na década de 1940, foram importantes para efetivamente criar as UTIs. A primeira UTI multidisciplinar apareceu em 1958, no atual *Johns Hopkins Bayview*, na cidade de Baltimore nos EUA. (SCCM, 2016). No Brasil as primeiras UTIs surgiram nos anos 60 no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro e no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, desenvolvendo-se nas demais regiões a partir de 1970. (AMIB, 2016)

O Ministério da Saúde (ANVISA, 2012) define que as UTIs são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica. Ainda, que todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais. (ANVISA, 2012)

Os serviços de tratamento intensivo têm como objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação, que exijam assistência médica ininterrupta, além de recursos tecnológicos e humanos especializados. As admissões em UTIs são baseadas em algumas justificativas salientadas pelo Conselho Federal de Medicina (2016), sendo eles: diagnóstico e necessidade do paciente; serviços médicos disponíveis na instituição; priorização de

acordo com a condição do paciente; disponibilidade de leitos; e potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico. (CFM, 2016)

A UTI é um setor hospitalar onde os profissionais exercem uma assistência de alta complexidade, sendo local de grande especialização e concentração de tecnologia. Essa alta complexidade pode ser definida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Isso exige que os profissionais da saúde que trabalham no espaço da UTI possuam grande aporte de conhecimentos e habilidades. (CHAVES, 2012; MONGIOVI, 2014; BRASIL, 2015)

O enfermeiro intensivista é essencial para o trabalho na UTI, devido sua formação, especializada para a área da terapia intensiva, ele(a) é altamente qualificado para prover o cuidado integral ao paciente internado nessas unidades. Esse enfermeiro ajuda na comunicação entre todas as pessoas envolvidas no cuidado, pois ele tem contato próximo com o paciente e familiares e pode, usualmente, defender os desejos do paciente, podendo se tornar parte importante da tomada de decisão do paciente, da família, e da equipe de saúde.” (SCCM, 2016b)

O enfermeiro da UTI tem papel assistencial e gerencial, sendo necessário que ele(a) atuem de maneira a incorporar a fundamentação teórica e científica, com a capacidade de liderança, a autonomia, a manutenção de tecnologias e as habilidades sociais e emocionais. (VIANA *et al*, 2014)

O enfermeiro da UTI é responsável por diversos cuidados nessas unidades, como por exemplo: obter a história do paciente, realizar exame físico, executar procedimentos e intervenções relativas ao tratamento, avaliar as condições clínicas, orientar os pacientes para continuidade do tratamento, educação do paciente e familiares sobre o autocuidado. Esse enfermeiro também deve possuir habilidades de gerenciamento como o planejamento, a supervisão e a coordenação da equipe de enfermagem, o que se constitui de uma atividade complexa em que o cuidar e o gerenciar devem ser sempre próximos, primando uma integralidade do cuidado. Por ser requisitado em tantas esferas de cuidado dentro da UTI o enfermeiro deve estar sempre se atualizando para enfrentar as ocorrências diárias no suporte ao paciente e familiar e devolver habilidades para a prática interdisciplinar, característica do processo de trabalho em UTI. (CHAVES, 2012; VIANA *et al*, 2014)

Entende-se a ética como atribuição preliminar para a prática de enfermagem, especialmente em UTIs, considerando que essa prática envolve comprometimento e sensibilidade acerca da parte física e psicológica dos pacientes. (BORHANI et al., 2015) Enfermeiros que atuam nas UTIs devem estar sempre preparados para lidar com as questões complexas em seu trabalho, utilizando, além de seus conhecimentos prévios e experiência, seus princípios éticos nas tomadas de decisão comum nessas unidades. (KYDONAKI et al., 2016; BORHANI et al., 2015) A UTI foi evidenciada como local onde as questões éticas tem participação central na tomada de decisões pelos enfermeiros, esses buscam prover um cuidado de enfermagem voltado a proteção do paciente e seu familiar, contra intercorrências e conflitos éticos possíveis. (PEGUEROLES et al., 2016; WIEGAND & FUNK, 2012)

As situações éticas vivenciadas pelos enfermeiros na UTI são as mais diversas, e fazem emergir os problemas éticos, que são enfrentados por esses enfermeiros em suas atividades de cuidado diárias, sendo as mais comuns: o pouco reconhecimento no trabalho; a sobrecarga de trabalho; a rigidez e pouco suporte gerencial e institucional; falta de autonomia na decisão da não realização de procedimentos desnecessários; não conseguir assegurar o melhor cuidado aos pacientes, principalmente s vulneráveis; decisões tomadas em esferas políticas; ausência ou fragilidade dos registros de enfermagem; a morte de pacientes. (MONTEIRO et al, 2013; TRAPANI, 2014; BOROWSKA, 2012; VARGAS et al, 2013)

O reconhecimento de situações que o enfermeiro da UTI considera como moralmente inadequadas, pode levar esses enfermeiros a tristeza, acúmulo de estresse, enfrentamento ineficaz e Síndrome de *Burnout*, fazendo com que eles vivenciem o sofrimento moral. (LUZ et al, 2015; ARBOUR, 2014). Estudos sinalizam que quando os profissionais de enfermagem nas UTIs percebem a comunicação com a família e paciente como algo negativo, eles não se sentem efetivos em seus cuidados ao paciente e de sua equipe. Isso aumenta o nível de estresse, a insatisfação no trabalho e a insatisfação da família e do paciente com o cuidado apresentado. (ARBOUR, 2014; PEGUEROLES et al., 2015)

Entende-se então que a UTI, com seus problemas éticos e sofrimento moral imposto aos trabalhadores da enfermagem, é local propício para o impedimento dos enfermeiros de exercer a sua autonomia profissional. No entanto, quando confrontados com dilemas éticos, os enfermeiros sentem-se mais responsáveis pelas decisões que honram o

seu compromisso com a sociedade e com seus pacientes em particular. (WIEGAND & FUNK, 2012) Os enfermeiros então, são confrontados com obrigações éticas e desempenham um papel importante como defensores dos pacientes.

Nessa perspectiva, a advocacia do paciente pelo enfermeiro na UTI pode ser frustrante, demorada e desgastante, e esses profissionais podem encontrar barreiras para sua atuação na advocacia, principalmente quando suas preocupações não são levadas a sério. Mesmo com todos os entraves a advocacia do paciente pelo enfermeiro de UTI é apontado em diversos estudos como de grande importância para o paciente, familiares e profissionais envolvidos. (KYDONAKI et al., 2016; WIEGAND & FUNK, 2012; PEGUEROLES et al., 2015; PEGUEROLES et al., 2016; BORHANI et al., 2015)

## 2.2 Advocacia do Paciente (Advocacy)

A prática da advocacia do paciente surgiu nos Estados Unidos, na década de 1970 (ANNAS, 1974), emergindo de movimentos sociais que contribuíram para a rejeição de atos paternalistas por parte dos consumidores dos cuidados de saúde e para a exigência do exercício de sua autonomia em situações de tomada de decisão clínica acerca dos cuidados nos seus processos de saúde e doença (ANNAS; HEALEY, 1974; MAHLIN, 2010). A partir de 1980, a advocacia do paciente passou a ser reconhecida nos ambientes de prática dos enfermeiros e considerada como um elemento inerente à ética profissional de enfermagem, tendo em vista a proximidade da relação enfermeiro-paciente e o tempo constante de permanência desse profissional nas unidades de saúde (HANKS, 2010).

Embora a advocacia do paciente seja descrita como um ideal para a prática de enfermagem, seu significado, alcance e implicações ainda não estão claramente definidos, o que pode ocasionar ambiguidades e dificuldades no seu exercício nos diferentes ambientes de saúde. Contudo, apesar da advocacia do paciente revelar-se como um conceito amplo na enfermagem, ações dos enfermeiros aplicáveis a diferentes situações e contextos tem sido exploradas na literatura (GRACE, 2001; BU, WU, 2008; HANKS, 2010a).

Em âmbito internacional, investigações realizadas com enfermeiros de diferentes contextos evidenciaram que o exercício da advocacia do paciente pode ser influenciado por características pessoais

de quem a exerce, bem como pela especificidade das relações, situações clínicas e ambientes de atuação nas organizações de saúde (VAARTIO; LEINO-KILPI, 2005; SIMMONDS, 2008). Nesses contextos, é possível verificar que a advocacia do paciente pode consistir em comportamentos multidimensionais e está associada, principalmente, ao reconhecimento do próprio papel de advogado pelos enfermeiros, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes (BU; WU, 2008; VAARTIO et al., 2006; VAARTIO et al., 2008; TRAPANI, 2014; CYPRESS, 2011; BOROWSKA, 2012; NOGARIO et al, 2015)

O papel dos(as) enfermeiros(as) na advocacia tem sido definido como sendo a voz dos pacientes, como uma forma de enfrentamento dos diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder, e como uma forma de capacitar os pacientes para suas decisões e intervir nas falhas de comunicação entre os pacientes e outros profissionais da saúde. Também é entendido como propósito do enfermeiro na advocacia, auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, a defender seus direitos, garantindo a qualidade do cuidado e servindo como um elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde (HAMRIC, 2000; NEGARANDEH et al., 2006; HANKS, 2010a; COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014). Desse modo, o enfermeiro, como advogado do paciente, necessita apoiar ativamente seus direitos e escolhas, auxiliando-o a esclarecer suas decisões, promovendo seus interesses legítimos e protegendo seus direitos fundamentais, como a autonomia na tomada de decisões (HAMRIC, 2000).

Destaca-se que os enfermeiros agem como advogados dos pacientes quando percebem que esses necessitam de ajuda na tomada de decisões, especialmente, quando esses se encontram vulneráveis, com suas necessidades não satisfeitas (HANKS, 2010), ou ainda, se a qualidade dos serviços diminui e quando os pacientes não recebem cuidados adequados (BU; JEZEWSKI, 2007; NEGARANDEH et al., 2008; SCHLAIRET, 2009; CHOI et al, 2014; COLE, 2014; BARLEM et al, 2015).

A combinação de hospitalização, doença e sujeição aos cuidados da equipe de saúde pode constituir uma situação difícil para que os pacientes possam expressar plenamente suas opiniões e escolhas. Assim, ao assumirem o compromisso moral de exercer a advocacia do paciente, os enfermeiros podem demonstrar que estão em uma posição única nas relações em saúde, podendo auxiliar os pacientes a esclarecerem os objetivos dos seus tratamentos e na tomada de decisões de saúde relacionadas (MAHLIN, 2010).

Bu e Jezewski (2007) descrevem que os antecedentes da advocacia do paciente na enfermagem podem ocorrer tanto em níveis macrossociais como microssociais no sistema de saúde. No nível macrossocial, as disparidades de saúde, motivadas por fatores como a pobreza e o acesso aos serviços de saúde, constituem as principais razões para advogar. Ainda, o ambiente hospitalar pode compreender um importante antecedente macrossocial na medida em que o uso da tecnologia avançada e os custos de saúde têm ignorado a autonomia e os valores dos pacientes. Já a nível microssocial, as condições clínicas dos pacientes constituem os principais antecedentes de advocacia, destacando-se, entre essas, a vulnerabilidade do paciente (BU; JEZEWSKI, 2007). Desse modo, a advocacia do paciente vem se consolidando como uma resposta aos problemas no sistema de saúde e às disparidades decorrentes (MAHLIN, 2010).

### 2.3 Protective Nursing advocacy Scale - versão brasileira (PNAS)

Apesar da importância da advocacia do paciente ser notável na literatura internacional existe a falta de instrumentos para mensurar a advocacia exercida pelo enfermeiro. Hanks (2010) propõe então a Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS), desenvolvida por ele para ocupar esse espaço na medida da advocacia, exercida pelo enfermeiro, na perspectiva da proteção dos pacientes no ambiente de cuidado da saúde, *“specifically the beliefs and actions of nurses that protect patients via advocacy and supportive variables in the advocacy role”* (Hanks, 2010). Anterior a PNAS existiam instrumentos, como o Nursing Advocacy-Beliefs and Practice (1991) e derivado dele o Patient Advocacy Scale (1998), que serviam para o propósito de saber da autonomia e o suporte institucional dos(as) enfermeiros(as) quando esses atuam na advocacia do paciente, não sendo direcionado para as ações da advocacia do paciente tomada pelos enfermeiros. (HANKS, 2010)

A PNAS proposta por Hanks (2010) foi desenvolvida a partir de bases teóricas que analisam os aspectos da advocacia pelos enfermeiros da perspectiva da proteção dos pacientes. Logo foram usados 3 modelos conceituais: (i) Cho em sua Conceptual Structural Model of Client Advocacy, que em seu modelo traz o enfermeiro agindo em nome de pacientes e falando em nome de pacientes; (ii) Ingram e a enfermagem na advocacia para os pacientes, como guardião dos direitos dos doentes e como protetor da autonomia dos pacientes; e (iii) Hanks e sua Esfera de Enfermagem onde enfermeiras fornecerão um escudo protetor entre os

pacientes vulneráveis e o ambiente externo. (HANKS, 2010) Após selecionar sua base e refletir sobre os modelos do ponto de vista da proteção do paciente pelo enfermeiro em sua advocacia foi criada e validada pelo próprio Hanks (2010) a PNAS.

A Protective Nursing Advocacy Scale é composta por 43 questões, sendo respondida por meio de uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos, utilizando-se 1 para “discordo totalmente”, 2 para “discordo parcialmente”, 3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo parcialmente” e 5 para “concordo totalmente”. (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al, 2015)

A escala foi validada após sua aplicação em uma amostra de 419 enfermeiros médico-cirúrgicos, Hanks (2010) validou quatro constructos: (i) atuando como advogado, que reflete ações tomadas pelos enfermeiros quando advogam para os pacientes; (ii) situações de trabalho e ações de advocacia, que reflete as possíveis consequências da advocacia de pacientes no ambiente de trabalho; (iii) ambiente e influências educacionais, que medem a influência do conhecimento e ambiente interno dos enfermeiros, como valores pessoais, confiança e crenças para atuarem como advogados; (iv) suporte e barreiras para a advocacia, que indicam os facilitadores e as barreiras para a advocacia do paciente na enfermagem, incluindo o ambiente de trabalho como um todo. A consistência do instrumento original foi medida pelo alfa de Cronbach, tendo como resultado 0,80 para o instrumento inteiro, variando de 0,93 a 0,70 para os construtos (HANKS, 2010; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al, 2015).

A PNAS foi adaptada para ser utilizada em alguns países onde a temática da advocacia do paciente pelo enfermeiro vem sendo abordado cada vez mais pelas academias, um desses países foi o Brasil. (GAZARIAN et al, 2016) A PNAS foi traduzida e adaptada transculturalmente por Tomaszewski-Barlem (2015) tendo-se como sua versão final a Protective Nursing advocacy Scale - versão brasileira, esta foi aprovada para aplicação e validação, sendo possível então analisar as crenças e ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente. O instrumento foi adicionado de uma parte inicial de caracterização dos sujeitos contendo características sociodemográficas, que pudessem ser significativas para a correlação com a advocacia do paciente. (HANKS, 2010; BARLEM, 2012).

A Protective Nursing advocacy Scale - versão brasileira (ANEXO A) foi validada após aplicação de sua versão final a 198 enfermeiros de dois Hospitais de grande porte da região sul do país, onde 165

instrumentos foram recuperados e 153 foi o resultado da amostra final, tendo sido calculada a necessidade de 150 instrumentos para a validação dos constructos: implicações negativas do exercício da advocacia, ações de advocacia, facilitadores ao exercício da advocacia, percepções que favorecem o exercício da advocacia e barreiras ao exercício da advocacia. (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al, 2015). Obteve-se autorização dos autores da escala em sua versão brasileira para utilização dessa com a população proposta por esse estudo.

## 2.4 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: Defesa do paciente; Enfermagem; e Unidades de Terapia Intensiva.

### REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: ADVOCACIA DO PACIENTE, ENFERMAGEM E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

#### Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar através de uma revisão integrativa, o que a comunidade científica mundial está discutindo referente ao tema advocacia do paciente pelos enfermeiros no contexto da terapia intensiva, nos últimos 5 anos (2012-2017). Também buscou-se analisar os artigos e categorizá-los de acordo com os resultados apresentados. Foram selecionados 54 artigos e analisados 11, publicados nas bases de dados BVS/BIREME, SCIELO, SCOPUS e CINAHL. O artigo descreve como acontece a atuação dos enfermeiros na defesa dos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva. Exemplificando os motivos para que os enfermeiros necessitem atuar na advocacia e o que pode influenciar para que ocorra, de maneira positiva ou negativa, a advocacia no contexto da terapia intensiva. Sinaliza-se que o enfermeiro pode ter satisfação ou estresse ao exercer a advocacia do paciente, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva onde os conflitos éticos são bem evidenciados. Entende-se que existe a necessidade da realização de mais pesquisas sobre a temática da advocacia do paciente de Unidade de Terapia Intensiva, primando a melhor formação e instrução de profissionais enfermeiros que atuam nessa área com pacientes críticos.

**Descritores:** Defesa do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem.

#### Introdução

Advocacia do paciente é retratada na literatura internacional como um componente essencial do papel do enfermeiro. Essa intervenção é necessária quando o enfermeiro julga, avaliando o processo de cuidado e as situações a que o paciente está sendo submetido, que existem potenciais problemas que possam vir a prejudicar o paciente. (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014; TODA et al., 2015)

O termo advocacia do paciente vem de advogar, remetendo a defesa dos interesses do paciente, sendo visto com um papel ético e legal no exercício profissional do enfermeiro. (NOGARIO et al., 2015)

Não existe um conceito definido para o termo advocacia do

paciente, apesar de saber-se que deve ser praticada como meta profissional. O que se espera do enfermeiro na advocacia do paciente vai além de monitorar e observar as condições de saúde; está conectado ao seu entendimento e à determinação de que cuidados são necessários para cada paciente, podendo então defender e assegurar que este tenha o melhor cuidado, agindo assim em seu nome. (LUIZ DEVOS BARLEM et al., 2015; SALMOND, 2011)

Esse papel do enfermeiro na defesa do paciente pode tornar-se mais evidente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), pois essas são unidades hospitalares que atendem pacientes em estado crítico de saúde, tendo esse paciente uma maior vulnerabilidade, tanto pela gravidade de seu quadro clínico, como pela quantidade de aparato tecnológico presente nesse ambiente. As UTIs contam com assistência da equipe de saúde especializada e é um local que necessita de aperfeiçoamento, não só material, mas humano. (VARGAS et al., 2013)

Em unidades complexas como a UTI os enfermeiros na sua prática enfrentam situações estressoras como quando defendem os pacientes frente a problemas éticos a que estão expostos nessas unidades, como as decisões envolvendo as tomadas decisões rápidas e precisas para evitar seqüelas e aumentar a sobrevida dos pacientes. (FALCÓ-PEGUEROLES et al., 2015; VARGAS et al., 2013)

São situações problemáticas que, constantemente, demandam do enfermeiro de terapia intensiva uma reflexão ética aprimorada capaz de orientar o seu agir, devendo então, se empoderar de conhecimento e habilidades para cuidar de pacientes e familiares. (BARNHORST; MARTINEZ; GERSHENGORN, 2015; WALKER et al., 2015)

As habilidades éticas tem se mostrado uma demanda emergente no contexto da terapia intensiva, já que a questão técnica não contempla uma maior preocupação dos próprios pacientes e familiares, haja vista que esses desconhecem os aspectos científicos do cuidado, sendo então avaliado o cuidado a partir da comunicação entre o profissional enfermeiro e as pessoas as quais recebem os cuidados de enfermagem. (BARNHORST; MARTINEZ; GERSHENGORN, 2015; WALKER et al., 2015)

Pode-se dizer que a defesa do paciente é uma estratégia para ajudar os pacientes com problemas importantes que não poderiam ser abordados de outra maneira, e alguns estudos sinalizam que enfermeiros da UTI praticam advocacia do paciente mais frequentemente, sendo responsáveis por essa distinção do que deve ser feito ou não quando se trata da saúde do paciente. (CYPRESS, 2011)

No entanto, detectou-se que essa advocacia exercida pelos enfermeiros que atuam na UTI, não está suficientemente retratada na literatura internacional. Logo pode-se afirmar que esse estudo será relevante para caracterizar os estudos científicos frente a temática da advocacia do paciente por enfermeiros da terapia intensiva. Questiona-se então: Qual a produção científica sobre o tema advocacia do paciente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva, entre os anos de 2012 a 2017? E, o que tem sido retratado sobre a advocacia do paciente nos artigos científicos da enfermagem em terapia intensiva?

Os objetivos deste estudo foram: (i) Verificar através de uma revisão integrativa, o que a comunidade científica mundial está discutindo referente a temática da advocacia do paciente em enfermagem, no contexto da Terapia Intensiva adulto nos últimos 5 anos; (ii) Caracterizar os estudos frente a temática da advocacia do paciente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva de acordo com as categorias encontradas na análise dos artigos.

### **Metodologia**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, utilizou-se dados retrospectivos da produção científica constante, objetivando a investigação e análise das diferentes publicações sobre a temática da *advocacia do paciente por enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)*. A revisão integrativa permite a inclusão de estudos calçados em métodos de pesquisa, além de definição de conceitos, revisão de teoria, frequência de ocorrência, evidência e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

O resultado da revisão deve fundamentar a análise de problemas relevantes para Enfermagem. Desta forma, este estudo foi baseado nos seis passos norteadores para a construção de uma revisão integrativa conforme a método descrito por De Souza, Da Silva & Carvalho (2010), a saber: 1) Elaboração da pergunta Norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; e 6) apresentação da revisão integrativa.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BVS/BIREME), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS), nas línguas em inglês, português e espanhol.

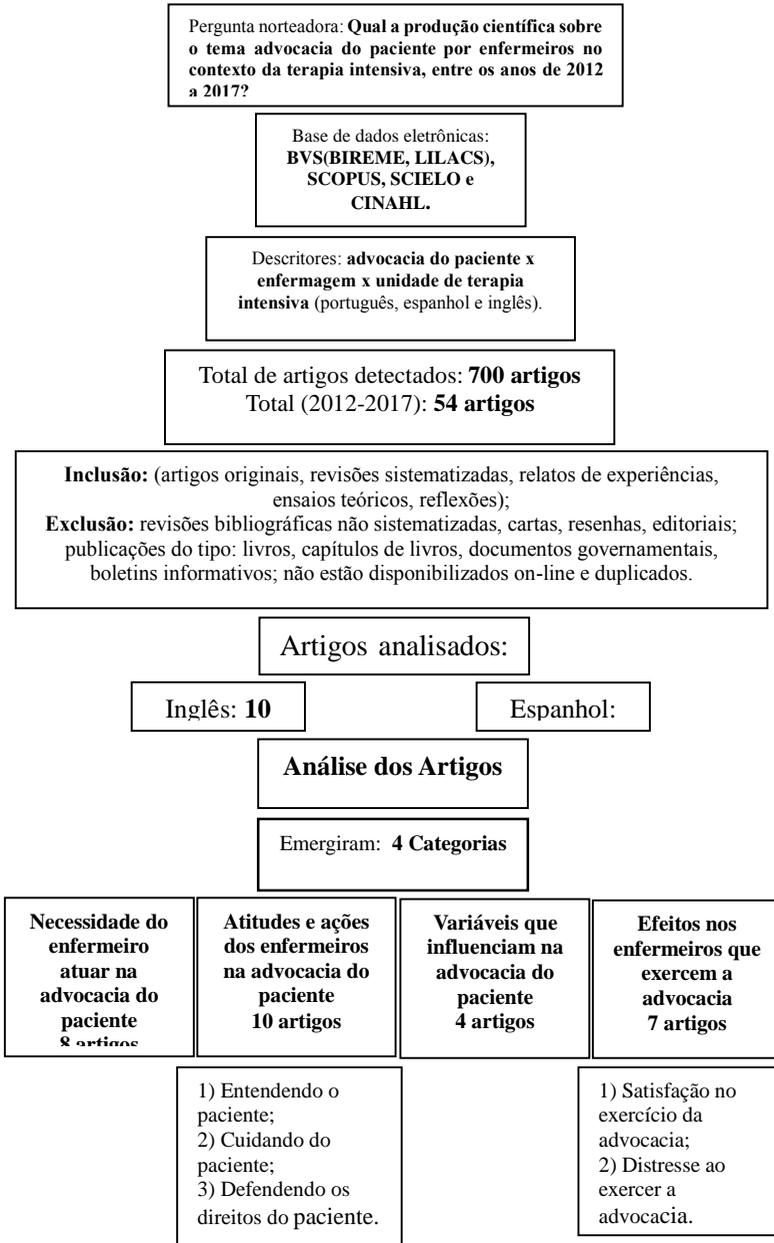
Os descritores utilizados para a coleta de dados seguiram a

classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), da biblioteca virtual em saúde. Foram: *Patient Advocacy (AND) Nursing (AND) Intensive Care Units*, na língua inglesa; *Defensa del Paciente (AND) Enfermería (AND) Unidades de Cuidados Intensivos*, em espanhol; Defesa do Paciente (AND) Enfermagem (AND) Unidades de Terapia Intensiva, em português.

Também foram pesquisados os sinônimos para os Descritores selecionados: Defesa do Paciente (OR) Defesa do Usuário (OR) Defesa do Cliente (OR) Mediadores do Paciente (OR) Representantes dos Pacientes (OR) Representação dos Pacientes (OR) Ouvidoria dos Pacientes; Unidades de Terapia Intensiva (OR) Centro de Terapia Intensiva (OR) Centros de Terapia Intensiva (OR) CTI (OR) Unidades de Terapia Intensiva (OR) Unidades de Terapia Intensiva de Adulto (OR) Unidades de Terapia Intensiva Especializada (OR) Unidades de Terapia Intensiva do Tipo II (OR) UTI.

Para inclusão foram estabelecidos os critérios: trabalhos publicados no formato de artigos científicos completos (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões) nos idiomas inglês, português e espanhol, e no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017. Os critérios de exclusão foram artigos publicados em outros meios de comunicação que não periódicos científicos; artigos do tipo: revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais; publicações do tipo: livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos; e estudos que não estão disponibilizados on-line para análise e estudos duplicados.

**Figura 1:** Fluxograma do itinerário metodológico.



Para a coleta dos dados utilizou-se um instrumento estruturado, abrangendo questões referentes à proposta da pesquisa (tipo de publicação, idioma, país, ano); ao pesquisador (nome, local de trabalho); e ao artigo (revista, título, ano e local da realização da pesquisa, metodologia, amostra, intervenções realizadas, análise, resultados e conclusões). O levantamento bibliográfico foi realizado por dois pesquisadores independentemente, no mês de março de 2017. Os dados foram digitados e analisados em planilhas do Microsoft Excel 2010, utilizando-se de estatística descritiva e apresentados na Figura 1.

Com finalidade de analisar o conteúdo através de um conjunto de técnicas que utilizam processos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. (BARDIN, 2009)

## **Resultados**

De acordo com os descritores advocacia do paciente, enfermagem e unidade de terapia intensiva, foi detectado o total de 700 artigos. Sendo 54 entre os anos 2012-2017 (5 artigos na SCIELO, 17 na SCOPUS, 20 artigos na CINAHL e 12 artigos na BVS). Após os referentes critérios da pergunta norteadora e metodologia de inclusão e exclusão, foram eleitos 11 artigos, sendo eles: 1 artigo da SCIELO, 2 artigos da SCOPUS, 3 artigos da CINAHL e 5 artigos da BVS.

Destes 11 artigos selecionados temos que 10 são em inglês e 1 em espanhol, sendo os países que desenvolveram os artigos: Austrália (1), Chile (1), Suécia (1), Inglaterra (1), Iran (3) e Estados Unidos da América (4).

Em todos os anos pesquisados houve a publicação de pelo menos um artigo sendo que foram 1 em 2014, 2 em 2012 e 2015, 3 em 2013 e 2016. Dados como tipo metodológico da pesquisa, título e resultados está descrito no Quadro 1.

Os artigos foram classificados em 4 categorias, todas articuladas a advocacia do paciente no contexto da UTI: **Necessidade do enfermeiro atuar na advocacia do paciente** - estudos que mostram os motivos pelo qual os enfermeiros defendem os pacientes; **Atitudes e ações dos enfermeiros na advocacia do paciente** – estudos cujo tema está relacionado a como acontece a atuação do enfermeiro na defesa do paciente; **Fatores que influenciam na advocacia do paciente** – Fatores individuais ou externas que estão relacionadas na tomada de decisão em defender o paciente; e **Efeitos nos enfermeiros que exercem a**

**advocacia do paciente** – aspectos positivos e negativos no enfermeiro ao decidir atuar na defesa do paciente.

Foram incluídos subcategorias em duas categorias, em Atitudes e ações dos enfermeiros na advocacia do paciente temos três subcategorias: 1) Entendendo o paciente - entender as expectativas e condições do paciente e família; mostrar compaixão pelo paciente; defender o paciente como a si mesmo; 2) Cuidando do paciente - cuidar do paciente, prevenir agravos ao paciente, proteger o paciente de danos e riscos físicos, mentais, de deliberação, por insuficiência de tratamento ou por tratamento incorreto; 3) Protegendo os direitos do paciente - defender indivíduos incapazes de se defender, ou informar os pacientes sobre seus direitos quando esses não sabem dos mesmos. E em Efeitos nos enfermeiros que exercem a advocacia do paciente duas subcategorias foram criadas: 1) Satisfação no exercício da advocacia do paciente – relatos de sentimentos positivos quando enfermeiros defendem pacientes; 2) Distresse ao exercer a advocacia do paciente – relatos de distresse moral por não concretizar a advocacia do paciente.

**Quadro 1:** Distribuições dos estudos segundo base de dados, autores, ano da publicação, Título do estudo, Método da pesquisa, país de origem, resultados da pesquisa (2012 – 2017). Florianópolis-SC, Brasil, 2017.

Base de dados	Autores/Ano da publicação	Título	Método de pesquisa	País	Resultados
BVS	BAGHERIAN et al., 2016 (BAGHERIAN et al., 2017)	Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses.	Estudo transversal de abordagem quantitativa	Iran	Enfermeiros que atuam na advocacia do paciente mais efetivamente, usam as tecnologias de maneira mais positiva. Sendo que a idade, o grau de instrução e os anos de experiência dos enfermeiros contribuem positivamente no uso de novas tecnologias.
BVS	DAVOODVA ND et al., 2016 (DAVOODVA ND; ABBASZADE H; AHMADI, 2016)	Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study.	Estudo qualitativo	Iran	O estudo separou os conceitos que os enfermeiros tem de advocacia do paciente em duas categorias: Empatia com o paciente (entender o paciente, mostrar compaixão, ser próximo do paciente); e Protegendo o paciente (tomando conta do paciente, priorizando a saúde do paciente e defendendo os direitos do paciente).
BVS	BOROWSKE, 2012 (BOROWSKE, 2012)	Straddling the Fence: ICU Nurses Advocating for	Reflexão teórica	EUA	Os enfermeiros devem defender os pacientes, entendendo suas preferências e honrando suas escolhas.

		Hospice Care.			Devem também questionar os tratamentos desnecessários e discutir com familiares os melhores tratamentos e estratégias de cuidado.
<b>BVS</b>	PATTINSON et al., 2013 (PATTISON et al., 2013)	'Viewing in slow motion': patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of-life care in critical care.	Estudo fenomenológico	Inglaterra	O enfermeiro deve agir na advocacia do paciente em estado terminal, defendendo-o quando lhe é negado tratamento e garantindo conforto, privacidade e dignidade ao paciente.
<b>BVS</b>	GILL et al., 2013 (GILL et al., 2013)	Health consumers' experiences in Australian critical care units: postgraduate nurse education implications.	Estudo exploratório de caráter qualitativo	Austrália	Os enfermeiros devem ter uma formação crítica, que os auxilium a exercer a advocacia do paciente, desenvolvendo atitudes de defesa ao paciente e família.
<b>SCOPUS</b>	AHLUWALIA et al., 2016 (AHLUWALI A et al., 2016)	Nurses as intermediaries: How critical care nurses perceive their role in family meetings.	Estudo qualitativo	EUA	Os enfermeiros são os profissionais mais próximos aos cuidados do paciente, o que possibilita um relacionamento de confiança com a família. Devem então defender os desejos de familiares e paciente e educar a família para a tomada de decisões.
<b>SCOPUS</b>	ARBOUR & WIEGAND, 2014 (ARBOUR; WIEGAND, 2014)	Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study.	Estudo descritivo, fenomenológico	EUA	O enfermeiro deve tomar algumas atitudes na advocacia do paciente terminal como: assegurar o controle da dor; documentar os desejos do paciente; facilitar a comunicação entre familiares e equipe; entender os desejos do paciente e familiares, os ajudando na tomada de decisão, dar suporte a família e paciente os defendendo em situações necessárias.
<b>SCIELO</b>	ROJAS et al., 2013 (ROJAS; VARGAS; FERRER, [s.d.])	Rol de enfermería en la limitacion del esfuerzo terapéutico em el paciente crítico.	Revisão bibliográfica	Chile	O enfermeiro ocupa lugar privilegiado na equipe de saúde, sendo capaz de interagir com a equipe de saúde, os familiares e os pacientes. Isso permite conhecer todos os pontos de vista, sintetizar as informações e contribuir ativamente no processo de tomada de decisão de todas as partes, advogando sempre pela defesa dos direitos do paciente.
<b>CINAHL</b>	FORSBERG et al., 2015 (FORSBERG et al., 2015)	Attitudes towards organ donor advocacy among	Estudo quantitativo	Suécia	Os enfermeiros de UTI atuam mais comumente na advocacia do paciente: cuidando do paciente; preservando, representando e defendendo

		Swedish intensive care nurses.			seus direitos; defendendo os desejos do paciente e família.
<b>CINAHL</b>	BRINDISE et al., 2015 (BRINDISE; BAKER, 2015)	Development of a Tele-ICU Postorientation Support Program for Bedside Nurses.	Estudo de abordagem qualitativa e quantitativa	EUA	A advocacia do paciente é parte essencial do cuidado de enfermagem, sendo que orientações sobre a defesa do paciente são principalmente: consideram os valores do paciente e família; demonstrar entendimento as escolhas do paciente; tomar decisões seguindo os desejos do paciente; capacitar a família e paciente a falarem por si; ser consciente dos direitos dos pacientes.
<b>CINAHL</b>	VALIEE et al., 2012 (VALIEE; NEGARANDE H; DEGHAN NAYERI, 2012)	Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study.	Estudo qualitativo	Iran	Cuidar de pacientes em estado terminal é um fardo emocional para os enfermeiros, sendo que atuar na advocacia do paciente e família pode equilibrar esse sentimento de peso. Logo o enfermeiro deve defender os interesses do pacientes sempre que necessário.

## Discussão

O número de 11 artigos com a temática da advocacia do paciente no contexto da terapia intensiva, para os cinco anos pesquisados, evidencia a falta de estudos no Brasil e sua escassez na América Latina em geral, e mostra a importância de se pesquisar na temática da advocacia do paciente pelos enfermeiros especialmente da UTI. As metodologias escolhidas pelas pesquisas para trabalhar a temática da advocacia do paciente foram as mais diversas, mas a abordagem qualitativa com observações e entrevistas foram mais comumente utilizadas pela necessidade de se entender como acontece a advocacia do paciente nas UTIs. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

A análise dos artigos selecionados permitiu evidenciar quais os temas mais relevantes sobre a advocacia do paciente no contexto da UTI, publicados na comunidade científica, e separa-los em categorias e subcategorias de interesse. Foram encontrados nos resultados dos estudos, principalmente, as atitudes dos enfermeiros quando defendem seus pacientes, as influências do sistema de saúde, do contexto hospitalar, e as influências de valores pessoais na decisão dos enfermeiros exercerem a advocacia do paciente, as razões pelas quais os enfermeiros sentem a necessidade de defender o paciente e os sentimentos, e efeitos, que o exercício da advocacia do paciente tem sobre o enfermeiro. Categorizadas

as temáticas mais relevantes são discutidas a seguir.

### **Necessidade do enfermeiro atuar na advocacia do paciente**

Alguns estudos selecionados na revisão mostram quais são os principais motivos pelos quais os enfermeiros defendem os pacientes no contexto da terapia intensiva. Entre esses motivos são citados: a necessidade do enfermeiro ter conhecimentos para um cuidado especializado devido a condição crítica de saúde dos pacientes; e a grande influência da tecnologia nos cuidados de enfermagem desse pacientes graves. (BAGHERIAN et al., 2017; BOROWSKA, 2012; PATTISON et al., 2013; VALIEE; NEGARANDEH; DEHGHAN NAYERI, 2012)

Os enfermeiros das UTIs devem ser especializados e atuar com competência, assegurando a qualidade e segurança no cuidado do paciente internado nessas unidades hospitalares. As condições clínicas críticas desses pacientes constituem os principais antecedentes de advocacia, enfatizando-se a vulnerabilidade do paciente em um contexto complexo de saúde. (BARNHORST; MARTINEZ; GERSHENGORN, [s.d.]; LAKANMAA et al., 2014) Também na UTI concentra-se uma grande quantidade de aparato tecnológico necessário para os cuidados especializados aos pacientes internados, isso exige que os enfermeiros que trabalham nessas unidades possuam grande aporte de conhecimentos e habilidades. (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012; MONGIOVI et al., 2014)

Ainda, é apontado como motivo para a advocacia do paciente por enfermeiros a proximidade desse com os pacientes e familiares, e seu contato com a equipe multiprofissional. Esse aspecto infere na sua capacidade de concentrar e contribuir com informações para o processo de tomada de decisão dos pacientes e familiares. (AHLUWALIA et al., 2016; CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; PATTISON et al., 2013; ROJAS; VARGAS; FERRER, [s.d.]

Por fim, a advocacia do paciente é entendida como componente indispensável ao enfermeiro no cuidado de pacientes em estado crítico, presente até mesmo nos códigos de ética da enfermagem. Logo, traduz-se em ações desses profissionais, os quais buscam fazer o melhor pelo paciente. (GILL et al., 2013; VALIEE; NEGARANDEH; DEHGHAN NAYERI, 2012)

### **Atitudes e ações dos enfermeiros na advocacia do paciente**

Para os enfermeiros considerarem as necessidades do paciente no planejamento e na execução dos cuidados de enfermagem, são requeridas atitudes e ações de advocacia desses pacientes internados na UTI. Logo os enfermeiros devem desenvolver habilidades que os qualifiquem na tomada de decisões principalmente na prática clínica, habilidades de relacionamento interpessoal com pacientes, familiares, equipe de saúde e gerentes, sempre tomando a melhor decisão em defesa de seus pacientes. (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; GILL et al., 2013) Entre as atitudes dos enfermeiros na defesa dos pacientes podemos destacar três subcategorias: Entendendo o paciente; Cuidando do paciente; e Defendendo os direitos dos paciente.

#### *Entendendo o paciente*

Destaca-se que o enfermeiro tem que entender, e documentar, os desejos e preferências dos pacientes quando esse tem necessidades complexas de saúde, tentando sempre ajudar os pacientes e familiares a tomarem a melhor decisão possível sobre tratamentos e cuidados. Assim o enfermeiro deve garantir a dignidade, conforto e privacidade do paciente, além de atuar com empatia com o paciente e sua família, honrando suas escolhas e entendendo seus valores, mesmo quando diferentes dos seus próprios. (BOROWSKE, 2012; CYPRESS, 2011; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; GILL et al., 2013; PATTISON et al., 2013; TODA et al., 2015) O enfermeiro deveria defender o paciente e família como defenderia a si próprio. Ainda, deve orientar em questões éticas, como a ordem de não ressuscitação e as diretivas antecipadas de vontade, informando a paciente e família sobre a condição de saúde, procedimentos e tratamentos realizados, auxiliando e assegurando em sua tomada de decisão. (AHLUWALIA et al., 2016; ARBOUR; CYPRESS, 2011; WIEGAND, 2014; BRINDISE; BAKER, 2015; ROJAS; VARGAS; FERRER, [s.d.]

#### *Cuidando do paciente*

A ação de advocacia do paciente mas comumente realizada por enfermeiros, no contexto da terapia intensiva, é a defesa dos desejos e vontades do paciente. Deve informar a equipe médica e de enfermagem sobre as preferências do paciente e de sua família, sempre priorizando a saúde do paciente, e garantindo seu bem estar. (BOROWSKE, 2012; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; PATTISON et al., 2013)

É importante o enfermeiro defender os pacientes de possíveis agravos a sua saúde, os considerando vulneráveis. Cuidar eticamente do paciente exige que o enfermeiro exerça um cuidado individualizado e que busque proteger o paciente de danos e possíveis riscos, sejam elas, físicos, mentais, de deliberação, por inadvertência, por insuficiência de tratamento ou por tratamentos incorretos, realizando um cuidado seguro de enfermagem. (AHLUWALIA et al., 2016; ARBOUR; WIEGAND, 2014; GILL et al., 2013)

O enfermeiro deve sempre contribuir, influenciar e discutir tratamentos e decisões de outros profissionais, mas deve também orientar ao paciente e aos familiares sobre a melhor decisão a ser tomada, buscando diminuir sua ansiedade. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; BOROWSKIE, 2012; CYPRESS, 2011; JOSSE-EKLUND et al., 2014; WALKER et al., 2015). E, pode explicar as informações dos médicos e outros profissionais de saúde ao paciente e familiares de maneira que esses possam compreender melhor, e também devem encorajar a presença da família no cuidado do paciente internado na UTI.

Outro papel importante do enfermeiro na defesa dos pacientes e familiares aparece na ajuda à família, para que essa possa se adaptar ao ambiente da UTI, entendendo como funciona o sistema dessa unidade e estabelecendo sua rotina e papel enquanto acompanhante de um paciente em estado crítico. (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; VALIEE; NEGARANDEH; DEGHAN NAYERI, 2012)

#### *Protegendo os direitos do paciente*

O enfermeiro deve cuidar do paciente e preservar, representar e defender seus direitos, durante toda a internação, defendendo os pacientes incapazes de se defender, ou que não sabem de seus direitos, informando-os sobre os seus direitos. Para tal o enfermeiro da terapia intensiva deve ser consciente dos direitos do paciente e de sua família, os defendendo em conflitos éticos, e os ajudando no acesso a recursos e serviços de suporte. (BRINDISE; BAKER, 2015; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; FORSBERG et al., 2015; GILL et al., 2013)

Na advocacia do paciente é necessário que o enfermeiro da UTI tenha uma ótima comunicação com a equipe médica, para demandar sempre o conforto do paciente e garantir o melhor cuidado disponível, monitorando os tratamentos realizados e intervindo, ou buscando uma segunda opinião quando preciso. Deve também sempre defender o

paciente quando lhe é negado tratamento disponível, ou quando é prescrito tratamento desnecessário, a pacientes em cuidados paliativos por exemplo. (GILL et al., 2013; PATTISON et al., 2013; ROJAS; VARGAS; FERRER, [s.d.]

Conversar com a equipe médica, defendendo o direito do paciente ao melhor tratamento, ou na realização de seus desejos, é atuar ativamente na advocacia do paciente em terapia intensiva. Alguns estudos mostram que na maioria dos casos são os enfermeiros que iniciam o debate sobre a futilidade de determinados tratamentos. (ROJAS; VARGAS; FERRER, [s.d.]

Os(as) enfermeiros(as) defendem os pacientes em situações de desrespeito ou de impedimento dos direitos desses por parte da sociedade, família, profissionais de saúde, e dos próprios pacientes. É apontado como fato comum da defesa do paciente pelo enfermeiro(a) na UTI quando o paciente e, principalmente, os familiares não tem acesso aos gerentes e médicos da UTI, sendo privados de informação e auxílio. (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014; LUIZ DEVOS BARLEM et al., 2015; TODA et al., 2015)

### **Aspectos que influenciam na advocacia do paciente**

Dentre os aspectos que influenciam na advocacia do paciente, detectado que os enfermeiros mais velhos e com maior tempo de experiência atuam mais frequentemente na advocacia do paciente. E, constatado que enfermeiros com especialização na área da terapia intensiva tendem a exercer a advocacia do paciente mais comumente. (BAGHERIAN et al., 2017; FORSBERG et al., 2015; GILL et al., 2013)

O enfermeiro deve ter controle e se sentir seguro em sua profissão, para desenvolver atributos como autonomia e empoderamento, atributos esses essenciais na defesa de pacientes no contexto da terapia intensiva. (CHOI; CHEUNG; PANG, 2014; COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014; JOSSE-EKLUND et al., 2014)

Evidenciado que enfermeiros de UTI exercem mais a advocacia do paciente do que enfermeiros de outras clinicas, uma vez que lidam com questões complexas em seu trabalho diário, sendo necessário utilizar, além de seus conhecimentos prévios e experiência, seus princípios éticos nas tomadas de decisão comum nessas unidades. E, nesse sentido, considerado que o dimensionamento enfermeiro-menor número de pacientes influencia no exercício de defesa do paciente. (BOROWSKE, 2012; FORSBERG et al., 2015)

Características pessoais dos enfermeiros como componentes sócios emocionais e motivação pessoal, podem influenciar no exercício da advocacia do paciente. O reconhecimento do próprio enfermeiro como defensor do paciente, considerando suas próprias crenças e ações em relação ao cuidado prestado ao paciente. (BOROWSKE, 2012; CYPRESS, 2011)

Aspectos caracterizados pela especificidade das relações, como enfermeiros que tiveram experiências positivas na defesa do paciente, ou que, mantem uma comunicação positiva com pacientes e familiares, interferem na tomada de decisão em defender os pacientes internados em UTIs. Outro fator que influencia essa decisão de advogar, é a situação clínica do paciente, sendo mais fácil um enfermeiro exercer tal atitude quando considera o paciente mais vulnerável, o que acontece com frequência no contexto da UTI. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; FALCÓ-PEGUEROLES et al., 2015)

### **Efeitos nos enfermeiros que exercem a advocacia do paciente**

Os artigos permitiram discorrer que existem efeitos positivos – satisfação no exercício da advocacia – e negativos – distresse ao exercer a advocacia do paciente – no que diz respeito ao exercício da advocacia. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; BAGHERIAN et al., 2017; BOROWSKE, 2012; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; PATTISON et al., 2013; ROJAS; VARGAS; FERRER, [s.d.]; VALIEE; NEGARANDEH; DEHGHAN NAYERI, 2012)

#### *Satisfação no exercício da advocacia do paciente*

Enfermeiros confrontados com dilemas éticos na UTI sentem-se mais responsáveis pelas decisões que honram o seu compromisso com seus pacientes, desempenhando um papel importante como defensores dos pacientes. (ARBOUR; WIEGAND, 2014) Enfermeiros que tem os conhecimentos das questões éticas no contexto da UTI e que exercem a advocacia com frequência, tem mais confiança em sua tomada de decisões. Eles prestam um papel efetivo na defesa dos pacientes, tem sua satisfação elevada e sentimentos positivos sobre o cuidado prestado ao paciente, equilibrando a sensação de peso emocional causado pelo estado crítico dos pacientes nas UTIs. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; PATTISON et al., 2013; VALIEE; NEGARANDEH; DEHGHAN NAYERI, 2012)

A decisão de praticar a advocacia do paciente deve ser de toda a equipe de enfermagem, sendo que essa ação melhora a qualidade do ambiente de trabalho na UTI, reduz a sobrecarga de trabalho fazendo a equipe trabalhar mais positivamente com as tecnologias disponíveis, e previne o aparecimento de depressão e estresse pós-traumático na equipe. (BAGHERIAN et al., 2017; ROJAS; VARGAS; FERRER, [s.d.]

### *Distresse ao exercer a advocacia do paciente*

Foi encontrado nos artigos que tratam sobre os efeitos do exercício da advocacia do paciente em UTIs duas vertentes que explicam o distresse enfrentado por enfermeiros nesse contexto: o primeiro efeito negativo enfrentado pelos enfermeiros é o sentimento de impotência ao não conseguir atuar na defesa de seus pacientes que necessitam, como por exemplo quando não conseguem realizar todo o plano de cuidados previstos, ou quando tem que realizar tratamentos agressivos que não condizem com a possibilidade de cura do paciente, é apontado que isso resulta em estresse e desgaste para o enfermeiro. (BOROWSKE, 2012; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016)

O ambiente da UTI é local onde comumente ocorre o impedimento dos enfermeiros de exercer a sua autonomia profissional, isso devido os constantes problemas éticos e sofrimento moral imposto aos trabalhadores da enfermagem. O reconhecimento de situações moralmente inadequadas pode levar os enfermeiros a tristeza, acúmulo de estresse, enfrentamento ineficaz e Síndrome de *Burnout*, fazendo com que esses enfermeiros da UTI vivenciem o distresse moral. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; LUIZ DEVOS BARLEM et al., 2015)

A outra vertente sinaliza que quando os enfermeiros que atuam na advocacia do paciente, não sentem que essa é efetiva, vivenciam consequências negativas como aumento do estresse, insatisfação com seu trabalho, e enfrenta a insatisfação de familiares e pacientes com o cuidado prestado a esse. (ARBOUR; WIEGAND, 2014) Nesse sentido, os estudos sinalizam que quando os profissionais de enfermagem nas UTIs percebem a comunicação com a família e paciente como algo negativo, eles(as) não se sentem efetivos em seus cuidados ao paciente. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; FALCÓ-PEGUEROLES et al., 2015)

Por fim, a advocacia do paciente pelo enfermeiro na UTI pode ser frustrante, demorada e desgastante, e esses profissionais podem encontrar barreiras para seus esforços na defesa dos pacientes, principalmente quando suas preocupações não são levadas a sério pela

equipe e família. (ARBOUR; WIEGAND, 2014)

### **Conclusão**

Constatado a ínfima produção científica sobre a temática advocacia do paciente e terapia intensiva. Há uma lacuna do conhecimento na área. Evidenciado, principalmente, relatos acerca de como ocorre a atuação dos enfermeiros na defesa de pacientes ditos como vulneráveis, devido a sua condição crítica de saúde, a necessidade de tecnologia específica e especialidade em seu tratamento, ou a proximidade dos enfermeiros com paciente e familiares nesse processo de cuidado em terapia intensiva. Percebeu-se que a maioria dos estudos descrevem como acontece a defesa dos pacientes pelos enfermeiros, sem buscar intervir em tais atuações do enfermeiro, ou propor mudanças na prática.

As influências sobre a decisão do enfermeiro em atuar ou não na advocacia do paciente são apresentadas como diversas, sendo internas e de ordem pessoal, como motivações pessoais, idade, grau de instrução, experiência profissionais em anos ou em qualidade, e podem ser também de origem externa ao enfermeiro, como o tamanho da UTI em que trabalha, a acessibilidade aos gestores de cuidado e a equipe médica, ou a quantidade e qualidade de aparatos tecnológicos para o cuidado do paciente.

A prática da advocacia do paciente causa efeitos diferenciados nos enfermeiros, a depender da efetividade de tal prática. Quando a advocacia é positiva causa satisfação dos enfermeiros com o cuidado prestado e com a comunicação com o paciente e familiares. E, a advocacia do paciente torna-se negativa na medida em que pode estar articulada ao estresse e à insatisfação dos enfermeiros, quando os mesmos não conseguem atuar na defesa dos pacientes, ou que essa atuação não é valorizada ou percebida pelas pessoas diretamente envolvidas na situação.

Entende-se a necessidade da realização de pesquisas que colaborem para a formação de enfermeiros, tornando-os mais preparados para atuar na advocacia dos paciente em terapia intensiva. É pertinente considerar metodologias capazes de trazer evidências científicas sobre o assunto.

### **Referências**

AHLUWALIA, S. C. et al. Nurses as intermediaries: How critical care nurses perceive their role in family meetings. *Am J Crit Care*, vol. 25, nº 1, pg. 33-38, jan 2016. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/25/1/33.full>. Acesso em: 08 out 2017.

ARBOUR, R.B.; WIEGAND, D.L. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol.30, n. 4, pags. 211-8, aug 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24560634>. Acesso em: 08 out 2017.

BAGHERIAN, B.; SABZEVARI, S.; MIRZAEI, T.; RAVARI, A. Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, v. 39, p. 18–27, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122666>. Acesso em: 06 out 2017.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARNHORST, A.B.; MARTINEZ, M.; GERSHENGORN, G.B. QUALITY IMPROVEMENT STRATEGIES FOR CRITICAL CARE NURSING. *Am J Crit Care*, vol. 24, nº 1, pg. 372-74, set 2015. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/1/87.short>. Acesso em: 11 out 2017.

BOROWSKE, D. Straddling the fence: ICU nurses advocating for hospice care. *Crit Care Nurs Clin North Am.*, vol. 24, nº 1, pg. 105-16, mar 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22405716>. Acesso em: 3 out 2017.

BRINDISE, T.; BAKER, M.P. Tele-ICU Development of a Tele-ICU Postorientation Support Program for Bedside Nurses. *Critical Care Nurs*, vol. 35, nº 4, pg. 8-16, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26232810>. Acesso em: 04 out 2017.

CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. *Rev. Eletr. Enf.*, [Internet], vol. 14, nº 3, pg. 671-8, jul-set 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a25.htm>. Acesso em: 06 out 2017.

CHOI, S. P. PIN; CHEUNG, K.; PANG, S. M. CHE. A field study of the role of nurses in advocating for safe practice in hospitals. *J Adv Nurs.*, vol. 70, nº 7, pg. 1584-93, jul 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24251549>. Acesso em: 01 out 2017.

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics.*, v. 21, n. 5, p. 576–582, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24399831>. Acesso em: 11 out 2017.

CYPRESS, B.S. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 27, n. 1, pags. 273-80, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21868223>. Acesso em: 08 out 2017.

DAVOODVAND, S.; ABBASZADEH, A.; AHMADO, F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*, vol. 9, nº 5, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27471588>. Acesso em: 10 out 2017.

FALCÓ-PEGUEROLES, A. et al. Ethical conflict in critical care nursing: Correlation between exposure and types. *Nursing Ethics*, v. 22, n. 5, p. 594–607, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/267153888\\_Ethical\\_conflict\\_in\\_critical\\_care\\_nursing\\_Correlation\\_between\\_exposure\\_and\\_types](https://www.researchgate.net/publication/267153888_Ethical_conflict_in_critical_care_nursing_Correlation_between_exposure_and_types). Acesso em: 13 out 2017.

FORSBERG, A.; LENNERLING, A.; FRIDH, I.; RIZELL, M.; LOVÉN, C. et al. Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses. *Nurs Crit Care*, vol. 20, nº 3, pg. 126-33, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25611200>.

Acesso em: 12 out 2017.

GILL, F.J.; LESLIE, G.D.; GRECH, C.; LATOUR, J.M. Health consumers' experiences in Australian critical care units: Postgraduate nurse education implications. *Nurs Crit Care*, vol. 18, nº 2, pg. 93-102, mar-abr 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23419185>. Acesso em: 11 out 2017

JOSSE-EKLUND, A.; WILDE-LARSSON, B.; PETZALL, K.; SANDIN-BOJO, A.K. Individual and organisational factors influencing registered nurses' attitudes towards patient advocacy in Swedish community health care of elders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24033338>. Acesso em: 11 out 2017.

LAKANMAA, R. L.; SUOMINEN, T.; PERTTILA, J.; RITMALA-CASTREN, M.; VAHLBERG, T. et al. Basic competence in intensive and critical care nursing: Development and psychometric testing of a competence scale. *J Clin Nurs.*, vol. 23, nº 5-6, pgs. 799-810, mar 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23331409>. Acesso em: 10 out 2017.

LUZ, K.R.; VARGAS, M.A.O.; SCHIMIDTT, P.H.; BARLEM, E.L.D.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G. et al. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros oncológicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 23, n. 6, pags. 1187-94, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01187.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01187.pdf). Acesso em: 07 out 2017.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018). Acesso em: 03 out 2017.

MONGIOVI, V.G.; ANJOS, R.C.C.B.L.; SOARES, S.B.H.; LAGO-FALCAO, T.M. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde:

concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. Rev. bras. enferm., [online], vol.67, n.2, pp.306-311, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 out 2017.

NOGARIO, Aline Carniato Dalle et al. Nursing Actions in practicing inpatient advocacy in a Burn Unit. Rev. esc. enferm. USP, [online], vol.49, n.4, pg.580-8, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000400580&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400580&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 mar 2017.

PATTISON, N. et al. “Viewing in slow motion”: Patients’, families’, nurses’ and doctors’ perspectives on end-of-life care in critical care. Journal of Clinical Nursing, vol. 22, n. 9-10, pags. 1442-54, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23506296>. Acesso em: 12 out 2017.

ROJAS, G.I; VARGAS, C.I.; FERRER, L. ROL DE ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CRÍTICO. Cienc. Enferm., v. 19, n. 3, p. 41-50, 2013 . Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 12 oct. 2017.

SALMOND, S.W. When the family member is a nurse: The role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one. Intensive and Critical Care Nursing, vol. 27, n. 1, pags.10-8, fev 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071227>. Acesso em: 08 out 2017.

TODA, Y. et al. Patient advocacy: Japanese psychiatric nurses recognizing necessity for intervention. Nursing Ethics, vol. 22, nº 7, pags. 765–777, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25244919>. Acesso em: 07 out 2017.

VALIEE, S.; NEGARANDEH, R.; DEGHAN NAYERI, N. Exploration of Iranian intensive care nurses’ experience of end-of-life care: A qualitative study. Nursing in Critical Care, 2012.

VARGAS, M. A. DE O. et al. INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL: DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR

ENFERMEIROS. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 34, n. 1, p. 119–125, 2013.

WALKER, D.K.; BARTON-BURKE, M.; SARIA, M.G.; GOSSELIN, T.; IRELAND, A. et al. Everyday Advocates: Nursing Advocacy Is a Full-Time Job. *AJN*, vol. 115, n. 8, p. 66–70, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26222478>. Acesso em: 01 out 2017.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Desenho de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritivo e exploratório, com delineamento transversal. A pesquisa quantitativa foi escolhida por ser tipicamente dedutiva, visto que a maioria das ideias ou conceitos podem ser reduzidos a variáveis, tornando possível testar e estabelecer relações entre essas. Compreende-se que o conhecimento resultante de uma pesquisa quantitativa é sempre baseado numa cuidadosa observação, medição e interpretação da realidade objetiva, o que oportuniza a análise de causas e suas influências nos resultados (CRESWELL, 2007; DANCEY; REIDY, 2013)

Esse estudo caracteriza-se como do tipo Survey. A pesquisa Survey é compreendida como método empírico de verificação que envolve a coleta e quantificação de dados que servem como permanente fonte de informações sobre opiniões, ações ou características de um determinado grupo de pessoas, indicadas como representantes de uma população (BABBIE, 2009).

Os propósitos de uma pesquisa Survey podem ser muitos, no entanto, de maneira sintética, podemos resumir em três os objetivos gerais de uma pesquisa desse tipo: descrição, explicação e exploração: “Surveys são frequentemente realizados para permitir enunciados descritivos sobre alguma população, isto é, descobrir a distribuição de certos traços e atributos” (BABBIE, 2009, p. 96). Apesar dessas características, muitos estudos têm o objetivo adicional de fazer algumas asserções explicativas sobre a população ou fenômeno estudado, comparando simultaneamente mais de uma característica através de métodos estatísticos multivariados (BABBIE, 2009), como proposto neste estudo.

#### 3.2. Participantes e Local do estudo

A pesquisa foi realizada com os enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do Sul e Sudeste do Brasil. Os estados do Sul e Sudeste do Brasil foram escolhidos como local da pesquisa devido à facilidade de acesso aos enfermeiros em eventos realizados pela Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que ocorreram no período de maio de 2015 a dezembro de 2016 nessas

regiões.

Outro motivo da escolha é o fato das UTIs dessas regiões apresentarem características semelhantes entre si, como a média de leitos de UTI por habitante e a proporção entre UTIs privadas e do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo também diferenciadas das UTIs de outras regiões do país como apontado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2017. (DATASUS, 2016)

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros atuantes em UTIs nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, os quais foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, de acordo com sua presença e disponibilidade durante os eventos da ABENTI e da AMIB. Lembrando que a busca pelo conhecimento e a troca de experiências na terapia intensiva brasileira ocorrem principalmente por meio de encontros em eventos e programas científicos difundidos por todo o país e que proporcionam reflexões e construções coletivas em UTI (VIANA et al, 2014). Para tal condição, o Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), tem se destacado, cuja representação nacional mobiliza diversas palestras, congressos e atividades para a constante atualização de seus associados, que vislumbram o aprimoramento científico e o desenvolvimento das competências profissionais. Por sua vez, a Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI) é uma associação iniciada em 2010 que agrega enfermeiros intensivistas de todo país. Os eventos de enfermagem em UTI são realizados e promovidos pela AMIB e ABENTI (VIANA et al, 2014)

Também foi realizada a procura por enfermeiros em uma rede social de abrangência internacional (Facebook), onde eram selecionados os participantes dentro dos critérios de seleção da pesquisa. Uma página nessa rede social foi criada com o nome “Defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas”, onde disponibilizou-se artigos sobre a temática dessa pesquisa e o questionário para que fosse respondido online (APÊNDICE A). O papel crescente das mídias sociais na pesquisa em saúde é apontado em alguns estudos, esses relatam que as informações disponibilizadas em Facebook, Youtube e Twitter vem sendo cada vez mais acessadas para a realização de pesquisas, isso se deve ao fato de que mais pessoas tem acesso a esse tipo de mídia social, o que possibilita um debate mais amplo na área da saúde, e da pesquisa em saúde. (JHA, LIN & SAVOIA; 2016; MCKEE, 2013; LUNNAY et al., 2015)

Os critérios para a seleção dos participantes da pesquisa incluem: atuar com enfermeiro em UTI das regiões Sul e Sudeste do Brasil;

trabalhar na UTI no mínimo há 1 ano e ainda não ter respondido ao questionário. Os critérios de exclusão dos participantes limitam-se à falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa, a não devolução dos questionários ou sua devolução em branco.

Apesar da amostra ser não probabilística, buscou-se utilizar um número mínimo amostral para confiabilidade da amostra e possível generalização dos resultados à população de estudo. Pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de Janeiro de 2016, tem-se um total de 19.927 leitos de UTI, no Sul e Sudeste brasileiro e, considerando a RDC nº7 de 2016, um enfermeiro deve atender no máximo 10 leitos de UTI por turno de trabalho, o que resulta em um total de 1.993 vagas para enfermeiros. Pensando em enfermeiros que trabalham em regime de 30 horas semanais necessitaríamos de 6 enfermeiros para cada uma dessas vagas disponíveis, totalizando 11.958 enfermeiros ocupando esses postos de trabalho na UTI. (DATASUS, 2016)

Logo, para realização do cálculo da amostra da pesquisa, utilizou-se o sistema de ensino SEstatNet que facilita a obtenção de amostras de pesquisas científicas, considerando o total de 11.958 enfermeiros. Com uma perda de 10% da amostra e com confiabilidade de 95% dos dados coletados, obteve-se um mínimo amostral de 409 enfermeiros. (NASSAR; WRONSKI; OHIRA, 2017)

Participaram da pesquisa, 451 enfermeiros de UTI das regiões Sul e sudeste do Brasil, por um dos meios pelos quais o questionário foi disponibilizado, presencialmente ou via mídia social, sobrepondo assim o número mínimo da amostra.

### 3.3. Coleta de Dados

A coleta de dados deu-se por meio da aplicação da Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira, cujo processo de adaptação transcultural do instrumento foi efetivado por Tomaszewski-Barlem (2014). Ele é um questionário contendo multi-itens (representados por diferentes questões) composto por 43 questões mensuradas através de uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos, utilizando-se 1 para “discordo totalmente”, 2 para “discordo parcialmente”, 3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo parcialmente” e 5 para “concordo totalmente”. (APÊNDICE A)

Junto ao instrumento foi inserida uma parte inicial de

caracterização dos participantes, contendo características sócio demográficas que poderiam ser significativas para a correlação com a advocacia do paciente, tais como: idade, sexo, tempo de formação, estado em que trabalha, cursos realizados e titulação, vínculo empregatício, tempo de atuação, carga horária semanal, informação acerca existência Comissão Ética na instituição e de reuniões na unidade de trabalho.

Durante os eventos, os enfermeiros foram convidados a participarem da pesquisa, obedecendo aos critérios de inclusão e de exclusão já estabelecidos, para esses foi entregue envelope pardo sem identificação contendo o questionário (APÊNDICE A) e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (APÊNDICE B) que deveria ser retornado fechado com as questões respondidas ou não. Os pesquisadores aguardarão o processo de preenchimento e de devolução do questionário e do TCLE.

Na rede social de alcance internacional escolhida a ser utilizada na pesquisa foi criada uma página intitulada “Defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas” e foram convidados a curtir a página e participar da pesquisa os enfermeiros que obedecem aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Na página foi disponibilizado o questionário em seu formato online, (APÊNDICE C) juntamente com o TCLE também em seu formato online, para serem respondidos e enviados aos pesquisadores, o que facilitou acesso de enfermeiros de diferentes regiões, e que não participaram de eventos no período citado, a também participarem da pesquisa.

### 3.4. Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows. Foi realizada a análise estatística descritiva e exploratória dos dados sócio demográficos dos participantes da pesquisa e das 43 questões da PNAS, com realização de cálculos de frequências, médias e mediana além da realização de testes estatísticos específicos para cada variável de estudo. (FIELD, 2009)

Realizou-se a Análise Fatorial Exploratória (AFE) da PNAS para a construção de fatores pelo método de componentes principais, com autovalores maiores que 1 e rotação ortogonal Varimax. Foram considerados na AFE cargas fatoriais maiores que 0,5 e comunalidades maiores que 0,5, de forma que questões saturando em dois fatores foram

desconsideradas. Os testes de adequação da amostra foram realizados buscando valores próximos de 1 para confiabilidade das correlações entre os itens dos fatores.

A confiabilidade dos fatores encontrados foi avaliada pelo alfa de Cronbach para medir a consistência interna dos constructos, sendo considerado alfa mais próximo de 1, e sempre acima de 0,7, como confiável.

Utilizou-se o resultado da Análise Fatorial Exploratória (AFE) para identificar relação entre as variáveis sócio demográficas e os fatores encontrados com as questões da PNAS. Com os resultados das medianas dos fatores encontradas a partir da AFE foi realizado a dicotomização dos fatores com o intuito de facilitar a análise das variáveis qualitativas e quantitativas do questionário sócio demográfico. Essa dicotomização é a divisão de variáveis em duas categorias, permitindo que sejam encontradas diferenças entre os grupos que são extremos opostos. (FIELD, 2009)

O teste-t independente foi aplicado às variáveis quantitativas para comparação das médias afim de identificar diferenças significativas ao nível de 5%. As variáveis qualitativas nominais foram analisadas com o teste de qui-quadrado de independência de Pearson que testa se duas variáveis categóricas dispostas em uma tabela de contingencia estão associadas. (FIELD, 2009)

### 3.5. Aspectos Éticos

A pesquisa faz parte de um macro projeto intitulado Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas (MCTI/CNPq No 14/2014), coordenado pela Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas em parceria com pesquisadores do grupo PRAXIS do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e com pesquisadores de outras instituições de ensino. No caso específico dessa dissertação, trata-se de um subprojeto do tipo quantitativo, cujo foco foi a advocacia do paciente no contexto da terapia intensiva.

Esse projeto foi submetido na Plataforma Brasil e aprovado pela Comissão de Ética Publica (CEP) (ANEXO 1) conforme CAEE 36739514.20000.5355 e número do Parecer 863.112, observando-se as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), para análise e liberação para realização da pesquisa. A

coleta de dados teve início somente após a liberação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFSC.

Foram prestados esclarecimentos aos participantes sobre os objetivos do estudo e os métodos, assim como benefícios previstos e ausência de danos durante e após o decorrer da pesquisa. Aos que concordaram em participar do estudo, no momento da aplicação do questionário em eventos, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), no qual constava o caráter voluntário da participação, e era solicitada sua assinatura e constará também a assinatura do pesquisador. Aos participantes por meio da mídia social, era apresentado o TCLE em seu formato online, onde o participante deveria assinalar, em local estabelecido no formulário online, sua concordância na participação do estudo (caso ele não assinalasse, o questionário não era disponibilizado para resposta). Os registros coletados nos questionários físicos serão arquivados por cinco anos, e foi realizado *Backup* com as respostas dos participantes em formato Exel (Windows) para segurança dos dados da pesquisa. Os participantes terão seu anonimato garantido.

#### 4. RESULTADOS

Seguindo a Instrução Normativa 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desse estudo estão apresentados na forma de dois manuscritos.

O primeiro manuscrito apresentado foi intitulado “Advocacia do paciente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva”, e teve o objetivo identificar fatores no exercício da defesa do paciente por enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira.

O segundo manuscrito tem título “Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas: Fatores associados”, e teve como objetivos explorar as ações de defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira e analisar os fatores associados às ações de defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira.



#### 4.1. MANUSCRITO I – Advocacia do paciente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva

##### Advocacia do paciente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva

##### Patient advocacy by nurses in intensive care context

##### Defensa del paciente enfermeras en el contexto de cuidados intensivos

**Resumo:** Estudo quantitativo, o questionário *Protective Nursing Advocacy Scale* foi respondido por 451 enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) das regiões Sul e Sudeste do Brasil. O objetivo foi identificar fatores no exercício da defesa do paciente por enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. Os dados foram analisados com ajuda do *software* SPSS 22.0 para *Windows*. Das respostas emergiram dois fatores sobre o exercício do enfermeiros na advocacia do paciente de UTI: “Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva”; e “Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva”. A defesa do paciente pode ser exercida pelo enfermeiro que, observando a vulnerabilidade do paciente e família bem como os diferentes graus de necessidades apresentados por esses, tem confiança nos benefícios da advocacia diante da situação apresentada. Foi identificado que os enfermeiros concordam que devem proteger os pacientes contra sofrimento e garantir a integralidade de seus direitos. O enfermeiro na UTI, por sua proximidade com paciente conhece suas necessidades melhor do que outro profissional envolvido em seu cuidado logo age em seu nome quando escuta seus desejos e avalia as melhores decisões para seu cuidado, e tratamento, juntamente com o paciente e família.

**Descritores:** Defesa do Paciente; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

**Abstract:** A quantitative study, the questionnaire *Protective Nursing Advocacy Scale* was answered by 451 nurses who work in Intensive Care Units (ICUs) in the South and Southeast regions of Brazil. The objective was to identify factors in the exercise of patient defense by nurses of Intensive Care Units. The data were analyzed using SPSS 22.0 software

for Windows. From the answers emerged two factors on the exercise of the patients in the ICU patient advocacy: "Background, barriers and negative implications of the practice of patient advocacy by the Intensive Care Unit nurse"; and "Nurses' actions and benefits of patient advocacy in the Intensive Care Unit". Patient advocacy can be exercised by nurses who, observing the vulnerability of the patient and family as well as the different degrees of needs presented by them, have confidence in the benefits of advocacy in the face of the presented situation. It was identified that nurses agree that they should protect patients from suffering and ensure the fullness of their rights. The ICU nurse, because of her proximity to the patient, knows her needs better than other professionals involved in her care, then acts on her behalf when she listens to her wishes and evaluates the best decisions for her care and treatment, along with the patient and the family.

**Descriptors:** Patient Advocacy; Nursing; Intensive Care Units.

**Resumen:** Estudio cuantitativo, el cuestionario Protective Nursing Advocacy Scale fue respondido por 451 enfermeros que actúan en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de las regiones Sur y Sudeste de Brasil. El objetivo fue identificar factores en el ejercicio de la defensa del paciente por enfermeros de Unidades de Terapia Intensiva. Los datos se analizaron con ayuda del software SPSS 22.0 para Windows. De las respuestas surgieron dos factores sobre el ejercicio del enfermero en la abogacía del paciente de UTI: "Antecedentes, barreras e implicaciones negativas del ejercicio de la abogacía del paciente por el enfermero de Unidad de Terapia Intensiva"; y "Acciones de los enfermeros y beneficios de la abogacía del paciente en la Unidad de Terapia Intensiva". La defensa del paciente puede ser ejercida por el enfermero que, observando la vulnerabilidad del paciente y la familia así como los diferentes grados de necesidades presentados por estos, tiene confianza en los beneficios de la abogacía ante la situación presentada. Se ha identificado que los enfermeros acuerdan que deben proteger a los pacientes contra el sufrimiento y garantizar la totalidad de sus derechos. El enfermero en la UTI, por su cercanía con el paciente conoce sus necesidades mejor que otros profesionales involucrados en su cuidado, luego actúa en su nombre cuando escucha sus deseos y evalúa las mejores decisiones para su cuidado, y tratamiento, junto con el paciente y la familia .

**Descriptor:** Defensa del paciente; Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva.

## **Introdução**

A advocacia do paciente é papel extremamente importante dos enfermeiros, sendo essa intervenção necessária quando o enfermeiro avalia que existem possíveis problemas que podem vir a prejudicar o paciente em sua internação. (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014; TODA et al., 2015)

A advocacia, ou defesa do paciente não é um conceito definido, mas aparece desde os primeiros códigos de ética de enfermagem como cuidado ao paciente uma vez que os enfermeiros estão, mais do que ninguém, em contato com os pacientes, e assim devem entender suas necessidades e seus direitos para que possam defendê-los assegurando o melhor cuidado, logo espera-se do enfermeiro mais do que monitorar e observar as condições de saúde do paciente. (LUZ et al., 2015; SALMOND, 2011)

No exercício da advocacia do paciente os enfermeiros atuam em demandas que exigem a capacidade dele ser a voz dos pacientes e familiares perante desrespeito de seus direitos. Também atuar como educador ao capacitar pacientes na melhor tomada de decisão, na comunicação com os profissionais de saúde que atendem aos seus cuidados, e no propósito de auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários garantindo a qualidade do cuidado e sendo um elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde.

O papel do enfermeiro na defesa do paciente torna-se mais evidente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), isso justificado pelos fatos de que nessas unidades o estado clínico dos pacientes tem mais gravidade e também existe uma quantidade grande de aparato tecnológico, que exige atendimento especializado dos enfermeiros, sendo os pacientes das UTIs mais vulneráveis. A proximidade e o contato contínuo do enfermeiro com pacientes e familiares nas UTIs também é fator que o faz atuar na advocacia desses pacientes, contribuindo no processo de tomada de decisão com as informações necessárias, tornando-se o referencial na equipe de saúde para paciente e família. (LUZ et al., 2015; TODA et al., 2015)

Alguns estudos sinalizam que enfermeiros de UTI praticam advocacia do paciente mais frequentemente do que enfermeiros de outras unidades clínicas. Os enfermeiros de UTI são responsáveis pela distinção do que deve ser feito ou não quando se trata da saúde do paciente, garantindo a qualidade do cuidado ao paciente, e sua integralidade, ajudando pacientes e família a falar por si e tomar decisões. (CYPRESS,

2011)

As UTIs são unidades onde os pacientes estão expostos e submetidos a cuidados complexos, sendo vivenciados problemas éticos que muitas vezes acarretam em privação de direitos, o que pode ser entendido como uma situação estressora para o enfermeiro. São essas situações problemáticas que demandam dos enfermeiros de UTI uma reflexão ética aprimorada, sendo então mais responsáveis pelas decisões que honram o seu compromisso com seus pacientes, desempenhando um papel importante como defensores dos pacientes. (ARBOUR; WIEGAND, 2014)

Os enfermeiros de UTI que exercem a advocacia do paciente podem experimentar o sentimento de satisfação quando sentem que seu trabalho foi efetivo, mas alguns ambientes de trabalho fazem com que o enfermeiro seja incapacitado de atuar nessa defesa, ou que sua advocacia não seja eficaz como previsto, podendo levar os enfermeiros a tristeza, acúmulo de estresse, enfrentamento ineficaz e Síndrome de *Burnout*. A Síndrome de *Burnout* é considerada pelo Ministério da Saúde, um transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; BAGHERIAN et al., 2017; PATTISON et al., 2013; BRASIL, 1999)

A fim de explorar as ações e atitudes dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, Hanks (2010) propõe um instrumento de mensuração da advocacia denominado Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS). Esta escala foi desenvolvida para analisar a proteção dos pacientes pelos enfermeiros, mais especificamente as crenças e as ações desse enfermeiro que protege seu paciente através da advocacia. (HANKS, 2010).

A escala de Hanks foi validada com 419 enfermeiros nos Estados Unidos, e foram explorados quatro dimensões da advocacia: atuando como advogado; situações de trabalho e ações de advocacia; ambiente e influências educacionais; suporte e barreiras para a advocacia. A PNAS validada é um instrumento de 43 questões no estilo escala *likert*. (HANKS, 2010; BARLEM et al., 2015)

No Brasil a PNAS foi adaptada visando o crescente interesse pela temática da advocacia do paciente pelas academias. A escala foi traduzida e adaptada transculturalmente por Barlem (2015) sendo sua versão final a Protective Nursing advocacy Scale - versão brasileira, escala aplicada para validação em 153 enfermeiros de clínica médica no estado do Rio Grande do Sul, surgindo cinco constructos: implicações negativas do exercício da advocacia, ações de advocacia, facilitadores ao exercício da

advocacia, percepções que favorecem o exercício da advocacia e barreiras ao exercício da advocacia. Através da PNAS é possível analisar as crenças e ações dos(as) enfermeiros(as) no exercício da advocacia do paciente. O instrumento validado foi adicionado de uma parte inicial de caracterização dos sujeitos contendo características sócio demográficas, que são significativas para a correlação com a advocacia do paciente. (HANKS, 2010; BARLEM, 2015; GAZARIAN et al, 2016)

Internacionalmente a advocacia do paciente é bem explorada, mas a atuação de enfermeiros de UTI na defesa de paciente é pouco pesquisada, e apesar da academia brasileira apresentar interesse recente na temática da advocacia do paciente inexistem estudos sobre a advocacia dos pacientes pelos enfermeiros da UTI, o que justifica a aplicação da escala PNAS nesse público afim de explorar a advocacia do paciente pelos enfermeiros de UTI. Logo o objetivo desse artigo é: Identificar fatores que influenciam no exercício da defesa do paciente por enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira.

### **Método**

Pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, com delineamento transversal. A pesquisa é considerada descritiva pois tem o intuito de descrever as características do fenômeno, e exploratória pois busca uma abordagem de fenômeno pelo levantamento de informações que poderão levar o pesquisador a conhecer mais a seu respeito. (DANCEY; REIDY, 2013)

A pesquisa foi realizada no período de maio de 2015 a dezembro de 2016, com os enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do Sul e Sudeste do Brasil. Os estados do Sul e Sudeste do Brasil foram escolhidos como local da pesquisa devido à facilidade de acesso aos enfermeiros em eventos realizados pela Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que ocorreram no período de novembro de 2015 a novembro de 2016 nessas regiões. Também devido as UTIs dessas regiões apresentarem características semelhantes entre si, como a média de leitos de UTI por habitante e a proporção entre UTIs privadas e do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo também diferenciadas das UTIs de outras regiões do país como apontado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2016. (DATASUS, 2016)

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros atuantes em UTIs nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, os quais foram selecionados

por amostragem não probabilística por conveniência, de acordo com sua presença e disponibilidade durante os eventos da ABENTI e da AMIB, ou pela disponibilidade de acesso ao questionário online através da mídia social utilizada. Foram incluídos no estudo enfermeiros com pelo menos um ano de experiência de trabalho em UTI.

Apesar da amostra ser não probabilística, buscou-se utilizar um número mínimo amostral para confiabilidade da amostra e possível generalização dos resultados à população de estudo. Pelo CNES de Janeiro de 2017, tem-se um total de 19.927 leitos de UTI, no Sul e Sudeste brasileiro e, considerando a RDC nº7 de 2016, um enfermeiro deve atender no máximo 10 leitos de UTI por turno de trabalho, o que resulta em um total de 1.993 vagas para enfermeiros. Pensando em enfermeiros que trabalham em regime de 30 horas semanais necessitaríamos de 6 enfermeiros para cada uma dessas vagas disponíveis, totalizando 11.958 enfermeiros ocupando esses postos de trabalho na UTI. (DATASUS, 2016)

Logo, para realização do cálculo da amostra da pesquisa, utilizou-se o sistema de ensino SEstatNet que facilita a obtenção de amostras de pesquisas científicas, considerando o total de 11.958 enfermeiros. Com uma perda de 10% da amostra e com confiabilidade de 95% dos dados coletados, obteve-se um mínimo amostral de 409 enfermeiros. (NASSAR; WRONSCKI; OHIRA, 2017)

Participaram da pesquisa, 451 enfermeiros de UTI das regiões Sul e sudeste do Brasil, por um dos meios pelos quais o questionário foi disponibilizado, presencialmente ou via mídia social, sobrepondo assim o número mínimo da amostra.

A coleta de dados foi realizada de duas maneiras diferentes: presencialmente com enfermeiros que participaram de eventos da ABENTI e AMIB no período da coleta, para esses foi entregue envelope pardo sem identificação contendo o questionário e um Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que deveria ser retornado fechado com as questões respondidas ou não; e via mídia social por uma página criada pelas pesquisadoras em uma rede social de alcance internacional onde o questionário e o TCLE foram disponibilizados online para serem respondidos.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado a versão brasileira do questionário *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS), validado transculturalmente por pesquisadores do Rio Grande do Sul, que concederam autorização para a utilização do questionário nesse projeto. A PNAS é composta por duas etapas sendo a primeira um questionário

sócio demográfico e a segunda um questionário sobre advocacia do paciente, com 43 questões respondidas por meio de uma escala *Likert*, onde os participantes assinalavam 1 para discordo totalmente, 2 para discordo mais que concordo, 3 para nem discordo nem concordo, 4 para concordo mais que discordo e 5 para concordo totalmente.

Os dados coletados foram analisados com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows. Foi realizada a análise estatística descritiva e exploratória dos dados sócio demográficos dos participantes da pesquisa e das 43 questões da PNAS, com realização de cálculos de frequências, médias e mediana.

Realizou-se a Análise Fatorial Exploratória (AFE) da PNAS para a construção de fatores pelo método de componentes principais, autovalores maiores que 1 e rotação ortogonal Varimax. Foram considerados na AFE cargas fatoriais maiores que 0,5 e comunalidades maiores que 0,5, de forma que questões saturando em dois fatores foram desconsideradas. Os testes de adequação da amostra foram realizados buscando valores próximos de 1 para confiabilidade das correlações entre os itens dos fatores.

A confiabilidade dos fatores encontrados foi avaliada pelo alfa de Cronbach para medir a consistência interna dos constructos, sendo considerado alfa mais próximo de 1, e sempre acima de 0,7, como confiável.

A pesquisa faz parte de um macro projeto intitulado Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas (MCTI/CNPq No 14/2014), realizado por pesquisadores do grupo PRAXIS do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com pesquisadores de outras instituições de ensino. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON/SC) com CAAE nº 36739514.2.0000.5355 e número de parecer 863.112. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participarem da pesquisa, dando autorização do uso dos dados coletados.

## **Resultados**

Participaram do estudo 451 enfermeiros atuantes em UTIs das regiões Sul e Sudeste do Brasil, dos quais a maioria pertence ao sexo feminino, num total de 385 enfermeiras (85,4%). A idade da amostra está compreendida entre 21 e 60 anos, com média de 34,72 anos (DP = 7,84). Em relação à região de atuação dos enfermeiros, 140 enfermeiros (31%)

atuam no estado de São Paulo, 84 enfermeiros (18,6%) no Rio de Janeiro, 69 enfermeiros (15,3%) no Rio Grande do Sul, 62 enfermeiros (13,7%) em Minas Gerais, 56 enfermeiros (12,4%) no Paraná, 28 enfermeiros (6,2%) em Santa Catarina e 12 enfermeiros (2,7%) no Espírito Santo.

Quanto ao aperfeiçoamento profissional, 67,8% (n=306) dos participantes tem especialização em UTI e 15,1% (n= 68) tiveram capacitação na área de UTI, 5,1% (n= 23) possui curso de mestrado e 2,2% (n=10) tem doutorado. O tempo de formação da graduação em enfermagem variou entre 1 e 39 anos, sendo a média 10,32 anos. A média do tempo de trabalho dos enfermeiros na UTI é de 6,64 anos, variando de 1 a 33 anos de trabalho nessas unidades. Quanto à existência de reuniões de trabalho com a equipe da UTI, 332 (73,6%) afirmam que essas são realizadas e 104 (23,1%) que as mesmas não acontecem.

No que se refere ao vínculo empregatício, 309 (68,5%) enfermeiros afirmaram possuir apenas um vínculo empregatício 113 enfermeiros possuem dois vínculos (25,1%), oito enfermeiros tem três vínculos (1,8%) e apenas um afirma ter quatro vínculos (0,2%). Considerando o vínculo principal, temos que o tipo de local dessa UTI é público em 216 casos (47,9%), privado em 168 casos (37,3%) e misto em 54 casos (12%). Um total de 376 enfermeiros (83,4%) são efetivos em seu vínculo principal, 50 enfermeiros (11,1%) tem contrato temporário e 24 (5,3%) não souberam informar. O tipo de assistência prestada nas UTIs dos respondentes foi de baixa complexidade em 11 respostas (2,4%), média complexidade em 114 respostas (25,3%), alta complexidade em 291 respostas (64,5%) e 35 não souberam informar (7,8%). O número médio de leitos nas UTIs foi de 31,42 leitos por UTI, e a carga horária semanal em horas tem média de 37,58 horas. Próximo a média de tempo em UTI (6,64 anos) temos que o tempo de trabalho no vínculo empregatício principal é de 6,79 anos, variando de 1 a 44 anos de trabalho na mesma unidade.

A Análise de Fatores Exploratória (AFE) possibilitou à correlação de todas as questões do questionário aplicado a amostra aos pares, a fim de encontrar coeficientes de correlação altos entre subconjuntos de questões fazendo surgir os fatores. (FIELD, 2009)

A extração de fatores foi realizada através do critério de Kaiser que analisa autovalores e retém todos os fatores com autovalores maiores que 1. Também considerou-se apenas cargas fatoriais acima de 0,5 para análise dos fatores. (FIELD, 2009)

Obteve-se com a análise fatorial preliminar do questionário PNAS aplicado aos enfermeiros intensivistas dois fatores, estes foram

analisados quanto as cargas fatoriais dos itens nos fatores e quanto as communalidades (proporção de variância comum presente numa variável). Essa primeira análise fatorial apresentou medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) igual a 0,982, sendo que essa medida varia de 0 a 1 e valores próximos de 1 indicam que padrões de correlação desse questionário são relativamente compactos e deve-se considerar os valores confiáveis. Valores de medida do KMO só devem ser considerados acima de 0,5, e valores entre 0,5 e 0,7 são considerados medíocres, entre 0,7 e 0,8 são bons, entre 0,8 e 0,9 são ótimos e valores acima de 0,9 são excelentes. (FIELD, 2009) O teste de Esfericidade de Bartlett deve ser significativo ( $p$ -valor $<0,05$ ) para comprovar a existência de relacionamentos entre variáveis que esperamos incluir na análise, para esses dados o teste de Bartlett foi altamente significativo com  $p$ -valor $<0,001$  informando que a análise dos fatores é apropriada.

A primeira análise fatorial obtida mostrou a existência de uma questão com valor de communalidade menor que 0,5 o que indica que a questão não tem boa variância com as demais questões e deve ser excluída da análise. Constatou-se também, a existência de questões com carga fatorial inferior a 0,5, ou, com saturação parecida nos dois fatores simultaneamente, e após essa análise foram excluídas 17 questões e realizada nova AFE.

Nessa nova AFE obteve-se KMO excelente igual a 0,979 e teste de Bartlett com significância a 5%. Temos também que os dois fatores explicam 78,79% da variância total das respostas, e sabe-se que esse valor deve ser considerado somente acima de 60% ou ocorreria a criação de mais fatores. A Tabela 1 apresenta as cargas fatoriais das questões alocadas em duas dimensões (fatores).

**Tabela 1** – Cargas fatoriais obtidas pela análise fatorial exploratória da Protective Nursing Advocacy Scale - versão brasileira. (n=451), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

Questões	Fatores	
	Fator 1	Fator 2
Q1. Os pacientes precisam de enfermeiros que ajam nos seus interesses		0,679
Q2. É legalmente exigido que os enfermeiros ajam como advogados dos pacientes quando se percebe que esses estão em perigo		0,778
Q3. Como enfermeiro, mantenho o melhor interesse do		0,792

paciente como o principal foco da advocacia em enfermagem	
Q4. Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes	0,816
Q5. Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	0,782
Q6. Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	0,733
Q7. Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente	0,785
Q8. Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado	0,776
Q9. Eu estou advogando para o paciente quando eu protejo os seus direitos no ambiente de cuidados de saúde	0,724
Q10. Estou agindo como advogado do paciente quando estou protegendo pacientes vulneráveis de ameaças	0,750
Q12. Enfermeiros que agem em nome do paciente estão preservando a dignidade do mesmo	0,750
Q29. Uma maior experiência em enfermagem não aumenta a habilidade do enfermeiro de agir como advogado do paciente	0,791
Q30. Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente	0,779
Q31. Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores	0,778
Q32. Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos	0,790
Q33. Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores	0,810
Q34. Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco	0,817
Q35. Quando os enfermeiros agem como advogados dos pacientes, eles não estão apoiando os pacientes	0,795
Q36. Os enfermeiros podem proteger os pacientes de situações prejudiciais impedindo que um procedimento ocorra	0,784
Q37. Os enfermeiros estão agindo como advogados dos pacientes quando protegem os direitos dos pacientes de tomar suas próprias decisões	0,838
Q38. Os enfermeiros devem advogar pelos pacientes quando os tratamentos causam sofrimento sem benefício	0,772

Q39. Quanto mais anos eu trabalho na enfermagem, menos eficaz eu sou na advocacia para os pacientes	0,837
Q40. Eu sou menos eficaz em falar pelos pacientes quando estou cansado	0,800
Q41. Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (burnout) e/ou sofrimento moral	0,788
Q43. Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente	0,824

Método de extração: Análise dos componentes principais.

Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser: carga fatorial > 0,5.

Medida de adequação KMO = 0,979 .

Teste de Bartlett's: qui-quadrado = 14832,394. p-valor < 0,001 a 5% de significância.

Com base nesses dois fatores obtidos foram construídos dois constructos com 25 questões incluídas: Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva (14 questões); e Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (11 questões). As definições dos constructos podem ser visualizadas na Quadro 1.

**Quadro 1** – Definição dos constructos formados a partir da análise fatorial. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

Constructos	Definição dos Constructos
Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva	Se refere à premissa de que ainda que os enfermeiros considerem importante o exercício da advocacia do paciente diante das situações prejudiciais, de tratamentos que causem sofrimento e da necessidade de tomada de decisões dos pacientes, eles sinalizam aspectos que podem ser considerados problemáticos e ou conflitivos para o exercício da advocacia.
Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva	Esse constructo retrata as ações dos enfermeiros intensivistas na advocacia do paciente (falar, agir, cuidar, manter os interesses...) e os benefícios dessa advocacia.

Em relação à confiabilidade dos constructos obtidos, os dados apresentam valores de alfa de *Cronbach* satisfatórios em ambos os fatores, bem como o alfa de Cronbach caso item seja deletado não apresentou mudança significativa com nenhum dos itens da escala. As correlações apresentadas por cada uma das questões, indicando o nível de correlação entre a questão com as outras do mesmo fator, são maiores que 0,7 em todos os itens. Logo os constructos realizados através da análise fatorial são confiáveis à discussão. Os valores do alfa de Cronbach de cada constructo e dos itens de cada um dos constructos estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2** – Alfa de Cronbach dos constructos, correlação item-total e alfa de Cronbach se item deletado dos constructos. (n=451), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

Variável	Alfa de Cronbach	Correlação item-total	Alfa de Cronbach (se item deletado)
Constructos 1. Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva	0,983		
Q29. Uma maior experiência em enfermagem não aumenta a habilidade do enfermeiro de agir como advogado do paciente		0,914	0,981
Q30. Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente		0,865	0,982
Q31. Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores		0,892	0,982
Q32. Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos		0,855	0,982
Q33. Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores		0,918	0,981
Q34. Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco		0,915	0,981
Q35. Quando os enfermeiros agem como advogados dos pacientes, eles não estão apoiando os pacientes		0,823	0,983

Q36. Os enfermeiros podem proteger os pacientes de situações prejudiciais impedindo que um procedimento ocorra	0,824	0,983
Q37. Os enfermeiros estão agindo como advogados dos pacientes quando protegem os direitos dos pacientes de tomar suas próprias decisões	0,927	0,981
Q38. Os enfermeiros devem advogar pelos pacientes quando os tratamentos causam sofrimento sem benefício	0,889	0,982
Q39. Quanto mais anos eu trabalho na enfermagem, menos eficaz eu sou na advocacia para os pacientes	0,947	0,981
Q40. Eu sou menos eficaz em falar pelos pacientes quando estou cansado	0,882	0,982
Q41. Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (burnout) e/ou sofrimento moral	0,889	0,982
Q43. Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente	0,927	0,981
<b>Constructos 2. Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva</b>		<b>0,964</b>
Q1. Os pacientes precisam de enfermeiros que ajam nos seus interesses	0,732	0,963
Q2. É legalmente exigido que os enfermeiros ajam como advogados dos pacientes quando se percebe que esses estão em perigo	0,848	0,960
Q3. Como enfermeiro, mantenho o melhor interesse do paciente como o principal foco da advocacia em enfermagem	0,832	0,960
Q4. Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes	0,822	0,961
Q5. Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	0,811	0,961
Q6. Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	0,842	0,960
Q7. Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente	0,882	0,959
Q8. Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado	0,809	0,961
Q9. Eu estou advogando para o paciente quando eu protejo os seus direitos no ambiente de cuidados de saúde	0,820	0,961
Q10. Estou agindo como advogado do paciente quando estou protegendo pacientes vulneráveis de ameaças	0,842	0,960
Q12. Enfermeiros que agem em nome do paciente estão preservando a dignidade do mesmo	0,845	0,960

No que concerne aos constructos construídos e as respostas aos itens da escala, a Tabela 3 demonstra médias, desvio padrão e medianas de ambos os constructos. No constructo 1 “Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva”, observa-se as mediadas de 1 a 4. No constructo 2 “Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva”, as medianas vão de 4 a 5, demonstrando menor variabilidade das medianas nesse constructo.

**Tabela 3** – Distribuição das respostas da população de enfermeiros de UTI aos Constructos 1 e 2: Mediana, 1º e 3º quadrante. (n=451). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

	Mediana (q1 - q3)*
Construtuos 1. Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva	
Q29. Uma maior experiência em enfermagem não aumenta a habilidade do enfermeiro de agir como advogado do paciente	2 (1 - 4)
Q30. Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente	3 (2 - 4)
Q31. Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores	4 (2 - 4)
Q32. Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos	3 (1 - 4)
Q33. Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores	3 (2 - 4)
Q34. Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco	3 (1 - 4)
Q35. Quando os enfermeiros agem como advogados dos pacientes, eles não estão apoiando os pacientes	1 (1 - 2)
Q36. Os enfermeiros podem proteger os pacientes de situações prejudiciais impedindo que um procedimento ocorra	4 (3 - 5)
Q37. Os enfermeiros estão agindo como advogados dos pacientes quando protegem os direitos dos pacientes de tomar suas próprias decisões	4 (2 - 5)
Q38. Os enfermeiros devem advogar pelos pacientes quando os tratamentos causam sofrimento sem benefício	4 (3 - 5)
Q39. Quanto mais anos eu trabalho na enfermagem, menos eficaz eu sou na advocacia para os pacientes	1 (1 - 2)
Q40. Eu sou menos eficaz em falar pelos pacientes quando estou cansado	4 (2 - 5)
Q41. Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (burnout) e/ou sofrimento moral	3 (1 - 4)

Q43. Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente	1 (1 - 3)
<hr/>	
Constructos 2. Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva	
Q1. Os pacientes precisam de enfermeiros que ajam nos seus interesses	4 (4 - 5)
Q2. É legalmente exigido que os enfermeiros ajam como advogados dos pacientes quando se percebe que esses estão em perigo	4 (3 - 5)
Q3. Como enfermeiro, mantenho o melhor interesse do paciente como o principal foco da advocacia em enfermagem	4 (4 - 5)
Q4. Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes	5 (4 - 5)
Q5. Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	4 (3 - 5)
Q6. Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	4 (3 - 5)
Q7. Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente	4 (3 - 5)
Q8. Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado	4 (3 - 5)
Q9. Eu estou advogando para o paciente quando eu protejo os seus direitos no ambiente de cuidados de saúde	5 (4 - 5)
Q10. Estou agindo como advogado do paciente quando estou protegendo pacientes vulneráveis de ameaças	5 (4 - 5)
Q12. Enfermeiros que agem em nome do paciente estão preservando a dignidade do mesmo	5 (4 - 5)

\*Mediana; q1=quartil 1; q3=quartil 3 – Escores: 1- Discordo totalmente;

2-Discordo mais que concordo; 3-Nem discordo nem concordo;

4- Concordo mais que discordo; 5-Contordo totalmente.

Quanto as frequências do constructo 1 dos “antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva” verifica-se que as questões sobre “ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente”, “ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos”, “os enfermeiros que informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico podem pôr seu emprego em risco” e “não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (burnout) e/ou sofrimento moral” tiveram as frequências de respostas bem distribuídas entre os cinco escores possíveis, não sendo possível analisar estatisticamente um padrão de resposta dos enfermeiros de UTI, sendo possível entender essas questões como de difícil decisão para os enfermeiros.

Nesse mesmo constructo evidencia-se frequências em escores menores (1 e 2), que significam que os enfermeiros discordam totalmente ou discordam mais que concordam de questões como: “Uma maior experiência em enfermagem não aumenta a habilidade do enfermeiro de agir como advogado do paciente”; “Quando os enfermeiros agem como advogados dos pacientes, eles não estão apoiando os pacientes”; “Quanto mais anos eu trabalho na enfermagem, menos eficaz eu sou na advocacia para os pacientes”; e “Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente”. Sendo possível estabelecer que os enfermeiros entendem a experiência profissional como influência no papel de defesa do paciente, e também, a importância do enfermeiro nessa advocacia de seus pacientes na UTI.

Ainda verifica-se frequência de escores mais altos (4 e 5), de enfermeiros que concordam mais que discordam e concordam totalmente das questões seguintes: “Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores”; “Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores”; “Os enfermeiros podem proteger os pacientes de situações prejudiciais impedindo que um procedimento ocorra”; “Os enfermeiros estão agindo como advogados dos pacientes quando protegem os direitos dos pacientes de tomar suas próprias decisões”; “Os enfermeiros devem advogar pelos pacientes quando os tratamentos causam sofrimento sem benefício”; e “Eu sou menos eficaz em falar pelos pacientes quando estou cansado”. Assim compreende-se que os enfermeiros acreditam que protegem seus pacientes quando agem em sua defesa frente a situações de perigo na UTI. Também é apontado que mais de 50% dos enfermeiros concordam que são menos eficazes quando estão cansados, e podemos considerar que esse cansaço possa acontecer por diversos motivos.

No constructo 2 verifica-se uma frequência mais homogênea das resposta dos enfermeiros demonstrando uma concordância sobre as questões que abordam as ações dos enfermeiros de UTI na defesa dos pacientes e dos benefícios dessa defesa. Algumas questões tem frequência maior em escores de 4 e 5, ou seja, que concordam mais que discordam e concordam totalmente das questões: “Os pacientes precisam de enfermeiros que ajam nos seus interesses”; “É legalmente exigido que os enfermeiros ajam como advogados dos pacientes quando se percebe que esses estão em perigo”; “Como enfermeiro, mantenho o melhor interesse do paciente como o principal foco da advocacia em enfermagem”; “Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu

advogado”; “Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado”; “Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente”; e “Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado”. Outras questões tem frequências maiores de 50% no escore 5, que concordam totalmente: “Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes”; “Eu estou advogando para o paciente quando eu protejo os seus direitos no ambiente de cuidados de saúde”; “Estou agindo como advogado do paciente quando estou protegendo pacientes vulneráveis de ameaças”; e “Enfermeiros que agem em nome do paciente estão preservando a dignidade do mesmo”. Na Tabela 4, visualizam-se todas as frequências relativas e percentuais das respostas que os 451 enfermeiros deram aos dois constructos encontrados.

**Tabela 4** – Frequência relativa e percentual das respostas dos enfermeiros de UTI aos fatores 1 e 2. (n = 451). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

	1		2		3		4		5		0	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
Fator 1												
Q29	165	36,6	85	18,8	35	7,8	71	15,7	69	15,3	26	5,8
Q30	82	18,2	75	16,6	77	17,1	105	23,3	83	18,4	29	6,4
Q31	47	10,4	59	13,1	78	17,3	128	28,4	107	23,7	29	6,4
Q32	96	21,3	66	14,6	82	18,2	90	20,0	88	19,5	29	6,4
Q33	67	14,9	66	14,6	81	18,0	109	24,2	102	22,6	26	5,8
Q34	88	19,5	81	18,0	67	14,9	104	23,1	84	18,6	26	5,8
Q35	220	48,8	102	22,6	41	9,1	25	5,5	33	7,3	29	6,4
Q36	22	4,9	38	8,4	57	12,6	102	22,6	199	44,1	31	6,9
Q37	55	12,2	44	9,8	75	16,6	99	22,0	148	32,8	30	6,7
Q38	22	4,9	35	7,8	45	10,0	116	25,7	205	45,5	28	6,2
Q39	230	51,0	102	22,6	46	10,2	22	4,9	25	5,5	26	5,8
Q40	62	13,7	61	13,5	54	12,0	118	26,2	128	28,4	28	6,2
Q41	112	24,8	52	11,5	68	15,1	102	22,6	89	19,7	28	6,2
Q43	227	50,3	53	11,8	58	12,9	46	10,2	38	8,4	29	6,4
Fator 2												
Q1	16	3,5	33	7,3	28	6,2	135	29,9	220	48,8	19	4,2
Q2	25	5,6	32	7,1	46	10,2	113	25,1	212	47,2	21	4,7
Q3	12	2,7	21	4,7	41	9,1	146	32,4	206	45,7	25	5,5
Q4	18	4,0	21	4,7	47	10,4	109	24,2	232	51,4	24	5,3
Q5	31	6,9	30	6,7	49	10,9	122	27,1	194	43,1	24	5,3
Q6	39	8,6	37	8,2	57	12,6	128	28,4	167	37,0	23	5,1

Q7	31	6,9	46	10,2	49	10,9	143	31,7	159	35,3	23	5,1
Q8	33	7,3	44	9,8	48	10,6	131	29,0	169	37,5	26	5,8
Q9	10	2,2	17	3,8	17	3,8	113	25,1	267	59,2	27	6,0
Q10	18	4,0	10	2,2	26	5,8	114	25,3	257	57,0	26	5,8
Q12	15	3,3	20	4,4	32	7,1	132	29,3	230	51,0	22	4,9

FR – Frequência Relativa; % - Frequência Percentual

Escores: 1: Discordo Totalmente, 2: Discordo mais que Concordo, 3: Não concordo nem discordo, 4: concordo mais que discordo, 5: Concordo totalmente

0: não foi informado

## Discussão

A análise fatorial realizada com as respostas dos enfermeiros de UTI ao questionário PNAS gerou dois constructos que foram organizados e definidos, sendo possível discutir diversas facetas da advocacia pelo enfermeiro no cuidado aos pacientes internados em UTIs das regiões Sul e Sudeste do país.

### **Constructo 1: Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva**

Neste constructo foi possível desenvolver a discussão de três importantes pontos: Antecedentes para o exercício da advocacia do paciente; Barreiras para o exercício da advocacia do paciente na UTI; e Implicações negativas do exercício da advocacia do paciente para os enfermeiros de UTI.

Os *Antecedentes para o exercício da advocacia do paciente* mostram situações que fazem os enfermeiros julgarem ser apropriado defender seus pacientes frente a situações prejudiciais que esse e sua família podem vir a enfrentar. Foi identificado que os enfermeiros concordam que devem proteger os pacientes contra sofrimento e garantir a integralidade de seus direitos. Também em outra utilização dessa escala com enfermeiros brasileiros, mas que não atuam em UTI, foi encontrado um constructo chamado “Percepções que favorecem o exercício da advocacia” mostrando que existem situações que impulsionam o enfermeiro a agir na advocacia de seus pacientes, entre essas a vulnerabilidade dos pacientes, a responsabilidade profissional e a obrigação moral dos pacientes. (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al.; 2015)

A defesa do paciente pode ser exercida pelo enfermeiro que,

observando a vulnerabilidade do paciente e família bem como os diferentes graus de necessidades apresentados por esses, tem confiança nos benefícios da advocacia diante da situação apresentada. Essa vulnerabilidade dos pacientes no caso da UTI se dá tanto pela característica de que os pacientes internados tem suas condições de saúde mais críticas, como também pela quantidade de aparato tecnológico e tratamentos diferenciados aos quais esses pacientes estão em contato nas UTIs. Logo o enfermeiro de UTI deve ter grande aporte de conhecimentos e habilidades técnicas, mas também habilidades de escuta e educação em saúde para com paciente e familiares. Os enfermeiros de UTI sentem-se mais responsáveis pelos pacientes e familiares nessas unidades hospitalares também pela sua proximidade com esses, sendo o enfermeiro o profissional de referência para o paciente e família se apoiarem durante a estada na UTI. (HANKS, 2010; BARLEM et al., 2015)

Sobre as Barreiras para o exercício da advocacia do paciente na UTI foi apontado pelos enfermeiros da pesquisa que o tempo de experiência na enfermagem, interfere na tomada de decisão de defender os pacientes, sendo que quanto mais anos de experiência melhor os enfermeiros defendem o paciente. Achados apontam que enfermeiros mais velhos advogam mais pelos seus pacientes, bem como enfermeiros com mais anos de trabalho em UTI advogam melhor pelos seus pacientes, isso deve-se ao fato de que os enfermeiros levam tempo para sentirem-se seguros e terem controle em sua profissão e mais anos de experiência faz com que eles desenvolvam atributos como autonomia e empoderamento, essenciais para a defesa dos pacientes. Estudos mostram também que enfermeiros que atuam nas UTIs tendem a exercer com mais frequência a advocacia do paciente, do que enfermeiros de outros setores hospitalares, isso talvez devido à maior vivência com situações limítrofes e que exigem o aprimoramento de uma competência ético-moral desses profissionais. (BEIGZADEH et al., 2016; BAGHERIAN et al., 2017; GILL et al., 2013; FORSBERG et al., 2015)

Como Barreiras para o exercício da advocacia também temos que, quando estão cansados os enfermeiros da UTI defendem menos seus pacientes e tem menos eficácia na defesa que realizam. A UTI é uma unidade hospitalar com grande carga de trabalho para os enfermeiros, isso aliado a problemas éticos vivenciados nessas unidades, como o pouco reconhecimento profissional, o pouco suporte gerencial e institucional, a falta de autonomia quando a realização de procedimentos e cuidados aos pacientes, as decisões políticas, a criticidade da saúde dos pacientes e a morte desses, entre outros, fazem com que enfermeiros vivenciem o

distresse moral, sendo cada vez mais difícil para eles executarem suas atividades de defesa do paciente ou terem resultados positivos quando defendem seus pacientes. Ainda, apesar das evidências a pesquisa com enfermeiros clínicos mostra que os enfermeiros discordam que o sofrimento moral e o *burnout* possam interferir na qualidade da defesa realizada pelos enfermeiros. Mas, na UTI essa resposta foi diferente sendo que os enfermeiros entendem que o estresse quando presente, tem relação negativa na decisão de advogar pelos direitos dos pacientes internados. (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2015; BAGHERIAN et al., 2017; PATTISON et al., 2013; ARBOUR; WIEGAND, 2014; ROJAS; VARGAS; FERRER, 2013; VALIEE; NEGARANDEH; DEGHAN, 2012)

Também é detectado nos resultados da pesquisa, que não falta dedicação aos enfermeiros para que defendam seus pacientes. Nesse sentido, mesmo confrontados por vários problemas éticos na UTI, eles se sentem responsáveis pelos pacientes, devendo tomar as melhores decisões para seu cuidado, defendendo-os sempre que necessário. Essa decisão de advogar pelos pacientes pode melhorar a qualidade do ambiente de trabalho, reduzindo a sobrecarga de trabalho na UTI, e prevenindo o aparecimento de estresse entre os enfermeiros. (BAGHERIAN et al., 2017; PATTISON et al., 2013; ARBOUR; WIEGAND, 2014; ROJAS; VARGAS; FERRER, 2013; VALIEE; NEGARANDEH; DEGHAN, 2012)

Neste caso, apesar de que a expectativa de distresse moral é sempre alta para o contexto da UTI, estudos evidenciaram resultados de baixo e moderado nível de estresse moral neste local, o que é justificado pelo necessário desenvolvimento da sensibilidade moral e da competência ético-moral diante das recorrentes situações vivenciadas. (BORHANI et al., 2015; KARAGOZOGLU et al., 2017)

No tópico *Implicações negativas do exercício da advocacia do paciente para os enfermeiros de UTI* é reconhecido que, ainda que os pacientes realmente necessitem de defesa, os enfermeiros consideram que a sua ação da defesa poderá comprometer seu emprego. Nessa pesquisa, os enfermeiros concordam que: Enfermeiros que defendem pacientes podem sofrer retaliações dos empregadores; e que Enfermeiros que advogam

pelos pacientes podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores. Enfermeiros que exercem a advocacia do paciente em UTIs sem o suporte e apoio de gerentes, colegas e da própria instituição de trabalho, podem sofrer punições e até mesmo a perda de cargos de

chefia, sendo que vários profissionais de enfermagem assumem que defender seus pacientes mesmo em situações em que isso é reconhecidamente necessário é um risco profissional, sendo esses enfermeiros caracterizados como perturbadores pelos superiores. Devido isso, mesmo sabendo-se que o exercício da advocacia do paciente e o sucesso desse exercício pode trazer muita satisfação profissional aos enfermeiros, muitos desses enfermeiros preferem não assumir esse risco. (HANKS, 2010; BARLEM et al, 2015)

### **Constructo 2: Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva**

É discutido nesse constructo as ações dos enfermeiros de UTI na advocacia do paciente, e os benefícios dessa advocacia para pacientes e enfermeiros. Nesse constructo é apresentada uma concordância entre os enfermeiros respondentes sobre as ações da advocacia na preservação de direitos dos pacientes e de que essa proteção pode beneficiar tanto os pacientes quanto trazer satisfação aos enfermeiros.

O enfermeiro atua na advocacia protegendo pacientes vulneráveis de possíveis ameaças durante sua internação, ou então, protegendo seus direitos no ambiente de cuidado de saúde. É papel do enfermeiro preservar e defender os direitos dos pacientes durante sua internação na UTI, devendo ser consciente dos direitos do paciente e de sua família frente a dilemas éticos, ajudando-os sempre que possível na obtenção de informação e acesso a recursos de suporte. Quando o tratamento disponível é negado ao paciente, ou quando o desejo por parte do paciente e família de não receber determinados tratamentos não é atendido, o enfermeiro deve posicionar-se na defesa dos direitos do paciente ao melhor tratamento, ou na realização de seus desejos. A advocacia do paciente deve ser atitude do enfermeiro da UTI sempre que o paciente experienciar situações de desrespeito ou de impedimento de seus direitos. (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; GILL et al., 2013; FORSBERG et al., 2015; BRINDISE; BAKER, 2015) Mas, isso muitas vezes se agrava já que países de todo o mundo experimentam uma necessidade cada vez maior de fazer escolhas em investimentos e cuidados em saúde. No caso específico da UTI, tem-se a problemática de racionalização de custos e de acesso aos leitos de UTI. (MACHADO, 2016; HURST; DANIS, 2007; TRUOG et al., 2006; KOHN et al., 2011) Racionamento é a alocação de recursos de cuidados de saúde com disponibilidade limitada, o que significa necessariamente que intervenções benéficas são negadas a alguns indivíduos. Nesta

definição, a disponibilidade limitada é equivalente à escassez, o que força aos que devem tomar a decisão a adotar uma decisão de racionamento. (HURST & DANIS, 2007; TRUOG et al., 2006; KOHN et al., 2011)

Logo, a escassez é uma realidade, que todos os enfermeiros encontram em suas vidas profissionais. Em uma análise temática (VRYONIDES et al., 2015) das dimensões éticas do racionamento de cuidados de enfermagem, foi sintetizado os resultados de nove estudos. Nesse caso, os autores concluíram que os enfermeiros não consideram consistentemente uma variedade de princípios e valores de enfermagem ao priorizar os cuidados, mas geralmente tendem a priorizar com base apenas em requisitos médicos e necessidades físicas. Os autores também concluíram que os enfermeiros desejam um papel moralmente ideal no qual eles oferecem cuidados holísticos aos pacientes com base na justiça e no direito à saúde, incluindo o papel do advogado do paciente. No entanto, se eles não aceitam a responsabilidade do racionamento e não usam qualquer quadro ético quando priorizam os cuidados, eles argumentam que os enfermeiros irão inevitavelmente distribuir recursos de enfermagem de maneira injusta e antiética. (VRYONIDES et al., 2015)

Agir como representante, ou como voz do paciente, falando em seu nome é apontado como importante ação do enfermeiro no exercício da advocacia do paciente, devendo o enfermeiro então defender os pacientes incapazes de se defender, ou que não sabem de seus direitos. Entender o paciente e sua família, nas suas escolhas e desejos, orientando quanto a melhor decisão sobre sua saúde é importante para que o paciente sintam-se seguro quanto as decisões que tomará. Nesse ponto a comunicação com a família e paciente é ação indispensável na advocacia pelo enfermeiro de UTI, sendo esse capaz de auxiliar família e paciente no entendimento da situação de saúde, tratamentos, cuidados e direitos desses, embasado no que acredita ser o melhor para o paciente internado. Também ao enfermeiro cabe a defesa de pacientes e familiares que chegam a UTI e necessitam de auxílio em sua adaptação a um ambiente novo para eles e que exige uma rotina diferenciada das outras unidades de internação. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; VALIEE; NEGARANDEH; DEHGHAN, 2012; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016)

A advocacia do paciente também aparece nos resultado como ação do enfermeiro que age em nome do paciente preservando sua dignidade. O Enfermeiro deve prestar cuidados pautados nas necessidades dos pacientes, tomando decisões que nem sempre condizem com suas crenças mas que sejam as melhores decisões possíveis para

atender tais necessidades. Assim os enfermeiros concordam que os pacientes de UTI precisam de enfermeiros que ajam nos seus interesses, ou seja, que sejam capazes de entender e defender as necessidades de cada paciente internado. (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; GILL et al., 2013)

A defesa do paciente é componente indispensável da conduta do enfermeiro, mas outro ponto levantado em estudos é o fato da advocacia ser legalmente exigida, presente em códigos de ética da enfermagem. Papel esse de defesa que deve ser desenvolvido por motivação pessoal dos enfermeiros na busca pelo melhor cuidados aos pacientes internados, especialmente em UTIs. (VALIEE; NEGARANDEH; DEGHAN, 2012; GILL et al., 2013)

Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados desses pacientes, sendo que quando confrontados com dilemas éticos os enfermeiros agem em nome do paciente pois sabem das reais necessidades desses, bem como entendem a importância do seu papel como defensor para a boa manutenção do paciente internado na UTI. Características pessoais dos enfermeiros também devem ser levadas em conta quando no entendimento desses benefícios, pois muitas vezes as ações de advocacia trazem conflitos pessoais no ambiente da UTI, mas quando existe tal entendimento os enfermeiros tem sua satisfação elevada com o trabalho que realiza e com o próprio ambiente de trabalho. (PATTISON et al., 2013; VALIEE; NEGARANDEH; DEGHAN, 2012; BARNHORST; MARTINEZ; GERSHENGORN, 2015)

### **Conclusão**

Realizada a análise fatorial nos dados coletados com a PNAS foi possível descrever duas dimensões da advocacia do paciente pelos enfermeiros de UTI. Na primeira dimensão explorou-se o que antecede a decisão dos enfermeiros defender seus pacientes, sendo que os enfermeiros concordam que devem proteger os direitos de seus pacientes e familiares garantindo a integralidade de seu cuidado, e essa proteção perpassa o entendimento das necessidades do paciente e a aplicação de ações para sua proteção física, também sendo necessário a escuta dos desejos de pacientes e familiares e administração das melhores decisões baseadas em todo o contexto.

Foi encontrado também na primeira dimensão algumas barreiras para o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros na UTI, e foi apontado que o maior tempo de experiência na enfermagem é fator

positivo para enfermeiros atuarem na defesa de seus pacientes, sendo que enfermeiros mais velhos também foram apontados como mais eficazes em sua advocacia. Também foi concordado pelos enfermeiros que não falta dedicação aos profissionais para que defendam seus pacientes, e que uma vez responsáveis pelos pacientes sentem-se compelidos a tomar as melhores decisões para eles, agindo como seus advogados.

Um achado foi de que enfermeiros que estão cansados de seu trabalho na UTI defendem menos e menos eficazmente seus pacientes. O estresse a cansaço fazem com que os enfermeiros, apesar de saberem os benefícios na advocacia para seus pacientes, não atuem em sua defesa para evitar desgaste com a instituição e com sua equipe de UTI.

Entre as implicações para o enfermeiro que atua na advocacia do paciente dentro da UTI entende-se que os enfermeiros consideram que suas ações de advocacia podem comprometer seu emprego, tanto no que diz respeito ao cargo quanto a relação interpessoal, sendo denominados como perturbadores pelos gerentes e instituição.

Foi explorado em uma segunda dimensão encontrada na análise dos dados, as ações do enfermeiro de UTI na advocacia do paciente, sendo que algumas ações como, de agir em nome do paciente, ser responsável por manter os direitos do paciente e preservar a dignidade do paciente, foram apontadas.

O enfermeiro na UTI, por sua proximidade com paciente, e familiares deste, conhece suas necessidades melhor do que outros profissionais envolvidos em seu cuidado, logo age em seu nome quando escuta seus desejos e avalia as melhores decisões para seu cuidado, e tratamento, juntamente com o paciente e família. Também é ação de defesa dos pacientes educar esses para entender seus direitos, como também cobrar de outros profissionais de saúde e da instituição, por tratamentos e cuidados que são de direito do paciente internado na UTI.

Esse estudo expôs também o possível benefício da advocacia, tanto para o paciente como para o enfermeiro que atua, colocando que o paciente vulnerável necessita de alguém que o apoie em suas decisões ou que o oriente sobre melhores opções a escolher, o que quando realizado de maneira eficaz eleva a satisfação profissional do enfermeiro, fazendo com que atue com mais frequência na defesa de seus pacientes internados na UTI.

Como limitações desse estudo é apontado que a pesquisa foi realizada apenas em duas regiões do país o que impossibilita a generalização para todo o Brasil, uma vez que existem grandes diferenças, estruturais e sistêmicas, nas UTIs pesquisadas entre as outras UTIs da

região Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Logo, presume-se existir diferenças na atuação dos enfermeiros nessas UTIs. Outra limitação é a inexistência de estudos sobre a advocacia do paciente em UTIs no Brasil o que dificulta a comparação dos achados dessa pesquisa com demais estudos, sendo que maior parte da literatura utilizada foi internacional.

### **Referências:**

ARBOUR, R.B.; WIEGAND, D.L. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol.30, n. 4, pags. 211-8, aug 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24560634>. Acesso em: 08 out 2017.

BAGHERIAN, B.; SABZEVARI, S.; MIRZAEI, T.; RAVARI, A. Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, v. 39, p. 18–27, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122666>. Acesso em: 06 out 2017.

BARLEM, J.G.T.; LUNARDI, V.L.; BARLEM; E.L.D.; RAMOS; A.M.; FIQUEIRA, A.B. et al. Nursing beliefs and actions in exercising patient advocacy in a hospital context. *Rev. esc. enferm. USP*, vol. 49, nº 5, pg. 811-18, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000500811&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500811&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 maio 2016

BARNHORST, A.B.; MARTINEZ, M.; GERSHENGORN, G.B. QUALITY IMPROVEMENT STRATEGIES FOR CRITICAL CARE NURSING. *Am J Crit Care*, vol. 24, nº 1, pg. 372-74, set 2015. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/1/87.short>. Acesso em: 11 out 2017.

BEIGZADEH, M.; BORHANI, F.; AHMADI, F.; ABBASZADEH, ABBAS. Nurses attribution to the role of patient advocacy in intensive

care units of hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Biosci. Biotech. Res. Comm.*, vol. 9, nº 4, pg. 884-890, 2016. Disponível em: [http://bbrc.in/bbrc/2016Oct-DecPDF/BBRC10\\_045.pdf](http://bbrc.in/bbrc/2016Oct-DecPDF/BBRC10_045.pdf). Acesso em: 12 ago 2017

BORHANI, F. et al. Moral Sensitivity and Moral Distress in Iranian Critical Care Nurses. *Nurs Ethics*, vol. 24, nº 4, pags.474-482, Set 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208720>. Acesso em: 12 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. 1999. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html). Acesso em: 12 out 2017.

BRINDISE, T.; BAKER, M.P. Tele-ICU Development of a Tele-ICU Postorientation Support Program for Bedside Nurses. *Critical Care Nurs*, vol. 35, nº 4, pg. 8-16, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26232810>. Acesso em: 04 out 2017.

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*, v. 21, n. 5, p. 576–582, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24399831>. Acesso em: 12 out 2017.

CYPRESS, B.S. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 27, n. 1, pags. 273-80, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21868223>. Acesso em: 08 out 2017.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 608 p. (Série Métodos de Pesquisa).

DATASUS – CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de

Saúde. 2016. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: Set 2017.

DAVOODVAND, S.; ABBASZADEH, A.; AHMADO, F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*, vol. 9, nº 5, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27471588>. Acesso em: 10 out 2017.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

FORSBERG, A.; LENNERLING, A.; FRIDH, I.; RIZELL, M.; LOVÉN, C. et al. Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses. *Nurs Crit Care*, vol. 20, nº 3, pg. 126-33, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25611200>. Acesso em: 12 out 2017.

GAZARIAN, P. K.; FERNBERG, L.M.; SHEEHAN, K.D. Effectiveness of narrative pedagogy in developing student nurses' advocacy role. *Nursing Ethics*, vol. 23, nº 2, pg. 132-41, 2016. Disponível em: <http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/23/2/132> . Acesso em: 30 maio 2016.

GILL, F.J.; LESLIE, G.D.; GRECH, C.; LATOUR, J.M. Health consumers' experiences in Australian critical care units: Postgraduate nurse education implications. *Nurs Crit Care*, vol. 18, nº 2, pg. 93-102, mar-abr 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23419185>. Acesso em: 11 out 2017

HANKS, ROBERT G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nursing Ethics*, vol. 17, no. 2, pg. 255-267, 2010. Disponível em: <http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/17/2/255> . Acesso em: 10 maio 2016.

HURST, A.S.; DANIS, M. Project Muse. A framework for rationing by

clinical judgment. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 17, nº 3, pags. 247-66, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18210983>. Acesso em: 09 out 2017.

KARAGOZOGLU, S.; YILDIRIM, G.; OZDEN, D.; CINAR, Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics.*, vol. 24, nº 2, pags. 209-24, mar 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208720>. Acesso em: 12 out 2017.

KOHN, R.; RUBENFELD, G.D.; LEVY, M.M.; UBEL, P.A.; HALPERN, S.D. Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians and nurses preferences for allocating ICU beds. *Intensive Care Med.*, vol. 37, pags. 1210-17, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21647719>. Acesso em: 10 out 2017.

LUZ, K.R.; VARGAS, M.A.O.; SCHIMIDTT, P.H.; BARLEM, E.L.D.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G. et al. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros oncológicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 23, n. 6, pags. 1187–94, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01187.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01187.pdf). Acesso em: 07 out 2017.

MACHADO, F.R. All in a Day's Work — Equity vs. Equality at a Public ICU in Brazil. *N Engl J Med*, vol. 375, nº 25, pags. 2420-1, Dez 2016. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1610059#t=article>. Acesso em 10 out 2017.

NASSAR, S.M.; WRONSKI, V.R.; OHIRA, M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. 2017. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br> . Acesso em: 02 FEV e 2017.

PATTISON, N. et al. “Viewing in slow motion”: Patients’, families’, nurses’ and doctors’ perspectives on end-of-life care in critical care.

Journal of Clinical Nursing, vol. 22, n. 9-10, pags. 1442-54, 2013.  
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23506296>.  
Acesso em: 12 out 2017.

ROJAS, G.I; VARGAS, C.I.; FERRER, L. ROL DE ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CRÍTICO. Cienc. Enferm., v. 19, n. 3, p. 41-50, 2013 . Disponível em:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 12 oct. 2017.

SALMOND, S.W. When the family member is a nurse: The role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one. Intensive and Critical Care Nursing, vol. 27, n. 1, pags.10-8, fev 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071227>. Acesso em: 08 out 2017.

TODA, Y. et al. Patient advocacy: Japanese psychiatric nurses recognizing necessity for intervention. Nursing Ethics, vol. 22, n° 7, pags. 765–777, 2015. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25244919>. Acesso em: 07 out 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G.; LUNARDI, V.L.; BARLEM, E.L.D.; SILVEIRA, R.S.; DALMOLIN, G.L. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 4, p. 669-676, Aug. 2015. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000400669&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400669&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 Out 2017.

TRUOG, R.D.; BROCK, D.W.; COOK, D.J.; DANIS, M.; LUCE, J.M.; RUBENFELD, G.D. et al. Rationing in the intensive care unit. Crit Care Med., vol. 34, n° 4, pags. 958-63, 2006. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16484912>. Acesso em: 10 out 2017.

VALIEE, S.; NEGARANDEH, R.; DEGHAN, N.N. Exploration of

Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: A qualitative study. *Nurs Crit Care.*, vol. 17, nº 6, pg. 309-15, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23061621>. Acesso em: 11 out 2017.

VRYONIDES, S.; PAPASTAVROU, E.; CHARALAMBOUS, A.; ANDREOU, P.; MERKOURIS, A. The ethical dimension of nursing care rationing: a thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics*, vol. 22, nº 8, pags. 881-900, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25367000>. Acesso em: 17 out 2017

#### 4.2. MANUSCRITO II – Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas: Fatores associados

##### **Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas: Fatores associados**

##### **Patient advocacy actions by intensive care nurses: Associated factors**

##### **Acciones de abogacía del paciente por los enfermeros intensivistas: Factores asociados**

**Resumo:** Estudo quantitativo, o questionário foi respondido por 451 enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) das regiões Sul e Sudeste do Brasil. Os objetivos da pesquisa foram explorar as ações de defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira e analisar os fatores associados às ações de defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira. Os dados foram analisados com ajuda do *software* SPSS 22.0 para *Windows*. A partir das respostas foi encontrado que um número maior de enfermeiros não concordam com as conseqüências negativas que a advocacia do paciente possa ter ou trazer para o enfermeiro. Também foi entendido que o maior diálogo entre os profissionais da equipe de enfermagem para solução de problemas éticos, além dos cuidados biomédicos, potencializaria os resultados do trabalho em equipe. Os profissionais de enfermagem com dois vínculos, ou mais, de emprego necessitam de um esforço físico e mental maior o que compromete sua qualidade de vida e de trabalho, sendo que esses profissionais tendem a dispor menos horas no local de trabalho do que o que são contratados, ou a exercer suas atividades sem motivação, sendo esses os que menos exercem a advocacia do paciente na UTI.

**Descritores:** Defesa do Paciente; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

**Abstract:** A questionnaire was answered by 451 nurses who work in Intensive Care Units (ICUs) in the South and Southeast regions of Brazil. The objectives of the research were to explore patient advocacy by intensivist nurses using the Brazilian version of the Protective Nursing Advocacy Scale scale and to analyze the factors associated with patient advocacy by intensive care nurses using the Protective Nursing Advocacy

Scale scale Brazilian The data were analyzed using SPSS 22.0 software for Windows. From the answers it was found that a larger number of nurses do not agree with the negative consequences that the patient's advocacy might have or bring to the nurse. It was also understood that the greater dialogue among nursing team professionals to solve ethical problems, in addition to biomedical care, would enhance the results of teamwork. Nursing professionals with two or more employment links need a greater physical and mental effort which compromises their quality of life and work, and these professionals tend to have fewer hours in the workplace than they are contracted, or to carry out their activities without motivation, which are the ones that least practice the patient's advocacy in the ICU.

**Descriptors:** Patient Advocacy; Nursing; Intensive Care Units.

**Resumen:** Un cuestionario fue respondido por 451 enfermeras que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en las regiones Sur y Sureste de Brasil. Los objetivos de la investigación fueron explorar la defensa del paciente por parte de enfermeras intensivistas utilizando la versión brasileña de la Escala de Defensoría de Enfermería Protectora y analizar los factores asociados con la defensa del paciente por enfermeras de cuidados intensivos usando la Escala de Defensa de Enfermería de Brasil. Los datos fueron analizados usando Software SPSS 22.0 para Windows. De las respuestas se encontró que un mayor número de enfermeras no está de acuerdo con las consecuencias negativas que la defensa del paciente podría tener o llevar a la enfermera. También se entendió que el mayor diálogo entre los profesionales del equipo de enfermería para resolver problemas éticos, además de la atención biomédica, mejoraría los resultados del trabajo en equipo. Los profesionales de enfermería con dos o más enlaces de empleo necesitan un mayor esfuerzo físico y mental que comprometa su calidad de vida y trabajo, y estos profesionales tienden a tener menos horas de trabajo de lo que están contratados, o para llevar a cabo sus actividades sin motivación, lo cual son los que menos practican la defensa del paciente en la UCI.

**Descritores:** Defensa del Paciente; Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos.

### **Introdução**

A advocacia do paciente pelos enfermeiros pode ser definida como sendo a comunicação com o paciente, proteção do paciente, defesa do paciente, e construção de relacionamentos com os pacientes. Em outras

palavras, é uma intervenção para ajudar pacientes a obter serviços e benefícios que são de seu direito, facilitando seu cuidado, tratamento e bem estar. (HANKS, 2010; JANSSON et al., 2015)

Pacientes com problemas importantes, sejam físicos ou de natureza ética, geralmente necessitam dessa defesa por parte dos enfermeiros durante sua internação hospitalar a fim de evitar prejuízos a sua saúde. É evidenciado que a advocacia do paciente pode prevenir problemas vivenciados por pacientes internados, sendo que 98.000 a 440.000 ferimentos e fatalidades por ano ocorrem devido problemas com tratamento e cuidados prestados em hospitais no mundo. (BU; WU, 2012; JANSSON et al., 2015)

A Associação Americana de Enfermeiras (ANA) concorda que a defesa dos pacientes é dever ético dos profissionais, e declara em seu código de ética que o enfermeiro promove, defende e se esforça para proteger a saúde, a segurança e os direitos do paciente. (ANA, 2014)

Os enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), como membro de uma equipe de cuidado, atua de forma crucial no cuidado do paciente internado nessas unidades e de seus familiares. Os enfermeiros defendem seus pacientes devido à proximidade com este, sendo o profissional referência dos cuidados prestados na UTI, responsável pela comunicação e informações repassadas ao paciente e sua família. (AHLUWALIA et al., 2016; VALIEE; NEGARANDEH; NAYERI, 2012)

Os cuidados prestados a pessoas em situação de vulnerabilidade, e a defesa desta quando há privação de direitos pode ser estressante e cansativo para os enfermeiros. Alguns estudos identificaram o distresse moral nos enfermeiros de UTI como barreira para o exercício da advocacia do paciente por esses profissionais, bem como influência negativa para a satisfação na defesa do paciente. (BOROWSKE, 2012; AHLUWALIA et al., 2016)

Outro influenciador na decisão de realizar a defesa de paciente no contexto da UTI, é o fato desse ambiente conter muita tecnologia envolta no cuidado do paciente internado, e os enfermeiros tem dificuldade de se envolver no cuidado mais pessoal, bem como entendem pouco de tecnologia e deixam outros profissionais tomarem decisões por eles, o que dificulta a advocacia. (BAGHERIAN et al., 2017; BOROWSKE, 2012)

Também a UTI é unidade com grande demanda de atendimento para pacientes com idade avançada, que necessitam de cuidados muitas vezes paliativos, e o enfermeiro entende como negativo para a defesa a multiplicidade de tratamentos desnecessários prescritos por médicos, que

muitas vezes não são justificados aos pacientes. Logo, o trabalho em equipe pode ser influência, positiva ou negativa, dependendo da UTI, no exercício da advocacia do paciente. Isso evidencia a importância da comunicação interpessoal do enfermeiro seja com médico, equipe de enfermagem e outros profissionais que realizam cuidados de saúde na UTI, sendo que o apoio de médicos e da equipe é considerado influenciador positivo na decisão de defender o paciente. (BAGHERIAN et al., 2017; HANKS, 2010)

A falta de formação adequada é vista como barreira para a atuação na defesa do paciente, é entendido pelos enfermeiros que o papel na advocacia do paciente deveria ser tema de capacitação desde a graduação, quando na realidade os enfermeiros só vão identificar esse papel de defensor na prática profissional. Além disso a empatia pessoal de cada enfermeiro foi apontado como influenciador para a realização da defesa, sendo que quando os enfermeiros sentem-se responsáveis pelo paciente internado é mais possível que defenda-o frente a situações prejudiciais para esse, sendo que entende o cuidado que gostaria de receber se estivesse no lugar do paciente. (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; BOROWSKA, 2012; HANKS, 2010)

Tentando compreender, quais são as ações de defesa do paciente realizadas por enfermeiros nas UTIs e o que pode influenciar na decisão de defender os pacientes? Utilizou-se a Protective Nursing Advocacy Scale, versão brasileira (PNAS) com intuito de mensurar quantitativamente a advocacia do paciente pelo enfermeiro, através da perspectiva da proteção desse paciente. Como justificativa para realização da pesquisa temos que existem poucos estudos sobre advocacia do paciente no contexto da UTI, sendo que no Brasil inexistem tais estudos. (HANKS, 2010)

O objetivo dessa pesquisa foi: Analisar os fatores associados às ações de defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas, utilizando a escala Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira.

### **Metodologia**

A pesquisa é quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, e delineamento transversal. Foi realizada de maio de 2015 a dezembro de 2016, com os enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) das regiões Sul e Sudeste do Brasil. Esses estados foram escolhidos como local da pesquisa pela facilidade de acesso aos enfermeiros em eventos realizados pela Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI) e pela Associação de

Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que ocorreram de novembro de 2015 a novembro de 2016. E devido ao fato de que as UTIs dessas regiões apresentam características semelhantes entre si, como a média de leitos de UTI por habitante e a proporção entre UTIs privadas e do Sistema Único de Saúde (SUS). Também por serem diferenciadas das UTIs de outras regiões do país como apontado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2016. (DATASUS, 2016)

O estudo foi realizado com população composta por enfermeiros de UTIs nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, selecionados através de amostragem não probabilística, por conveniência, de acordo com sua presença e disponibilidade durante os eventos da ABENTI e da AMIB, ou pelo acesso ao questionário online através da mídia social utilizada. Foram incluídos no estudo enfermeiros com pelo menos um ano de experiência de trabalho em UTI e mais de 18 anos de idade.

Utilizou-se um número mínimo amostral para confiabilidade da amostra e generalização dos resultados à população de estudo. Pelo CNES de Janeiro de 2016, tem-se um total de 19.927 leitos de UTI, no Sul e Sudeste brasileiro e, considerando a RDC nº7 de 2016, um enfermeiro deve atender no máximo 10 leitos de UTI por turno de trabalho, o que resulta em um total de 1.993 vagas para enfermeiros. Pensando em enfermeiros que trabalham em regime de 30 horas semanais necessitaríamos de 6 enfermeiros para cada uma dessas vagas disponíveis, totalizando 11.958 enfermeiros ocupando esses postos de trabalho na UTI. (DATASUS, 2016)

Para a realização do cálculo da amostra da pesquisa foi utilizado, como auxílio, o sistema de ensino SStatNet. Este facilitou a obtenção de amostras de pesquisas científicas, considerando o total de 11.958 enfermeiros, considerando uma perda amostral de 10% e confiabilidade de 95% dos dados coletados, obteve-se um mínimo amostral de 409 enfermeiros. (NASSAR; WRONSKI; OHIRA, 2017)

Participaram da pesquisa, 451 enfermeiros de UTI das regiões Sul e sudeste do Brasil, sobrepondo assim o número mínimo da amostra.

A coleta de dados foi realizada de duas maneiras diferentes: presencialmente com enfermeiros que participaram de eventos da ABENTI e AMIB no período da coleta, para esses foi entregue envelope pardo sem identificação contendo o questionário e um Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que deveria ser retornado fechado com as questões respondidas ou não; e via mídia social por uma página criada pelas pesquisadoras em uma rede social de alcance internacional onde o questionário e o TCLE foram disponibilizados

online para serem respondidos.

O instrumento utilizado para a coleta de dados, foi a versão brasileira do questionário *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS), validado transculturalmente por pesquisadores do Rio Grande do Sul, que concederam autorização para a utilização do questionário nesse projeto. A PNAS é composta por duas etapas sendo a primeira um questionário sócio demográfico e a segunda um questionário sobre advocacia do paciente, com 43 questões respondidas por meio de uma escala *Likert*, onde os participantes assinalavam 1 para discordo totalmente, 2 para discordo mais que concordo, 3 para nem discordo nem concordo, 4 para concordo mais que discordo e 5 para concordo totalmente.

Os dados coletados foram analisados com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para Windows.

Utilizou-se o resultado da Análise Fatorial Exploratória (AFE) para identificar relação entre as variáveis da PNAS, sendo o resultado dois fatores com confiabilidade atestado pela escala de Alfa de Cronbach. Uma análise exploratória e descritiva de médias, medianas e frequências foram desenvolvidas com os dados dos fatores, também foi realizada mesma análise dos dados sócio demográficos dos participantes da pesquisa. (FIELD, 2009)

A partir dos resultados das medianas dos fatores foi realizado a dicotomização dos fatores para a realização de testes estatísticos. O teste t independente foi aplicado às variáveis quantitativas para comparação das médias afim de identificar diferenças significativas ao nível de 5%. As variáveis qualitativas nominais foram analisadas com o teste de qui-quadrado de independência de Pearson que testa se duas variáveis categóricas dispostas em uma tabela de contingencia estão associadas. (FIELD, 2009)

A pesquisa faz parte de um macro projeto intitulado Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas (MCTI/CNPq No 14/2014), realizado por pesquisadores do grupo PRAXIS do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com pesquisadores de outras instituições de ensino. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON/SC) com CAAE nº 36739514.2.0000.5355 e número de parecer 863.112. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participarem da pesquisa, dando autorização do uso dos dados coletados.

## Resultados

Os participantes da pesquisa foram 451 enfermeiros que atuam em UTIs do Sul e Sudeste do Brasil. A média de idade dos enfermeiros é de 34,72 anos, com desvio padrão (DV) de 7,84, as idades estão compreendidas entre 21 e 60 anos. O tempo de formação foi calculado em anos desde a formatura e variou de 1 a 39 anos com média de 10,32 anos. O tempo de trabalho na UTI foi calculado em anos com média de 6,64 anos e variando de 1 a 33 anos de trabalho. Os outros dados sócio demográficos dos enfermeiros respondentes encontram-se na tabela 1.

**Tabela 1** – Dados sócio demográficos dos enfermeiros que atuam em UTIs nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, em frequência relativa e percentual. (n=451) Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

Variáveis	FR	%*	
Sexo	Feminino	380	84,3
	Masculino	64	14,2
Estado	Rio Grande do Sul	69	15,3
	Santa Catarina	28	6,2
	Paraná	56	12,4
	São Paulo	140	31,0
	Rio de Janeiro	84	18,6
	Espirito Santo	5	1,1
	Minas Gerais	62	13,7
Cursos	Nenhum	42	9,3
	Capacitação	68	15,1
	Especialização	302	67,0
	Mestrado	22	4,9
	Doutorado	10	2,2
Intensivista	Sim	255	56,5
	Não	173	38,4
Vínculos empregatícios	Um vínculo	322	71,4
	Mais de um vínculo	120	26,6
Carga horária	Até 30 horas semanais	135	29,9
	Mais de 30 horas semanais	305	67,6
Nº de leitos da UTI	Até 30 leitos	365	80,9
	Mais de 30 leitos	76	16,9
Vínculo principal	Público	214	47,5
	Privado	164	36,4
	Misto	54	12,0
Tipo de vínculo	Efetivo	371	82,3
	Temporário	49	10,9
Assistência prestada	Baixa complexidade	11	2,4
	Média complexidade	112	24,8

	Alta complexidade	288	63,9
<b>Comissão de ética</b>	Presente	292	64,7
	Ausente	91	20,2
	Não sei	44	9,8
<b>Reuniões na UTI</b>	Acontecem	328	72,7
	Não acontecem	102	22,6

FR – Frequência Relativa; % - Frequência Percentual

\* Frequências relativas e percentuais considerando as perdas amostrais

A partir de uma análise fatorial exploratória realizada previamente nos dados coletados, foi possível identificar dois fatores que são relevantes para enfermeiros de UTI na advocacia do paciente, esses fatores originaram dois constructos que são: Constructos 1 - Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva; Constructo 2 - Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Sendo então que as questões pertencentes ao fator 1 sobre a temática de que ainda que os enfermeiros considerem importante o exercício da advocacia do paciente diante das situações prejudiciais, de tratamentos que causem sofrimento e da necessidade de tomada de decisões dos pacientes, eles sinalizam aspectos que podem ser considerados problemáticos e ou conflitivos para o exercício da advocacia. Já as questões do fator 2 retratam as ações dos enfermeiros intensivistas na advocacia do paciente e os benefícios dessa advocacia.

A escala PNAS utilizada para coleta de dados não nos permite a soma dos escores para análise, logo foi realizado a estatística descritiva dos escores dos fatores a partir de suas medianas. Toda a análise de variáveis qualitativas deve ser feita a partir da mediana, que é o valor que divide todos os resultados em dois grupos de igual tamanho. Não é possível a utilização de médias para os fatores encontrados, pois a média não representaria a resposta geral dos enfermeiros, uma vez que as respostas foram dados em variável nominal e não escala numérica. A mediana do Fator 1 foi de 3 e a mediana do Fator 2 foi 5.

Com o intuito de facilitar a análise das variáveis qualitativas e quantitativas do questionário sócio demográfico, as medianas dos fatores foram dicotomizadas. Essa dicotomização é a divisão de variáveis em duas categorias, permitindo que sejam encontradas diferenças entre os grupos que são extremos opostos.

Considerou-se que as medianas dos fatores menores ou iguais a

3 como discordância com as questões do fator analisado (1), e medianas maiores do que 3 como concordância com as questões dos fatores (2).

Temos na Tabela 2 as Frequências de respostas para enfermeiros que discordam (1), e concordam (2), com as questões arranjadas nos dois fatores, 1 e 2.

**Tabela 2** - Frequência relativa e percentual das respostas dos enfermeiros de UTI aos fatores 1 e 2. (n = 451). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

	1		2	
	FR	%*	FR	%*
<b>Fator 1:</b> Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva	272	61,3	172	38,7
<b>Fator 2:</b> Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva	66	14,9	378	85,1

\* Percentual de respostas válidas.

FR – Frequência Relativa; % - Frequência Percentual

Escore: 1: Discordo, 2: Concordo

Para a comparação entre os grupos de enfermeiros que responderam aos fatores 1 e 2 com as variáveis quantitativas do questionário sócio demográfico (Idade; tempo de Graduação e Tempo de UTI), foi realizado o teste paramétrico Teste  $-t$ . O Teste  $-t$  nos indica se existe ou não igualdade nas médias dos grupos analisados. Para a realização desses testes descartou-se as perdas estatísticas, considerando-se a amostra de 444 enfermeiros.

Para o Fator 1 o Teste  $-t$  mostrou que a média de idade, de tempo de graduação e de tempo de UTI não apresentam diferença estatística entre os enfermeiros que discordam e concordam com as questões analisadas no Fator 1, isso com nível de significância a 5%. O mesmo foi encontrado para o Fator 2 quando analisado o Teste  $-t$  para Idade, tempo de Graduação e Tempo de UTI, como mostrado na Tabela 3.

**Tabela 3** – Média, desvio padrão e resultado do teste Teste  $-t$  para as variáveis Idade, Tempo de Graduação e Tempo de UTI comparada entre os escores dos Fatores 1 e 2. (n = 444). Florianópolis, Santa Catarina,

Brasil, 2017.

		<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>t(434)**</b>	<b>p-valor</b>
<b>Idade</b>					
Fator 1	1*	34,43	7,588	-0,769	0,442
	2*	35,01	7,959		
Fator 2	1*	34,83	7,350	0,208	0,836
	2*	34,62	7,803		
<b>Tempo de Graduação</b>					
Fator 1	1*	9,89	6,802	-0,642	0,521
	2*	10,31	6,901		
Fator 2	1*	9,35	5,146	-0,906	0,366
	2*	10,17	7,088		
<b>Tempo de UTI</b>					
Fator 1	1*	6,79	6,498	0,781	0,435
	2*	6,32	5,665		
Fator 2	1*	6,64	5,122	0,040	0,968
	2*	6,60	6,359		

\* Escores: 1 – Discordo; 2 – Concordo.

\*\*Test-t para igualdade de médias, valor considerado quando p-valor&lt;0,05.

Com as variáveis dependentes qualitativas nominais foi realizado o teste não paramétrico de qui-quadrado, para avaliar a associação entre as variáveis independente e dependentes, analisando a dependência dessas variáveis. Descartou-se as perdas estatísticas considerando-se a amostra de 444 enfermeiros na realização do teste qui-quadrado.

As variáveis dependentes analisadas foram: o sexo dos enfermeiros; o estado em que atua como enfermeiro de UTI; os cursos realizados pelo enfermeiro; se o enfermeiro tem especialização em terapia intensiva; o número de vínculos empregatícios que o enfermeiro possui; qual o sistema de trabalho – público, privado, misto – da instituição em qual o enfermeiro tem seu vínculo principal atuando na UTI; a carga horária de trabalho do enfermeiro semanalmente; o tipo do vínculo, se efetivo ou temporário; o número de leitos da UTI em que o enfermeiro atua; a complexidade da UTI em que o enfermeiro atua; a existência de Comissão de Ética na instituição de trabalho; e a existência de reuniões na UTI.

Algumas variáveis dependentes também tiveram que ser dicotomizadas sendo elas: o número de vínculos empregatícios, classificados em (1) um vínculo ou (2) mais de um vínculo; carga horária semanal, (1) até 30 horas e (2) mais de 30 horas semanais, sendo priorizado pela Organização Mundial da Saúde que o enfermeiro trabalhe até 30 horas semanais; número de leitos de UTI (1) até 30 leitos e (2) mais de 30 leitos, sendo 30 leitos a média de leitos encontrados na pesquisa pelo número de enfermeiros respondentes.

**Tabela 4** – Associação entre os Fatores 1 e 2 e os fatores sócio demográficos dos enfermeiros de UTI. (n= 444). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

		Fator 1: Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia						Fator 2: Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia					
		FR 1		FR 2		N <sup>2</sup>	p	FR 1		FR 2		N <sup>2</sup>	p
		FR	%	FR	%			FR	%	FR	%		
Sexo	Feminino	232	61,8	147	38,3	0,003	0,934	53	13,9	327	86,1	1.754	0,183
	Masculino	39	60,9	25	39,1			13	20,3	51	79,7		
Estado	RS	43	63,3	26	37,7	1,779	0,039	7	10,1	62	89,9	6.898	0,330
	SC	17	60,7	11	39,3			3	10,7	25	89,3		
	PR	34	60,7	22	39,3			6	10,7	50	89,3		
	SP	91	65,0	49	35,0			29	20,7	111	79,3		
	RJ	49	58,3	35	41,7			13	15,5	71	84,5		
	ES	3	60,0	2	40,0			1	20,0	4	80,0		
	MG	35	56,5	27	43,5			7	11,3	55	88,7		
Cursos	Nenhum	25	59,5	17	40,5	0,871	0,029	7	16,7	35	83,3	2.829	0,587
	Capacita.	40	58,8	28	41,2			9	13,2	59	86,8		
	Especial.	189	62,6	113	37,4			48	15,9	254	84,1		
	Mestrado	12	54,5	10	45,5			2	9,1	20	90,9		
	Doutorado	6	60,0	4	40,0			0	0,0	10	100,0		
Introspectiv. 3	Sim	163	63,9	92	36,1	4,076	0,130	37	14,5	218	85,5	0,102	0,950
	Não	98	56,6	75	43,4			27	15,6	146	84,4		
Vínculo	Público	134	62,6	80	37,4	1,916	0,590	33	15,4	181	84,6	0,464	0,927
	Privado	99	60,4	65	39,6			24	14,6	140	85,4		
	Misto	30	55,6	24	44,4			8	14,8	46	85,2		
Tipo do vínculo	Efetivo	230	62,0	141	38,0	0,433	0,805	59	15,9	312	84,1	1,845	0,398
	Tempor.	28	57,1	21	42,9			5	10,2	44	89,8		
Assistência	Baixa Complex. Média	3	72,7	3	27,3	2,404	0,493	2	18,2	9	81,8	1,126	0,771
	Complex. Média	64	57,1	48	42,9			16	14,3	96	85,7		
	Complex. Alta Complex.	177	61,1	111	38,5			45	15,6	243	84,4		
Comissão de Ética	Sim	181	62,0	111	38,0	1,338	0,720	47	16,1	245	83,9	1,688	0,639
	Não	52	57,1	39	42,9			12	13,2	79	86,8		
	Não sci	27	61,4	17	38,6			6	13,6	38	86,4		
Reuniões na UTI	Sim	217	66,2	111	33,8	19,201	<0,001*	53	16,2	275	83,8	1,780	0,411
	Não	44	43,1	58	56,9			11	10,8	91	89,2		
Número de Vínculos	(1)	212	65,8	110	34,2	10,244	<0,001*	49	15,2	273	84,8	0,76	0,783
	(2)	59	49,2	61	50,8			17	14,2	103	85,8		
Carga Horária	(1)	75	55,6	60	44,4	2,771	0,096	22	16,3	113	83,7	0,359	0,549
	(2)	195	63,9	110	36,1			48	14,1	262	85,9		
Número de Leitos	(1)	220	60,3	145	39,7	0,806	0,369	58	15,9	307	84,1	1,422	0,233
	(2)	30	65,8	26	74,2			8	10,5	68	89,5		

Escala: 1 - Discordo, 2 - Concordo.

N<sup>2</sup> - Teste qui-quadrado de Pearson para associação entre variáveis.

Nas células menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

\*p-valores<0,05 ao nível de 5% de significância.

FR - Frequência relativa; % - Frequência percentual

Como resultado para os testes qui-quadrado entre as variáveis sócio demográficas e os fatores 1 e 2, temos associação, ao nível de significância de 5%, do Fator 1 com as variáveis Números de vínculos empregatícios ( $p$ -valor $<0,001$ ), e realização de Reuniões na UTI de trabalho ( $p$ -valor $<0,001$ ).

Reuniões realizadas na UTI apresentou, para o grupo de enfermeiros que responderam que sim – ocorrem reuniões na UTI em que trabalham - um frequência maior do que a esperada de enfermeiros que discordam com as questões sobre antecedentes, barreiras e implicações negativas do Fator 1, sendo que 217 enfermeiros responderam que discordam quando esperado era 200,9. Isso acarretou que o número de enfermeiros que concordam foi menor que o esperado, sendo 111 enfermeiros que concordam quando o esperado era 127,1.

Ainda nessa variável das Reuniões na UTI, os enfermeiros que responderam não – não ocorrem reuniões na UTI em que trabalham – menos do que o esperado eles discordam, 44 enfermeiros e o esperado seria 62,5, e mais do que o esperado eles concordam com antecedentes, barreiras e implicações negativas do Fator 1, sendo 58 concordam e o esperado 39,5.

A variável Número de vínculos também teve frequência diferente da esperada associada ao Fator 1, dos antecedentes, barreiras e implicações negativas da advocacia. Os enfermeiros que tem um vínculo empregatício (1) responderam que discordam 212 vezes quando o esperado era 197,4 vezes, e os enfermeiros que concordam são 110 e o esperado era o total de 124,6. Os enfermeiros que possuem mais de um vínculo empregatício (2) tem frequência menor que esperada para os que discordam com o fator 1 sendo 59 enfermeiros quando esperado eram 73,6, e frequência maior que esperado para os que concordam sendo 61 e o esperado 46,4.

### **Discussão**

Foi mostrado pelo cálculo da frequência que um número maior de enfermeiros discordam com o constructo “Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva” evidenciando que os enfermeiros não concordam com as consequências negativas que a advocacia do paciente possa ter ou trazer para o enfermeiro.

Pode-se, então, constatar que os enfermeiros da pesquisa não entendem as influências, tanto internas quanto externas, como barreiras

para a prática da advocacia nem vem como negativo o insucesso da advocacia prestada, ou o impedimento de realizar tal defesa, o que pode ser compreendido como o fato dos enfermeiros não entenderem o motivo do estresse que estão vivenciando, ou pior não entenderem seu cansaço como estresse. Também é possível evidenciar que os enfermeiros percebem como positivo o exercício da advocacia, sendo que é relatado em outros estudos achados semelhantes, inferindo que a realização da advocacia do paciente pode aumentar a satisfação profissional e pessoal do enfermeiro, bem como sua confiança e credibilidade ao exercer enfermagem no local de trabalho. (ARBOUR; WIEGAND, 2014; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2014; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2015)

A existência de reuniões na UTI em que o enfermeiro trabalha teve relevância estatística com o constructo que aponta as barreiras e implicações negativas da atuação na defesa do paciente, sendo que enfermeiros que não tem reuniões em seu local de trabalho concordam mais com essas barreiras e implicações negativas. Apesar de artigos não relatarem experiências de reuniões com a temática da advocacia do paciente, é encontrado na literatura que reuniões no local de trabalho é uma maneira de melhorar a interação entre os profissionais da equipe de enfermagem, possibilitando a troca de ideias sobre os cuidados prestados, novas tecnologias, capacitações técnicas e éticas, informações de rotina para profissionais que não participaram de capacitações ou reuniões anteriores por falta de incentivo ou iniciativa. Também questões mais pessoais de cada equipe são abordadas nessas reuniões, encorajando o diálogo e procurando a solução para problemas éticos vivenciados pela equipe diariamente. Logo é entendido que o maior diálogo entre os profissionais da equipe de enfermagem para solução de problemas éticos, além dos cuidados biomédicos, potencializaria os resultados do trabalho em equipe. (SOUZA; FERNANDES, 2012; AMESTOY et al., 2014; JUNQUEIRA et al., 2013; FARIAS; CAVALCANTI, 2012)

A enfermagem com sua responsabilidade gerencial no hospital deve fazer planejamento do cuidado e também de atividades com a sua equipe de enfermagem, sejam estas educacionais, de resolução de problemas ou conflitos, e de liderança, sendo necessário aos enfermeiros habilidades de influenciar positivamente sua equipe. Reuniões frequentes na unidade de saúde dão suporte a liderança dos enfermeiros, oportunizando discussões, reflexões e a aproximação entre os profissionais. É entendido que isso melhora o trabalho em equipe, sendo esse trabalho coletivo uma estratégia importante para melhorar o trabalho

nas unidades hospitalares. (SOUZA; FERNANDES, 2012; AMESTOY et al., 2014; JUNQUEIRA et al., 2013; FARIAS; CAVALCANTI, 2012)

Outro ponto que aparece como relevante estatisticamente é o fato de que profissionais com mais de 1 vínculo empregatício concordam com os antecedentes, barreiras e implicações negativas da defesa do paciente na UTI, apontados no constructo 1. O entendimento ou enfrentamento dessas barreiras por profissionais de enfermagem com dois vínculos, ou mais, de emprego é apontada como resultado de um esforço físico e mental maior exercido por esses profissionais, o que compromete sua qualidade de vida e de trabalho, sendo que esses profissionais tendem a dispor menos horas no local de trabalho do que o que são contratados, ou a exercer suas atividades sem motivação, o que também gera insatisfação dos gerentes das unidades. Essa vinculação em dois ou mais empregos é atribuída, principalmente, aos baixos salários, precariedade dos vínculos empregatícios, sobrecarga de trabalho em algumas unidades e escassez de recursos humanos. Os relatos sobre essa sobrecarga de trabalho, vinculada a dupla jornada, mostram a importância da contratação de profissionais em número suficiente para atender as demandas da instituição, sendo necessário também remuneração condizente com a qualificação profissional, sendo assim possível minimizar o acúmulo de vínculos profissionais. (MENDES et al., 2012; PIONER, 2012; ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015; RIBEIRO, 2015; GOMES; RAMOS, 2015)

Fatores importantes que podem influenciar nas barreiras e implicações negativas para o exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro, são as mais diversas e bem relatadas na literatura, apesar de não terem sido encontradas nos resultados dessa pesquisa com enfermeiros de UTI. Entre elas sinaliza-se o estresse como barreira para atuação na defesa do paciente, o distresse moral é encontrado em enfermeiras na UTI com grande frequência, devido à natureza ética dos problemas vivenciados por essas profissionais, que devem sempre tomar decisões pelos pacientes e equipe em tais situações. Também é encontrado o estresse como implicação negativa do trabalho do enfermeiro na UTI, isso quando esse profissional não consegue executar seu trabalho da melhor maneira, ou acredita que o paciente não está recebendo melhor tratamento, cuidado, ou sendo ouvido em suas decisões. O estresse também pode ser advindo de situações estressoras com a equipe de enfermagem, uma vez que conflitos em equipe devem ser gerenciados pelo enfermeiro que sempre está lidando com pessoas estressadas em seu trabalho, conflitos entre pacientes, familiares e profissionais de saúde

também são comuns e mediados por enfermeiros. Atuando nesse papel de mediador na UTI o enfermeiro está exposto a situações estressoras diariamente, e isso é considerado barreira para efetivação da defesa do paciente por esse profissional, sendo que eles podem enfrentar o sofrimento moral ou afastamento de suas crenças e valores profissionais. (BOROWSKE, 2012; PATTINSON et al., 2013; GILL et al., 2013; AHLUWALIA et al., 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2014)

A falta de formação profissional adequada de enfermeiros, bem como as poucas capacitações na UTI, levam os enfermeiros a terem medo de não prestar o melhor atendimento aos seus pacientes, isso também é apontado em estudos como barreira para a atuação na defesa dos pacientes. Logo é apontado que a formação de enfermeiros deve ser repensada para dar suporte ético aos enfermeiros que atuam em unidades com situações estressantes diárias. (BOROWSKE, 2012; PATTINSON et al., 2013; VALIEE; NEGARANDEH; NAYERI, 2012)

O constructo das “Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na UTI” apresentou maior frequência de enfermeiros que concordam com tais ações e benefícios. Nesse sentido, constata-se que os enfermeiros compreendem o cuidado do paciente na prevenção de agravos, sejam físicos, mentais, de deliberação, ou devido privação de tratamentos e cuidados necessários, como advocacia desse paciente, e concordam ser sua responsabilidade tais ações. Ainda, eles consideram que os enfermeiros estão mais próximos a família e aos pacientes, logo é esperado que os defendam em situações de desrespeito por médicos ou gerentes de saúde, assegurando ao paciente o melhor tratamento e cuidado disponível, desde que seja possível também escutar e atender seus desejos, garantindo conforto e segurança ao paciente da UTI. A comunicação do enfermeiro, na educação dos pacientes e familiares quanto a seus direitos e deveres durante a internação, na informação sobre o status de saúde, o prognóstico, os tratamentos e a potencial recuperação do paciente também são consideradas ações de defesa do paciente pelo enfermeiro. Esse enfermeiro deve ter habilidades de comunicação e interação pessoal, para lidar com equipe de enfermagem e também com pacientes e familiares, reconhecendo o trabalho em equipe como peça essencial de defesa desse sujeito, e a necessidade da família estar envolvida durante a internação. (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; BOROWSKE, 2012; GILL et al., 2013; AHLUWALIA et al., 2016; ARBOUR; WIEGAND, 2014)

Não foi encontrada relevância estatística dos constructos com as

variáveis idade, tempo de graduação e tempo de serviço na UTI, o que se difere dos estudos anteriores realizados com a mesma escala (PNAS). Nesses estudos foi mostrado que as barreiras para a advocacia e as implicações negativas do exercício da advocacia são mais evidentes para enfermeiros graduados a mais tempo e com mais tempo de trabalho na UTI, isso é apontado como consequência da maior vivência dos enfermeiros nesses ambientes e maior experiência de advocacia do paciente, o que pode ter acarretado em maior tempo exposto aos estresses e insatisfações por não ter sua advocacia bem sucedida. (BU; WU, 2012; HANKS, 2010; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2014; JANSSON et al., 2015)

### **Conclusão**

As respostas dos 451 enfermeiros da pesquisa construíram dois constructos a partir da análise fatorial exploratória dos dados e partindo desses fatores foi possível realizar várias análises que possibilitaram o entendimento das ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente e as influências sobre essas ações.

A escala utilizada foi a PNAS e com ela foi possível encontrar a mediana dos fatores, sendo que o fator 2 teve mediana maior que o fator 1. Logo é possível constatar que os enfermeiros concordam mais com as questões que expressam as ações dos enfermeiros intensivistas na advocacia do paciente e os benefícios dessa advocacia. Também é entendido que os enfermeiros dessa pesquisa discordam mais das questões pertencentes ao fator 1 sobre aspectos que podem ser considerados problemáticos e ou conflitivos para o exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro da UTI. Isso foi encontrado de maneira diferente em alguns estudos e análoga em outros, mostrando a importância do estudo mais aprofundado sobre as barreiras ao exercício da advocacia e a insatisfação profissional na privação do enfermeiro em exercer advocacia.

Diferenças estatísticas consideráveis foram encontradas apenas nos itens que referem-se as reuniões realizadas na UTI, nesse caso foi mostrado que os enfermeiros de UTIs onde ocorrem reuniões tem uma frequência maior de discordância com as questões sobre antecedentes, barreiras e implicações negativas. Outro ponto estatisticamente significativo foi com a variável número de vínculos empregatícios, sendo que enfermeiros com mais de um vínculo tiveram frequência diferente da esperada associada ao Fator 1, dos antecedentes, barreiras e implicações negativas da advocacia, sendo associado que o maior número de vínculos

causa mais sofrimento, estresse e cansaço nos trabalhadores, ocasionando uma barreira ao exercício da advocacia do paciente por esses enfermeiros.

A advocacia do paciente é temática que ainda necessita de muito estudo para que seja possível entender as ações dos enfermeiros nessa defesa, e também os fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente na atuação destes enfermeiros.

As limitações desse estudo foram a realização em apenas duas regiões do país - o que impossibilita a generalização para todo o Brasil uma vez que existem grandes diferenças estruturais e sistêmicas nas UTIs pesquisadas entre as outras UTIs da região Norte, Nordeste e Centro-Oeste; e a inexistência de estudos sobre a advocacia do paciente em UTIs no Brasil o que dificulta a comparação dos achados dessa pesquisa com demais estudos, sendo que maior parte da literatura utilizada foi internacional.

### **Referências**

AHLUWALIA, B. S. C. et al. Nurses as intermediaries: How critical care nurses perceive their role in family meetings. *American Journal of Critical Care*, v. 25, n. 1, p. 33–39, 2016.

AMESTOY, S. C. et al. Dialogic leadership: strategies for application in the hospital environment. *Invest Educ Enferm*, v. 32, n. 1, p. 119–127, 2014.

ANA - American Nurses Association. Code of ethics for nurses. [Internet]. 2014. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/codeofethics>. Acesso em 16 out 2017

ARBOUR, R. B.; WIEGAND, D. L. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families : A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, v. 30, n. 4, p. 211–218, 2014.

BAGHERIAN, B. et al. Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, v. 39, p. 18–27, 2017.

BOROWSKE, D. Straddling the Fence: ICU Nurses Advocating for Hospice Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, v. 24, p. 105–116, 2012. BOROWSKE, 2012

BU, X.; WU, Y. B. Development and Psychometric Evaluation of the Instrument: Attitude toward Patient Advocacy. *Research in Nursing and Health*, v. 31, p. 63–75, 2008.

DATASUS – CNES – Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. 2016. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: Set 2017.

DAVOODVAND, S.; ABBASZADEH, A.; AHMADI, F. Journal of Medical Ethics and History of Medicine Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*, v. 9, n. 5, p. 1–8, 2016.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1755–63, 2012.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

GILL, F. J. et al. Health consumers' experiences in Australian critical care units: postgraduate nurse education implications. *Nursing in Critical Care*, v. 18, n. 2, p. 93–102, 2013. GILL et al., 2013

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2591–2600, 2015.

HANKS, R. G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nursing Ethics*, v. 17, n. 2, p. 255–267, 2010.

JANSSON, B. S. et al. Validation of the Patient Advocacy Engagement Scale for Health Professionals. *Research in Nursing and Health*, v. 38, p. 162–172, 2015.

JUNQUEIRA, L. C. U. et al. Análise da comunicação acerca da sexualidade estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. *Interface*, v. 17, n. 44, p. 89–101, 2013.

MENDES, D. P. et al. Do prescrito ao real: a gestão individual e coletiva dos trabalhadores de enfermagem frente ao risco de acidente de trabalho. *Gestão Produtiva*, v. 19, n. 4, p. 885–892, 2012.

NASSAR, S.M.; WRONSKI, V.R.; OHIRA, M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. 2017. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 02 FEV e 2017.

PATTISON, N. et al. “Viewing in slow motion”: patients’, families’, nurses’ and doctors’ perspectives on end-of-life care in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, v. 22, p. 1442–1454, 2013.

PIONER, L. M. Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de medicina do Trabalho*, v. 10, n. 1, p. 113–20, 2012.

RIBEIRO, M. C. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface*, v. 19, n. 52, p. 95–107, 2015.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições da trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3021–3032, 2015.

SOUZA, M. DE O. P.; FERNANDES, I. R. Reuniões itinerantes da diretoria de enfermagem: relato de experiência. *Cuidarte*, p. 382–384, 2012.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Adaptação transcultural e validação do instrumento Protective Nursing Advocacy Scale para enfermeiros brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 4, p. 669–76, 2015.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 5, p. 811–818, 2014.

VALIEE, S.; NEGARANDEH, R.; NAYERI, N. D. Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study. *Nursing Ethics*, v. 17, n. 6, p. 309–315, 2012.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse estudo proporcionou a pesquisadora uma imersão na temática da advocacia do paciente, possibilitando o entendimento dessa prática da enfermagem que é tão presente na atuação profissional do enfermeiro em seu trabalho diário, ainda que muitas vezes não seja visibilizada.

O trabalho do enfermeiro da UTI na defesa de seus pacientes internados é composto por uma gama diversa de ações que são apresentadas para estudo e aprofundadas academicamente possibilitando uma compreensão ética sobre as atitudes e crenças dos enfermeiros frente a situações de desrespeito de direitos de seus pacientes. Essa advocacia do paciente é temática que ainda necessita de muito estudo para que seja possível entender todas as ações dos enfermeiros nessa defesa, e também os fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente na atuação destes enfermeiros.

Achados desta pesquisa no quesito de entender quais barreiras ou fatores que influenciam negativamente o enfermeiro na decisão de defender seus pacientes foram de que enfermeiros que estão cansados de seu trabalho na UTI defendem menos e menos eficazmente seus pacientes, como também que enfermeiros apesar de saberem os benefícios na advocacia para seus pacientes, não atuam em sua defesa para evitar desgaste com a instituição e com sua equipe de UTI. Evidenciado como implicações negativas da atuação na advocacia do paciente, o fato de que os enfermeiros consideram que suas ações de advocacia podem comprometer seu emprego, tanto no que diz respeito ao cargo quanto a relação interpessoal, sendo denominados como perturbadores pelos gerentes e instituição na qual trabalham.

Constatado, também, que os enfermeiros que atuam em UTIs, nas quais ocorrem reuniões, tem uma frequência maior de discordância com as questões sobre antecedentes, barreiras e implicações negativas. Outro ponto encontrado refere-se ao número de vínculos empregatícios do enfermeiro. Isto é, enfermeiros que apresentam dois vínculos empregatícios apresentam mais sofrimento, estresse e cansaço, constituindo-se em uma barreira ao exercício da advocacia do paciente por esses enfermeiros.

Achados sobre a temática das barreiras e implicações negativas da advocacia são encontrados em toda a literatura de maneiras diferentes, mostrando a importância do estudo mais aprofundado sobre as barreiras

ao exercício da advocacia e a insatisfação profissional na privação do enfermeiro em exercer advocacia.

Com a construção dessa pesquisa também foi possível estudar mais profundamente as ações do enfermeiro de UTI na advocacia do paciente, sendo que algumas ações como, de agir em nome do paciente, ser responsável por manter os direitos do paciente e preservar a dignidade do paciente, foram apontadas como indispensáveis ao trabalho do enfermeiro. Foi apontado que o enfermeiro na UTI, por sua proximidade com paciente, e familiares deste, conhece suas necessidades melhor do que outro profissional envolvido em seu cuidado, logo, age em seu nome quando escuta seus desejos e avalia as melhores decisões para seu cuidado, e tratamento, juntamente com o paciente e família. Também é ação de defesa dos pacientes educar esses para entender seus direitos, como também cobrar de outros profissionais de saúde e da instituição, por tratamentos e cuidados que são de direito do paciente internado na UTI.

Essa pesquisa também conseguiu expor o benefício da advocacia, tanto para o paciente como para o enfermeiro que atua, sendo que o paciente vulnerável necessita de alguém que o apóie em suas decisões ou que o oriente sobre melhores opções a escolher. Isso, quando realizado de maneira eficaz eleva a satisfação profissional do enfermeiro, fazendo com que ele atue com mais frequência na defesa de seus pacientes internados na UTI.

Ainda muito deve ser estudando sobre as ações dos enfermeiros de UTI atuando em defesa de seus pacientes, mas os achados dessa pesquisa contribuem significativamente para a pesquisa da advocacia no contexto da UTI e do Brasil, uma vez que faltam estudos sobre a temática nacionalmente.

As limitações desse estudo foram a realização em apenas duas regiões do país - o que impossibilita a generalização para todo o Brasil. Entendeu-se que há diferenças estruturais e sistêmicas entre as duas regiões estudadas e as demais regiões. Nesse caso, a inexistência de estudos sobre a advocacia do paciente em UTIs em todo o Brasil, dificulta a comparação dos achados dessa pesquisa com outros estudos, sendo que maior parte da literatura utilizada foi internacional.

## 6. REFERÊNCIAS

AHLUWALIA, S. C. et al. Nurses as intermediaries: How critical care nurses perceive their role in family meetings. *Am J Crit Care*, vol. 25, nº 1, pg. 33-38, jan 2016. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/25/1/33.full>. Acesso em: 08 out 2017.

AMESTOY, S. C. et al. Dialogic leadership: strategies for application in the hospital environment. *Invest Educ Enferm*, v. 32, n. 1, p. 119–127, 2014.

AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). **Florence Nightingale e a História da Medicina Intensiva**. Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/florence-nightingale-e-a-historia-da-medicina-intensiva>>. Acesso em: 25 maio 2016.

AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). **Nossa História**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/institucional/nossa-historia/>>. Acesso em: 25 maio 2016.

ANA - American Nurses Association. Code of ethics for nurses. [Internet]. 2014. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/codeofethics>. Acesso em 16 out 2017

ANNAS, G. J.; HEALEY, J. The patient rights advocate. **Journal of Nursing Administration**, v. 4, n. 3, p. 25–31, 1974.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC no 26 de 11 de maio de 2012**. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026\\_11\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html)>. Acesso em 02 de junho de 2014.

ARAUJO, E. A. C.; ANDRADE, D. F.; BORTOLOTTI, S. L. V. Teoria da Resposta ao Item. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, 2009. v. 43, n. spe, p. 1000-1008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Out. 2016.

ARBOUR, R.B.; WIEGAND, D.L. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. Intensive and Critical Care Nursing, vol.30, n. 4, pags. 211-8, aug 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24560634>. Acesso em: 08 out 2017.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

BAGHERIAN, B.; SABZEVARI, S.; MIRZAEI, T.; RAVARI, A. Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. Intensive and Critical Care Nursing, v. 39, p. 18–27, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122666>. Acesso em: 06 out 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARLEM, E. L. D. et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 506-10, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/33.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

BARLEM, E. L. D. Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana. 2012. 202f. **Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande**, Rio Grande. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/2943>>. Acesso em: 30 maio 2016.

BARLEM, J.G.T.; LUNARDI, V.L.; BARLEM, E.L.D.; RAMOS, A.M.; FIQUEIRA, A.B. et al. Nursing beliefs and actions in exercising patient advocacy in a hospital context. *Rev. esc. enferm. USP*, vol. 49, nº 5, pg. 811-18, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000500811&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500811&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 maio 2016

BARNHORST, A.B.; MARTINEZ, M.; GERSHENGORN, G.B. QUALITY IMPROVEMENT STRATEGIES FOR CRITICAL CARE NURSING. *Am J Crit Care*, vol. 24, nº 1, pg. 372-74, set 2015. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/1/87.short>. Acesso em: 11 out 2017.

BEIGZADEH, M.; BORHANI, F.; AHMADI, F.; ABBASZADEH, ABBAS. Nurses attribution to the role of patient advocacy in intensive care units of hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Biosci. Biotech. Res. Comm.*, vol. 9, nº 4, pg. 884-890, 2016. Disponível em: [http://bbrc.in/bbrc/2016Oct-DecPDF/BBRC10\\_045.pdf](http://bbrc.in/bbrc/2016Oct-DecPDF/BBRC10_045.pdf). Acesso em: 12 ago 2017

BORHANI, F. et al. Moral Sensitivity and Moral Distress in Iranian Critical Care Nurses. *Nurs Ethics*, vol. 24, nº 4, pages.474-482, Set 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208720>. Acesso em: 12 out 2017.

BOROWSKE, Deborah. Straddling the Fence: ICU Nurses Advocating for Hospice Care. *Crit Care Nurs Clin N Am*, 2012. 24 : 105–116. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S089958851200007X>>. Acesso em: 02 maio 2016.

BRASIL. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS: **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS; 2015. 4º volume. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04\\_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL\\_jun2015.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. 1999. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html). Acesso em: 12 out 2017.

BRINDISE, T.; BAKER, M.P. Tele-ICU Development of a Tele-ICU Postorientation Support Program for Bedside Nurses. *Critical Care Nurs*, vol. 35, nº 4, pg. 8-16, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26232810>. Acesso em: 04 out 2017.

BU, X.; JEZEWSKI, M. A. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 57, n. 1, p. 101-10, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x/epdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

BU, X.; WU, Y. B. Development and psychometric evaluation of the instrument: attitude toward patient advocacy. **Research in Nursing & Health**, v. 31, n.1, p. 63-75, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1002/nur.20233/epdf>>. Acesso em: 30 maio 2016

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 2156 de 17 de Novembro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. [Internet]. Seção I, pg. 138-139, 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 17 out 2017.

CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. *Rev. Eletr. Enf.*, [Internet], vol. 14, nº 3, pg. 671-8, jul-set 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a25.htm>. Acesso em: 06 out 2017.

CHOI, Sandy Pin-pin; CHEUNG, Kin; PANG, Samantha Mei-che. A field study of the role of nurses in advocating for safe practice in

hospitals. **Journal of Advanced Nursing**, 2014. 70(7):1584–1593.  
Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/jan.12316/epdf>>. Acesso em 03 maio 2016

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*, v. 21, n. 5, p. 576–582, 2014.  
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24399831>.  
Acesso em: 12 out 2017.

CRESSWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CYPRESS, B.S. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 27, n. 1, pags. 273-80, 2011. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21868223>. Acesso em: 08 out 2017.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 608 p. (Série Métodos de Pesquisa).

DATASUS – CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. 2016. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: Set 2017.

DAVOODVAND, S.; ABBASZADEH, A.; AHMADI, F. Journal of Medical Ethics and History of Medicine Patient advocacy from the clinical nurses’ viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*, v. 9, n. 5, p. 1–8, 2016. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27471588>. Acesso em: 10 out 2017.

EKLUND, Anna Josse- et al. Individual and organisational factors influencing registered nurses’ attitudes towards patient advocacy in Swedish community health care of elders. **Scandinavian Journal of**

**Caring Sciences**, 2014a. [28 \(3\)](#): 486–495. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/scs.12073/abstract>. Acesso em 30 maio 2016.

EKLUND, Anna Josse- et al. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy: A phenomenographic study. **Nurs Ethics**, 2014. 21 (6): 673-683. Disponível em: <http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/21/6/673>. Acesso em: 06 maio 2016.

FALCÓ-PEGUEROLES, A. et al. Ethical conflict in critical care nursing: Correlation between exposure and types. *Nursing Ethics*, v. 22, n. 5, p. 594–607, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/267153888\\_Ethical\\_conflict\\_in\\_critical\\_care\\_nursing\\_Correlation\\_between\\_exposure\\_and\\_types](https://www.researchgate.net/publication/267153888_Ethical_conflict_in_critical_care_nursing_Correlation_between_exposure_and_types). Acesso em: 13 out 2017.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1755–63, 2012.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

FORSBERG, A.; LENNERLING, A.; FRIDH, I.; RIZELL, M.; LOVÉN, C. et al. Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses. *Nurs Crit Care*, vol. 20, nº 3, pg. 126-33, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25611200>. Acesso em: 12 out 2017.

GAYA, A. (col.). **Ciências do movimento humano**: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GAZARIAN, P. K.; FERNBERG, L.M.; SHEEHAN, K.D. Effectiveness of narrative pedagogy in developing student nurses' advocacy role. *Nursing Ethics*, vol. 23, nº 2, pg. 132-41, 2016. Disponível em:

<<http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/23/2/132>>  
. Acesso em: 30 maio 2016.

GILL, F.J.; LESLIE, G.D.; GRECH, C.; LATOUR, J.M. Health consumers' experiences in Australian critical care units: Postgraduate nurse education implications. *Nurs Crit Care*, vol. 18, nº 2, pg. 93-102, mar-abr 2013. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23419185>. Acesso em: 11 out 2017

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2591–2600, 2015.

GRACE, P. J. Professional advocacy: widening the scope of accountability. *Nursing Philosophy*, v.2, n.2, p. 151-62, 2001. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1046/j.1466-769X.2001.00048.x/epdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

HAMRIC, A. B. What is happening to advocacy? *Nursing Outlook*, v. 48, n. 3, p. 103-4, 2000. Disponível em: <<http://www.sciencedirect-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0029655400317006>>. Acesso em: 30 maio 2016.

HANKS, R. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nursing Forum*, v. 45, n. 2, p. 97-107, 2010a. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1744-6198.2010.00170.x/epdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

HANKS, ROBERT G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nursing Ethics*, vol. 17, no. 2, pg. 255-267, 2010. Disponível em:  
<<http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/17/2/255>>  
. Acesso em: 10 maio 2016.

HULLEY, S. B, *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem**

*epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HURST, A.S.; DANIS, M. Project Muse. A framework for rationing by clinical judgment. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 17, nº 3, pags. 247-66, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18210983>. Acesso em: 09 out 2017.

ICN - International Council of Nurses. What we do: **ADVOCACY**. Geneva: ICN, 2016. Disponível em: <http://www.icn.ch/what-we-do/advocacy/>. Acesso em: 11 out 2017

JAMETON, A. *Nursing Practice: the Ethical Issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, 1984.

JANSSON, B. S. et al. Validation of the Patient Advocacy Engagement Scale for Health Professionals. *Research in Nursing and Health*, v. 38, p. 162–172, 2015.

JHA, Ayan; LIN, Leesa; SAVOIA, Elena. The Use of Social Media by State Health Departments in the US: Analyzing Health Communication Through Facebook. *J Community Health*, 2016. 41: 174. Disponível em: <http://link-springer-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s10900-015-0083-4>. Acesso em 29 set. 2016.

JOSSE-EKLUND, A.; WILDE-LARSSON, B.; PETZALL, K.; SANDIN-BOJO, A.K. Individual and organisational factors influencing registered nurses' attitudes towards patient advocacy in Swedish community health care of elders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24033338>. Acesso em: 11 out 2017.

JUNQUEIRA, L. C. U. et al. Análise da comunicação acerca da sexualidade estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. *Interface*, v. 17, n. 44, p. 89–101, 2013.

KARAGOZOGLU, S.; YILDIRIM, G.; OZDEN, D.; CINAR, Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. Nurs Ethics., vol. 24, nº 2, pags. 209-24, mar 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208720>. Acesso em: 12 out 2017.

KOHN, R.; RUBENFELD, G.D.; LEVY, M.M.; UBEL, P.A.; HALPERN, S.D. Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians and nurses preferences for allocating ICU beds. *Intensive Care Med.*, vol. 37, pags. 1210-17, 2011. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21647719>. Acesso em: 10 out 2017.

LAKANMAA, R. L.; SUOMINEN, T.; PERTTILA, J.; RITMALA-CASTREN, M.; VAHLBERG, T. et al. Basic competence in intensive and critical care nursing: Development and psychometric testing of a competence scale. *J Clin Nurs.*, vol. 23, nº 5-6, pgs. 799-810, mar 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23331409>.

Acesso em: 10 out 2017.

LUNNAY, Belinda et al. Ethical Use of Social Media to Facilitate Qualitative Research. **Qual Health Res**, 2015. Vol. 25, no. 1: 99-109. Disponível em:

<http://qhr.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/25/1/99#cite-by>. Acesso em: 29 set. 2016.

LUZ, K.R.; VARGAS, M.A.O.; SCHIMIDTT, P.H.; BARLEM, E.L.D.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G. et al. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros oncológicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 23, n. 6, pags. 1187-94, 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01187.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01187.pdf). Acesso em: 07 out 2017.

MACHADO, F.R. All in a Day's Work — Equity vs. Equality at a Public ICU in Brazil. *N Engl J Med*, vol. 375, nº 25, pags. 2420-1, Dez 2016. Disponível em:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1610059#t=article>. Acesso em 10 out 2017.

MAHLIN, M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 2, p. 247–54, 2010. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/17/2/247.full.pdf+html>>. Acesso em: 30 maio 2016.

MCKEE, Rebecca. Ethical issues in using social media for health and health care research. **Health Policy**, 2013. Volume 110, 2–3: 298–301. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0168851013000468>. Acesso em: 29 set. 2016.

MENDES, D. P. et al. Do prescrito ao real: a gestão individual e coletiva dos trabalhadores de enfermagem frente ao risco de acidente de trabalho. *Gestão Produtiva*, v. 19, n. 4, p. 885–892, 2012.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758–64, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018). Acesso em: 03 out 2017.

MONGIOVI, V.G.; ANJOS, R.C.C.B.L.; SOARES, S.B.H.; LAGO-FALCAO, T.M. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. bras. enferm.*, [online], vol.67, n.2, pp.306-311, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 out 2017.

MONTEIRO, Janine Kieling et al. Mental illness of workers in intensive care units. **Psicol. cienc. prof.** 2013. 33(2): 366-379. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2016.

NASSAR, S.M.; WRONSKI, V.R.; OHIRA, M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. 2017. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br> . Acesso em: 02 FEV e 2017.

NEGARANDEH, R. et al. Patient advocacy: barriers and facilitators. **BMC Nursing**, v. 5, n. 3, p. 1-8, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez46.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC1420298/>>. Acesso em: 30 maio 2016.

NEGARANDEH, R. et al. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 4, p. 457-67, 2008. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/15/4/457>> . Acesso em: 30 maio 2016.

NOGARIO, Aline Carniato Dalle et al. Nursing Actions in practicing inpatient advocacy in a Burn Unit. *Rev. esc. enferm. USP*, [online], vol.49, n.4, pg.580-8, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000400580&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400580&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 mar 2017.

PATTISON, N. et al. “Viewing in slow motion”: Patients’, families’, nurses’ and doctors’ perspectives on end-of-life care in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, n. 9-10, pages. 1442-54, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23506296>. Acesso em: 12 out 2017.

PEGUEROLES, Anna Falcó et al. Ethical conflict in critical care nursing: Correlation between exposure and types. **Nursing Ethics**, 2015. 22(5): 594–607. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/22/5/594>>. Acesso em 02 maio 2016

PIONER, L. M. Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de medicina do Trabalho*, v. 10, n. 1, p. 113–20, 2012.

RIBEIRO, M. C. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de

Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface*, v. 19, n. 52, p. 95–107, 2015.

ROJAS, G.I; VARGAS, C.I.; FERRER, L. ROL DE ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CRÍTICO. *Cienc. Enferm.*, v. 19, n. 3, p. 41-50, 2013 . Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 12 oct. 2017.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições da trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3021–3032, 2015.

SALMOND, S.W. When the family member is a nurse: The role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 27, n. 1, pags.10-8, fev 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071227>. Acesso em: 08 out 2017.

SCCM (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE). **About Critical Care**. USA, 2016. Disponível em: <<http://www.myicucare.org/About-Critical-Care/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 25 maio 2016.

SCCM (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE). **Questions about Critical Care**. USA, 2016a. Disponível em: <<http://www.myicucare.org/About-Critical-Care/Pages/Questions.aspx>>. Acesso em: 25 maio 2016.

SCCM (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE). **Team in Critical Care**. USA, 2016b. Disponível em: <<http://www.myicucare.org/About-Critical-Care/Pages/Team.aspx>>. Acesso em: 25 maio 2016.

SCHLAIRET, M. C. Bioethics mediation: The role and importance of nursing advocacy. **Nursing Outlook**, v. 57, n. 4, p. 185-93, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect->

com.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0029655408002947>. Acesso em:30 maio 2016.

SIMMONDS, A. H. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 3, p. 360-70, 2008. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/15/3/360>> . Acesso em: 30 maio 2016.

SOUZA, M. DE O. P.; FERNANDES, I. R. Reuniões itinerantes da diretoria de enfermagem: relato de experiência. *Cuidarte*, p. 382–384, 2012.

TODA, Y. et al. Patient advocacy: Japanese psychiatric nurses recognizing necessity for intervention. *Nursing Ethics*, vol. 22, nº 7, pags. 765–777, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25244919>. Acesso em: 07 out 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 5, p. 811–818, 2014.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G.; LUNARDI, V.L.; BARLEM, E.L.D.; SILVEIRA, R.S.; DALMOLIN, G.L. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 4, p. 669-676, Aug. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000400669&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400669&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 Out 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri. **O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros: uma perspectiva foucaultiana**. 2014. 149f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

TRAPANI, Josef. Critical care nurses as dual agents: enhancing inter-

professional collaboration or hindering patient advocacy? **British Association of Critical Care Nurses: Guest Editorial**, 2014. 19(5). Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/nicc.12131/epdf>>. Acesso em: 02 maio 2016.

TRUOG, R.D.; BROCK, D.W.; COOK, D.J.; DANIS, M.; LUCE, J.M.; RUBENFELD, G.D. et al. Rationing in the intensive care unit. *Crit Care Med.*, vol. 34, nº 4, pags. 958-63, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16484912>. Acesso em: 10 out 2017.

VAARTIO, H. et al. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 20, n. 3, p. 282-92, 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1471-6712.2006.00406.x/epdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

VAARTIO, H. et al. The content of advocacy in procedural pain care – patients’ and nurses’ perspectives. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 5, p. 504–13, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04817.x/epdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

VAARTIO, H.; LEINO-KILPI, H. Nursing advocacy: a review of the empirical research 1990–2003. **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, n.6, p. 705–14, 2005. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0020748904001841>>. Acesso em: 30 maio 2016.

VALIEE, S.; NEGARANDEH, R.; DEHGHAN, N.N. Exploration of Iranian intensive care nurses’ experience of end-of-life care: A qualitative study. *Nurs Crit Care.*, vol. 17, nº 6, pg. 309-15, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23061621>. Acesso em: 11 out 2017.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm**, 2013. 34(1):119-125. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n1/15.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2016.

VIANA, Renata Andrea Pietro Pereira et al . Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23,n. 1,p. 151-159, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000100151&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100151&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 maio 2016.

VRYONIDES, S.; PAPASTAVROU, E.; CHARALAMBOUS, A.; ANDREOU, P.; MERKOURIS, A. The ethical dimension of nursing care rationing: a thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics*, vol. 22, nº 8, pags. 881-900, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25367000>. Acesso em: 17 out 2017

WALKER, D.K.; BARTON-BURKE, M.; SARIA, M.G.; GOSSELIN, T.; IRELAND, A. et al. Everyday Advocates: Nursing Advocacy Is a Full-Time Job. *AJN*, vol. 115, n. 8, p. 66–70, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26222478>. Acesso em: 01 out 2017.



## 7. APÊNDICES

### 7.1 APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PARA ENFERMEIROS

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Cidade em que trabalha: \_\_\_\_\_

Outros cursos realizados: ( ) Não ( ) Capacitação ( ) Especialização ( )  
Mestrado ( ) Doutorado

Ano de conclusão da Graduação: \_\_\_\_\_ Quanto tempo trabalha em  
UTI:

Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva (....) Sim (....) Não

Vínculos empregatícios: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4

Considere os dois vínculos principais:

Vínculo/Local 1: Tipo: ( ) público ( ) privado ( ) misto

Tempo de atuação \_\_\_\_\_ Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_ Tipo de  
vínculo ( ) efetivo ( ) temporário

Número de leitos: \_\_\_\_\_. (....) Baixa complexidade (....) Média  
complexidade (....) Alta complexidade

Vínculo/Local 2: Tipo: ( ) público ( ) privado ( ) misto

Tempo de atuação \_\_\_\_\_ Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_ Tipo de  
vínculo ( ) efetivo ( ) temporário

### ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PARA ENFERMEIROS<sup>2</sup>

A advocacia do paciente, exercida pelo enfermeiro, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, defender seus direitos, garantir a qualidade do cuidado e servir como um elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde. Está associada, principalmente, ao reconhecimento, pelos enfermeiros, do seu papel como advogados, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes (HANKS, 2010).

---

<sup>2</sup> PROTECTIVE NURSING ADVOCACY SCALE (PNAS) (HANKS, 2010).

Por favor, indique seu grau de concordância utilizando *discordo totalmente*, *discordo mais que concordo*, *não concordo nem concordo*, *concordo mais que discordo*, *concordo totalmente* para cada uma das afirmativas a seguir. Por favor, indique sua classificação marcando um "X" na caixa à direita de cada afirmação.

	Questões	DT	DM	N	C M	C T
1	Os pacientes precisam de enfermeiros que ajam nos seus interesses					
2	É legalmente exigido que os enfermeiros ajam como advogados dos pacientes quando se percebe que esses estão em perigo					
3	Como enfermeiro, mantenho o melhor interesse do paciente como o principal foco da advocacia em enfermagem					
4	Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes					
5	Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado					
6	Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado					
7	Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente					
8	Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado					
9	Eu estou advogando para o paciente quando eu protejo os seus direitos no ambiente de cuidados de saúde					
10	Estou agindo como advogado do paciente quando estou protegendo pacientes vulneráveis de ameaças					
11	Eu ofereço advocacia do paciente para proteger os pacientes somente quando necessário no ambiente de cuidados de saúde					
12	Enfermeiros que agem em nome do paciente estão preservando a dignidade do mesmo					
13	Eu examino detalhadamente as circunstâncias que me fazem agir como advogado do paciente					
14	Eu utilizo canais organizacionais para agir como advogado do paciente					
15	Eu me beneficiaria dos conselhos de comissões de ética para ser um advogado do paciente mais eficaz					
16	Falta de tempo inibe a minha habilidade de agir como advogado do paciente					
17	Enfermeiros praticam mais a advocacia do paciente quando estão em um ambiente de trabalho tolerante					
18	Enfermeiros que são apoiados pelos médicos são melhores advogados dos pacientes					

19	Eu consigo ser um melhor advogado do paciente porque tenho mais autoconfiança						
20	Enfermeiros que estão comprometidos a fornecer um bom cuidado ao paciente são melhores advogados do paciente						
21	Uma maior dedicação à enfermagem aumenta a habilidade do enfermeiro de ser um advogado do paciente						
22	Uma maior qualificação em enfermagem melhora a eficácia do enfermeiro na advocacia do paciente						
23	Eu duvido das minhas próprias habilidades de oferecer advocacia aos pacientes						
24	Enfermeiros não oferecem advocacia aos pacientes no ambiente clínico						
25	Eu sou eticamente obrigado a falar pelos pacientes quando eles são ameaçados						
26	Enfermeiros que fornecem informações aos pacientes sobre seus cuidados estão agindo como seus advogados						
27	Os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender						
28	Pacientes vulneráveis precisam da minha proteção em situações prejudiciais						
29	Uma maior experiência em enfermagem não aumenta a habilidade do enfermeiro de agir como advogado do paciente						
30	Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente						
31	Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores						
32	Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos						
33	Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores						
34	Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco						
35	Quando os enfermeiros agem como advogados dos pacientes, eles não estão apoiando os pacientes						
36	Os enfermeiros podem proteger os pacientes de situações prejudiciais impedindo que um procedimento ocorra						
37	Os enfermeiros estão agindo como advogados dos pacientes quando protegem os direitos dos pacientes de tomar suas próprias decisões						
38	Os enfermeiros devem advogar pelos pacientes quando os tratamentos causam sofrimento sem benefício						
39	Quanto mais anos eu trabalho na enfermagem, menos eficaz eu sou na advocacia para os pacientes						

40	Eu sou menos eficaz em falar pelos pacientes quando estou cansado					
41	Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional ( <i>burnout</i> ) e/ou sofrimento moral					
42	Porque eu não gosto de trabalhar como enfermeiro, eu tenho menos vontade de agir como advogado do paciente					
43	Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente					

## 7.2. APÊNDICE B – TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “Crenças e ações dos(as) Enfermeiros(as) intensivistas na Advocacia do Paciente”, que será Tese de Mestrado de Caroline Porcelis Vargas (CPF nº 055.074.099-60) aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Está pesquisa é parte do projeto integrado, cujas informações são descritas abaixo:

O projeto integrado de pesquisa intitulado Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas é desenvolvido pela pesquisadora **Prof. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas** (RG nº: 7012014663 - SSP/RS - CPF nº: 335.006.220-20), em colaboração com Dr. Edison Luiz Devos Barlem (FURG), Dra Débora Feijó Vieira (UFRGS), Dra. Renata Viana (ABENTI) e equipe de pesquisadores destas instituições. Trata-se de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (ProtocoloXX/XX). É desenvolvida com o apoio/financiamento do CNPq.

O projeto de pesquisa tem como **Objetivo**: Analisar crenças e ações de enfermeiros intensivistas no exercício da advocacia do paciente. Trata-se de um estudo multi métodos, incluindo etapa quantitativa e qualitativa. A pesquisa trará benefícios indiretos aos profissionais de enfermagem, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida e condições de trabalho.

Desta forma convidamos para participar da seguinte atividade: **Questionário individual**.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal e, caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (questionário), poderá ser encaminhado para serviço de Apoio Psicológico de uma das três instituições citadas. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, que a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda dos pesquisadores acima citados, em seu setores de trabalho, na três Universidades envolvidas. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peça que preencha o campo abaixo:

Eu.....  
 , fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Em caso de necessidade, contate com: Prof. Dra. **Mara Ambrosina de Oliveira Vargas**. Campus Reitor João David Ferreira Lima. Bairro Trindade/Florianópolis/SC. CEP: 88040-900 Telefone (UFSC): (48) 3721.9399. Celular: (48) 91423090. E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br



## 7.3. APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DADOS ONLINE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE

29/10/2017

O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.

### O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.

Obrigada por acessar nosso instrumento de pesquisa.

Construímos este instrumento que convidamos você a responder, pois acreditamos que esta pesquisa é muito importante, e que terá benefícios indiretos aos profissionais de enfermagem, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida e condições de trabalho. O objetivo desta pesquisa visa a analisar crenças e ações de enfermeiros intensivistas no exercício da advocacia do paciente.

O instrumento apresenta questões abertas, objetivas, e não é difícil ou demorado de respondê-las. É essencial que uma vez iniciado o questionário você complete as respostas até o fim, não pule questões, para não comprometer os resultados.

Você terá maiores informações no termo de consentimento apresentado a seguir:

Agradecemos desde já o apoio.

\* Required

#### Universidades responsáveis pela pesquisa

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Pesquisadora responsável: Prof. Dra. Mara Ambrosina Oliveira Vargas.

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG - Pesquisador

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLS2TUM-WH0uqBmKnsU\\_MhNvUgB7Nk8e0ymYcPMfx00w/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLS2TUM-WH0uqBmKnsU_MhNvUgB7Nk8e0ymYcPMfx00w/viewform)

1/4

29/10/2017

**O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas,**  
responsáveis por: **LEIANE CARLA MOURA SOARES**

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS -  
Pesquisadora responsável: Dra. Débora Feijó Vieira

DEMAIS PARTICIPANTES:

Dra. Renata Andréa Pietro Pereira Viana - Enfermeira Chefe do Serviço de Terapia Intensiva  
do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE/SP.

EQUIPE DE PESQUISADORES DO GRUPO DE PESQUISA PRAXIS - trabalho, cidadania, saúde e  
Enfermagem/PEN/UFSC:

Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Dra. Dulcineia Ghizoni Schneider

Dra. Jamila Geri Tomaschewski-Barlem

Mestranda Caroline Vargas

Bolsista PIBIC Cintia Lara Oliveira

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

### LEIA COM ATENÇÃO

O projeto de pesquisa tem como Objetivo: Analisar crenças e ações de enfermeiros  
intensivistas no exercício da advocacia do paciente. Trata-se de um estudo multi métodos,  
incluindo etapas quantitativas e qualitativas. A pesquisa terá características indicadas em:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdFTUM-WNtDuqBnKnSUj\\_MNvoUgBj7Nkdebyim7sPMw0Rw/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdFTUM-WNtDuqBnKnSUj_MNvoUgBj7Nkdebyim7sPMw0Rw/viewform)

29/10/2017

**O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.**

profissionais de enfermagem, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida e condições de trabalho. Desta forma convidamos para participar da seguinte atividade: Questionário individual. A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal e, caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (questionário), poderá ser encaminhado para serviço de Apoio Psicológico de uma das três instituições citadas. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, que a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda dos pesquisadores acima citados, em seu setores de trabalho, na três Universidades envolvidas. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa.

Fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

**Nome do participante (OPCIONAL)**

Your answer

★

- Li e aceito
- Não aceito

NEXT

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. Report Abuse - Terms of Service - Additional Terms

## O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.

### Escala de advocacia do paciente para enfermeiros

A advocacia do paciente, exercida pelo enfermeiro, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, defender seus direitos, garantir a qualidade do cuidado e servir como um elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde. Está associada, principalmente, ao reconhecimento, pelos enfermeiros, do seu papel como advogados, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes (HANKS, 2010).

Por favor, indique seu grau de concordância utilizando discordo totalmente, discordo mais que concordo, não concordo nem discordo, concordo mais que discordo, concordo totalmente para cada uma das afirmativas a seguir. Por favor, indique sua classificação selecionando na coluna à direita de cada afirmação.

Discordo totalmente      Discordo mais que concordo      Não concordo nem discordo      Concordo mais que discordo      Concordo totalmente

1 - Os pacientes precisam de enfermeiros que ajam nos seus interesses

25/10/2017

O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.

2 - É legalmente exigido que os enfermeiros ajam como advogados dos pacientes quando se percebe que esses estão em perigo	<input type="radio"/>				
3 - Como enfermeiro, mantenho o melhor interesse do paciente como o principal foco da advocacia em enfermagem	<input type="radio"/>				
4 - Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes	<input type="radio"/>				
5 - Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	<input type="radio"/>				
6 - Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	<input type="radio"/>				
7 - Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente	<input type="radio"/>				
8 - Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado	<input type="radio"/>				
9 - Eu estou advogando para o paciente quando eu protejo os seus direitos no ambiente de cuidados de saúde	<input type="radio"/>				
10 - Estou agindo como advogado do paciente quando estou protegendo	<input type="radio"/>				
pacientes vulneráveis de ameaças					
11 - Eu ofereço advocacia do paciente para proteger os pacientes somente quando necessário no ambiente de cuidados de saúde	<input type="radio"/>				

28/10/2017

O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.

12 - Enfermeiros que agem em nome do paciente estão preservando a dignidade do mesmo	<input type="radio"/>				
13 - Eu examino detalhadamente as circunstâncias que me fazem agir como advogado do paciente	<input type="radio"/>				
14 - Eu utilizo canais organizacionais para agir como advogado do paciente	<input type="radio"/>				
15 - Eu me beneficiaria dos conselhos de comissões de ética para ser um advogado do paciente mais eficaz	<input type="radio"/>				
16 - Falta de tempo inibe a minha habilidade de agir como advogado do paciente	<input type="radio"/>				
17 - Enfermeiros praticam mais a advocacia do paciente quando estão em um ambiente de trabalho tolerante	<input type="radio"/>				
18 - Enfermeiros que são apoiados pelos médicos são melhores advogados dos pacientes	<input type="radio"/>				
19 - Eu consigo ser um melhor advogado do paciente porque tenho mais autoconfiança	<input type="radio"/>				
20 - Enfermeiros que estão comprometidos a fornecer um bom cuidado ao paciente são melhores advogados do paciente	<input type="radio"/>				
21 - Uma maior dedicação à enfermagem aumenta a habilidade do enfermeiro de ser um advogado do paciente	<input type="radio"/>				
22 - Uma maior qualificação em	<input type="radio"/>				

29/10/2017

O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros hospitalares.

22 - Eu acredito que a eficiência do enfermeiro na advocacia do paciente	<input type="radio"/>				
23 - Eu duvido das minhas próprias habilidades de oferecer advocacia aos pacientes	<input type="radio"/>				
24 - Enfermeiros não oferecem advocacia aos pacientes no ambiente clínico	<input type="radio"/>				
25 - Eu sou eticamente obrigado a falar pelos pacientes quando eles são ameaçados	<input type="radio"/>				
26 - Enfermeiros que fornecem informações aos pacientes sobre seus cuidados estão agindo como seus advogados	<input type="radio"/>				
27 - Os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender	<input type="radio"/>				
28 - Pacientes vulneráveis precisam da minha proteção em situações prejudiciais	<input type="radio"/>				
29 - Uma maior experiência em enfermagem não aumenta a habilidade do enfermeiro de agir como advogado do paciente	<input type="radio"/>				
30 - Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente	<input type="radio"/>				
31 - Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores	<input type="radio"/>				
32 - Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos	<input type="radio"/>				
33 - Enfermeiros que falam em nome de	<input type="radio"/>				

29/02/2017

O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.

pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores	<input type="radio"/>				
34 - Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco	<input type="radio"/>				
35 - Quando os enfermeiros agem como advogados dos pacientes, eles não estão apoiando os pacientes	<input type="radio"/>				
36 - Os enfermeiros podem proteger os pacientes de situações prejudiciais impedindo que um procedimento ocorra	<input type="radio"/>				
37 - Os enfermeiros estão agindo como advogados dos pacientes quando protegem os direitos dos pacientes de tomar suas próprias decisões	<input type="radio"/>				
38 - Os enfermeiros devem advogar pelos pacientes quando os tratamentos causam sofrimento sem benefício	<input type="radio"/>				
39 - Quanto mais anos eu trabalho na enfermagem, menos eficaz eu sou na advocacia para os pacientes	<input type="radio"/>				
40 - Eu sou menos eficaz em falar pelos pacientes quando estou cansado	<input type="radio"/>				
41 - Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (burnout) e/ou sofrimento moral	<input type="radio"/>				
42 - Porque eu não gosto de trabalhar como enfermeiro, eu tenho menos vontade	<input type="radio"/>				

25/10/2017

O exercício de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.

de agir como  
advogado do paciente

43 - Me falta  
dedicação à profissão  
da enfermagem para  
agir como advogado  
do paciente



Muito obrigada pela sua participação 

[BACK](#)[SUBMIT](#)

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. Report Abuse - Terms of Service - Additional Terms

Google Forms



## 8. ANEXOS

### 8.1. ANEXO A: PARECER DA PLATAFORMA BRASIL

	<b>CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS -CEPON</b>													
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>														
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>														
<b>Título da Pesquisa:</b> Interação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas														
<b>Pesquisador:</b> mara ambrosina de oliveira vargas														
<b>Área Temática:</b>														
<b>Versão:</b> 1														
<b>CAAE:</b> 36739514.2.0000.5355														
<b>Instituição Proponente:</b> Universidade Federal de Santa Catarina														
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio														
<b>DADOS DO PARECER</b>														
<b>Número do Parecer:</b> 863.112														
<b>Data da Relatoria:</b> 03/10/2014														
<b>Apresentação do Projeto:</b>														
Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa do tipo exploratório, descritivo, apoiado no método misto de pesquisa.														
Este estudo caracteriza-se também como uma pesquisa do tipo Survey. A pesquisa survey é compreendida como método empírico de verificação que envolve a coleta e quantificação de dados que servem como permanente fonte de informações sobre opiniões, ações ou características de um determinado grupo de pessoas, indicadas como representantes de uma população.														
Para facilitar a organização do percurso metodológico escolhido pelos pesquisadores para a realização da pesquisa, dividiu-se os momentos de seleção dos participantes, local do estudo, coleta e análise dos dados em etapas 1 e 2, nas quais a etapa 1 está relacionada com o método quantitativo da pesquisa e a etapa 2 equivale ao método qualitativo da pesquisa.														
A população do estudo será composta por um total de 700 enfermeiros intensivistas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) das regiões sudeste e sul do Brasil e, que participarem dos eventos de Enfermagem promovidos pela ABENTI – Associação Brasileira de Terapia Intensiva e pela AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira no período entre abril de 2015 a agosto de 2017. Os critérios para a seleção dos participantes da pesquisa incluem: atuar como enfermeiro em UTI														
<table border="0"> <tr> <td colspan="3">Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Itacorubi</td> <td></td> <td>CEP: 88.034-000</td> </tr> <tr> <td>UF: SC</td> <td>Município: FLORIANÓPOLIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (48)3331-1502</td> <td>Fax: (48)3331-1502</td> <td>E-mail: cep@cepon.org.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404			Bairro: Itacorubi		CEP: 88.034-000	UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS		Telefone: (48)3331-1502	Fax: (48)3331-1502	E-mail: cep@cepon.org.br
Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404														
Bairro: Itacorubi		CEP: 88.034-000												
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS													
Telefone: (48)3331-1502	Fax: (48)3331-1502	E-mail: cep@cepon.org.br												



CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS - CEPON



Continuação do Parecer: 003.112

das regiões sudeste ou sul do Brasil; trabalhar na UTI há mais de 1 ano e ainda não ter respondido ao questionário em evento anterior.

Os critérios de exclusão dos participantes limitam-se à falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa, a não devolução dos questionários ou sua devolução em branco.

A coleta de dados da etapa quantitativa será efetivada por meio da aplicação de um questionário representado por múltiplas questões denominado Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira, cujo processo de adaptação transcultural do instrumento foi efetivado por Tomaszewski-Bariem e Lunardi. Junto ao instrumento, foi inserida uma parte inicial de caracterização dos sujeitos, contendo características sociodemográficas que possam ser significativas para a correlação com a advocacia do paciente, tais como: idade, sexo, tempo de formação, estado em que trabalha, cursos realizados e titulação, vínculo empregatício, tempo de atuação, carga horária semanal, informação acerca de existência de Comissão de Ética na instituição e de reuniões na unidade de trabalho. Além disso, há uma questão aberta que indaga acerca da vivência do enfermeiro com a inviabilidade de leito de UTI e com a intimação por Ordem Judicial. Para análise de dados será utilizado o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 21.0, facilitando o processo de organização em tabelas que permitirão uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação.

A etapa qualitativa será composta por amostra não inferior a 50 participantes, obedecendo aos critérios de inclusão já definidos previamente, com distribuição representativa e proporcional ao número de leitos de todos os estados que compõem as regiões Sul e Sudeste (CNEB/Datasus, 2013).

A coleta de dados nesta fase do estudo acontecerá conforme a amostragem por Bola de Neve (snowball sampling - BIERNACKI e WALDORF, 1981). Esta técnica permite aos informantes que indiquem outros participantes para o estudo sendo este um método baseado em indicações feitas por pessoas que já estão na amostra. O ponto de partida do estudo se dará nas capitais dos sete estados que compõem as Regiões Sul e Sudeste do Brasil.

Os dados serão analisados mediante elementos da Análise Textual Discursiva, utilizando-se para organização e gerenciamento dos dados o software ATLAS-TI. Tal técnica de análise tende a valorizar elementos subjetivos, sempre no sentido da busca de múltiplas compreensões dos fenômenos.

Em termos de ações específicas, o papel dos enfermeiros na defesa tem sido definido como a voz dos pacientes, como um guia de condutas, como uma forma de enfrentamento dos diversos

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404  
Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS - CEPON



Continuação do Parecer 063.112

desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder, como uma forma de capacitar os pacientes para suas decisões e intervir nas falhas de comunicação entre estes e outros profissionais da saúde. Ainda, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, a defender seus direitos, garantindo a qualidade do cuidado e servindo como um elo com o ambiente de cuidados de saúde.

Desse modo, o enfermeiro, como "advogado" do paciente, necessita apoiar ativamente seus direitos e escolhas, auxiliando-o a esclarecer suas decisões, promovendo seus interesses legítimos e protegendo seus direitos fundamentais, como a autonomia na tomada de decisões.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar crenças e ações de enfermeiros intensivistas na defesa do paciente;

- Compreender de que modo os enfermeiros intensivistas têm defendido o paciente que necessita de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial;
- Descrever os problemas e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros intensivistas diante da necessidade do paciente internar em unidade de terapia intensiva e articular a inviabilidade de leito a análise da bioética social.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram previstos riscos físicos aos participantes, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, permitindo ao participante se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que, por qualquer motivo, não lhe seja conveniente. Caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (questionário), poderá ser encaminhado para Serviço de Apoio Psicológico. Os benefícios serão justificados considerando que a relevância deste estudo centra-se na possibilidade de visibilizar a internação por ordem judicial como uma das instâncias que demandam do enfermeiro intensivista posicionamentos e deliberações éticas complexas, que se articulam à defesa do paciente.

A abordagem do "exercício da advocacia" do paciente que necessita de leito de UTI e articulando-o à análise dos problemas e dilemas éticos vivenciados por estes enfermeiros e às questões que podem ser evidenciadas pela perspectiva da Bioética Social, propiciará um modo inovador, contextual e complexo de olhar sobre uma temática ainda pouco ou nada explorada, com a respectiva abrangência aqui proposta no estudo. Ainda com relação à contribuição científica do referencial teórico aqui adotado, centra-se a constatação de que muitas questões vivenciadas

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 855 - SC 404  
Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepcon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS - CEPON



Continuação do Parecer: 003.112

pelos profissionais enfermeiros, cotidianamente, são apenas percebidos como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de Enfermagem e de Saúde, relacionados com a administração, chefias, pacientes e familiares e não como questões éticas importantes e que demandam uma discussão pautada em experiências e conhecimentos específicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O desequilíbrio existente entre o número limitado de leitos de UTI, disponíveis em hospitais públicos brasileiros, e a alta demanda de pacientes graves com indicação de cuidados intensivos têm gerado cada vez mais indicação de internações por ordem judicial. Este cenário tem aflorado nos profissionais de Saúde problemas e dilemas éticos, pois a deliberação moral nas situações de internação por ordem judicial constitui-se em uma decisão difícil e complexa, pois os profissionais da Saúde têm consciência de quem são os vulneráveis, mas devem cumprir a ordem. Isto gera sofrimento moral e interfere no papel de "advogado" do enfermeiro, gerando impasses, principalmente, entre a indicação de internação e a liberação do leito por meio de alta precoce.

Dentro deste contexto consideramos que este estudo apresenta relevância científica, pois permitirá o conhecimento de como os enfermeiros tem vivenciado na sua prática diária estas demandas e as posturas e condutas assumidas pelo profissional diante do dilema ético relacionado ao tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O presente estudo atende aos requisitos da resolução 466/12. Foram apresentados Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto para aplicação do questionário (etapa quantitativa) como para entrevista semi-estruturada (etapa qualitativa). Há garantia do anonimato do participante, detalhamentos quanto à participação voluntária, orçamento e cronograma.

**Recomendações:**

Há necessidade imperiosa de cuidar da expressão "exercício da advocacia" para não ferir conceitos profissionais de Direito, já que quem exerce a Advocacia é um profissional qualificado para isso.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 855 - SC 404  
Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS -CEPON



Contribuição do Pensar 983.112

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Qualquer alteração no projeto inicial deverá ser imediatamente comunicada ao CEP, para avaliação.  
Relatórios semestrais deverão ser enviados ao CEP.

FLORIANÓPOLIS, 07 de Novembro de 2014

Assinado por:

**Lutz Roberto Medina dos Santos**  
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,855 - SC 404  
Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br