



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Daniela de Oliveira Cardozo

**Desenvolvimento da Escala de Advocacia do paciente para enfermeiros em terapia  
intensiva**

Florianópolis  
2021

Daniela de Oliveira Cardozo

**Desenvolvimento da Escala de Advocacia do paciente para enfermeiros em terapia  
intensiva**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem

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

Florianópolis

2021

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

Cardozo, Daniela de Oliveira

Desenvolvimento da Escala de Advocacia do Paciente para enfermeiros em Terapia Intensiva / Daniela de Oliveira Cardozo ; orientadora, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, 2021.

102 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Defesa do Paciente. 3. Enfermagem. 4. Unidade de Terapia Intensiva. 5. Estudo de Validação . I. de Oliveira Vargas, Mara Ambrosina . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Daniela de Oliveira Cardozo

Desenvolvimento da escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina.

Profª. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina.

Profª. Renata Andrea Pietro Pereira Viana, Dra.

Instituição Hospital do Servidor Público Estado de São Paulo.

Profª. Jamila Geri Tomaschewski Barlem, Dra.

Universidade Federal do Rio grande.

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Mestre em Enfermagem

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Profª. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2021.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço com muito carinho:

À suprema força criadora que nos permite acordar todos os dias e tentar fazer o melhor.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte deste trabalho, ou passaram por ele durante estes últimos dois anos.

À Andrea, minha pessoa, que mesmo na turbulência está sempre ao meu lado, me fazendo pensar, rir e amar.

Aos meus pais, Vera e Valmur, que mesmo sem terem estudado muito, me mostraram a importância do conhecimento e da persistência.

À minha família, e ao meu irmão Marcelo por estar por perto no último ano.

Às minhas queridas amigas: Lisandre e Tina pelas risadas, cumplicidade e amor. Francine por seu amor, suas conversas e mesmo pela saudade. Sônia por me ensinar o valor de ser uma enfermeira comprometida, ética e verdadeira. Silvia pela paciência, pelas conversas e por me mostrar o quanto um ser humano pode ser resiliente.

À UFSC, e ao PEN por oferecer um programa com tanta excelência e rigor.

À minha orientadora Mara Ambrosina de Oliveira Vargas por me permitir fazer parte deste grandioso projeto, bem como me orientar, aprender e compartilhar durante este processo.

Ao PRAXIS, pelo conhecimento compartilhado de todos os participantes.

À Mayara por desempenhar com tanto afinho seu papel de bolsista.

Às professoras Dulcineia e Laura pelas tardes de discussão e aprendizado.

Ao Bloco Cores de Aide por me apresentar e proporcionar um espaço de arte, força, amor e empoderamento das mulheres em Florianópolis.

À Maria Luiza Zapelini por me levar a um passeio pelo meu subconsciente, me libertar de muitas amarras e me trazer de volta.

Ao HU-UFSC e às minhas chefes especiais Ana Maria e Carina pelo tempo necessário para desenvolver minhas atividades.

Às bancas que tanto agregam ao nosso desenvolvimento.

Aos juízes e aos colegas que participaram de alguma forma na elaboração ou aprimoramento do objeto final.

*“Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite.”*

*Simone de Beauvoir*

CARDOZO, Daniela de Oliveira. **Desenvolvimento da Escala de Advocacia do Paciente para enfermeiros em Terapia Intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. 102p.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

## RESUMO

Advocacia do paciente pode ser definido como um conjunto de ações que os enfermeiros tomam a fim de promover o bem estar e acesso aos direitos dos pacientes, bem como as informações para tomadas de decisões. Internacionalmente, existem muitos estudos publicados que tratam da temática da advocacia do paciente pelo enfermeiro, sendo que poucos estudos articulam advocacia e terapia intensiva e nenhum foi identificado com a propositiva de desenvolvimento de uma escala própria para o contexto de UTI. **Objetivo:** Elaborar e validar a Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva (EAPEnf-UTI). **Método:** Pesquisa metodológica de desenho transversal, realizado de janeiro de 2019 a outubro de 2020, conforme Devellis, 2012, composto por oito etapas: 1) Determinação do fenômeno; 2) Geração do número de itens; 3) Determinação do formato da medição; 4) Validação de face e de conteúdo; 5) Inclusão de itens (a considerar); 6) Aplicação da escala em uma amostra; 7) Avaliação dos itens e 8) Revisão do número de itens/componentes da escala. Sendo apresentadas as cinco primeiras etapas neste estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil. **Resultados:** A etapa dois teve como fontes a realização de um Survey com 75 enfermeiros intensivistas e de uma Revisão Integrativa da Literatura. Realizada análise de conteúdo conforme Bardin, sendo que o conjunto deste material empírico permitiu considerar aspectos relacionados aos atributos dos enfermeiros e às ações e barreiras para o exercício da advocacia do paciente. E, dentre os resultados do survey, elaborou-se o primeiro manuscrito, intitulado Ações dos Enfermeiros Intensivistas para o Exercício da Advocacia do Paciente, no qual foram analisadas 166 situações relatadas pelos enfermeiros intensivistas como ações de defesa do paciente vivenciadas no cotidiano da assistência. No segundo manuscrito, denominado Desenvolvimento da Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva, consta a descrição das cinco etapas, concretizada na versão da EAPEnf-UTI. O formato de medição escolhido foi a escala Likert de cinco pontos. A validação de face e de conteúdo foi realizada por meio de dois procedimentos: avaliação por 14 juízes experts e

aplicação do pré-teste com enfermeiros intensivistas. Foram excluídos quatro itens e incluído, um texto introdutório, onde é explicitada a definição de advocacia do paciente e a forma de preenchimento do instrumento. Ao final das cinco etapas o instrumento apresentou 57 itens.

**Conclusão:** Através da sequência metodológica foi possível elaborar e validar o conteúdo da EAPEnf - UTI, tornando-se um instrumento pioneiro, construído no contexto da terapia intensiva nacional e internacional, capaz de captar situações próprias das UTIs, bem como do exercício profissional dos enfermeiros intensivistas. Ainda, sinaliza-se que a EAPEnf-UTI será submetida, *a posteriori*, à validação de constructo.

**Descritores:** Ética, Defesa do paciente, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem, Estudo de Validação.



CARDOZO, Daniela de Oliveira. **Development of the Patient Advocacy Scale for Intensive Care Nurses**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. 102p.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

### ABSTRACT

Patient advocacy can be defined as a set of actions that nurses take in order to promote well-being and access to patients' rights, as well as information for decision making. Internationally, there are many published studies that address the theme of patient advocacy by nurses, with few studies articulating advocacy and intensive care and none have been identified with the purpose of developing a scale appropriate for the context of the ICU.

**Objective:** Develop and validate the Patient Advocacy Scale for Nurses in Intensive Care (EAPEnf-UTI). **Method:** Cross-sectional methodological research, carried out from January 2019 to October 2020, according to Devellis, 2012, consisting of eight stages: 1) Determination of the phenomenon; 2) Generation of the number of items; 3) Determination of the measurement format; 4) Face and content validation; 5) Inclusion of items (to be considered); 6) Application of the scale in a sample; 7) Evaluation of the items and 8) Review of the number of items / components of the scale. The first five steps are presented in this study. The project was approved by the Research Ethics Committee, via Plataforma Brasil.

**Results:** Stage two had as sources the accomplishment of a Survey with 75 intensive care nurses and an Integrative Literature Review. Content analysis was carried out according to Bardin, and the set of this empirical material allowed to consider aspects related to the attributes of nurses and the actions and barriers to the practice of patient advocacy. And, among the results of the survey, the first manuscript, entitled Actions of Intensive Care Nurses for the Practice of Patient Advocacy, was prepared, in which 166 situations reported by intensive care nurses as patient defense actions experienced in the daily care were analyzed. In the second manuscript, called Development of the Patient Advocacy Scale for Intensive Care Nurses, there is a description of the five stages, which was made concrete in the version of the EAPEnf-UTI. The measurement format chosen was the five-point Likert scale. Face and content validation was performed using two procedures: evaluation by 14 expert judges and application of the pre-test with intensive care nurses. Four items were excluded and an introductory text was included, explaining the definition of patient advocacy

and how to complete the instrument. At the end of the five stages, the instrument presented 57 items. Conclusion: Through the methodological sequence it was possible to elaborate and validate the content of the EAPEnf - UTI, becoming a pioneering instrument, built in the context of national and international intensive care, capable of capturing situations typical of the ICUs, as well as the professional practice of nurses intensivists. Still, it is signaled that the EAPEnf-UTI will be subjected, a posteriori, to construct validation

**Descriptors:** Ethics, Patient Advocacy, Intensive Care Unit, Nursing, Validation Study.

CARDOZO, Daniela de Oliveira. **Desarrollo de la escala de defensa del paciente para enfermeras de cuidados intensivos.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. 102p.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

## RESUMEN

La defensa del paciente se puede definir como un conjunto de acciones que realizan las enfermeras con el fin de promover el bienestar y el acceso a los derechos de los pacientes, así como la información para la toma de decisiones. A nivel internacional, hay muchos estudios publicados que abordan el tema de la defensa del paciente por parte de las enfermeras, con pocos estudios que articulen la defensa y los cuidados intensivos y ninguno ha sido identificado con el propósito de desarrollar una escala adecuada para el contexto de la UCI.

**Objetivo:** Desarrollar y validar la Escala de Defensa del Paciente para Enfermeros en Cuidados Intensivos (EAPEnf-UTI). **Método:** Investigación metodológica transversal, realizada de enero de 2019 a octubre de 2020, según Devellis, 2012, que consta de ocho etapas: 1) Determinación del fenómeno; 2) Generación del número de artículos; 3) Determinación del formato de medición; 4) Validación de rostro y contenido; 5) Inclusión de elementos (a considerar); 6) Aplicación de la escala en una muestra; 7) Evaluación de los ítems y 8) Revisión del número de ítems / componentes de la escala. Los primeros cinco pasos se presentan en este estudio. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, vía Plataforma Brasil. **Resultados:** La segunda etapa tuvo como fuentes la realización de una Encuesta a 75 enfermeras de cuidados intensivos y una Revisión Integrativa de la Literatura. El análisis de contenido se realizó según Bardin, y el conjunto de este material empírico permitió considerar aspectos relacionados con los atributos del enfermero y las acciones y barreras para la práctica de la defensa del paciente. Y, entre los resultados de la encuesta, se elaboró el primer manuscrito, titulado Acciones de las enfermeras de cuidados intensivos para la práctica de la defensa del paciente, en el que se analizaron 166 situaciones reportadas por las enfermeras de cuidados intensivos como acciones de defensa del paciente vividas en el cuidado diario. En el segundo manuscrito, denominado Desarrollo de la Escala de Defensa del Paciente para Enfermeros de Cuidados Intensivos, se encuentra una descripción de las cinco etapas, que se concretó en la versión de la EAPEnf-UTI. El formato de medición elegido fue la escala Likert de cinco puntos. La

validación de rostro y contenido se realizó mediante dos procedimientos: evaluación por 14 jueces expertos y aplicación del pre-test con enfermeras de cuidados intensivos. Se excluyeron cuatro ítems y se incluyó un texto introductorio, explicando la definición de defensa del paciente y cómo completar el instrumento. Al final de las cinco etapas, el instrumento presentó 57 ítems. Conclusión: A través de la secuencia metodológica fue posible elaborar y validar el contenido de la EAPEnf - UTI, convirtiéndose en un instrumento pionero, construido en el contexto de los cuidados intensivos nacionales e internacionales, capaz de captar situaciones propias de las UCI, así como la práctica profesional de enfermeras intensivistas. Aún así, se señala que la EAPEnf-UTI estará sujeta, a posteriori, a la validación de construcciones.

**Descriptores:** Ética, Defensa del Paciente, Unidad de Cuidados Intensivos, Enfermería, Estudio de Validación.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Categorização dos respondentes

41

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias e subcategorias do papel do Enfermeiro intensivista na advocacia do paciente..	42
Figura 1 - Representação esquemática das etapas do Estudo Metodológico	61
Figura 2 - Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros, em Terapia Intensiva- EAPEnf-UTI	65

## LISTA DE SIGLAS

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
PNAS	Protective Nursing Advocacy Scale
EAPEnf-UTI	Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva
CFM	Conselho Federal de Medicina
DAV	Diretivas antecipadas de vontade
SCCM	Society Of Critical Care Medicine
EUA	Estados Unidos da América
PUBMED	Publisher Medline
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
BPS	Beavorial Pain Scale

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
2.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	22
2.2	ADVOCACIA.....	25
2.3	ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALAS.....	27
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>30</b>
3.1	DESENHO DA PESQUISA.....	30
3.1.1	Primeira Etapa - Determinação do fenômeno.....	30
3.1.2	Segunda Etapa - Geração de um grande número de itens.....	30
3.1.3	Terceira Etapa - Determinação do formato da medição.....	33
3.1.4	Quarta Etapa - Validação de face e de conteúdo.....	34
3.1.5	Quinta Etapa - Considerar inclusão de itens.....	35
3.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
4.1	MANUSCRITO I - AÇÕES DOS ENFERMEIROS INTENSIVISTAS PARA O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE.....	36
4.2	MANUSCRITO II - DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PARA ENFERMEIROS EM TERAPIA INTENSIVA.....	54
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SURVEY.....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>92</b>
	<b>APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICE D - ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS EM TERAPIA INTENSIVA – EAPEnf-UTI.....</b>	<b>96</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é complexo, exigindo de nós enfermeiros especialização constante, e atenção às diferentes situações do cotidiano. Trabalho em terapia intensiva desde 1994, acompanhando as novas tecnologias e desafios à beira leito tanto dos profissionais quanto dos pacientes e familiares, percebo que defendemos nossos pacientes a todo instante, nos procedimentos, na segurança do paciente realizando um elo entre os anseios dos pacientes e familiares e os demais profissionais. Há, pois, uma crescente inclusão dos direitos e deveres de pacientes e família, bem como da própria família no contexto da terapia intensiva e a defesa do paciente encontra-se presente em vários momentos na nossa prática clínica. A advocacia do paciente está sendo ainda mais evidenciada nas questões que envolvem a pandemia de COVID-19, enfrentada há mais de um ano. Neste caso, um dos exemplos reporta à ausência de familiares imposta pelo isolamento rigoroso, o que desencadeia que o enfermeiro intensivista precise tornar-se a peça fundamental de relação do paciente e meio externo, bem como defensor de suas vontades.

Na verdade, ainda que tenha conhecido o termo Advocacia em 2018, dei-me conta o quanto eu desenvolvia a prática da defesa do paciente sem estar ciente disto. O termo Advocacia é traduzido de *Advocacy* utilizado nos códigos internacionais de enfermagem desde a década de 70, significa defesa do paciente, é visto como um papel ético e legal para os enfermeiros frente a prática dos cuidados. Pode ser definido como um conjunto de ações que os enfermeiros tomam a fim de promover o bem estar e acesso aos direitos dos pacientes, bem como as informações para tomadas de decisões (WATER *et al.*, 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2018; VARGAS, 2019).

No Brasil o Código de Ética da Enfermagem, não deixa explícito o termo advocacia, mas podem-se inferir seus pressupostos, ao tornar o enfermeiro o responsável como visto na Resolução Cofen nº 564/2017 “Parágrafo único. Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal” (COFEN, 2017).

Mesmo com a inexistência de um conceito definido para o termo advocacia do paciente, esta deve ser considerada uma prática profissional. A atuação do enfermeiro vai além de monitorar e observar as condições de saúde, está conectada ao seu entendimento, à determinação de quais cuidados são necessários para cada paciente, podendo então defender e assegurar que este tenha o melhor cuidado, sendo um elo entre o paciente e o ambiente de saúde, agindo assim em seu nome ao capacitar o paciente para suas decisões e realizando a

intervenção nas falhas de comunicação entre o paciente e outros profissionais (VARGAS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Em relação à defesa do paciente, pode-se dizer que é uma estratégia que visa auxiliar os pacientes com problemas considerados por eles como importantes, como necessidade de autonomia ou de entendimento de seus direitos, e alguns estudos sinalizam que enfermeiros de 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 (Vargas *et al.*, 2019; Luz *et al.*, 2019).

Segundo a *Society of Critical Care Medicine* (2016), o enfermeiro intensivista deve: garantir a qualidade e a integralidade do cuidado ao paciente grave; ajudar a todas as pessoas envolvidas no cuidado a falar entre si; atuar de modo proativo na tomada de decisão do paciente, da família, e da equipe de saúde. Desta forma o enfermeiro intensivista desempenha um papel essencial para o trabalho na UTI, possui formação especializada para a área da terapia intensiva, e a sua permanência 24 horas por dia ao lado dos pacientes, bem como o contato com a família, proporcionam um cuidado pleno nessas unidades. A enfermagem promove a horizontalidade no cuidado, ao auxiliar na comunicação entre todas as pessoas envolvidas na assistência, o enfermeiro pode, usualmente, defender os desejos do paciente, tornando-se parte importante da tomada de decisão do paciente, da família, e da equipe de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2018; VARGAS, *et al.* 2019).

A família tem um importante papel no ambiente do paciente, sendo a UTI um desencadeante estressor emocional devido a sua complexidade e gravidade, a família entende a UTI como risco de morte, o enfermeiro precisa ter habilidades para realizar a comunicação e apoio emocional, em comunicação o enfermeiro precisa fazer a ligação entre a família-paciente e a equipe médica, servindo de facilitador, elucidando os fatos sobre os cuidados e suas opções de tratamento, bem como fortalecendo a confiança da família no profissional (BARTH *et al.*, 2016; BAUTISTA RODRIGUEZ; ARIAS VELANDIA; CARREÑO LEIVA, 2016).

Os pacientes internados em UTI têm pouco controle pessoal, sendo muitas vezes, a tomada de decisão realizada pela equipe médica, pois frequentemente são submetidos a procedimentos e tratamentos com efeitos variados em sua cognição ou até mesmo a patologias relacionadas ao sistema nervoso central como encefalopatias, demências e disfunção cerebral deixando os pacientes vulneráveis e sem autonomia para decidirem por seu tratamento ou direitos. (DARBYSHIRE *et al.*, 2016; FREITAS, 2018; TEIXEIRA; CARDOSO, 2019).

Nesta direção, o enfermeiro ao entender e respeitar as especificidades e necessidades

de cada paciente, além de orientar sobre seus direitos e esclarecer dúvidas sobre terapias, deve atuar como representante do paciente perante a equipe ao defender suas vontades e auxiliar na tomada de decisão compartilhada, facilitando a condução das terapêuticas e no fortalecimento da autonomia do paciente-familiar (EPSTEIN; WOLFE, 2016; ARAUJO *et al.*, 2019).

A tecnologia aliada às novas terapias têm prolongado a vida mesmo em casos de doenças graves, incapacitantes e progressivas, com este aumento surge o questionamento do valor de algumas medidas que irão sustentar estas vidas. No Brasil vem sendo discutido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) o uso das diretivas antecipadas de vontade (DAV), que legalizam a vontade do paciente relatada por ele ou seu responsável, enquanto sofre de doença incapacitante irreversível (GOMES *et al.*, 2018).

Há estudos que focalizam a autonomia do paciente na UTI, no respeito à sua vontade de final de vida, à tomada de decisão do paciente e família, através do testamento de vida, ou da DAV, todas possibilidades de expressão do paciente acerca do que aceitaria ou não como intervenção e cuidados. Contudo, não se trata somente de final de vida, diariamente são encontradas situações simples na UTI, isto é, os pacientes possuem vontades que muitas vezes não podem ser acolhidas devido às rotinas duras a que são submetidos. Ações de advocacia se expressam por meio de atendimento a uma vontade simples, como a postergação de um banho. Assim, há movimentos de defesa em direção a respeitar as escolhas e singularidades do indivíduo (AMARO *et al.*, 2018; PIROPÔ *et al.*, 2018; TEIXEIRA; CARDOSO, 2019; DA SILVA *et al.*, 2019).

Estudos apontam sofrimento moral por parte dos enfermeiros devido a não concordarem com o prognóstico do paciente, terapias para manutenção da vida ou ainda por não ser realizada a vontade do mesmo (AHLUWALIA *et al.*, 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016).

Nesta perspectiva de discussão, o exercício da autonomia profissional é protagonista, ainda que haja diferença deste exercício nas diferentes instituições de saúde. Isto é, as relações profissionais, o modelo de cuidado adotado e a gestão influenciam no trabalho diário. A prática profissional de enfermagem é caracterizada por ser composta por processos e valores que instrumentalizam o enfermeiro durante a prestação de cuidados (MAURÍCIO *et al.*, 2017).

Em 2015, no Brasil, foi realizada por Tomaschewski-Barlem *et al.* a validação transcultural da escala de advocacia do paciente para enfermeiros a *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS) de Hanks (2010) – instrumento que prevê uma mensuração quantitativa das crenças e ações dos enfermeiros que protegem pacientes pela advocacia do

paciente – abordando assim crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. Esta se mostrou eficiente na população de enfermeiros de unidades cirúrgicas. A escala abrange as ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, as consequências no ambiente de trabalho, influência do conhecimento e valores pessoais e facilitadores e barreiras para o exercício da defesa. No entanto, não são encontradas pesquisas realizadas com enfermeiros intensivistas (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015; VARGAS, 2017).

Internacionalmente, existem muitos estudos publicados que tratam da temática da advocacia do paciente pelo enfermeiro, sendo que poucos estudos articulam advocacia e terapia intensiva e nenhum foi identificado com a propositiva de desenvolvimento de uma escala própria para o contexto de UTI. Nesse caso, a PNAS aplicada a enfermeiros, desenvolvida por Hanks e adaptada no Brasil por Tomaschewski-Barlem (2014), não representa o contexto da terapia intensiva do Brasil e de outros países. Apesar dos avanços permitidos por estudos anteriores, considerou-se a inexistência de instrumento elaborado a partir da realidade no país, como uma das justificativas para o desenvolvimento e validação psicométrica de uma Escala Brasileira de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva (EAPEnf-UTI), capaz de captar situações próprias dos cenários das UTIs e do respectivo exercício profissional. Ainda, argumenta-se que a questão da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas não está suficientemente disseminada entre os próprios enfermeiros. O que corrobora com a inexistência de estudos brasileiros publicados que tenham abordado a advocacia do paciente pelo enfermeiro no contexto da UTI (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015; 2016).

A prática clínica, as pesquisas e avaliações em saúde são realizadas com base em questionários e instrumentos desenvolvidos para evidenciar e fortalecer as melhores práticas. No Brasil tem havido um crescente investimento da Enfermagem em pesquisas metodológicas, especialmente as de validação e adaptação cultural (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2016; ROSANELLI; SILVA; GUTIÉRREZ, 2016; TIMM; RODRIGUES, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017; CASTELHANO SOUZA *et al.*, 2018; PETERSEN *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2020). As traduções e adaptações de instrumentos internacionais são eleitas por sua aplicação clínica, se focam em fenômenos objetivos ou subjetivos do paciente, os aspectos do trabalho, os processos educacionais e as experiências e atitudes do próprio profissional; e podem evidenciar a necessidade de desenvolvimento de novos instrumentos (RAMOS *et al.*, 2017). São raros os estudos que apresentam instrumentos elaborados e já validados por pesquisadores enfermeiros brasileiros, a exemplos de alguns

mais recentes, como Leite *et al.* (2018), Holanda, Marra e Cunha (2019), Ramos *et al.* (2019) e Lordani *et al.* (2020).

Em estudo realizado por Vargas (2017), onde foi realizada a aplicação da escala PNAS em enfermeiros intensivistas. E, a partir deste estudo, houve a percepção de que a escala PNAS não apresentava a caracterização do contexto da terapia intensiva desta forma, idealizou-se a construção de uma escala específica que abordasse a advocacia do paciente para enfermeiros intensivistas a fim de captar situações próprias dos cenários das diferentes UTIs e do respectivo exercício profissional.

Enfim, a Escala Brasileira de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva poderá ser recomendada para o aprimoramento de troca de informações por profissionais que atuam na área.

Diante dos fatos expostos este estudo se propôs a elaborar e validar um instrumento de análise da concordância de Advocacia do Paciente em Enfermeiros Intensivistas, questionando:

Quais as crenças e ações de enfermeiros intensivistas são consideradas válidas para analisar o exercício da advocacia do paciente em terapia intensiva?

**Objetivo:** Elaborar e validar a Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva (EAPEnf-UTI).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo foi construído com aspectos conceituais e contextuais referentes à Unidade de terapia Intensiva, à Advocacia do paciente e à Elaboração e Validação de Escalas.

### 2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A terapia Intensiva foi criada na década de 1920 nos Estados Unidos, no entanto Florence Nightingale durante a Guerra da Criméia (1853-1856) teve a percepção de que os doentes pós-cirúrgicos deveriam ficar em alas separadas dos demais. Com o passar do tempo e avanços nas práticas assistenciais é criada em 1923, em Baltimore no Hospital Johns Hopkins leitos especializados para o tratamento de pacientes em pós-cirúrgico de neurologia e, em 1927, leitos para prematuros no Hospital Sarah Morris em Chicago. Durante a Segunda Guerra Mundial, enfermarias de choque para ressuscitação e cuidados de soldados pós-cirurgias foram implantadas. Após a Segunda Guerra Mundial, passaram a ser utilizadas salas de recuperação pós-cirúrgicas. Nas décadas de 1947-1948, com a epidemia de poliomielite, muitos pacientes morreram em decorrência de paralisia respiratória, o que desencadeou o desenvolvimento do ventilador mecânico na década de 1950, logo, das UTIs. A primeira UTI multidisciplinar apareceu em 1958, no atual Johns Hopkins Bayview, na cidade de Baltimore nos EUA (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, 2019). No Brasil, as primeiras UTIs surgiram no final dos anos 60 no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro, posteriormente em Santa Catarina; nas demais regiões, a partir de 1970 (RODRIGUEZ *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde 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 terapêuticos (BRASIL, 2017).

A UTI é uma unidade hospitalar onde os profissionais exercem assistência de alta complexidade, sendo local de especialização e concentração de tecnologia. Logo, o trabalho da enfermagem torna-se complexo, envolvendo inúmeras necessidades para o desenvolvimento do cuidado. O enfermeiro intensivista desempenha um papel essencial para o trabalho na UTI, possui formação especializada para a área da terapia intensiva, e a permanência 24hs por dia ao lado dos pacientes e família proporciona um cuidado integral ao

paciente internado nessas unidades. Promovendo a horizontalidade no cuidado, ao auxiliar na comunicação entre todas as pessoas envolvidas na assistência, o enfermeiro pode, usualmente, defender os desejos do paciente, tornando-se parte importante da tomada de decisão do paciente, da família, e da equipe de saúde (LIMA *et al.*, 2017; VARGAS, 2018; VARGAS, 2020).

O enfermeiro da UTI tem papel assistencial e gerencial, sendo necessário que atue 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 (MAURICIO *et al.*, 2017; JAKIMOWICZ; PERRY; LEWIS, 2018).

O processo de trabalho da enfermagem, na atualidade, preconiza que o conhecimento da enfermagem deveria estar amparado em melhores práticas, estas se dão através da reflexão crítica baseada em evidências (NEVES; VARGAS; CARDOZO, 2019). Neste sentido, tem sido argumentado que o conhecimento baseado em evidências, possibilitaria a organização e estruturação dos serviços, e conseqüentemente a construção de autonomia. Uma autonomia que é compreendida como condição essencial para o desenvolvimento de competência profissional é definida como a liberdade de tomar decisões ágeis e obrigatórias, sendo que a partir desta os trabalhadores realizam suas atividades com empoderamento e qualidade (ALLAHBAKHSHIAN *et al.*, 2017; AGHAMOHAMMADI; DADKHAH; AGHAMOHAMMADI, 2019).

A internação e o tratamento em que os pacientes são submetidos refletem incertezas e estresse para pacientes e familiares, pois o ambiente da UTI conta com uma diversa gama de monitores, bomba de infusão, ventilador mecânico, máquina de hemodiálise que alarmam conforme sua programação, aliado a estes aparelhos existe a possibilidade do paciente estar sedado, sem possibilidade de comunicação ou movimentação, desta forma a equipe de enfermagem torna-se o elo entre paciente-família-equipe multiprofissional. Assim, durante estes momentos de dor e incertezas é importante que ocorra uma comunicação clara. A comunicação é vista como um processo de troca de informações entre remetente e receptor. No entanto, as experiências anteriores e as normas culturais influenciam percepções, comunicação, comportamentos e escolhas. O processo de comunicação precisa abordar as situações emocionais e físicas, a fim de diminuir o medo, a ansiedade, a falta de confiança e vulnerabilidade que os pacientes críticos e sua família vivenciam (ACHURY; PINILLA, ALVARADO, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018; HIRSHBERG *et al.*, 2020).

As experiências de final de vida, tipicamente associadas às internações em UTI, apesar de não serem regras, mas são bastante frequentes, exigem dos profissionais uma comunicação

clara do diagnóstico do paciente e o respeito a sua vontade, o que ameniza um pouco o sofrimento da família. E, o entendimento de que os pacientes não estão sendo abandonados pela equipe e, sim, que está sendo priorizado o seu bem-estar, aumenta a aceitação da situação do paciente, pela família (BROOKS, MANIAS, NICHOLSON, 2017).

A enfermagem possui importância social devido ao reconhecimento de sua profissão com saberes próprios, tanto científicos quanto técnicos, na prestação de assistência à pessoa, à família e à coletividade, atuando no campo ético através da prevenção e promoção da saúde com vistas a evitar danos provindos de imperícia, negligência ou imprudência. Assim, sua área de atuação é comprometida com os preceitos éticos e as legislações que regulamentam a profissão (SILVA, 2018).

Os enfermeiros que trabalham nas UTIs precisam de preparo para lidar com as questões complexas em seu trabalho, utilizando, além de seus conhecimentos prévios e experiência, seus princípios éticos nas tomadas de decisão. Há inúmeras questões éticas em uma UTI, como exemplo temos as decisões terapêuticas de investimento ou não no tratamento, decisão de administração de dietas, drogas específicas, comunicação de más notícias, a participação dos familiares nas decisões do tratamento, a interação da equipe interdisciplinar, aspectos religiosos, acolhimento, decisões de final de vida. Enfim, apresenta-se uma gama variada de questões que necessitam da participação efetiva dos enfermeiros voltada à proteção do paciente e seu familiar, contra intercorrências e conflitos éticos possíveis (FALCÓ-PEGUEROLES *et al.*, 2016; PESSINI, 2016; FRACHE *et al.*, 2018).

No entanto, os enfermeiros estão expostos a situações que podem trazer sofrimento moral, este é considerado um sofrimento psicológico, emocional e fisiológico, do qual enfermeiros estão vulneráveis quando participam de ações, em determinadas circunstâncias do cuidado, vistas por eles como incorretas, seja por ação ou omissão. Usualmente está associada a barreiras encontradas no contexto de trabalho dos enfermeiros. Estas situações que o enfermeiro considera moralmente inadequadas, podem levá-los à tristeza, ao estresse, ao enfrentamento ineficaz e à Síndrome de Burnout (FALCÓ-PEGUEROLES *et al.*, 2015; SCHAEFER; ZOBOLI; VIEIRA, 2018).

A UTI com tantos dilemas éticos e sofrimento moral imposto à enfermagem, é um local onde os enfermeiros encontram dificuldade em desenvolver sua autonomia, no entanto sentem-se responsáveis pelas decisões que honram seu compromisso com a sociedade e com seus pacientes, exercendo a defesa de seus pacientes. Frente ao exposto a advocacia do paciente de terapia intensiva pode ser demorada e desgastante. Ainda assim, a advocacia do paciente pelo enfermeiro de UTI é apontada em diversos estudos como de grande importância



para o paciente, familiares e para os profissionais envolvidos (FALCÓ-PEGUEROLES *et al.*, 2015; 2016; SCHAEFER; ZOBOLI; VIEIRA, 2018).

## 2.2 ADVOCACIA

O termo *Advocacy* foi introduzido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros em 1973, nos códigos profissionais. Surgiu a partir de movimentos sociais na década de 70, tanto dos pacientes que começaram a rejeitar a prática paternalista exigindo autonomia em suas tomadas de decisões nos cuidados prestados, quanto das enfermeiras na crítica às relações de poder na sociedade e profissão. Com isto evidenciou-se o papel do enfermeiro enquanto advogado do paciente por este ser um profissional que mantém uma relação mais próxima com o paciente e sua família (WATER *et al.*, 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018).

São encontradas diferentes formas de defesa do paciente, relacionadas às rotinas diárias no cuidado hospitalar. Neste sentido, ações e crenças dos enfermeiros podem demonstrar diferentes ações no que diz respeito à advocacia do paciente, como no repasse de informações, na proteção, na defesa de seus direitos e no encorajamento. Ainda percebe-se que pacientes vulneráveis com necessidades não satisfeitas necessitam de maior defesa (HANKS; ELOI; STAFFORD, 2019; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018).

Em 1974, George J. Annas e Joseph H. Healey ao definirem o papel de defesa do paciente, a enfermagem começou a ser vista como a profissão ideal para desempenhar a advocacia do paciente na saúde. Deste modo, a advocacia do paciente passou a ser considerada com um papel moral, ético e legal inerente no exercício profissional do enfermeiro, que deve sempre falar a verdade baseado na franqueza e autonomia de sua profissão (NOGARIO *et al.*, 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018). No Brasil, a advocacia tem sido proposta, também, em estudos de reflexão teórica e de revisão da literatura, como um papel político do enfermeiro junto aos usuários, objetivando assegurar seus direitos, contribuindo para seu empoderamento e para que se tornem sujeitos ativos (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015; 2016; 2018).

Ao garantir o diagnóstico, prescrição adequada, identificando qualquer alteração no quadro clínico do paciente, educando a família e paciente a identificar possíveis mudanças o enfermeiro realiza a defesa de seu paciente e família (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016; ROUT; BRYSEWICZ, 2017; BECKER; WRIGHT; SCHMIT, 2017; JAKIMOWICZ; PERRY; LEWIS, 2018).

No ambiente da UTI, o enfermeiro defende rigorosamente os desejos e vontades daqueles pacientes que não podem expressar esses desejos, por meio do conhecimento de suas necessidades ou do conhecimento destas a partir do diálogo com a família (AHLUWALIA *et al.*, 2016; FORSBERG *et al.*, 2015; BECKER; WRIGHT; SCHMIT, 2017).

Estudos sinalizam que os enfermeiros com mais anos de experiências na profissão e, que atuam na UTI, enfermeiros com experiências anteriores com relação à advocacia do paciente e enfermeiros com maior grau de especialização profissional apresentam maior defesa do paciente e família (FORSBERG *et al.*, 2015; BEIGZADEH *et al.*, 2016). Além disso, os enfermeiros relatam que realizar a defesa do paciente e família, não consiste apenas em um dever da profissão, mas sim uma forma de alcançar realização profissional e pessoal, além de exercerem muitas vezes o papel de defensor do paciente devido à empatia com a situação (BEIGZADEH *et al.*, 2016; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016).

No dia a dia, os enfermeiros se deparam com diferentes situações em seu ambiente de trabalho, que envolvem o paciente, a família e a equipe interdisciplinar, além do aspecto gerencial e da própria forma de organização hospitalar. O não enfrentamento destas situações diárias aliada à baixa autonomia, pode comprometer o exercício da advocacia. Ainda, os enfermeiros ao falarem sobre o assunto, colocam-se em posição de defensores e intermediários, e alguns apresentam as barreiras para que a defesa não ocorra (AHLUWALIA *et al.*, 2016; BEIGZADEH *et al.*, 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016).

As principais barreiras apontadas são: equipe médica, falta de tempo, carga de trabalho alta, falhas na comunicação com o paciente ou equipe de saúde, conhecimento incipiente, impotência, medo de assumir riscos e conflitos, falta de autonomia, frágil exercício de poder para tomar decisões e falta de suporte por parte da instituição. Percebe-se que as barreiras são impostas por falta de imposição, conhecimento e determinação por parte do enfermeiro, em alguns casos este se abstém em tomar atitudes perante a equipe médica. Ainda, a instituição hospitalar tem importante papel na construção desta defesa ao tomar para si este papel empoderando os enfermeiros (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2017).

Já, a posição intermediária é identificada quando os enfermeiros reconhecem determinadas ações como desrespeito a sua perspectiva perante a equipe médica, realizando apenas a execução de ordens médicas, a tradução das informações entre equipe e paciente e entre a família e o próprio paciente expondo as vontades deste. Mas, todas estas situações podem desenvolver sofrimento moral e conflitos entre médicos e enfermeiros desestimulando o exercício da advocacia (AHLUWALIA *et al.*, 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016; BECKER; WRIGHT; SCHMIT, 2017).

Em 2010, Hanks desenvolveu a Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS), a fim de realizar a verificação através desta escala da advocacia exercida pelos enfermeiros no ambiente de cuidados de saúde, já que anteriormente a PNAS existiram duas escalas, *Nursing Advocacy-Beliefs and Practice* (1991) e derivado dele o *Patient Advocacy Scale* (1998), que realizavam a verificação da autonomia e o suporte institucional dos enfermeiros quando esses atuavam na advocacia do paciente sem informações sobre as ações de advocacia propriamente ditas (HANKS, 2010).

A PNAS é composta por 43 questões, sendo respondida por meio de uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos, utilizando-se um para “discordo totalmente”, dois para “discordo parcialmente”, três para “não concordo nem discordo”, quatro para “concordo parcialmente” e cinco para “concordo totalmente” (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015).

A escala foi validada após sua aplicação em uma amostra de 419 enfermeiros médico-cirúrgicos. Neste caso, Hanks (2010) validou quatro construtos: (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).

### 2.3 ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALAS

Existem diferentes instrumentos hoje utilizados pelos enfermeiros intensivistas no mundo todo com o intuito de realizar medições e avaliações. São utilizadas escalas para verificar, dentre várias outras, a predição do indivíduo desenvolver Lesão por Pressão (BERGSTRON, 1987), o nível de agitação e ansiedade (*Richmond Agitation-Sedation Scale - RASS*, 2001), se o paciente está em Delirium (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit-CAM-ICU*, 2001), se o paciente tem dor mesmo não conseguindo contatar com o meio (*BPS, Beavorial Painn Scale*, 2001). Estes instrumentos servem tanto para prevenção,

quanto para promoção e recuperação da saúde dos pacientes. A partir destas escalas, surgem indicadores gerenciais e a possibilidade de realizar a comparação entre diferentes serviços e melhorar os processos. Assim, por meio das medições realizadas por estes instrumentos, são geradas evidências científicas que podem promover avanços no cuidado (PESSOA, 2001; LOPES *et al.*, 2016; RAMOS *et al.*, 2017; ZIMMERMANN *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A enfermagem possui construção de conhecimentos científicos próprios. Nesta direção, vários pesquisadores e organizações desenvolvem instrumentos importantes para realizar mensurações clínicas diversas as quais auxiliam na melhora da qualidade e segurança na assistência, já que apontam fragilidades e/ou potencialidades dos serviços. Estes instrumentos de avaliação necessitam ter boas propriedades psicométricas com o desenvolvimento de validação apropriada. Logo, a construção de um novo instrumento é complexa e necessita da mobilização de capacidades e conhecimentos diversos (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2017; MARTINS, FONSECA e ROSSETO., 2017).

Para o desenvolvimento do conhecimento é necessário aliar à prática clínica, pesquisas e avaliações em saúde, estas são realizadas com base em questionários e instrumentos desenvolvidos para evidenciar e fortalecer as melhores práticas. No Brasil tem havido na última década, um crescente investimento da Enfermagem em pesquisas metodológicas, especialmente as de validação e adaptação cultural (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2016; ROSANELLI; SILVA; GUTIÉRREZ, 2016; TIMM; RODRIGUES, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017; CASTELHANO-SOUZA *et al.*, 2018; PETERSEN *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2020). As traduções e adaptações de instrumentos internacionais são eleitas por sua aplicação clínica, se focam em fenômenos objetivos ou subjetivos do paciente, os aspectos do trabalho, os processos educacionais e as experiências e atitudes do próprio profissional; e podem evidenciar a necessidade de desenvolvimento de novos instrumentos, no momento em que estes instrumentos adaptados não traduzem a realidade brasileira (RAMOS *et al.*, 2017).

Existem poucos instrumentos elaborados e validados no Brasil por pesquisadores enfermeiros brasileiros, a exemplos de alguns mais recentes, como Leite *et al.* (2018), Holanda, Marra e Cunha (2019), Ramos *et al.* (2019) e Lordani *et al.* (2020). Ao elaborar instrumentos, é necessário definir o construto a ser investigado. Na saúde, as temáticas mais frequentes envolvem promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo realizadas medidas para qualidade de vida, limitações, adesão aos tratamentos, fatores psicossociais e emocionais, tanto em pacientes quanto em profissionais da saúde (LEITE *et al.*, 2018).

Estudo que aplicou a escala PNAS em enfermeiros intensivistas, identificou a demanda destes profissionais de construção de um instrumento de abordagem da advocacia do paciente especificamente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva (VARGAS, 2017).

### **3 METODOLOGIA**

Pesquisa metodológica de desenho transversal. Estes estudos, são realizados com base em autores específicos, escolhidos pelo pesquisador, seguindo passos rigorosos a fim de investigar os próprios métodos de coleta ou organização dos dados, são utilizados para construir, validar e avaliar os construtos e métodos de pesquisa (RAMOS, 2017).

Esta pesquisa faz parte de um macro projeto intitulado Projeto de Elaboração e Validação da Escala Brasileira de Exercício da Advocacia do Paciente pelos Enfermeiros da Terapia Intensiva, iniciado em abril de 2018.

#### **3.1 DESENHO DA PESQUISA**

Pesquisa metodológica de desenho transversal, realizada de janeiro de 2019 a outubro de 2020, conforme Devellis (2012), composto por oito etapas: 1) Determinação do fenômeno; 2) Geração do número de itens; 3) Determinação do formato da medição; 4) Validação de face e de conteúdo; 5) Inclusão de itens (a considerar); 6) Aplicação da escala em uma amostra; 7) Avaliação dos itens e 8) Revisão do número de itens/componentes da escala. A fim de atingir os objetivos propostos quanto ao desenvolvimento da escala, essa pesquisa foi realizada até a etapa cinco.

##### **3.1.1 Primeira Etapa- Determinação do fenômeno**

Consiste em determinar claramente o que será medido, realizado com uma revisão da teoria, delimitando o fenômeno a ser medido, com a criação de um modelo experimental e com a especificidade definida. A definição do tema foi realizada após estudo preliminar (VARGAS, 2017), que aplicou a Escala PNAS adaptada em enfermeiros intensivistas. A percepção de que a Escala PNAS não caracterizava o contexto da terapia intensiva mobilizou a idealização e construção de uma escala específica para a advocacia do paciente por enfermeiros intensivistas, capaz de captar situações próprias dos cenários de diferentes UTIs e do respectivo exercício profissional.

##### **3.1.2 Segunda Etapa - Geração de um grande número de itens**

É necessário gerar um grande número de itens relacionados ao fenômeno medido, as

propriedades da escala são determinadas pelos itens que a compõem para capturar com precisão a essência do construto. Desta forma este número elevado possibilita o esgotamento das possibilidades na construção do instrumento sendo que a confiabilidade da consistência interna é uma função de quão fortemente os itens se correlacionam entre si e quantos itens você possui na escala. Como a natureza das correlações entre os itens geralmente não é conhecida nesta fase do desenvolvimento da escala, ter muitos itens é uma forma de seguro contra a fraca consistência interna.

Quanto à formulação dos itens, as variáveis latentes devem formar categorias como atitudes específicas, barreiras ou eventos da vida, que trazem a resposta ao fenômeno que queremos medir, sendo um grande desafio imaginar uma característica que explique as atitudes em geral. Os itens redundantes precisam ser escolhidos de forma a fortalecer a escala ao usar itens múltiplos e aparentemente redundantes o conteúdo comum será reunido enquanto suas diferenças serão eliminadas. O fundamental é focar no fenômeno que se está medindo. Por fim, para realizar a escolha de quais itens devemos deixar no construto final é preciso ter domínio do conteúdo em investigação, contudo a característica principal para separá-los é a clareza. Neste sentido, um bom item deve ser inequívoco e ser eliminadas perguntas em que o entrevistado se encontre em um dilema, evitar itens muito longos, pois este aumenta a complexidade, sem sacrificar um item por ser longo demais se for significativo. É necessário evitar palavras negativas e frases com duplo sentido para não criar confusão na interpretação e verificar o nível de leitura, ou seja, incluir itens que sejam entendidos pela população a ser investigada. Poderão ser eliminados alguns itens com base em critérios a priori, como falta de clareza, relevância questionável ou similaridade indesejável com outros itens.

A geração de um grande número de itens teve como fonte estudo preliminar composto por Survey e Revisão Integrativa da Literatura. A revisão de literatura, realizada previamente por Manoel *et al.* (2019) por busca em base de dados: Publisher Medline (PUBMED), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cochrane Library e Web of Science, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da biblioteca virtual em saúde, os quais foram: Patient Advocacy (AND) Nursing (AND) Intensive Care Units e seus sinônimos, aplicação de critérios de inclusão e exclusão, análise parcial e integral dos artigos, foram selecionadas 16 referências. Esta busca foi realizada em 22 de janeiro de 2019, sendo selecionados 16 artigos. Após a leitura e análise na íntegra das referências selecionadas, detectou-se três categorias de análise, justamente pela recorrência nos estudos: Enfermeiro como defensor do paciente e

família; Barreiras para a defesa do paciente; Enfermeiro como intermediário.

O *Survey* foi realizado no período entre agosto de 2018 e fevereiro de 2019. Portanto, quando esta dissertação foi iniciada, o *survey* estava em processo de coleta de dados. Neste, os enfermeiros intensivistas brasileiros foram solicitados a listar três situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas por eles, cujo resultado foi positivo e três situações com resultado negativo. A partir desse conjunto de materiais originaram-se seis categorias, utilizou-se das dimensões elencadas, para auxiliar na elaboração dos itens da escala.

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário online (Googledocs). Na página inicial do acesso foram apresentados o estudo e o convite à participação. Os critérios para sua inclusão se restringiram a atuar como enfermeiro de terapia intensiva há no mínimo um ano. A primeira parte do formulário online foi iniciada com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Sendo que, só era permitida a continuação na pesquisa após seu aceite. Inicialmente constavam perguntas acerca dos dados sócio demográficos, que foram coletados mediante questionário inicial, antes das perguntas. O recrutamento foi realizado por e-mails a profissionais, chefias de serviços de instituições, pesquisadores e professores de diferentes cidades do país, solicitando que o link de acesso ao instrumento fosse (Apêndice B) divulgado em suas redes de contatos profissionais.

Os dados coletados no *survey* foram analisados mediante análise de conteúdo segundo Bardin, utilizando a pré análise, análise, tratamento do material, inferência e interpretação e categorização (BARDIN, 2016).

Foram obtidas 281 respostas, após análise de conteúdo (BARDIN, 2016), produzindo 166 situações válidas, vistas como ações de defesa do paciente vivenciadas no cotidiano da assistência e 89 situações negativas, válidas para análise dos resultados. Estes resultados foram compilados e divididos conforme categorias criadas na revisão de literatura. Para análise inicial foram separadas as ações e barreiras. Na análise das ações, emergiram três categorias: Qualidade da Assistência com quatro subcategorias que demonstraram a preocupação dos enfermeiros com a defesa perante processos de enfermagem, conhecimento clínico, participação em decisões interdisciplinares e em segurança do paciente; Valorização do ser social/familiar com quatro subcategorias onde os enfermeiros apresentaram ações relacionadas à comunicação entre paciente - família – instituição, incentivo na participação familiar/social como elemento do cuidado, cuidado com a família/social e acolhimento diante das angústias do processo morte-morrer e Singularidade dos sujeitos com duas subcategorias, sendo evidenciadas ações relativas ao incentivo da autonomia e a interlocução entre paciente e equipe de saúde.



Quanto às barreiras, as mesmas foram agrupadas em quatro categorias: Conflitos éticos no fazer e no conviver em terapia intensiva, apresentando quatro subcategorias com problemas relacionados à conflitos éticos entre profissionais, com pacientes ou instituições de saúde situações de negligência, imperícia e imprudência; divergências e limites clínicos/ terapêuticos, com quatro subcategorias com relatos referentes a diferentes perspectivas sobre cuidados, situação clínica e terapêuticas com a participação efêmera da enfermagem nas decisões clínicas; barreiras organizacionais, estruturais e materiais com três subcategorias, com itens sobre dimensionamento de pessoal, problemas de infraestrutura e insuficiência de materiais; por fim, a categoria UTI: um espaço complexo e desafiador, desdobrou-se em três subcategorias identificadas devido às dificuldades relacionadas a comunicação, normas e rotinas e complexidade clínica.

Esta etapa, consolidou-se com a triangulação de pesquisadores, uma vez que a elaboração e refinamento se deu em 10 reuniões de discussão com a participação de seis pesquisadores, sendo cinco enfermeiros, destes dois com expertise em terapia intensiva e ética, dois em ética, uma em terapia intensiva e uma acadêmica de enfermagem participante do projeto. Em cada reunião era realizada a síntese das respostas e agrupadas e reagrupadas nas categorias formadas previamente pela revisão de literatura. A partir desse conjunto de materiais, utilizou-se das dimensões elencadas, para auxiliar na elaboração dos itens da escala, que após sucessivos refinamentos, consistiram de 61 questões ou itens, organizados em três dimensões: atributos, ações de defesa e barreiras.

### **3.1.3 Terceira Etapa - Determinação do formato da medição**

Existem diferentes formatos de escala, a escolha deve ser feita juntamente com a construção dos itens da escala para que o formato final seja compatível entre as perguntas, as respostas e o uso pretendido.

Quanto ao formato de medição do instrumento, destaca-se a opção pela escala *likert* tanto por sua ampla utilização na área da enfermagem quanto pela possibilidade de avaliar as dimensões que permeiam as atitudes dos participantes diante de um determinado fenômeno. Tal formato de medição tem o potencial de avaliar a atitude dos indivíduos, determinando o seu grau de acordo ou desacordo a partir do que o mesmo acredita, percebe ou sente respondendo as afirmações que estão sendo investigadas (BALASUBRAMANIAN, 2012), além disso esta mostrou-se confiável na medição da advocacia do paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015). Adotou-se a medida de grau de concordância,

variando de 0 (discordo totalmente) até 4 (concordo totalmente).

### **3.1.4 Quarta Etapa - Validação de face e de conteúdo**

A validação de face e conteúdo foi realizada por meio de dois procedimentos: avaliação por juízes experts e pré-teste. A validação de face abrangeu o julgamento quanto à clareza e concisão do instrumento e validação de conteúdo quanto à relevância dos itens propostos. Quanto à clareza e concisão, foram avaliadas as construções dos itens para verificar ambiguidade e a necessidade de inclusão de algum esclarecimento, ou até mesmo novas abordagens para o item. A pertinência dos itens se refere à capacidade de contemplar os diferentes aspectos do objeto do instrumento, evitando elementos que possam confundir com outros objetos.

O instrumento foi submetido a um comitê de especialistas, composto por 14 experts: sete com expertise em enfermagem em terapia intensiva e sete com expertise em ética. Os experts em ética são todos professores doutores em enfermagem de Universidades Públicas do Brasil e os experts em terapia intensiva são profissionais renomados na área, no Brasil, atuando neste setor há mais de 20 anos. Dois, dentre os experts, atendiam os critérios de expertise em ética e em terapia intensiva.

As sugestões sugeridas foram recorrentes em alguns itens sendo necessária a inserção de questões na parte da caracterização dos participantes, também foram realizadas mudanças relacionadas à clareza dos enunciados. Ainda, foi inserido uma breve explicação em cada categoria explicitando o que é esperado considerar para preenchimento do instrumento.

Ainda nesta etapa foi realizado um pré-teste, de forma individual, com 22 enfermeiros intensivistas e oito acadêmicos de enfermagem que já haviam cursado estágio em terapia intensiva.

Os resultados obtidos a partir do pré-teste mostraram a pertinência dos itens do instrumento, com 47 (80%) itens do instrumento indicando entre 80 e 100% de concordância. Quanto à clareza, 46 (77%) itens da escala ficaram entre 80 e 100%, sendo que nenhum item ficou abaixo de 60%. O tempo médio utilizado para preenchimento do instrumento foi de 30 minutos, variando de 10 a 90 minutos. Referente às dificuldades e facilidades no preenchimento do instrumento houve pequenas sugestões referentes à clareza de alguns itens, sendo que todas as sugestões foram acatadas, e realizadas a exclusão de mais dois itens (previamente já haviam sido removidos 2 itens) que apresentaram concordância abaixo de 60%.

### **3.1.5 Quinta Etapa - Considerar inclusão de itens**

Foram retirados quatro itens da escala que não estavam claros após a quarta etapa, permanecendo então 57 itens no instrumento final. Além disso foi incluído, um texto introdutório, onde é explicitada a definição de advocacia do paciente e a forma de preenchimento do instrumento. Portanto, ao final da etapa 5, foi concluído o instrumento denominado Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros, em Terapia Intensiva (Apêndice D). Esta etapa é fundamental requisito para a futura aplicação da EAPEnf-UTI, com enfermeiros intensivistas brasileiros, bem como a realização dos testes estatísticos capazes de garantir a validade de constructo, completando as etapas seis, sete e oito de Devellis (2012) e assegurando sua confiabilidade. Nesta direção, o estudo segue com a validação de constructo com a análise fatorial exploratória e confirmatória.

## **3.2 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa seguiu as diretrizes dispostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos via Plataforma Brasil e aprovado em 25/04/2018, CAAE: 84197418.8.0000.0121 e Número do Parecer: 2.620.178. A pesquisa faz parte de um macro projeto intitulado Projeto de Elaboração e Validação da Escala Brasileira de Exercício da Advocacia do Paciente pelos Enfermeiros da Terapia Intensiva, 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 metodológico, cujo foco foi a construção da escala (BRASIL, 2012).

## 4 RESULTADOS

Conforme a orientação disposta na Instrução Normativa 01/PEN/2016, que 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.

Assim, o primeiro manuscrito apresentado relata o resultado preliminar do *Survey* sobre as ações de enfermeiros intensivistas quanto à advocacia do paciente. O título proposto foi *Ações dos Enfermeiros Intensivistas para o Exercício da Advocacia do Paciente*.

O segundo manuscrito apresentado relata o processo completo de construção da escala com os passos metodológicos seguidos, este foi intitulado *Desenvolvimento da Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva*.

### 4.1 MANUSCRITO I - AÇÕES DOS ENFERMEIROS INTENSIVISTAS PARA O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE

#### **Ações dos Enfermeiros Intensivistas para o Exercício da Advocacia do Paciente**

#### **Actions of Intensivist Nurses to Practice Patient Advocacy**

#### **Acciones de las enfermeras intensivistas para practicar la defensa del paciente**

#### **Resumo**

Objetivo: Analisar as ações dos enfermeiros intensivistas para o exercício da advocacia do paciente. Método: Pesquisa qualitativa, exploratória, efetivada por meio de *Survey* realizada no período de agosto 2018 a fevereiro de 2019, com 75 enfermeiros intensivistas brasileiros que foram solicitados a listar três situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas por eles, cujo resultado tenha sido positivo. Resultados: Foram relatadas pelos enfermeiros intensivistas 166 situações vistas como ações de defesa do paciente vivenciadas no cotidiano da assistência. Da análise de conteúdo emergiram três categorias e dez subcategorias. Quanto à caracterização da população do estudo, houve o predomínio do sexo feminino 79%, carga horária variando de 39 a 60 horas no serviço privado e de 10 a 36 horas no serviço público (65%), evidenciou-se que 75% da amostra possuía título de especialista. Conclusão: o estudo permitiu organizar os resultados acerca das ações dos enfermeiros intensivistas para o exercício da advocacia do paciente crítico, nas categorias temáticas qualidade e segurança do

cuidado na prática clínica, a valorização do ser social/familiar e singularidade de cada paciente.

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

### **Abstract**

Objective: To analyze the actions of intensive care nurses to practice patient advocacy.

Method: Qualitative, exploratory research, made through a Survey carried out from August 2018 to February 2019, with 75 Brazilian intensive care nurses who were asked to list three situations of need for patient defense experienced by them, whose result was positive.

Results: Intensive care nurses reported 166 situations seen as actions to defend the patient experienced in the daily care. From the content analysis, three categories and ten subcategories emerged. As for the characterization of the study population, there was a predominance of females 79%, working hours ranging from 39 to 60 hours in the private service and 10 to 36 hours in the public service (65%), it was evidenced that 75% of the sample had specialist title. Conclusion: the study allowed to organize the results about the actions of intensive care nurses for the practice of advocacy for critical patients, in the thematic categories quality and safety of care in clinical practice, the valuation of the social / family being and the uniqueness of each patient.

Descriptors: Patient Defense; Intensive Care Units; Nursing.

### **Resumen**

Objetivo: Analizar las acciones de las enfermeras de cuidados intensivos para practicar la defensa del paciente. Método: Investigación cualitativa, exploratoria, realizada a través de una Encuesta realizada de agosto de 2018 a febrero de 2019, a 75 enfermeras de cuidados intensivos brasileños a quienes se les solicitó enumerar tres situaciones de necesidad de defensa del paciente vividas por ellas, cuyo resultado fue positivo. Resultados: los enfermeros de cuidados intensivos informaron 166 situaciones vistas como acciones de defensa del paciente vivido en el cuidado diario. Del análisis de contenido surgieron tres categorías y diez subcategorías. En cuanto a la caracterización de la población de estudio, hubo predominio del sexo femenino 79%, la jornada laboral variaba de 39 a 60 horas en el servicio privado y de 10 a 36 horas en el servicio público (65%), se evidenció que 75% de la muestra tenía título de especialista. Conclusión: el estudio permitió organizar los resultados sobre las acciones de los enfermeros de cuidados intensivos para la práctica de la defensa del paciente crítico, en las categorías temáticas calidad y seguridad del cuidado en la práctica clínica, la valoración del

ser social / familiar y la singularidad de cada paciente.

Descriptores: Defensa del Paciente; Unidades de cuidados intensivos; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar onde os profissionais exercem assistência de alta complexidade, sendo local de especialização e concentração de tecnologia. Logo, o trabalho da enfermagem torna-se complexo, envolvendo inúmeras necessidades para o desenvolvimento do cuidado (LIMA *et al.*, 2017).

Nesta unidade, além da gravidade clínica dos pacientes, são encontradas inúmeras tecnologias, com utilização contínua de máquinas como ventiladores mecânicos, monitores para observação de sinais vitais, máquinas de hemodiálise, bombas de infusão de medicações, que alarmam conforme a programação necessária tornando a internação estressante tanto para o paciente-família quanto para os profissionais (VARGAS *et al.*, 2019).

O enfermeiro intensivista desempenha um papel essencial no trabalho da UTI, devido à sua formação especializada e à sua permanência 24 horas por dia ao lado dos pacientes. Assim, ele apresenta-se como o elo de comunicação entre paciente, família e equipe envolvida na assistência à saúde e desta forma pode, usualmente, defender os desejos do paciente, tornando-se parte importante da tomada de decisão do paciente, da família, e da equipe de saúde (VARGAS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

O termo *Advocacy* foi introduzido nos códigos profissionais pelo Conselho Internacional de Enfermeiros em 1973. Surgiu a partir de movimentos sociais na década de 1970, tanto dos pacientes que começaram a rejeitar a prática paternalista exigindo autonomia em suas tomadas de decisões nos cuidados prestados, quanto das enfermeiras na crítica às relações de poder na sociedade e profissão. Com isto, evidenciou-se o papel do enfermeiro enquanto advogado do paciente, por ser um profissional que mantém uma relação mais próxima com o paciente e sua família (WATER *et al.*, 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018).

São encontradas diferentes formas de defesa do paciente, relacionadas às rotinas diárias no cuidado hospitalar. Neste sentido, ações e crenças dos enfermeiros podem demonstrar diferentes ações como advocacia, no repasse de informações, na proteção, na defesa de seus direitos, no encorajamento do paciente. Ainda, percebe-se que pacientes vulneráveis, com necessidades não satisfeitas, necessitam de maior defesa (HANKS; ELOI; STAFFORD, 2019; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018).

Em 2015, no Brasil, foi realizada por Tomaszewski-Barlem a validação transcultural da escala de advocacia do paciente para enfermeiros, a Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS) de Hanks (2010), instrumento que prevê uma mensuração quantitativa das crenças e ações dos enfermeiros que protegem pacientes pela advocacia do paciente, abordando assim crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. Esta se mostrou eficiente na população de enfermeiros generalistas. A escala abrange as ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, as consequências no ambiente de trabalho, influência do conhecimento e valores pessoais e facilitadores e barreiras para o exercício da defesa. No entanto, não são encontradas pesquisas realizadas com enfermeiros intensivistas (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2016; VARGAS *et al.*, 2019).

Internacionalmente, existem muitos estudos publicados que tratam da temática da advocacia do paciente pelo enfermeiro, sendo que poucos estudos articulam advocacia e terapia intensiva e nenhum foi identificado com a propositiva de desenvolvimento de uma escala própria para o contexto de UTI ou validação da PNAS neste contexto. Nesse caso, a PNAS aplicada a enfermeiros, desenvolvida por Hanks e adaptada no Brasil por Tomaszewski-Barlem *et al.*, (2015), não representa o contexto da terapia intensiva do Brasil e de outros países. Apesar dos avanços permitidos por estudos anteriores, considerou-se a inexistência de instrumento elaborado a partir da realidade no país como uma das justificativas para o desenvolvimento e validação psicométrica de uma Escala Brasileira de Advocacia do Paciente para Enfermeiros Intensivistas – EAPEI, capaz de captar situações próprias dos cenários das UTIs e do respectivo exercício profissional. Ainda, argumenta-se que a questão da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas não está suficientemente disseminada entre os próprios enfermeiros, o que corrobora com a inexistência de estudos brasileiros publicados que tenham abordado a advocacia do paciente pelo enfermeiro no contexto da UTI (VARGAS, 2017).

Em estudo realizado por Vargas (2017), foi realizada a aplicação da escala PNAS em enfermeiros intensivistas. E, a partir deste estudo, idealizou-se a construção de uma escala específica que abordasse a advocacia do paciente para enfermeiros intensivistas. Para a elaboração da escala, foi realizado um *survey* com enfermeiros intensivistas brasileiros. Este artigo apresenta resultados oriundos deste *survey* e tem como objetivo consubstanciado analisar as ações dos enfermeiros intensivistas para o exercício da advocacia do paciente.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa qualitativa, exploratória, efetivada por meio de *survey*, no qual os

enfermeiros intensivistas brasileiros foram solicitados a listar três situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas por eles, cujo resultado tenha sido positivo. A partir desse conjunto de materiais, utilizou-se das dimensões elencadas para auxiliar na elaboração dos itens da escala.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de formulário online (Googledocs). Na página inicial do acesso foram apresentados o estudo e o convite à participação. Os critérios para a inclusão dos participantes se restringiram a atuar como enfermeiro de terapia intensiva há no mínimo um ano e ter disponibilidade e interesse em responder ao instrumento. Na seleção foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua disponibilidade. Obteve-se retorno de 75 enfermeiros intensivistas que atuam no Brasil. A primeira parte do formulário online foi iniciada com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que só era permitida a continuação na pesquisa após seu aceite. Inicialmente constavam perguntas acerca dos dados sócio demográficos que foram coletados mediante questionário anterior. O recrutamento foi realizado por e-mails a profissionais, chefias de serviços de instituições, pesquisadores e professores de diferentes cidades do país, solicitando que o link de acesso ao instrumento fosse divulgado em suas redes de contatos profissionais.

Os dados coletados no *survey* foram analisados mediante análise de conteúdo segundo Bardin, utilizando a pré-análise, análise, tratamento do material, inferência e interpretação e categorização (BARDIN, 2016).

## **RESULTADOS**

Com relação à categorização dos participantes da pesquisa elaborou-se o Quadro 1 para melhor abordar o tema.

### Quadro 1 - Categorização dos respondentes



<b>Categorização dos respondentes</b>	
Número de respondentes	75
Idade média dos respondentes	37
Média dos anos de atuação em terapia intensiva	10
Média dos anos de atuação no principal vínculo empregatício	8
Média de carga horária no principal vínculo empregatício	38
Média do número de leitos do principal vínculo empregatício	18
<b>Sexo</b>	
Mulheres	79 %
Homens	21 %
<b>Capacitações realizadas após a graduação</b>	
Especialização em Terapia Intensiva	75 %
Capacitação	31 %
Mestrado	27 %
Doutorado	13 %
<b>Vínculos empregatícios</b>	
Apenas um vínculo empregatício	73 %
Dois vínculos empregatícios	24 %
<b>Natureza do principal vínculo empregatício</b>	
Público	65 %
Privado	25 %
Misto	9%
<b>Efetividade principal vínculo empregatício</b>	
Efetivo	84 %
Temporário	16 %
<b>Complexidade do principal vínculo empregatício</b>	
Alta complexidade	81 %
Média complexidade	16 %
Baixa complexidade	3%
<b>Existência de comissão de ética na instituição do principal vínculo empregatício</b>	
Sim	75 %
Não	16 %

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Foram relatadas pelos enfermeiros intensivistas 166 situações vistas como ações de defesa do paciente vivenciadas no cotidiano da assistência. Da análise de conteúdo emergiram

três categorias e dez subcategorias, conforme a Figura 1. Tais situações positivas representam ações dos enfermeiros como interlocutores dos pacientes para garantia de direitos conforme as denominações das categorias. Desta forma, cada subcategoria representa a síntese do papel/ação do enfermeiro como advogado no cuidado.

Os resultados são apresentados a seguir com a subdivisão por categorias e suas subcategorias que emergiram após a análise de conteúdo. Quanto às implicações positivas vivenciadas foram obtidas 166 respostas, estas foram categorizadas e apresentadas conforme figura 1.

Figura 1 - Categorias e subcategorias do papel do enfermeiro intensivista na advocacia do paciente. Florianópolis, Brasil, 2020.

Qualidade da assistência	Valorização do ser social/familiar	Singularidade dos sujeitos
<p>Promotor de ações de planejamento, implementação e avaliação de normas e rotinas de diferentes naturezas para o cuidado de enfermagem.</p> <p>Agente de julgamentos e intervenções clínicas eficazes, fundamentadas no conhecimento científico e técnico da área da saúde e enfermagem.</p> <p>Participante ativo em decisões clínicas interdisciplinares.</p> <p>Agente de ações rigorosas de controle e prevenção de infecção hospitalar.</p>	<p>Interlocutor entre paciente - família - instituição.</p> <p>Incentivador da participação familiar/social como elemento do cuidado.</p> <p>Cuidador da família/social.</p> <p>Acolhedor diante das angústias do processo morte-morrer.</p>	<p>Incentivador da autonomia.</p> <p>Interlocutor entre paciente e equipe de saúde.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

### Qualidade da assistência

Esta categoria contempla as ações de advocacia do paciente relacionadas às práticas clínicas do cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Houve expressivos relatos dos enfermeiros categorizados que denotam o pensar e o fazer do papel clínico do profissional fundamentado no conhecimento científico. Em suma, os enfermeiros concebem seu papel de defesa dos pacientes em todas as situações de cuidados de enfermagem, desde que estes

estejam fortemente pautados em critérios clinicamente reconhecidos para a qualidade da assistência.

Foram elencadas práticas como curativos, analgesia, instalação de cateter venoso e cuidados com ventilação mecânica como exemplos que refletem o conhecimento científico e técnico do enfermeiro de terapia intensiva. A defesa se materializa na ação dos enfermeiros em planejar, executar e avaliar continuamente estes cuidados, dentre todos os demais.

15: “Usuário estava rebaixado e não conseguia manter a saturação e pedi ao intensivista para rever se ele tinha condições de ficar apenas em Suporte de oxigênio por MNC. Ele retornou a VM.”

1: “Enfermeiro defende ao solicitar a equipe médica acesso venoso profundo para infusão de vasopressor.”

O papel de defensor de uma assistência de qualidade também foi pautado em ações de participação do enfermeiro nas decisões clínicas das equipes multiprofissionais. Seja de forma pontual em situações cotidianas de julgamentos divergentes entre procedimentos prescritos por colegas ou em espaços de avaliação e tomadas de decisões terapêuticas.

12: “Raciocínio clínico frente a quadros agudizantes principalmente no turno noturno, pois equipe médica fica em seu ‘estar de repouso’. Deste modo, o enfermeiro é advogado do paciente ao desenvolver raciocínio clínico e identificar situações agudizantes e poder interferir precocemente.”

15: “O fisioterapeuta tentou desmamar o paciente da Ventilação mecânica e pediu apenas opinião do médico. Questionei, pois, o mesmo não estava hemodinamicamente estável e por isso pedi para reavaliar se seria possível pela clínica e parâmetros da VM.”

7: “Solicitado nova avaliação de uma extremidade (MID) pela enfermeira da equipe da cirurgia vascular para discutir a indicação de amputação desta extremidade. Esta nova avaliação não indicou amputação. O MID foi preservado.”

21: “Em um momento, percebi que um paciente terminal tinha dor e que a sedação utilizada (apenas fentanil simples a 10ml/h) não estava mais sendo eficaz. Além disso, paciente apresentava Rass -2, e os médicos classificavam como -5 e achavam que o mesmo estava confortável. A residente discutiu comigo pois não queria associar mais alguma medicação, tive que chamar o médico plantonista, o mesmo avaliou o paciente e concordou que o mesmo estava desconfortável, progredindo fentanil e associando midazolam.”

Outras situações relatadas caracterizam a defesa do paciente por enfermeiros quando

estes são agentes rigorosos na realização e acompanhamento de ações de controle e prevenção de infecções hospitalares. A observação inflexível acerca da realização de procedimentos conforme técnica para garantia da não contaminação ganha status de perspectiva positiva, pois visa minimizar erros e riscos aos pacientes. Assim, os enfermeiros percebem seu papel de advogado quando primam por estes princípios.

48: “Quando solicito a interrupção de procedimento por quebra de técnica estéril.”

2: “Enfermeiro defende o paciente ao questionar a necessidade da permanência de sonda vesical demora para paciente que não tinha indicação e aumentaria o risco de infecção.”

### **Valorização do ser social/familiar**

Todo o universo clínico de cuidados aos pacientes em Terapia Intensiva configurou majoritariamente o contexto de advocacia do paciente por enfermeiros. No entanto, experiências que valorizam a singularidade das pessoas como seres sociais também foram relatadas.

A atuação dos enfermeiros para preservar o papel social, sobretudo afetivo/emocional dos pacientes vão desde a flexibilização dos horários de visitas e tempo de permanência até o acolhimento permanente às dúvidas e angústias expostas por familiares e amigos que buscam incansavelmente por informações, especialmente sobre estado clínico e prognósticos. Preservados todos os limites institucionais, profissionais e de segurança do paciente, a valorização da identidade social daqueles que se encontram nas UTIs configura numa importante ação de advocacia pelos enfermeiros intensivistas.

A rede social dos pacientes, se devidamente orientada pela equipe de saúde, especialmente pelos enfermeiros, representa um elemento a mais para o conforto, repercutindo, inclusive, no tratamento. Este elemento foi reconhecido pelos participantes da pesquisa que o identificam como articulador, integrador e cuidador da família.

12: “Quando o enfermeiro leva em consideração a necessidade bio-psico-emocional do paciente e rompe com regras impostas pela instituição. Por exemplo, permitir maior permanência de um familiar em uma UTI que não possui visita estendida.”

17: “Suporte emocional por meio de flexibilização nos horários de visitas com aumento de tempo de permanência dos familiares, diminuindo ansiedade, tristeza, angústia, delirium e agitação psicomotora.”

5: “Paciente idosa com quadro de Choque Séptico de origem pulmonar,

extremamente ansiosa e agitada, cursando com quadro de delírio hiperativo. Realizei intervenção juntamente com a equipe multidisciplinar sobre a presença de um familiar com a mesma, após a presença do familiar em tempo integral por aproximadamente 24h a paciente cursou com redução da ansiedade e melhora até o desaparecimento do delírio hiperativo.”

O processo de morte e morrer foi destacado pelos enfermeiros no âmbito da valorização do ser social/familiar, seja por ser um cenário cotidianamente vivenciado em UTI ou por ser um momento de fechamento de ciclos da vida humana sensivelmente valorizado pelos profissionais.

Os enfermeiros descreveram situações onde advogaram pela participação de familiares frente à terminalidade iminente dos pacientes.

16: “Na presença da família no momento da morte.”

40: “Direito à presença do familiar em paciente terminal.”

### **Singularidade dos sujeitos**

Apesar de um status de vulnerabilidade acentuada dada à condição clínica complexa, os pacientes de UTI não perdem, por este fato, a sua condição de seres humanos singulares. Esta condição foi referenciada pelos enfermeiros que exercem a advocacia do paciente quando promovem, sempre que possível, espaços para ouvir os pacientes, para acolher as dúvidas, enfim quando buscam promover a autonomia dos pacientes. Ainda que limitadas, há possibilidades de escolhas que podem ser respeitadas. São nos momentos em que os pacientes são capazes de expressar suas vontades, a partir do recebimento de todas as informações técnicas e de direitos, que os enfermeiros atuam como advogados.

10: “Paciente de alta da UTI, deve ir de alta para UI e a rotina na UTI é que o paciente saia da UTI após banho e realização de curativos. Paciente solicita que seu banho aconteça apenas na UI, o enfermeiro então aceita essa solicitação e informa a equipe da UI o ocorrido.”

45: “Paciente iria fazer uma arteriografia e nada sabia sobre o exame, tampouco a família. Na ocasião muitas complicações ocorriam conseqüente ao exame, entre elas o óbito. Expliquei para a família sobre o exame e que deveriam tomar a decisão conscientes dos benefícios e riscos. O médico responsável soube da minha orientação e veio tomar satisfação. Respondi que sempre faria isso, caso eles não fizessem que era um direito do paciente e familiares saberem do tratamento.”

5: “Orientação quanto às informações que estavam sendo repassadas pelo médico, onde o paciente e a família não estavam compreendendo a necessidade de um procedimento, sendo que o mesmo iria beneficiar a

paciente...”

68: “Oriente os pacientes acerca dos direitos e de nossas obrigações, enfatizo ao paciente sobre o direito à saúde pública e de qualidade. E quando o paciente é menor ou idoso, oriento os familiares que estes pacientes têm direito a acompanhar mesmo que tenha que ir contra os colegas que não concordam. Acredito nesta defesa e os pacientes e familiares podem exercer sua cidadania.”

## DISCUSSÃO

Os participantes do estudo apresentaram uma caracterização demográfica semelhante a estudo realizado em 2017, a nível nacional com enfermeiros intensivistas, para desenhar o perfil dos trabalhadores da saúde, neste houve o predomínio do sexo feminino de 85% contra 79% de nosso estudo. A carga horária semanal em serviços privados varia de 39 a 60 horas e no setor público de 10 a 36 horas, apresentando 55,6% contra 65% do presente estudo trabalhando no setor público. O dado que se demonstrou diferente foi o das especializações, evidenciou-se que 75% dos participantes possuíam título de especialista, algo que se mostra maior que a média apontada pelo estudo de 2017, que apontou apenas 51% dos enfermeiros com título de especialista. O fato se explica pelo contexto da terapia intensiva ser um local de alta especificidade, onde os profissionais necessitam de constante atualização (MACHADO *et al.*, 2020).

Na categoria intitulada Qualidade da assistência, as ações foram evidenciadas na medida em que o enfermeiro atua como: promotor de ações de planejamento, implementação e avaliação de normas e rotinas para o cuidado de enfermagem, agente de julgamentos e intervenções clínicas eficazes, fundamentadas no conhecimento científico e técnico e participante ativo em decisões clínicas interdisciplinares. Salienta-se que o enfermeiro apresenta inúmeros papéis na equipe multidisciplinar, estes passam pelo cuidado direto ao paciente, interação com a família e o de caráter gerencial sendo necessário certo grau de autonomia na tomada de decisões (SOARES *et al.*, 2016).

Historicamente existe uma “hierarquia” no setor da saúde entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, devido ao modelo biomédico e à própria história da enfermagem, que só começou a se desvincular do feminino submisso a partir da década de 1950 com o início das teorias de enfermagem. Salienta-se que o objetivo da colaboração interprofissional é criar oportunidades iguais para cada membro da equipe atuar a fim de coexistir o compartilhamento de conhecimentos e experiências. E, quando esta colaboração é fraca, ocorrem eventos que prejudicam a qualidade e segurança dos pacientes (CRUZ *et al.*, 2018; OLIVEIRA; VALENTE, 2019).

O processo de trabalho da enfermagem, na atualidade, preconiza que o conhecimento deveria estar amparado em melhores práticas, estas se dão através da reflexão crítica baseada em evidências (NEVES; VARGAS; CARDOZO, 2019). Neste sentido, tem sido argumentado que o conhecimento baseado em evidências, possibilitaria a organização e estruturação dos serviços, e conseqüentemente a construção de autonomia. Uma autonomia que é compreendida como condição essencial para o desenvolvimento de competência profissional é definida como a liberdade de tomar decisões ágeis e obrigatórias, sendo que a partir desta os trabalhadores realizam suas atividades com empoderamento e qualidade (ALLAHBAKHSHIAN *et al.*, 2017; AGHAMOHAMMADI; DADKHAH; AGHAMOHAMMADI, 2019).

Existem ações em situações cotidianas de julgamentos divergentes entre procedimentos prescritos por colegas ou em espaços de avaliação e tomadas de decisões terapêuticas. Estas ações que os enfermeiros da pesquisa apresentaram são corroboradas por estudos onde o enfermeiro com maior capacitação organizacional, maior tempo de experiência clínica e formação, apresenta um nível maior de autonomia, interagindo com empoderamento nas decisões multidisciplinares (KARANIKOLA *et al.*, 2017; WALLACE *et al.*, 2019).

Em estudo realizado sobre competências de enfermeiro de UTI foi verificado que para desenvolver as competências é necessária uma variada gama de conhecimentos, tanto clínicos quanto éticos, bem como experiência profissional e frequência de uso de competências específicas. As competências estão relacionadas ao conhecimento através do saber, à prática na qual o enfermeiro traz seu conhecimento científico e de sua experiência, ao relacionamento com equipe-família e paciente e à ética – é necessário acrescentar a estas competências as crenças e valores de cada indivíduo. Conforme os enfermeiros se encontram frente a desafios na prática ocorrem mudanças no perfil de competências, estas visam atender às necessidades de saúde que o paciente está apresentando. Estas mudanças permitem agilidade, mobilização e transferência de conhecimentos para resolução de problemas (LAKANMAA *et al.*, 2015; CAMARGO *et al.*, 2018; SOARES *et al.*, 2016).

Os enfermeiros da pesquisa demonstraram estas preocupações, e intervenções foram realizadas conforme a necessidade dos pacientes, amparados por conhecimento clínico pautado em boas práticas. Desta forma, as evidências científicas aliadas à prática clínica, fortalecem a autonomia, as decisões multidisciplinares e promovem segurança e qualidade na assistência, facilitando aos enfermeiros exercerem ações de advocacia pelos pacientes.

Já, na categoria denominada Valorização do ser social/familiar, foi possível analisar a

atuação dos enfermeiros para preservar o papel social, afetivo/emocional dos pacientes internados em UTI. Neste caso, as descrições dos participantes contextualizam o enfermeiro enquanto interlocutor entre paciente – família – instituição, incentivador da participação familiar/social como elemento do cuidado, cuidador da família/social e acolhedor diante das angústias do processo morte-morrer.

A internação e o tratamento em que os pacientes são submetidos em uma UTI, refletem incertezas e estresse para pacientes e familiares. Assim, durante estes momentos de dor e incertezas é importante que ocorra uma comunicação clara. A comunicação é vista como um processo de troca de informações entre remetente e receptor. No entanto, as experiências anteriores e as normas culturais influenciam percepções, comunicação, comportamentos e escolhas. O processo de comunicação precisa abordar as situações emocionais e físicas, a fim de diminuir o medo, a ansiedade, a falta de confiança e vulnerabilidade que os pacientes críticos e sua família vivenciam (ACHURY; PINILLA; ALVARADO, 2015; HIRSHBERG *et al.*, 2020).

Os participantes do estudo entenderam como ações de advocacia assumirem o papel de interlocutores entre paciente-família-instituição, para que isso ocorra é necessário que o enfermeiro tenha domínio da comunicação. Apesar de ser clara a forma como a comunicação deve ser realizada, em um ambiente de UTI os enfermeiros somente têm acesso aos familiares no horário de visitas, que tem se configurado como um horário geralmente reduzido. Esta situação pode constituir tensão entre paciente-família e instituição, pois é nesta que os familiares acabam extravasando seus medos, suas angústias e dúvidas. Portanto, a interação enfermeiro-paciente-família é prioritária no exercício da prática profissional e passa a ser o eixo articulador do cuidado. A comunicação eficiente se dá com a troca de valores e atitudes como compreensão, empatia, aceitação, autenticidade e respeito (MAYER *et al.*, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2019).

O paciente é um ser singular, tem uma família e uma vida social fora do ambiente hospitalar. Ao ser internado em uma UTI, este contexto é modificado abruptamente. Desta forma, a comunidade em que ele outrora estava inserido sofre, desestabilizando sua família e a ele próprio. Ambos apresentam sentimentos muitas vezes não vivenciados anteriormente, como: raiva, choque, desesperança, culpa, ansiedade e incertezas. Logo, o papel de advocacia do enfermeiro em cuidados críticos torna-se fundamentalmente de comunicador e facilitador para que estes enfrentem esta situação com menos impacto em suas vidas. É importante salientar que a família possui recursos para promover o bem-estar do paciente fornecendo apoio ao próprio paciente e à equipe no fornecimento de informações além de melhorar a



resiliência da família por meio de uma comunicação consistente e rotineira (ELLIS *et al.*, 2016; MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017; ARIZA *et al.*, 2018).

As experiências de final de vida, tipicamente associadas às internações em UTI, apesar de não serem regras, mas são bastante frequentes, exigem dos profissionais uma comunicação clara do diagnóstico do paciente e o respeito à sua vontade, o que ameniza um pouco o sofrimento da família. O entendimento de que os pacientes não estão sendo abandonados pela equipe, e sim que está sendo priorizado o seu bem-estar, aumenta a aceitação da situação do paciente, pela família (BROOKS; MANIAS; NICHOLSON, 2017).

Neste contexto, constata-se um esforço dos participantes desta pesquisa para integrarem a família no cuidado de seu familiar. Enfim, eles relataram ações de advocacia direcionadas à família e ao paciente, facilitando a comunicação, permitindo a extensão de horários de visita, estando ao lado das famílias e pacientes nos cuidados paliativos. Ao permitir a presença de um familiar ao lado do paciente crítico ou até mesmo facilitando sua comunicação com os entes queridos, aceitar as escolhas do paciente e da família o enfermeiro está fortalecendo as boas práticas de relacionamento, estreitando os laços e diminuindo o sofrimento. Este estreitamento nas relações é um importante apoio nas horas mais difíceis para os familiares, nas tomadas de decisão, nas escolhas do tratamento e no momento da decisão pelo não prolongamento do sofrimento (AMARO *et al.*, 2018; MICHELAN; SPIRI, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2019; DOUCETTE *et al.*, 2019; SHAIBU *et al.*, 2019; JOVEN; PARADA, 2019).

Na categoria intitulada Singularidade dos sujeitos, os enfermeiros participantes da pesquisa relataram ações de advocacia na medida em que podem tornar-se incentivadores da autonomia dos pacientes e participarem do processo de comunicação entre a equipe e o paciente.

Os pacientes internados em UTI têm pouco controle pessoal, frequentemente são submetidos a procedimentos e tratamentos com efeitos variados em sua cognição ou até mesmo a patologias relacionadas ao sistema nervoso central como encefalopatias, demências e disfunção cerebral deixando-os vulneráveis e sem autonomia para decidirem por seu tratamento ou direitos. Muitas vezes a tomada de decisão é realizada pela equipe médica (DARBYSHIRE *et al.*, 2016; FREITAS, 2018; TEIXEIRA; CARDOSO, 2019). Nesta direção, o enfermeiro, ao entender e respeitar as especificidades e necessidades de cada paciente, além de orientar sobre seus direitos e esclarecer dúvidas sobre terapias, deve atuar como representante do paciente perante a equipe ao defender suas vontades e auxiliar na tomada de decisão compartilhada, facilitando a condução das terapêuticas e o fortalecimento

da autonomia do paciente-familiar (EPSTEIN; WOLFE, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2019).

Há estudos que focalizam a autonomia do paciente na UTI no respeito à sua vontade de final de vida, à tomada de decisão do paciente e da família, através do testamento de vida, ou das diretivas antecipadas de vontades (DAV) – todas possibilidades de expressão do paciente acerca do que aceitaria ou não como intervenção e cuidados. Contudo, não se trata somente de final de vida, diariamente são encontradas situações simples na UTI, isto é, os pacientes possuem vontades simples que muitas vezes não podem ser acolhidas devido às rotinas duras a que são submetidos. Ações de advocacia se expressam por meio de atendimento a uma vontade simples, como a postergação de um banho. Assim, há movimentos de defesa em direção a respeitar as escolhas e singularidades do indivíduo (AMARO *et al.*, 2018; PIROPÔ *et al.*, 2018; TEIXEIRA; CARDOSO, 2019; DA SILVA *et al.*, 2019).

Torna-se claro que a autonomia do paciente está relacionada às informações fornecidas de forma clara, para que possa responsabilmente tomar decisões nas situações em que possa participar os direitos e deveres devem ser esclarecidos e retomados, bem como o termo de esclarecimento sobre a internação e os procedimentos a que ele pode ser submetido. Paciente e família esclarecidos auxiliam na tomada de decisão e na segurança (DAMION; MOREIRA, 2018; LINDBERG; FAGERSTRÖM; WILLMAN, 2018).

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo permitiu organizar os resultados acerca das ações dos enfermeiros intensivistas para o exercício da advocacia do paciente crítico, nas categorias temáticas Qualidade e segurança do cuidado na prática clínica, Valorização do ser social/familiar e Singularidade de cada paciente. Sendo que estas ações visibilizam a atuação dos enfermeiros intensivistas de modo autônomo e evidenciam a importância de uma comunicação efetiva.

Os enfermeiros intensivistas da pesquisa defenderam a qualidade no cuidado ao atuarem como promotores de ações de planejamento, implementação e avaliação de normas e rotinas, agentes de julgamentos e intervenções clínicas eficazes. A preservação do papel social, afetivo e emocional dos pacientes foi mostrada em ações como interlocução entre paciente-família-instituição, bem como incentivo da participação familiar na tomada de decisões através da elucidação de dúvidas e acolhimento no processo morte-morrer. Ocorreu ainda a valorização da singularidade enquanto indivíduo ao ouvirem os desejos dos pacientes, explicarem sobre direitos, informes técnicos e promoverem a autonomia dos pacientes.

Como limitação encontrada neste estudo apontamos a insuficiência de publicações sobre este tema específico em ambiente de terapia intensiva, mostrando a necessidade da realização de estudos na área.

## REFERÊNCIAS

- ACHURY, Diana M. A; PINILLA, Maribel A; ALVARADO, Herly R. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. **Invest Educ Enferm.**, v. 33, n.1, p. 102-111, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26148161/>>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- AGHAMOHAMMADI, Delshad; DADKHAH, Behrouz; AGHAMOHAMMADI, Masoumeh. Nurse Physician Collaboration and the Professional Autonomy of Intensive Care Units Nurses. **Indian J Crit Care Med.**, v. 23, n.4, p.178–181, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6521826/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- ALLAHBAKHSHIAN, Maryam *et al.* Barriers to intensive care unit nurses' autonomy in Iran: A qualitative study. **Nursing Outlook**, n. 65, v. 4, p. 392-399, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069249/>>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- AMARO, Ana Y. G. *et al.* Dois olhares: do enfermeiro e do cliente frente à humanização da uti de um hospital público de Araguaína-TO: case report. **J Business Techn**, v.7, n.1,p. 33-70, 2018. Disponível em: <<http://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/download/321/288>>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- ARAÚJO, Elisângela J.M. *et al.* Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em UTI. **Sanare**, v.18, n.01, p. 06-11, 2019. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1300>>. Acesso em: 22 abr. 2020.
- ARIZA, Laura de La Cueva *et al.* Implementation of the evidence for the improvement of nursing care to the critical patient's family: a Participatory Action Research. **BMC Health Services Research**, v.18, p. 357, 2018. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3177-8>>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BROOKS, Laura Anne; MANIAS, Elizabeth; NICHOLSON, Patricia. Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. **Am J Crit Care**, v.26, n.4, p.336-341, 2017.
- CAMARGO, Fernanda C. *et al.* Competências e barreiras para a prática baseada em evidências em enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 4, p. 2030-2038, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000402030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000402030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2020.

CRUZ, Franciele Ferreira *et al.* Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura . **Revista Científica FacMais**, v. XII, n.1, 2018.

DA SILVA, J. *et al.* Autonomia do paciente diante das diretivas antecipadas de vontade: os desafios da enfermagem. **Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 2019.

DAMION, Marina; MOREIRA, Mariana Calessio. Percepção do paciente sobre sua autonomia na unidade de terapia intensiva. Patient's perception of his autonomy in intensive care unit. **Contextos Clínic**, v. 11, n. 3, p. 386-396, dez. 2018. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822018000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822018000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abr. 2020.

DARBYSHIRE, Julie L. *et al.* “I Can Remember Sort of Vivid People... but to Me They Were Plasticine.” Delusions on the Intensive Care Unit: What Do Patients Think Is Going On? **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, p. e0153775, 2016.

DOUCETTE, E. *et al.* The role of technology in enhancing a family-centred approach to care: Navigating nurse-family communication in the ICU. **Canadian Journal of Critical Care Nursing**, v. 30, n. 3, p. 29-34, 2019.

ELLIS, Lauren *et al.* Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in enhancing Family Resilience. **AJCC American Journal of Critical Care**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016926>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

EPSTEIN, Elizabeth G; WOLFE, Katherine. A preliminary evaluation of trust and shared decision making among intensive care patients' family members. **Appl Nurs Res.**, v. 32, p. 286-288, 2016. Disponível em : <<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.08.011> >. Acesso em: 21 abr. 2020.

FREITAS, Edna E. C. O processo de tomada de decisão moral pelo médico intensivista para pacientes críticos. CASTRO, João C; GUIMARÃES, Márcio N. (Org.) **Caminhos da bioética**. v. 1. Teresópolis: Unifeso, 2018. p. 14-32.

HANKS, Robert G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing Ethics.**, v.17, n.2, p. 255-67, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20185449>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

HANKS, Robert G.; ELOI, Hildreth; STAFFORD, Linda. Understanding how advanced practice registered nurses function as patient advocates. **Nurs Forum**, v.54, n.2, p. 213-219, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/nuf.12319>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

HIRSHBERG, Eliotte *et al.* Persistência das experiências de pacientes críticos e familiares. **BMJ Open**, v. 10, p. e035213, 2020. Disponível em: <[doi: 10.1136/bmjopen-2019-035213](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035213)> Acesso em: 19 abr. 2020.

JOVEN, Zuli M.; PARADA, Sandra R. G. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. **Av.Enferm.**, v. 37, n.1, p.65-74, 2019.

KARANIKOLA, Maria N.K. *et al.* Perceptions of critical and emergency department nurses regarding changes in their professional role. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100486&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100486&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

LAKANMAA, Riita- Liisa *et al.* Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. **BioMed Research International**, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2015/536724>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LIMA, Elaine Cantarella. *et al.* Incidentes críticos relacionados à liderança do enfermeiro em Centros de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1018-1025, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000501018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 maio 2019.

LINDBERG, Catharina; FAGERSTRÖM, Cecilia; WILLMAN, Ania. Patient autonomy in a high-tech care context-A theoretical framework. **Journal of Clinical Nursing**, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jocn.14562>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p. 101-112, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100101&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 maio 2020.

MAYER, Barbara Leticia Dudel *et al.* Nurses and patient advocacy: a theoretical reflection: a theoretical reflection. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1334>>. Acesso em: 29 abr. 2020.

MICHELAN, Vanessa C. A.; SPIRI, Wilza C. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem sob terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 2, p. 372-378, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000200372&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200372&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 abr. 2020.

MONTEIRO, Mayla C.; MAGALHÃES, Andrea S.; MACHADO, Rebeca N. A morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. **Trends in Psychology**, v. 25, n. 3, p. 1285-1299, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.9788/tp2017.3-17pt>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

NEVES, Franciele B.; VARGAS, Mara A.O.; CARDOZO, Daniela O. Enfermagem baseada em evidências e melhores práticas: conhecimentos necessários na terapia intensiva. In: AZEREDO, Nara S.G. (ed.); BARILI, Sofia L.S.; SANTOS, Adriana A.; MACEDO JUNIOR, Luis J.J. (org.) **Casos clínicos de enfermagem em terapia intensiva**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 31-48.

OLIVEIRA, Adriana E. C. *et al.* Fadiga de alarmes e as implicações para segurança do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.6, p. 3035-3040, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0481>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

OLIVEIRA, Patricia V. N.; VALENTE, Geilsa, S. C. O enfermeiro novato na unidade de terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. **Enfermagem Atual In Derme**, v. 80, n. 18, abr. 2019. Disponível em:

<<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/350>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

PIROPÔ, Uanderson Silva *et al.* Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente. Colombia. **Rev. Salud Pública**, v. 20, n. 4, p. 505-510. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.65009>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SHAIBU, M. *et al.* Comparison of Intensive Care Units (ICUs) Nurses' and Families' Perception of Compliance with Patient and Family Centered Care Principles in ICUs in Ghana. **International Journal of Caring Sciences**, v. 12, n. 3, p. 1616–1625, 2019.

Disponível em:

<[http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/32.\\_salisu\\_original\\_12\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/32._salisu_original_12_3.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SOARES, Mirelle I. *et al.* Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev.**

**Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 676-683, ago. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000400676&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400676&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 abr. 2020.

TEIXEIRA, Cassiano; CARDOSO, Paulo R. C. Como discutir sobre a ressuscitação cardiopulmonar na unidade de terapia intensiva? **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 386-392, 2019. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2019000300386&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000300386&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abr. 2020.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *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, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0214.2602>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. **Texto**

**Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2560014, 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 ago. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e0730014, 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200501&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200501&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2019.

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

VARGAS, Caroline Porcelis *et al.* Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, e03490, 2019. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100455&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100455&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

VARGAS, Francisco J. G. *et al.* Servicios de extensión de cuidados críticos: implicancias para enfermería. **Enfermería Actual**, n.35, 2018.

WALLACE, Isla *et al.* The impact of Clinical Nurse Specialists on the decision making process in cancer multidisciplinary team meetings: A qualitative study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 43, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101674>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

WATER, Tineke *et al.* Patient Advocacy by Nurses – Past, present and future. **Contemporary Nurse**, 2016, v.52, n.6, p. 696-709, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1235981>>. 2016. Acesso em: 30 jul. 2019.

## 4.2 MANUSCRITO II - DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PARA ENFERMEIROS EM TERAPIA INTENSIVA

### **Desenvolvimento da Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva**

#### **Development of the Patient Advocacy Scale for Intensive Care Nurses**

#### **Desarrollo de la escala de defensa del paciente para enfermeras de cuidados intensivos**

#### **Resumo**

Objetivo: Descrever o processo de elaboração e validação do conteúdo da Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva (EAPEnf-UTI). Método: Pesquisa metodológica de desenho transversal, realizado de janeiro de 2019 a outubro de 2020, conforme Devellis (2012), composto por oito etapas: 1) Determinação do fenômeno; 2) Geração do número de itens; 3) Determinação do formato da medição; 4) Validação de face e de conteúdo; 5) Inclusão de itens (a considerar); 6) Aplicação da escala em uma amostra; 7) Avaliação dos itens e 8) Revisão do número de itens/componentes da escala. São apresentadas as cinco primeiras etapas neste estudo. Resultados: A definição do tema foi realizada após estudo preliminar, a geração de um grande número de itens teve como fonte um *Survey* e Revisão Integrativa da Literatura, o formato de medição escolhido foi a escala Likert de cinco pontos, a validação de face e conteúdo foi realizada por meio de dois procedimentos: avaliação por juízes experts e pré-teste. Foram excluídos quatro itens e incluído um texto introdutório, onde é explicitada a definição de advocacia do paciente e a forma de preenchimento do instrumento. Ao final das cinco etapas o instrumento apresentou 57 itens. Conclusão: Através da sequência metodológica foi possível elaborar e validar o conteúdo da EAPEnf-UTI, tornando-se um instrumento pioneiro construído no contexto brasileiro, vale ressaltar a sua disponibilidade para futura validação estatística ou de construto, para que seja possível captar situações próprias das UTIs brasileiras, bem como do exercício profissional. Descritores: Metodológico, Defesa do Paciente, Unidade de Terapia Intensiva.

#### **Abstract**

Objective: Describe the process of preparing and validating the content of the Patient Advocacy Scale for Intensive Care Nurses. Method: Cross-sectional methodological research,



carried out from July 2019 to October 2020, according to Devellis, 2012, consisting of eight stages: 1) Determination of the phenomenon; 2) Generation of the number of items; 3) Determination of the measurement format; 4) Face and content validation; 5) Inclusion of items (to be considered); 6) Application of the scale in a sample; 7) Evaluation of items and 8) Review of the number of items / components of the scale. The first five steps are presented in this study. Results: The theme was defined after a preliminary study, the generation of a large number of items was based on a Survey and Integrative Literature Review, the measurement format chosen was the five-point Likert scale, face and content validation was carried out through two procedures: evaluation by expert judges and pre-test. Four items were excluded and an introductory text was included, explaining the definition of the patient's defense and how to complete the instrument. At the end of the five stages, the instrument presented 57 items. Conclusion: Through the methodological sequence it was possible to elaborate and validate the content of the EAPEnf-UTI, becoming a pioneer instrument built in the Brazilian context, it is worth mentioning its availability for future statistical or construct validation, so that it is possible to capture situations typical of Brazilian ICUs, as well as professional practice.

Descriptors: Methodological, Patient Advocacy, Intensive Care Unit.

## **Resumen**

Objetivo: Elaborar y validar el contenido de la Escala de Defensa del Paciente para Enfermeras de Cuidados Intensivos (EAPEnf-UTI). Método: Investigación metodológica con diseño transversal, realizada de julio de 2019 a octubre de 2020, según Devellis, 2012, que consta de ocho etapas: 1) Determinación del fenómeno; 2) Generación del número de artículos; 3) Determinación del formato de medición; 4) Validación de rostro y contenido; 5) Inclusión de elementos (a considerar); 6) Aplicación de la escala en una muestra; 7) Evaluación de ítems y 8) Revisión del número de ítems/componentes de la escala. Los primeros cinco pasos se presentan en este estudio. Resultados: La temática se definió luego de un estudio preliminar, la generación de una gran cantidad de ítems se basó en una Encuesta y Revisión Integrativa de Literatura, el formato de medición elegido fue la escala Likert de cinco puntos, la validación de rostro y contenido se realizó mediante dos procedimientos : evaluación por jueces expertos y pre-test. Se excluyeron cuatro ítems y se incluyó un texto introductorio, explicando la definición de defensa del paciente y cómo completar el instrumento. Al final de las cinco etapas, el instrumento presentó 57 ítems. Conclusión: A través de la secuencia metodológica fue posible elaborar y validar el contenido de EAPEnf-

UTI, convirtiéndose en un instrumento pionero construido en el contexto brasileño, cabe mencionar su disponibilidad para futura validación estadística o de constructo, de modo que sea posible capturar situaciones típicas de las UCI brasileñas, así como la práctica profesional. Descriptores: Metodológico, Defensa del Paciente, Unidad de Cuidados Intensivos.

## INTRODUÇÃO

O estado grave dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) demanda cuidados complexos devido à variedade de equipamentos, tecnologias e drogas utilizadas. Essa assistência também requer reflexão ética aprimorada, capaz de orientar a tomada de decisão ágil e precisa e de impactar positivamente a qualidade do cuidar. O enfermeiro permanece por longo período em contato com o paciente e seus familiares e assume papel fundamental na comunicação entre todas as pessoas envolvidas na assistência e na defesa dos interesses e desejos do paciente. Por isso, atua destacadamente na tomada de decisão do paciente, da família e da equipe de saúde (FALCÓ-PEGUEROLES, 2015; VARGAS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; AMARO *et al.*, 2018; LUZ *et al.*, 2019; VARGAS *et al.*, 2019; VARGAS *et al.*, 2020).

O termo *advocacy* foi introduzido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros em 1973. Nos códigos profissionais foi incorporado a partir de movimentos sociais na década de 1970, tanto de pacientes que começaram a rejeitar a prática paternalista, exigindo autonomia em suas tomadas de decisões nos cuidados prestados, como de enfermeiras críticas às relações de poder na sociedade e profissão. Com isto, evidenciou-se o papel do enfermeiro enquanto advogado do paciente, por ser um profissional que mantém uma relação mais próxima com o paciente e sua família (WATER *et al.*, 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018).

Em 2015, no Brasil, foi realizada a validação transcultural da escala de advocacia do paciente para enfermeiros, a Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS), originalmente proposta por Hanks (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2016). Este instrumento prevê uma mensuração das crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. Para avaliar o exercício da advocacia do paciente, a escala abrange medições sobre as ações dos enfermeiros, as consequências no ambiente de trabalho, a influência do conhecimento e dos valores pessoais, além de facilitadores e barreiras para tal exercício (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2016).

Há diferentes formas de defesa do paciente, relacionadas às rotinas diárias encontradas no cuidado hospitalar. Neste sentido, ações e crenças dos enfermeiros podem demonstrar diferentes ações consideradas como advocacia: a promoção do acesso a informações, a

proteção, a defesa de seus direitos, o encorajamento do paciente, a discussão de futilidade de tratamentos, a garantia de diagnóstico e prescrição adequada ao quadro clínico, a identificação de alterações na situação clínica. Ainda, percebe-se que pacientes vulneráveis, com necessidades não satisfeitas, necessitam de maior defesa (DAVOODVAND *et al.*, 2016; BECKER; WRIGHT; SCHMIT, 2017; HANKS; STARNES-OTT; STAFFORD, 2018, TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018).

Para os enfermeiros, a defesa do paciente e família é uma forma de alcançar realização profissional e pessoal. Assim, a defesa não consiste apenas em um dever da profissão, mas também envolve a empatia com a situação (BEIGZADEH *et al.*, 2016; DAVOODVAND *et al.*, 2016).

No que diz respeito às barreiras encontradas pelos enfermeiros para realizar a defesa do paciente, a literatura identificou: regras hospitalares que não permitem a flexibilização de horários de visitas dentro da UTI, resistência da equipe médica em expor a situação clínica do paciente para a família, interferência da família no cuidado ao paciente e a sobrecarga do enfermeiro ao ficar responsável por muitos pacientes. Estas barreiras podem levar ao sofrimento moral e desencorajamento da ação de defesa dos pacientes (AHLUWALIA *et al.*, 2016; DAVOODVAND *et al.*, 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016; JAKIMOWICZ; PERRY; LEWIS, 2018).

O enfermeiro também desempenha uma posição de intermediação entre equipe e pacientes, especialmente quando sua opinião não é respeitada pela equipe médica ou quando se coloca como simples executor de ordens médicas. A intermediação se dá ao assumir a “tradução” do que cada um almeja para o outro, inclusive entre paciente e família, expondo para a família os desejos do paciente e, muitas vezes, sendo responsável por anunciar notícias difíceis e indesejadas (AHLUWALIA *et al.*, 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016; BECKER *et al.*, 2017).

Internacionalmente existem muitos estudos que tratam da temática da advocacia do paciente pelo enfermeiro, mas poucos articulam advocacia e terapia intensiva e nenhum foi identificado com a propositiva de desenvolvimento de uma escala própria para o contexto de UTI. Nesse caso, a PNAS aplicada a enfermeiros, desenvolvida por Hanks e adaptada no Brasil por Tomaszewski-Barlem *et al.* (2015), não representa o contexto específico da terapia intensiva do Brasil e de outros países.

Apesar dos avanços permitidos por estudos anteriores, considerou-se a inexistência de instrumento elaborado a partir da realidade no país como uma das justificativas para o desenvolvimento e a validação de um instrumento psicométrico – a Escala de Advocacia do

Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva (EAPEnf-UTI) capaz de captar situações próprias dos cenários das UTIs e do respectivo exercício profissional. Ainda, argumenta-se que a questão da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas não está suficientemente disseminada entre os próprios enfermeiros (VARGAS *et al.*, 2018).

A prática clínica, as pesquisas e avaliações em saúde são realizadas com base em questionários e instrumentos desenvolvidos para evidenciar e fortalecer as melhores práticas. No Brasil tem havido um crescente investimento da Enfermagem em pesquisas metodológicas, especialmente nas de validação e adaptação cultural (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2016; ROSANELLI; SILVA; GUTIÉRREZ, 2016; TIMM; RODRIGUES, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017; CASTELHANO-SOUZA *et al.*, 2018; PETERSEN *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2020). As traduções e adaptações de instrumentos internacionais são eleitas por sua aplicação clínica, focam-se em fenômenos objetivos ou subjetivos do paciente, nos aspectos do trabalho, nos processos educacionais e nas experiências e atitudes do próprio profissional; e podem evidenciar a necessidade de desenvolvimento de novos instrumentos (RAMOS *et al.*, 2017). São raros os estudos que apresentam instrumentos elaborados e já validados por pesquisadores enfermeiros brasileiros, a exemplos de alguns mais recentes, como Leite *et al.* (2018), Holanda, Marra e Cunha (2019), Ramos *et al.* (2019) e Lordani *et al.* (2020).

Estudo que aplicou a escala PNAS em enfermeiros intensivistas identificou a demanda destes profissionais de construção de um instrumento de abordagem da advocacia do paciente especificamente por enfermeiros no contexto da terapia intensiva (VARGAS *et al.*, 2017). Em resposta a tal desafio, neste manuscrito consubstanciou-se como objetivo descrever o processo de elaboração e validação do conteúdo da Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva (EAPEnf-UTI).

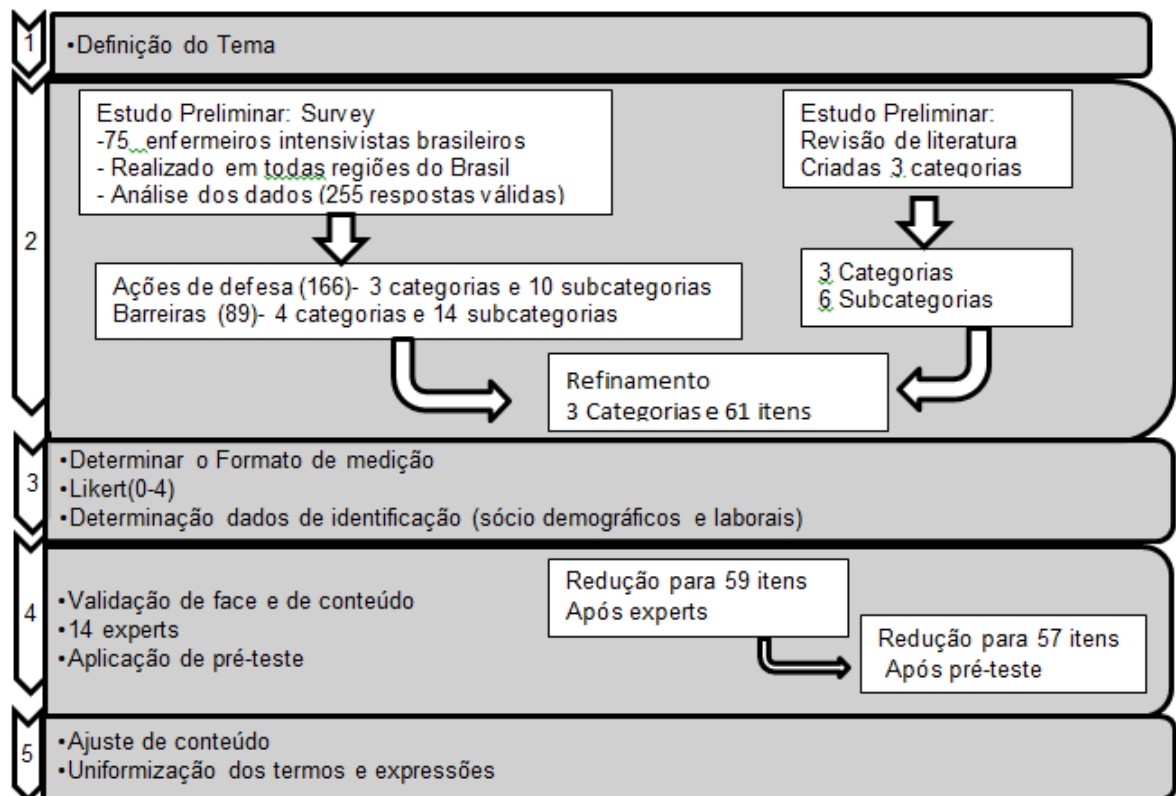
## **METODOLOGIA**

A enfermagem possui precípuo compromisso com a construção de conhecimentos científicos próprios. Nesta direção, vários pesquisadores e organizações desenvolvem instrumentos importantes para realizar mensurações clínicas diversas, as quais auxiliam na melhora da qualidade e segurança na assistência, já que apontam fragilidades e/ou potencialidades dos serviços. Estes instrumentos de avaliação necessitam ter propriedades psicométricas comprovadas pelo desenvolvimento de validação apropriada. Logo, a construção de um novo instrumento é complexa e necessita da mobilização de capacidades e conhecimentos diversos (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; MARTINS *et al.*, 2017).

Este é um estudo metodológico, de desenho transversal, realizado de janeiro de 2019 a outubro de 2020, de acordo com as etapas de elaboração e validação de instrumentos (DEVELLIS, 2012). O método é composto por oito etapas: 1) Determinação do fenômeno; 2) Geração do número de itens; 3) Determinação do formato da medição; 4) Validação de face e de conteúdo; 5) Inclusão de itens (a considerar); 6) Aplicação da escala em uma amostra; 7) Avaliação dos itens e 8) Revisão do número de itens/componentes da escala. A fim de atingir os objetivos propostos quanto ao desenvolvimento da escala, essa pesquisa foi realizada até a etapa cinco, conforme Figura 1 a seguir.

Com relação aos aspectos éticos, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CAAE 84197418.8.0000.0121) e seguiu as diretrizes dispostas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Figura 1 - Representação esquemática das etapas do Estudo Metodológico



Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

## RESULTADOS

Os resultados de um estudo de construção e validação devem esclarecer, em cada etapa até o resultado final do recorte proposto, “qual” produto foi alcançado e “como”. Assim

as etapas passam a ser descritas detalhadamente e a escala validada em seu conteúdo.

**Primeira Etapa** - A definição do tema foi realizada após estudo preliminar (VARGAS *et al.*, 2017), que aplicou a Escala PNAS adaptada em enfermeiros intensivistas. A percepção de que a Escala PNAS não caracterizava o contexto da terapia intensiva mobilizou a idealização e construção de uma escala específica para a advocacia do paciente por enfermeiros intensivistas, capaz de captar situações próprias dos cenários de diferentes UTIs e do respectivo exercício profissional.

**Segunda Etapa** - A geração de um grande número de itens teve como fonte estudo preliminar composto por *Survey* e Revisão Integrativa da Literatura.

A revisão de literatura foi realizada por Manoel *et al.* (2019) após busca em base de dados: Publisher Medline (PUBMED), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cochrane Library e Web of Science, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da biblioteca virtual em saúde, os quais foram: Patient Advocacy (AND) Nursing (AND) Intensive Care Units e seus sinônimos, aplicação de critérios de inclusão e exclusão, análise parcial e integral dos artigos. Esta busca foi realizada em 22 de janeiro de 2019, sendo selecionados 16 artigos. Após a leitura e análise na íntegra das referências selecionadas, detectou-se três categorias de análise, justamente pela recorrência nos estudos: Enfermeiro como defensor do paciente e da família; Barreiras para a defesa do paciente; Enfermeiro como intermediário.

Foi realizado um *Survey* com enfermeiros intensivistas brasileiros no qual foram solicitados a listar três situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas por eles, cujo resultado tenha sido positivo e três situações cujo resultado tenha sido negativo. A amostra foi probabilística por conveniência de 75 enfermeiros intensivistas de todo o território brasileiro. Foram obtidas 281 respostas, após análise de conteúdo (BARDIN, 2016) produziram 166 situações válidas, vistas como ações de defesa do paciente vivenciadas no cotidiano da assistência e 89 situações negativas, válidas para análise dos resultados. Da análise de conteúdo da revisão e do *Survey*, emergiram três categorias relacionadas às ações com dez subcategorias, e quatro relacionadas às barreiras, sendo estas subdivididas em quatorze subcategorias. A partir desse conjunto de materiais, utilizou-se das dimensões elencadas para auxiliarem na elaboração dos itens da escala, que após sucessivos refinamentos, consistiram de 61 questões ou itens, organizados em três dimensões: atributos, ações de defesa e barreiras. Esta etapa caracterizou-se como triangulação de pesquisadores, uma vez que a elaboração e refinamento se deu em 10 reuniões de discussão com a participação de seis pesquisadores.

**Terceira Etapa** - O formato de medição escolhido foi a escala Likert de cinco pontos, comprovadamente confiável na medição da advocacia do paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015). Adotou-se a medida de concordância variando de discordo totalmente a concordo totalmente. Quanto ao formato de medição do instrumento, destaca-se a opção pela escala Likert tanto por sua ampla utilização na área da enfermagem quanto pela possibilidade de avaliar as dimensões que permeiam as atitudes dos participantes diante de um determinado fenômeno. Tal formato de medição tem o potencial de avaliar a atitude dos indivíduos, determinando o seu grau de acordo ou desacordo a partir do que o mesmo acredita, percebe ou sente respondendo as afirmações que estão sendo investigadas (BALASUBRAMANIAN, 2012). Logo, sua utilização se aplica na construção da escala proposta no presente estudo, uma vez que esta busca medir as atitudes de enfermeiros intensivistas em relação a atributos, ações e barreiras para o exercício da advocacia do paciente.

Em relação à caracterização da amostra, na página inicial do instrumento foram incluídas questões para preenchimento dos enfermeiros, relativas às variáveis sociodemográficas e laborais.

**Quarta Etapa** - A validação de face e conteúdo foi realizada por meio de dois procedimentos: avaliação por juízes experts e pré-teste. A validação de face abrangeu o julgamento quanto à clareza e concisão do instrumento e a validação de conteúdo quanto à relevância dos itens propostos. Quanto à clareza e concisão, foram avaliadas as construções dos itens para verificar ambiguidade e a necessidade de inclusão de algum esclarecimento, ou até mesmo novas abordagens para o item. A pertinência dos itens se refere à capacidade de contemplar os diferentes aspectos do objeto do instrumento, evitando elementos que possam confundir com outros objetos.

O instrumento foi submetido a um comitê de especialistas, composto por 14 experts: sete com expertise em enfermagem em terapia intensiva e sete com expertise em ética. Os experts em ética são todos professores doutores em enfermagem de Universidades Públicas do Brasil e os experts em terapia intensiva são profissionais renomados na área, no Brasil, atuando neste setor há mais de 20 anos. Dois, dentre os experts, atendiam os critérios de expertise em ética e em terapia intensiva.

As sugestões dadas foram recorrentes em alguns itens, sendo necessária a inserção de questões na parte da caracterização dos participantes; também foram realizadas mudanças relacionadas à clareza dos enunciados. Além disso, foi inserida uma breve explicação em cada categoria explicitando o que é esperado considerar para preenchimento do instrumento.

Ainda nesta etapa foi realizado um pré-teste, de forma individual com 22 enfermeiros intensivistas e oito acadêmicos de enfermagem que já haviam cursado estágio em terapia intensiva. Os resultados obtidos a partir do pré-teste mostraram a pertinência dos itens do instrumento, com 47 (80%) itens indicando entre 80 e 100% de concordância. Quanto à clareza, 46 (77%) itens da escala ficaram entre 80 e 100%, sendo que nenhum item ficou abaixo de 60%. O tempo médio utilizado para preenchimento do instrumento foi de 30 minutos, variando de 10 a 90 minutos. Quanto às dificuldades e facilidades no preenchimento do instrumento houve pequenas sugestões referentes à clareza de alguns itens, sendo que todas as sugestões foram acatadas e foi realizada a exclusão de dois itens que apresentaram concordância abaixo de 60%.

**Quinta Etapa** - Considerar inclusão de itens - Foram retirados quatro itens da escala que não estavam claros após a quarta etapa, permanecendo então 57 itens no instrumento final. Além disso foi incluído um texto introdutório, onde é explicitada a definição de advocacia do paciente e a forma de preenchimento do instrumento. Portanto, ao final da etapa 5 foi concluído o instrumento denominado Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva-EAPEnf-UTI (Figura 2). Esta etapa é fundamental requisito para a futura aplicação da EAPEnf-UTI, com enfermeiros intensivistas brasileiros, bem como a realização dos testes estatísticos capazes de garantir a validade do constructo, completando as etapas seis, sete e oito de Devellis (2012) e assegurando sua confiabilidade.

Figura 2 - Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros em Terapia Intensiva- EAPEnf-UTI



**Escala de Advocacia do Paciente para Enfermeiros, em Terapia Intensiva - EAPEnf-UTI**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Data nascimento (dia/ano/mês): \_\_\_\_\_  
 Cidade (residência): \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Tem filho/os: ( ) Sim ( ) Não  
 Experiência familiar com doença terminal: ( ) Sim ( ) Não  
 Possui crença religiosa: ( ) Sim ( ) Não.  
 Cidade em que trabalha: \_\_\_\_\_  
 Ano de conclusão da Graduação: \_\_\_\_\_  
 Cursos realizados: ( ) Não ( ) Capacitação ( ) Especialização ( ) Residência ( )  
 Mestrado ( ) Doutorado ( )  
 Quanto tempo trabalha em UTI (anos/meses): \_\_\_\_\_  
 Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva ( ) Sim ( ) Não  
 Possui titulação em Terapia Intensiva ( ) Sim ( ) Não  
 Vínculos empregatícios em UTI: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4

**Considere os vínculos atuais na Terapia Intensiva:**

**Vínculo/Local 1:** Tipo: ( ) Público ( ) Privado ( ) Misto ( ) Filantrópica  
 Tempo de atuação (ano/meses) \_\_\_\_\_ Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_  
 Tipo de vínculo ( ) Efetivo ( ) Temporário  
 Número de leitos em UTI: \_\_\_\_\_ Pública: ( ) Baixa complexidade ( ) Média complexidade ( ) Alta complexidade  
 Privada: ( ) Geral ( ) Especializada  
 Tipo de Especialidade de UTI: ( ) Geral ( ) Trauma ( ) Cirúrgica ( ) Queimados ( ) Cardíaca ( ) Neuro ( ) Oncologia ( ) Obstétrica ( ) Outros:  
 Qual? \_\_\_\_\_

**Vínculo/Local 2:** Tipo: ( ) Público ( ) Privado ( ) Misto  
 Tempo de atuação \_\_\_\_\_ Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo  
 ( ) efetivo ( ) temporário  
 Número de leitos: \_\_\_\_\_ Pública: ( ) Baixa complexidade ( ) Média complexidade ( ) Alta complexidade  
 Privada: ( ) Geral ( ) Especializada  
 Tipo de Especialidade de UTI: ( ) Geral ( ) Trauma ( ) Cirúrgica ( ) Queimados ( ) Cardíaca ( ) Neuro ( ) Oncologia ( ) Obstétrica ( ) Outros:  
 Qual? \_\_\_\_\_  
 Existência de Comissão de Ética na instituição: ( ) Não ( ) Não sei ( ) Sim  
 Ocorrem reuniões na sua unidade de trabalho (administrativas, científicas, entre equipes)? ( ) Não ( ) Sim  
 Tem conhecimento/ experiência com cuidados paliativos: ( ) Sim ( ) Não  
 Presença do familiar na UTI: ( ) Horário de visita restrito ( ) Visita estendida ( ) Visita aberta

**Antes de responder a Escala elaborada por Vargas et al (2020), considere o conceito de advocacia do paciente.**

*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 elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde. Está associada, principalmente, ao reconhecimento, pelos enfermeiros, do seu papel na defesa dos interesses e direitos dos pacientes, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes (HANKS, 2010).*

Diante do conhecimento, por favor, indique seu grau de concordância utilizando **discordo totalmente**, **discordo mais do que concordo**, **não concordo nem discordo**, **concordo mais do que discordo**, **concordo totalmente** para cada uma das afirmativas a seguir.

Por favor, indique sua classificação marcando um "X" no espaço à direita correspondente à cada afirmação.

Questões		Discordo totalmente	Discordo mais do que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais do que discordo	Concordo totalmente
<b>ATRIBUTOS DO ENFERMEIRO: Essa parte procura conhecer as crenças dos enfermeiros acerca dos atributos necessários para o exercício da advocacia do paciente. A defesa do paciente é influenciada pela(s)/pelo(s)...</b>						
1	Experiências profissionais					
2	Valores pessoais					
3	Capacitação para cuidados no fim de vida					
4	Nível de formação acadêmica.					
5	Condições emocionais.					
6	Satisfação no ambiente de trabalho.					
7	Religiosidade e/ou fé.					
<b>AÇÕES DE DEFESA DO PACIENTE O Enfermeiro defende o paciente ao...</b>						
8	Resguardar a integridade física e/ou moral do paciente exposto a atitudes de familiares que possam comprometê-la.					
9	Promover o acesso à informação real e contínua sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento para os familiares do paciente, auxiliando-os nos momentos de tomada de decisões.					
10	Instrumentalizar o paciente com informações para que esse possa discutir com o médico e outros profissionais de saúde o adequado tratamento e tomar suas próprias decisões.					
11	Incentivar a família a participar dos cuidados do paciente.					
12	Promover a presença da família junto ao paciente.					
13	Esclarecer para a família as vontades do paciente.					
14	Promover o cuidado de forma a garantir o bem-estar físico e emocional da família.					
15	Permitir a visita de familiares, mesmo que não esteja previsto nas normas.					
16	Evitar ao máximo que intercorrências e reorganizações do trabalho/procedimentos comprometam o horário de visita.					
17	Auxiliar a família a lidar com o processo de morte e morrer.					
18	Respeitar os aspectos biopsicossociais, éticos e culturais do paciente/familiar diante do processo de morte e morrer.					
19	Garantir a aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente.					
20	Assegurar que as decisões clínicas para não ressuscitar sejam cumpridas.					
21	Incentivar a não adoção de tratamentos fúteis.					
22	Incentivar o encaminhamento para cuidados paliativos dos pacientes fora de possibilidade terapêutica.					
23	Promover medidas para conforto físico, controle da dor e redução de sofrimento do paciente.					
24	Participar da elaboração do planejamento do tratamento junto à equipe de saúde.					
25	Proteger o paciente contra cuidados de saúde inadequados fornecidos por outros membros da equipe de saúde.					
26	Discutir clinicamente com a equipe multiprofissional quando não concordar com o tratamento do paciente.					
27	Intervir entre as limitações do serviço de saúde e as necessidades do paciente.					
28	Promover a cultura de segurança.					
29	Reivindicar tratamentos que sejam necessários e adequados ao paciente, além da oferta disponível onde o paciente está internado.					
30	Assegurar que as vontades do paciente sejam respeitadas.					
31	Intervir quando informações clínicas e de tratamento são insuficientes ou pouco claras para o paciente e/ou familiares					
32	Estimular a autonomia do paciente.					
33	Estimular a independência do paciente.					
34	Melhorar o ambiente para o atendimento.					
35	Defender questões éticas e/ou legais.					
36	Garantir a privacidade do paciente.					
37	Garantir confidencialidade ao paciente.					
38	Defender pacientes incapazes de manifestarem seus direitos.					
39	Ponderar junto à equipe de saúde quando a alta do paciente for considerada precoce.					
40	Garantir que a vontade do potencial doador de órgãos seja respeitada pela família.					

BARREIRAS PARA A DEFESA DO PACIENTE São consideradas barreiras para a defesa do paciente...						
41	Impedimento ou limitação de participação nas decisões da equipe multiprofissional sobre o tratamento do paciente.					
42	Sobrecarga de atividades.					
43	Divergência de opinião entre membros da equipe acerca da conduta clínica, do cuidado paliativo, da futilidade terapêutica, da terminalidade e do prognóstico.					
44	Sofrimento e esgotamento profissional.					
45	Conflitos éticos entre membros da equipe de enfermagem.					
46	Conflitos éticos entre profissionais de saúde.					
47	Negligência, imperícia e imprudência da equipe de enfermagem.					
48	Negligência, imperícia e imprudência de outros profissionais de saúde.					
49	Elevada proporção de pacientes para número reduzido de enfermeiros.					
50	Falta de recursos do sistema de saúde.					
51	Falta de infraestrutura institucional.					
52	Divergência entre a conduta clínica do médico e a vontade do paciente.					
53	A interferência da família.					
54	Experiências anteriores de defesas frustradas.					
55	O ambiente complexo da terapia intensiva.					
56	Normas e rotinas rígidas da Unidade de Terapia Intensiva.					
57	Falta de clareza nas informações do médico para todos os profissionais de saúde acerca da situação clínica do paciente.					

Fonte: Elaborada pelas autoras (2020).

## DISCUSSÃO

A escala final apresenta 57 itens distribuídos em três categorias. A primeira denominada de atributos do enfermeiro, é composta por sete itens onde procuramos conhecer as crenças dos enfermeiros frente aos atributos que poderiam ser necessários para o exercício da advocacia do paciente, estão presentes itens relacionados à experiência profissional, valores pessoais, capacitação para cuidados em fim de vida, condições emocionais, satisfação no ambiente de trabalho e religiosidade ou fé. Estes corroboram com estudos onde foram demonstrados que os enfermeiros com mais anos de experiência na profissão e, dentro da UTI, enfermeiros com experiências anteriores com relação à advocacia do paciente e enfermeiros com maior grau de especialização profissional apresentam maior defesa do paciente e família (FORSBERG *et al.*, 2015; BEIGZADEH *et al.*, 2016; RAMOS *et al.*, 2018; MOHAMMAD; FAZLOLLAH; KAZEMNEJAD, 2020).

A segunda categoria denominada de ações de defesa do paciente possui 33 itens relacionados a possíveis ações realizadas dentro de uma UTI que refletem a defesa do paciente. Foram colocadas situações sobre integridade física ou moral, acesso à informação, incentivo à família no processo de cuidado-decisão e presença ao lado do paciente, respeito às vontades do paciente, aos aspectos biopsicossociais, éticos e culturais no processo morte-morrer, garantia da aplicação das diretivas antecipadas de vontade do paciente, participação no planejamento do tratamento do paciente, proteção contra cuidados inadequados, promoção

da cultura de segurança, estímulo da autonomia, independência, privacidade, confidencialidade. Conforme estudos encontrados, no ambiente da UTI o enfermeiro defende rigorosamente os desejos e vontades daqueles pacientes que não podem expressar esses desejos, através do conhecimento de suas necessidades ou de informações recebidas pela família, vários estudos demonstram estas ações de advocacia realizadas por enfermeiros em diferentes situações clínicas (BECKER; WRIGHT; SCHMIT, 2017; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018; VARGAS *et al.*, 2019).

Na terceira e última categoria denominada de barreiras para a defesa do paciente foram dispostos 17 itens correspondentes a fatores que possam impedir ou dificultar os enfermeiros a desempenharem a advocacia do paciente, as situações estão relacionadas a diferentes perspectivas entre paciente-enfermeiro-equipe de saúde sendo apontadas as seguintes situações mais vivenciadas como barreiras: participação insuficiente nas decisões da equipe multidisciplinar, sobrecarga de atividades, divergência de opiniões referente ao tratamento/condução clínica, sofrimento e esgotamento profissional, conflitos éticos, negligência, imperícia e imprudência entre a equipe de enfermagem e entre outros profissionais, número elevado de pacientes, falta de recursos do sistema de saúde e infraestrutura, divergência entre conduta médica e vontade do paciente, interferência da família, experiências anteriores de defesa frustradas, ambiente complexo da terapia intensiva bem como suas normas e rotinas, baixa clareza nas informações do médico para todos os profissionais de saúde acerca da situação clínica do paciente. Além dos resultados oriundos do *survey*, estes itens, também, apareceram em alguns estudos (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2017; MORTELL; ABDULLAH; AHMAD, 2017; JAKIMOWICZ; PERRY; LEWIS, 2018).

Por sua vez, a PNAS possui 43 itens distribuídos em 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 enfermeiros no exercício da advocacia do paciente. O instrumento também possui uma parte inicial de caracterização dos sujeitos contendo características sociodemográficas, que são significativas para a correlação com a advocacia do paciente (HANKS, 2010; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015). Por ser a escala de advocacia validada no Brasil, será realizada a comparação dos itens formadores de ambas.

Portanto, na análise comparativa de ambas as escalas, verificamos semelhanças em alguns itens nos diferentes constructos. Nos itens que abrangem as ações da escala EAPEnf-

UTI, encontramos ações e os facilitadores da PNAS, os itens relacionados à vulnerabilidade, tratamentos sem necessidade, direitos e deveres. Com relação aos atributos dos enfermeiros, permanecem itens de experiência e qualificação. Já nos itens que abrangem as barreiras, foram encontrados itens das barreiras e implicações negativas da PNAS, sustentam-se as situações de sofrimento relacionados à carga de trabalho, ao cansaço e ao ambiente de trabalho. Constatamos que a principal diferença entre os instrumentos está em sua especificidade, a PNAS é direcionada para enfermeiros generalistas que atuam em unidades clínicas (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2015), enquanto a EAPEnf-UTI possui situações específicas referentes ao ambiente de terapia intensiva, a construção de sua especificidade corrobora com estudos (FREITAS, 2018; ALVARES *et al.*, 2020) que demonstram a diferenciação e especialização do ambiente de terapia intensiva, bem como de seus profissionais. Com isso a construção e validação da Escala EAPEnf-UTI visa contribuir com o conhecimento na área da terapia intensiva, considerada um dos espaços de atuação hospitalar que mais tem ações de advocacia por parte dos enfermeiros, conforme demonstrado por Vargas *et al.* (2019) e Luz *et al.* (2019).

O formato de medição escolhido foi a escala Likert, este formato de medição tem o potencial de avaliar a atitude dos indivíduos, determinando o seu grau de acordo ou desacordo a partir do que o mesmo acredita, percebe ou sente respondendo as afirmações que estão sendo investigadas (BALASUBRAMANIAN, 2012). Logo, sua utilização se aplica na construção da escala proposta no presente estudo, uma vez que essa busca medir as atitudes de enfermeiros intensivistas em relação a atributos, ações e barreiras para o exercício da advocacia do paciente.

Para determinar a relevância dos itens do instrumento foi realizada a validação de conteúdo, verificando-se que os itens formulados representam adequadamente os domínios da advocacia do paciente na terapia intensiva. A validação de conteúdo é indispensável no processo de elaboração de instrumentos, uma vez que permite avaliar se o conteúdo da escala está apropriado aos participantes, bem como se o mesmo está correto e se é representativo no fenômeno investigado (BOLARINWA, 2015; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; ECHEVARRIA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019). Esse processo foi realizado por um comitê de especialistas composto de sete com expertise em enfermagem em terapia intensiva e sete com expertise em ética, de acordo com o estabelecido na literatura (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2015), os quais avaliaram os itens da escala e apontaram sugestões para que a versão para pré-teste fosse obtida.

A etapa de pré-teste abrangeu o julgamento quanto à clareza e à concisão dos itens do

instrumento pela população à qual o mesmo se destina, garantindo a validação de face da escala. Esse tipo de validação visa verificar se os itens são compreensíveis para a população de estudo, devendo ser realizada idealmente em uma amostra média de 30 participantes que possuam características semelhantes à população que se objetiva investigar (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Logo, no que se refere aos procedimentos para garantir a validade de conteúdo e de face da escala, os quais compreenderam a avaliação por juízes experts e o pré-teste, verificou-se que o estudo fornece uma ferramenta válida para medição da advocacia do paciente por enfermeiros intensivistas, preenchendo uma lacuna ao se considerar a inexistência de instrumentos específicos para a área da terapia intensiva.

## **CONCLUSÃO**

A advocacia do paciente em terapia intensiva é realizada constantemente pelos enfermeiros, e podemos dizer que é algo intrínseco ao seu cargo, neste momento em especial que estamos passando pela pandemia do COVID19, o isolamento imposto aos pacientes e seus familiares demonstraram mais do que nunca a necessidade da advocacia do paciente internado em UTI.

Durante o processo de construção da EAPEnf-UTI foi possível entrar em contato com diferentes situações que evidenciam a advocacia do paciente, vivenciadas pelos enfermeiros intensivistas brasileiros. Esta complexidade de aspectos foi analisada na triangulação de pesquisadores, uma vez que a elaboração e refinamento se deu em 10 reuniões de discussão com a participação de seis pesquisadores. Após a avaliação pelos especialistas, foram novamente reformulados com a introdução de uma explicação prévia sobre a advocacia do paciente no início do instrumento. Ao final do pré-teste obtivemos a versão final com exclusão de itens que foram identificados com baixa clareza. Desta forma a EAPEnf-UTI, que apresenta 57 itens divididos entre atributos, crenças e barreiras para desenvolver a advocacia em terapia intensiva, encontra-se pronta e disponível para futura validação de construto.

Ao seguirmos as etapas de elaboração e validação de instrumentos, descritas neste estudo, foi possível alcançar o objetivo de construção e validação de conteúdo da escala EAPEnf-UTI, tornando-se um instrumento pioneiro construído no contexto nacional e internacional.

Estudos metodológicos demandam um rigor científico desde a estruturação das etapas, à coleta de dados, elaboração e validação. Logo, pode-se inferir como limitação desta pesquisa o tempo empreendido em todo o processo de desenvolvimento da escala.

## REFERÊNCIAS

- AHLUWALIA, Sangeeta 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.33-8, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26724291>>. Acesso em: 24 abr. 2019.
- ALVARES, Maria Emilia M. *et al.* Burnout syndrome among healthcare professionals in intensive care units: a cross-sectional population-based study. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.32, n.2, p.251-260, 2020.
- AMARO, Ana Ydelplynya Guimarães *et al.* Dois olhares: do enfermeiro e do cliente frente à humanização da uti de um hospital público de Araguaína-TO: case report. **J Business Techn.** v. 7, n. 1, p. 33-70, 2018. Disponível em: <<http://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/download/321/288>>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- BALASUBRAMANIAN, N. Likert Technique of Attitude Scale Construction in Nursing Research. **Asian J. Nursing Edu. and Research**, v. 2, p. 65-69, 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BECK, Carmem Lucia C.; GONZALES, Rosa M. B.; LEOPARDI, Maria T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFS, 2002.
- BECKER, C. A.; WRIGHT, G.; SCHMIT, K. Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. **Applied Nursing Research**, v. 33, p. 149-154, 2017.
- BEIGZADEH, M. *et al.* Nurses attribution to the role of patient advocacy in intensive care units of hospitals of Tehran University of Medical Sciences. **Bioscience biotechnology research communications**, v. 9, n. 4, p. 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: 20 dez. 2018.
- BOLARINWA, O.A. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. **Niger Postgrad Med J.**, v. 22, n. 4, p.195-201, 2015. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/291136833\\_Principles\\_and\\_methods\\_of\\_validity\\_and\\_reliability\\_testing\\_of\\_questionnaires\\_used\\_in\\_social\\_and\\_health\\_science\\_researches](https://www.researchgate.net/publication/291136833_Principles_and_methods_of_validity_and_reliability_testing_of_questionnaires_used_in_social_and_health_science_researches)>. Acesso em: 20 dez. 2018.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/1mTMIS3>>. Acesso em: 18 março 2021.
- CASTELHANO-SOUZA, Mirella *et al.* Validação semântica das versões curtas das Escalas de Medição do Quociente de Empatia/Sistematização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3044, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100357&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100357&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 maio 2019.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p.925-936, 2015.

COSTA, Tatiana Ferreira da *et al.* Validação da Bakas Caregiving Outcome Scale para o português do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3249, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100319&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100319&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 nov. 2020.

DAVOODVAND, Shirmohammad *et al.* Patient Advocacy from the Clinical Nurses' Viewpoint: A Qualitative Study. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, v. 11, n.9 p. 5, 2016.

DEVELLIS, Robert. F. **Scale development: theory and applications**. 3rd ed. Chapel Hill: Sage, 2012.

ECHEVARRIA-GUANILO, Maria Elena; GONÇALVES, Natália; ROMANOSKI, Priscila Juceli. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - part II. **Texto Contexto Enferm.**, v. 28, e20170311, 2019.

FALCÓ-PEGUEROLAS, Anna *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://doi.org/10.1177/0969733014549883>>. Acesso em: 12 maio 2019.

FERREIRA, Maria B. G. *et al.* Adaptação cultural e validação de instrumento sobre barreiras para a utilização de resultados de pesquisa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2852, 2017.

FREITAG, Raquel Meister Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Estudos da Linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/view/12412>. Acesso em: 16 abr. 2020.

FREITAS, Edna E. C. O processo de tomada de decisão moral pelo médico intensivista para pacientes críticos. In: CASTRO, João C; GUIMARÃES, Márcio N. (Org.) **Caminhos da bioética**. v. 1. Teresópolis: Unifeso, 2018. p. 14-32.

FORSBERG, A. *et al.* Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses. **Nurs Crit Care**, v. 20, n. 3, pg. 126-33, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25611200>>. Acesso em: 12 out. 2018.

HANKS, Robert G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v.17, n.2, p. 255-67, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20185449>>. Acesso em: 12 ago.2018.

HANKS, Robert G.; ELOI, Hildreth; STAFFORD, Linda. Understanding how advanced practice registered nurses function as patient advocates. **Nurs Forum**, v. 54, n. 2, p. 213-219, 2019.



HANKS, Robert G.; STARNES-OTT, K.; STAFFORD, L. Patient Advocacy at the APRN Level: A Direction for the Future. **Nurs Forum**, v. 53, n. 1, p. 5-11, 2018.

HOLANDA, Flávia L.; MARRA, Celina C; CUNHA, Isabel Cristina K. O. Evidências de validade da Escala de Competências das Ações do Enfermeiro em Emergências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3128, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100319&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100319&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 set. 2020.

JAKIMOWICZ, Samantha; PERRY, Lin; LEWIS, Joanne. Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. **Journal Of Clinical Nursing**, v. 27, n. 7-8, p. 1599-1611, 2018.

LEITE, Sarah de Sá *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641, 2018.

LORDANI, Tarcisio Vitor A. *et al.* Construção e validação de um instrumento para avaliação clínica e psicossocial de sobreviventes da UTI. **Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, p. e-020020, 2020.

LUZ, Kelly R. *et al.* Advocacia na terapia intensiva diante da internação por ordem judicial: qual a perspectiva dos enfermeiros? **Texto Contexto Enferm.**, v.28, e20180157, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0157>>. Acesso em: 08 out. 2020.

MANOEL, M. S. *et al.* Advocacia do paciente pelos enfermeiros de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura. Trabalho de Iniciação Científica. PIBIC-CNPq. Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

MARTINS, Pamela Rafaela *et al.* Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, e03240, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2019.

MEDEIROS, Rosana K.S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, n. 4, 2015.

MOHAMMAD, Abbasinia; FAZLOLLAH, Ahmadi; KAZEMNEJAD, Anoshirvan. Patient advocacy in nursing: A concept analysis. **Nurs Ethics**, v.27, n.1, p.141-151, 2020.

MORTELL, Manfred; ABDULLAH, Khatijah L; AHMAD, Chean. Barriers deterring patient advocacy in a Saudi Arabian critical care setting. **Br J Nurs.**, v. 26, n. 17, p. 965-971, 2017.

OLIVEIRA, Adriana E. C. *et al.* Fadiga de alarmes e as implicações para segurança do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 3035-3040, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0481>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

PECANAC, Kristen E; SCHWARZE, Margaret L. Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 1, p.69-79, 2016. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1177/0969733016638144>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

PEREIRA, Lindsay M. *et al.* Validação da escala Índice de Estresse Parental para o português do Brasil. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 6, p. 671-677, 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000600671&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000600671&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 maio 2019.

PETERSEN, Rafael S. *et al.* Tradução, adaptação e validação da Escala de Instabilidade no Trabalho de Enfermagem para português brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3170, 2019. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100357&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100357&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2020.

RAMOS, Aline Marcelino *et al.* Preditores da advocacia em saúde identificados por enfermeiros no contexto hospitalar. **Aquichan** [online]. 2018, vol.18, n.3, p.355-365. ISSN 1657-5997. Disponível em:<<https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.9>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

RAMOS, Flávia Regina Souza *et al.* Construção da escala brasileira de distresse moral em enfermeiros - um estudo metodológico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e0990017, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000400315&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400315&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 16 set. 2020.

RAMOS, Flávia R. S. *et al.* Validation of the Brazilian Moral Distress Scale in Nurses. **J Nurs Meas**, v.1, n. 2, p. 335-357, 2019.

ROSANELLI, Cleci L. S.; SILVA, Lucia M. G.; GUTIÉRREZ, Maria G. R. Adaptação transcultural do caring ability inventory para a língua portuguesa. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 347-54, 2016.

SILVA, Terezinha Nunes *et al.* Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 3-10, 2018.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565> Acesso em: 03 maio 2019.

TIMM, Marcia; RODRIGUES, Maria C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 669-676, 2015. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0214.2602> >. Acesso em: 09 ago. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2560014, 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 ago. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Advocacia do paciente na enfermagem:

barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, e0100014, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300601&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, e0730014, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200501&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200501&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2018.

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

VARGAS, Caroline Porcelis *et al.* Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, e03490, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100455&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100455&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

VARGAS, Mara A. O. *et al.* Gestão da disponibilidade de leitos na terapia intensiva no contexto da internação por ordem judicial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3271, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100329&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100329&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 set. 2020.

VARGAS, Francisco J. G. *et al.* Servicios de Extensión de Cuidados Críticos: Implicancias para Enfermería. **Enfermería Actual**, n.35, 2018.

VIANA, Renata. A. P. P. *et al.* Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 151-159, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000100151&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100151&lng=en). Acesso em: 28 set. 2020.

WATER, Tineke *et al.* Patient Advocacy by Nurses – Past, present and future.

**Contemporary Nurse**, 2016, v.52, n.6, p. 696-709, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1235981>>. 2016. Acesso em: 30 jul. 2019.

## 5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento da escala possibilitou um aprofundamento na temática da advocacia do paciente internado em UTI. Bem como do processo metodológico de construção e validação de instrumentos proposto por Devellis.

O estudo preliminar realizado com os 75 enfermeiros permitiu organizar os resultados acerca das ações dos enfermeiros intensivistas para o exercício da advocacia do paciente crítico, nas categorias temáticas qualidade e segurança do cuidado na prática clínica, a valorização do ser social/familiar e singularidade de cada paciente. Sendo que estas ações visibilizam a atuação dos enfermeiros intensivistas de modo autônomo e evidenciando a importância de uma comunicação efetiva. Da mesma forma apontou que os enfermeiros intensivistas defenderam a qualidade no cuidado ao atuarem como promotores de ações de planejamento, implementação e avaliação de normas e rotinas, agentes de julgamentos e intervenções clínicas eficazes. A preservação do papel social, afetivo e emocional dos pacientes foi mostrada em ações como interlocução entre paciente-família-instituição, bem como incentivador da participação familiar na tomada de decisões através da elucidação de dúvidas e acolhimento no processo morte-morrer. Ocorreu ainda a valorização da singularidade enquanto indivíduo ao ouvirem os desejos dos pacientes, explicarem sobre direitos, informes técnicos e promoverem a autonomia dos pacientes.

Foi demonstrada a organização das ideias referentes as crenças, as barreiras e a revisão integrativa através da análise realizada com a triangulação de pesquisadores, sendo a elaboração e refinamento realizada em 10 reuniões de discussão com a participação de seis pesquisadores que começaram a formação dos itens que compunham o instrumento. A avaliação pelos especialistas, resultou em reformulação dos itens, e a introdução de uma explicação prévia sobre a advocacia do paciente no início do instrumento a fim de deixar mais claro seu propósito. Ao final do pré teste obtivemos a versão final com exclusão de itens que foram identificados com baixa clareza.

Ao seguirmos as cinco etapas (de oito), de elaboração e validação de instrumentos, descritas neste estudo, foi possível alcançar o objetivo de construção e validação de conteúdo da escala EAPEnf-UTI, que apresenta 57 itens divididos entre atributos, crenças e barreiras para desenvolver a advocacia em terapia intensiva tornando-se um instrumento pioneiro construído no contexto nacional e internacional. Foi evidenciado pela literatura que o termo advocacia do paciente não é entendido ou discutido amplamente pelos enfermeiros, mas é realizado intrinsecamente, conforme o conhecimento, a experiência, idade, autonomia e os

princípios éticos de cada enfermeiro então a EAPEnf-UTI vem para que possamos analisar futuramente como estes enfermeiros atuam na advocacia do paciente conforme suas ações, crenças e quais barreiras eles encontram em sua prática dentro da UTI.

## REFERÊNCIAS

- ACHURY, Diana M. A; PINILLA, Maribel A; ALVARADO, Herly R. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. **Invest Educ Enferm.**, v. 33, n.1, p. 102-111, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26148161/>>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- AGHAMOHAMMADI, Delshad; DADKHAH, Behrouz; AGHAMOHAMMADI, Masoumeh. Nurse Physician Collaboration and the Professional Autonomy of Intensive Care Units Nurses. **Indian J Crit Care Med.**, v. 23, n.4, p.178–181, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6521826/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- AHLUWALIA, Sangeeta 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.33-8, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26724291>>. Acesso em: 24 abr. 2019.
- ALLAHBAKHSHIAN, Maryam *et al.* Barriers to intensive care unit nurses' autonomy in Iran: A qualitative study. **Nursing Outlook**, n. 65, v. 4, p. 392-399, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069249/>>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- ALVARES, Maria Emilia M. *et al.* Burnout syndrome among healthcare professionals in intensive care units: a cross-sectional population-based study. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.32, n.2, p.251-260, 2020.
- AMARO, Ana Y. G. *et al.* Dois olhares: do enfermeiro e do cliente frente à humanização da UTI de um hospital público de Araguaína-TO: case report. **J Business Techn**, v.7, n.1,p. 33-70, 2018. Disponível em: <<http://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/download/321/288>>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- ANNAS, G. J.; HEALEY, J. The patient rights advocate. **Journal of Nursing Administration**, v.4, n. 3, p. 25-31, 1974.
- ARAÚJO, Elisângela J.M. *et al.* Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em UTI. **Sanare**, v.18, n.01, p. 06-11, 2019. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1300>>. Acesso em: 22 abr. 2020.
- ARIZA, Laura de La Cueva *et al.* Implementation of the evidence for the improvement of nursing care to the critical patient's family: a Participatory Action Research. **BMC Health Services Research**, v.18, p. 357, 2018. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3177-8>>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- BALASUBRAMANIAN, N. Likert Technique of Attitude Scale Construction in Nursing Research. **Asian J. Nursing Edu. and Research**, v. 2, p. 65-69, 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

- BARTH, Angélica Adam *et al.* Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 323-329, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2016000300323&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000300323&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160055>.
- BAUTISTA RODRÍGUEZ, Marina L; ARIAS VELANDIA, María Fernanda; CARREÑO LEIVA, Zury O. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 2, p. 1297-1309, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>>. Acesso em: 20 dez. 2019
- BECK, Carmem Lucia C.; GONZALES, Rosa M. B.; LEOPARDI, Maria T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFS, 2002.
- BECKER, C. A.; WRIGHT, G.; SCHMIT, K. Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. **Applied Nursing Research**, v. 33, p. 149-154, 2017.
- BEIGZADEH, M. *et al.* Nurses attribution to the role of patient advocacy in intensive care units of hospitals of Tehran University of Medical Sciences. **Bioscience biotechnology research communications**, v. 9, n. 4, p. 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: 20 dez. 2018.
- BERGSTROM, N.; BRADEN, B.; LAGUZZA, A. The Braden scale for predicting pressure sore risk. **Nurs Res.**, v. 36, p. 205-210, 1987.
- BOLARINWA, O.A. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. **Niger Postgrad Med J.**, v. 22, n. 4, p.195-201, 2015. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/291136833\\_Principles\\_and\\_methods\\_of\\_validity\\_and\\_reliability\\_testing\\_of\\_questionnaires\\_used\\_in\\_social\\_and\\_health\\_science\\_researches](https://www.researchgate.net/publication/291136833_Principles_and_methods_of_validity_and_reliability_testing_of_questionnaires_used_in_social_and_health_science_researches)>. Acesso em: 20 dez. 2018.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/1mTMIS3>>. Acesso em: 18 março 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 895, de 31 de Março de 2017**. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://www.sg.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria\\_895\\_2017\\_UTI\\_UCO.pdf](http://www.sg.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf)>. Acesso em: 02 mai. 2019.
- BROOKS, Laura Anne; MANIAS, Elizabeth; NICHOLSON, Patricia. Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. **Am J Crit Care**, v.26, n.4, p.336-341, 2017.
- CAMARGO, Fernanda C. *et al.* Competências e barreiras para a prática baseada em

evidências em enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 4, p. 2030-2038, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000402030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000402030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2020.

CASTELHANO-SOUZA, Mirella *et al.* Validação semântica das versões curtas das Escalas de Medição do Quociente de Empatia/Sistematização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3044, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100357&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100357&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 maio 2019.

COFEN Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 564/2017**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>. Acesso em: 05 mai. 2019.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p.925-936, 2015.

COSTA, Tatiana Ferreira da *et al.* Validação da Bakas Caregiving Outcome Scale para o português do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3249, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100319&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100319&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 nov. 2020.

CRUZ, Franciele Ferreira *et al.* Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, v. XII, n.1, 2018.

DA SILVA, J. *et al.* Autonomia do paciente diante das diretivas antecipadas de vontade: os desafios da enfermagem. **Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 2019.

DAMION, Marina; MOREIRA, Mariana Calessio. Percepção do paciente sobre sua autonomia na unidade de terapia intensiva. Patient's perception of his autonomy in intensive care unit. **Contextos Clínic**, v. 11, n. 3, p. 386-396, dez. 2018. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822018000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822018000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abr. 2020.

DARBYSHIRE, Julie L. *et al.* "I Can Remember Sort of Vivid People... but to Me They Were Plasticine." Delusions on the Intensive Care Unit: What Do Patients Think Is Going On? **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, p. e0153775, 2016.

DATASUS – CNES. **Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2019.

DAVOODVAND, Shirmohammad *et al.* Patient Advocacy from the Clinical Nurses' Viewpoint: A Qualitative Study. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, v. 11, n.9 p. 5, 2016.

DEVELLIS, Robert. F. **Scale development: theory and applications**. 3rd ed. Chapel Hill: Sage, 2012.



DOUCETTE, E. *et al.* The role of technology in enhancing a family-centred approach to care: Navigating nurse-family communication in the ICU. **Canadian Journal of Critical Care Nursing**, v. 30, n. 3, p. 29-34, 2019.

ECHEVARRIA-GUANILO, Maria Elena; GONÇALVES, Natália; ROMANOSKI, Priscila Juceli. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - part II. **Texto Contexto Enferm.**, v. 28, e20170311, 2019.

ELLIS, Lauren *et al.* Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in enhancing Family Resilience. **AJCC American Journal of Critical Care**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016926>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

EPSTEIN, Elizabeth G; WOLFE, Katherine. A preliminary evaluation of trust and shared decision making among intensive care patients' family members. **Appl Nurs Res.**, v. 32, p. 286-288, 2016. Disponível em : <<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.08.011> >. Acesso em: 21 abr. 2020.

FALCÓ-PEGUEROLAS, Anna *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://doi.org/10.1177/0969733014549883>>. Acesso em: 12 maio 2019.

FALCÓ-PEGUEROLAS, Anna *et al.* Levels of exposure to ethical conflict in the ICU: Correlation between sociodemographic variables and the clinical environment. **Intensive Crit Care Nurs.**, v. 33, p. 12-20, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.10.004>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

FERREIRA, Maria B. G. *et al.* Adaptação cultural e validação de instrumento sobre barreiras para a utilização de resultados de pesquisa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2852, 2017.

FRACHE, Bernardina *et al.* Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva. **Rev. Méd. Urug.**, Montevideo , v. 34, n. 4, p. 5-25, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902018000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902018000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de mai. 2019.

FREITAG, Raquel Meister Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Estudos da Linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/view/12412>. Acesso em: 16 abr. 2020.

FREITAS, Edna E. C. O processo de tomada de decisão moral pelo médico intensivista para pacientes críticos. CASTRO, João C; GUIMARÃES, Márcio N. (Org.) **Caminhos da bioética**. v. 1. Teresópolis: Unifeso, 2018. p. 14-32.  
 FORSBERG, A. *et al.* Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses. **Nurs Crit Care**, v. 20, n. 3, pg. 126-33, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25611200>>. Acesso em: 12 out. 2018.

GOMES, Bruna Mota Machado *et al.* Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. **Rev. Bioét.** v. 26, n. 3, p. 429-439, 2018. Disponível em:<

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422018000300429&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300429&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mai. 2019.

HANKS, Robert G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing Ethics.**, v.17, n.2, p. 255-67, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20185449>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

HANKS, Robert G.; STARNES-OTT, K.; STAFFORD, L. Patient Advocacy at the APRN Level: A Direction for the Future. **Nurs Forum**, v. 53, n. 1, p. 5-11, 2018.

HANKS, Robert G.; ELOI, Hildreth; STAFFORD, Linda. Understanding how advanced practice registered nurses function as patient advocates. **Nurs Forum**, v.54, n.2, p. 213-219, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/nuf.12319>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

HIRSHBERG, Eliotte *et al.* Persistência das experiências de pacientes críticos e familiares. **BMJ Open**, v. 10, p. e035213, 2020. Disponível em: <doi: 10.1136/bmjopen-2019-035213> Acesso em: 19 abr. 2020.

HOLANDA, Flávia L.; MARRA, Celina C; CUNHA, Isabel Cristina K. O. Evidências de validade da Escala de Competências das Ações do Enfermeiro em Emergências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3128, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100319&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100319&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 set. 2020.

JAKIMOWICZ, Samantha; PERRY, Lin; LEWIS, Joanne. Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. **Journal Of Clinical Nursing**, v. 27, n. 7-8, p. 1599-1611, 2018.

JOVEN, Zuli M.; PARADA, Sandra R. G. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. **Av.Enferm.**, v. 37, n.1, p.65-74, 2019.

KARANIKOLA, Maria N.K. *et al.* Perceptions of critical and emergency department nurses regarding changes in their professional role. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100486&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100486&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

LAKANMAA, Riita- Liisa *et al.* Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. **BioMed Research International**, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2015/536724>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LEITE, Sarah de Sá *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641, 2018.

LIMA, Elaine Cantarella. *et al.* Incidentes críticos relacionados à liderança do enfermeiro em Centros de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1018-1025, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000501018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 maio 2019.

LINDBERG, Catharina; FAGERSTRÖM, Cecilia; WILLMAN, Ania. Patient autonomy in a high-tech care context-A theoretical framework. **Journal of Clinical Nursing**, 2018.

Disponível em: < <https://doi.org/10.1111/jocn.14562> >. Acesso em: 21 abr. 2020.

LOPES, Camila Mendonça de Moraes *et al.* Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 2704, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>>. Acesso em: 22 jul. 2019.

LORDANI, Tarcisio Vitor A. *et al.* Construção e validação de um instrumento para avaliação clínica e psicossocial de sobreviventes da UTI. **Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, p. e-020020, 2020.

LUZ, Kelly R. *et al.* Advocacia na terapia intensiva diante da internação por ordem judicial: qual a perspectiva dos enfermeiros? **Texto Contexto Enferm.**, v.28, e20180157, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0157>>. Acesso em: 08 out. 2020.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p. 101-112, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100101&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 maio 2020.

MAYER, Barbara Letícia Dudel *et al.* Nurses and patient advocacy: a theoretical reflection: a theoretical reflection. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1334>>. Acesso em: 29 abr. 2020.

MANOEL, M. S. et al. Advocacia do paciente pelos enfermeiros de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura. Trabalho de Iniciação Científica. PIBIC-CNPq. Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

MARTINS, Pamela Rafaela *et al.* Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, e03240, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2019.

MAURICIO, Luiz Felipe S. *et al.* Prática profissional do enfermeiro em unidades críticas: avaliação das características do ambiente de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2854, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1424.2854>>. Acesso em: 08 mai. 2019.

MEDEIROS, Rosana K.S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, n. 4, 2015.

MICHELAN, Vanessa C. A.; SPIRI, Wilza C. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem sob terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 2, p. 372-378, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000200372&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200372&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 abr. 2020.

MOHAMMAD, Abbasinia; FAZLOLLAH, Ahmadi; KAZEMNEJAD, Anoshirvan. Patient advocacy in nursing: A concept analysis. **Nurs Ethics**, v.27, n.1, p.141-151, 2020.

MONTEIRO, Mayla C.; MAGALHÃES, Andrea S.; MACHADO, Rebeca N. A morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. **Trends in Psychology**, v. 25, n. 3, p. 1285-

1299, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.9788/tp2017.3-17pt>. >. Acesso em: 20 abr. 2020.

MORTELL, Manfred; ABDULLAH, Khatijah L; AHMAD, Chean. Barriers deterring patient advocacy in a Saudi Arabian critical care setting. **Br J Nurs.**, v. 26, n. 17, p. 965-971, 2017.

NEVES, Franciele B.; VARGAS, Mara A.O.; CARDOZO, Daniela O. Enfermagem baseada em evidências e melhores práticas: conhecimentos necessários na terapia intensiva. In: AZEREDO, Nara S.G. (ed.); BARILI, Sofia L.S.; SANTOS, Adriana A.; MACEDO JUNIOR, Luis J.J. (org.) **Casos clínicos de enfermagem em terapia intensiva**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 31-48.

NOGARIO, Aline Carniato Dalle *et al.* Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente internado em um centro de queimados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 4, p. 0580-0588, ago. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000400580&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400580&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 ago. 2018.

OLIVEIRA, Adriana E. C. *et al.* Fadiga de alarmes e as implicações para segurança do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.6, p. 3035-3040, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0481>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

OLIVEIRA, Laudice Santos *et al.* Avaliação da dor em pacientes críticos por meio da Escala Comportamental de Dor. **BrJP**, v. 2, n. 2, p. 112-116, 2019. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2595-31922019000200112&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000200112&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2019.

OLIVEIRA, Patricia V. N.; VALENTE, Geilsa, S. C. O enfermeiro novato na unidade de terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. **Enfermagem Atual In Derme**, v. 80, n. 18, abr. 2019. Disponível em: < <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/350>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

PECANAC, Kristen E; SCHWARZE, Margaret L. Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 1, p.69-79, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016638144>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

PEREIRA, Lindsay M. *et al.* Validação da escala Índice de Estresse Parental para o português do Brasil. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 6, p. 671-677, 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000600671&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000600671&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 maio 2019.

PESSINI, Leo. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Rev. Bioét.**, v. 24, n. 1, p.54-63, 2016.

PESSOA, Renata Fittipaldi; NACUL, Flávio Eduardo. Delirium em pacientes críticos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 18, n. 2, p. 190-195, 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2006000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 ago. 2019.

PETERSEN, Rafael S. *et al.* Tradução, adaptação e validação da Escala de Instabilidade no Trabalho de Enfermagem para português brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3170, 2019. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100357&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100357&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2020.

PIROPÔ, Uanderson Silva *et al.* Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente. Colômbia. **Rev. Salud Pública**, v. 20, n. 4, p. 505-510. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.65009>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

RAMOS, Aline Marcelino *et al.* Preditores da advocacia em saúde identificados por enfermeiros no contexto hospitalar. **Aquichan** [online]. 2018, vol.18, n.3, p.355-365. ISSN 1657-5997. Disponível em:<<https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.9>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

RAMOS, Flávia Regina Souza *et al.* Construção da escala brasileira de distresse moral em enfermeiros - um estudo metodológico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e0990017, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000400315&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400315&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 16 set. 2020.

RAMOS, Flávia R. S. *et al.* Validation of the Brazilian Moral Distress Scale in Nurses. **J Nurs Meas**, v.1, n. 2, p. 335-357, 2019.

RIVAS RIVEROS, Edith *et al.* Escalas de valoração de dor em pacientes críticos não comunicativos:revisão sistêmica. **Enfermería**, v. 7, n. 1, p. 57-73, jun. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062018000100057&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100057&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2019.

RODRIGUEZ, Anita Hernández *et al.* Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 229-234, abr. 2016. Disponível em:<

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000200229&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200229&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mai. 2019.

ROSANELLI, Cleci L. S.; SILVA, Lucia M. G.; GUTIÉRREZ, Maria G. R. Adaptação transcultural do caring ability inventory para a língua portuguesa. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 347-54, 2016. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600048>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

ROUT, J; BRYSIWICZ, P. Exploring the role of the ICU nurse in the antimicrobial stewardship team at a private hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. **J. Crit. Care**, v. 33, n. 2, p. 46-50, 2017. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.7196/sajcc.2017.v33i2.331>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. **History of critical care**. 2016. Disponível em:< <https://www.sccm.org/About-SCCM/Governance>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

SCHAEFER, Rafaela; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida.

Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 4, e4020017, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000400309&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400309&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mai. 2019.

SHAIBU, M. *et al.* Comparison of Intensive Care Units (ICUs) Nurses' and Families' Perception of Compliance with Patient and Family Centered Care Principles in ICUs in Ghana. **International Journal of Caring Sciences**, v. 12, n. 3, p. 1616–1625, 2019. Disponível em: <[http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/32.\\_salisu\\_original\\_12\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/32._salisu_original_12_3.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SILVA, Terezinha Nunes *et al.* Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 3-10, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565> Acesso em: 03 maio 2019.

SOARES, Mirelle I. *et al.* Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 676-683, ago. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000400676&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400676&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 abr. 2020.

TEIXEIRA, Cassiano; CARDOSO, Paulo R. C. Como discutir sobre a ressuscitação cardiopulmonar na unidade de terapia intensiva? **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 386-392, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2019000300386&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000300386&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abr. 2020.

TIMM, Marcia; RODRIGUES, Maria C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *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, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0214.2602>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 49, n. 5, p. 811-818, out. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000500811&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500811&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 ago. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2560014, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 ago. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, e0100014, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300601&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e0730014, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200501&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200501&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2019.

TRAPANI, Josef. Critical care nurses as dual agents: enhancing inter- 132 professional collaboration or hindering patient advocacy? **British Association of Critical Care Nurses: Guest Editorial**, v. 19, n. 5, 2014.

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

VARGAS, Caroline Porcelis *et al.* Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, e03490, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100455&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100455&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

VARGAS, Francisco J. G. *et al.* Servicios de extensión de cuidados críticos: implicancias para enfermería. **Enfermería Actual**, n.35, 2018.

VARGAS, Mara A. O. *et al.* Gestão da disponibilidade de leitos na terapia intensiva no contexto da internação por ordem judicial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3271, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100329&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100329&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 set. 2020.

VIANA, Renata. A. P. P. *et al.* Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 151-159, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000100151&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100151&lng=en)>. Acesso em: 28 set. 2020.

WALLACE, Isla *et al.* The impact of Clinical Nurse Specialists on the decision making process in cancer multidisciplinary team meetings: A qualitative study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 43, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101674>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

WATER, Tineke *et al.* Patient Advocacy by Nurses – Past, present and future. **Contemporary Nurse**, 2016, v.52, n.6, p. 696-709, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1235981>>. 2016. Acesso em: 30 jul. 2019.

ZIMMERMANN, Guilherme dos Santos *et al.* Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 3, e3250017, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000300500&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300500&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2019.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
***SURVEY***



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL  
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 Fax: +55 (48) 3721-9043  
E-mail: [secretariapen@ccs.ufsc.br](mailto:secretariapen@ccs.ufsc.br) - Home page: [www.pen.ufsc.br](http://www.pen.ufsc.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

O projeto de pesquisa intitulado: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA BRASILEIRA DE EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS DA TERAPIA INTENSIVA é desenvolvido pela Pesquisadora, Professora e Pós-Doutora Mara Ambrosina de Oliveira Vargas da Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (RG nº: 7012014663 – SSP/RS – CPF nº: 335.006.220.20).

Para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela(e) será submetida(o).

**1. Natureza da pesquisa:** Esta pesquisa tem como objetivo responder a seguinte questão: listar cinco situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas pelo enfermeiro intensivista, cujo resultado foi positivo para o enfermeiro e cinco situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas pelo enfermeiro intensivista, cujo resultado foi negativo para o enfermeiro.

**2. Participantes da pesquisa:** A população será composta pelos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva.

**3. Envolvimento na pesquisa:** Ao ser convidado para ser um dos sujeitos deste estudo você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em



qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

**4. Procedimento de coleta:** A coleta se dará por meio de aplicação de um questionário.

**5. Riscos e desconforto:** A pesquisa oferece riscos de incômodo ao participante à medida que pode gerar constrangimento para este, assim este pode se recusar a participar em qualquer momento. Desse modo, o participante será esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa. De qualquer forma será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza em qualquer momento do percurso metodológico.

**6. Confidencialidade:** Tratando-se de pesquisa com seres humanos ocorrerá a confidencialidade das informações.

**7. Benefícios:** Esperamos que este estudo contribua com informações importantes quanto à compreensão do exercício da defesa do paciente pelo enfermeiro intensivista, bem como contribuam para a sensibilização e mobilização destes profissionais no aprimoramento ético para o cuidado a pessoa no contexto da terapia intensiva.

**8. Pagamento:** Não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação. Porém, caso alguma despesa extraordinária associada e comprovadamente vinculada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos previstos pela lei, desde que seja devidamente comprovado esse custo vinculado diretamente a pesquisa. Igualmente, garantimos o direito à indenização por danos eventuais, comprovadamente vinculados à participação na pesquisa, de acordo com os termos previstos em lei.

**9. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades.

**10. Indenização:** Caso compreenda que houve algum dano eventual decorrente de sua participação nesta pesquisa, os pesquisadores serão responsabilizados.

Este documento está redigido em duas vias, assinado e rubricado em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador principal. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes de todo

processo investigativo, observadas as condições de: consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo; garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional; respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral; liberdade de recusa à participação total; amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo; os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação e serão guardadas pela pesquisadora principal pelo período de (5) cinco anos. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com as pesquisadoras abaixo indicadas. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em eventos científicos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi a via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do participante do estudo: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

A pesquisadora coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos

Pesquisadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Telefone para contato: (48) 991423090; E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br

**CEPSH – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos**

Universidade Federal de Santa Catarina

Rua Desembargador Vitor Lima, 222, sala 401

Trindade – Florianópolis/SC CEP 88040-400

Telefone: (48)3721-6094 E-mail: [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO

### Survey com Enfermeiros Intensivistas Brasileiros

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
Número de leitos: _____. (....) Baixa complexidade (....) Média complexidade (....) Alta complexidade
Existência de Comissão de Ética na instituição: ( ) Não ( ) Não sei ( ) Sim
Ocorrem reuniões na sua unidade de trabalho? ( ) Não ( ) Sim

1) Descreva três situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas por você ou que você tenha presenciado, cujo resultado foi positivo para o enfermeiro.

---



---



---



---



---



---

2) Descreva três situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas por você ou que você tenha presenciado, cujo resultado foi negativo para o enfermeiro.

---

---

---

---

---

---

---

## **APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**

### **ESCALA DE EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS INTENSIVISTAS**

Universidades responsáveis pela pesquisa

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

University of Toronto – UofT – Pesquisadora responsável: Prof. Dra. Elizabeth Peter

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG - Pesquisador responsável: Dra. Jamila Geri Tomaszewski-Barlem

Equipe de pesquisadores do laboratório de pesquisa Práxis - trabalho, cidadania, saúde e Enfermagem/PEN/UFSC: Dra. Flávia Regina Souza Ramos, Dra. Laura Brehmer, Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Mestranda Daniela de Oliveira Cardozo e Bolsista PIBIC Mayara Manoel.

LEIA COM ATENÇÃO O projeto de pesquisa tem como objetivos:

1) Elaborar e validar um instrumento de análise da frequência e intensidade de Advocacia do Paciente em Enfermeiros Intensivistas; 2) Analisar crenças e ações de enfermeiros intensivistas no exercício da advocacia do paciente; 3) Analisar a advocacia do paciente e sua relação com variáveis sociodemográficas e laboral, em enfermeiros intensivistas. Trata-se de um estudo metodológico. 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. 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.

---

Participante

---

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

**APÊNDICE D - ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS  
EM TERAPIA INTENSIVA – EAPEnf-UTI**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data nascimento(dia/ano/mês):\_\_\_\_\_

Cidade(residência):                      Estado:

Sexo: ( ) Feminino    ( ) Masculino    Tem filho/os: (...) sim    (...) não

Experiência familiar com doença terminal: ( ) sim    ( ) não

Possui crença religiosa: ( ) sim    ( ) não.

Cidade e m que trabalha:\_\_\_\_\_

Ano de conclusão da Graduação:\_\_\_\_\_

Cursos realizados: (...)Não (...) Capacitação (...) Especialização (...) Residência (...) Mestrado  
(...) Doutorado

Quanto tempo trabalha em UTI(anos/meses):

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

Possui titulação em Terapia Intensiva (....) Sim (.....) Não

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

Considere os vínculos atuais na Terapia Intensiva:

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

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

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

Privada: (...) Geral (...) Especializada



Tipo de Especialidade de UTI: (...) Geral (...) Trauma (...) Cirúrgica (...) Queimados (...) Cardíaca (...) Neuro (...) Oncologia (...) Obstétrica (...) Outros: Qual? \_\_\_\_\_

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

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

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

Privada: (...) Geral (...) Especializada

Tipo de Especialidade de UTI: (...) Geral (...) Trauma (...) Cirúrgica (...) Queimados (...) Cardíaca (...) Neuro (...) Oncologia (...) Obstétrica (...) Outros: Qual? \_\_\_\_\_

Existência de Comissão de Ética na instituição: ( ) Não ( ) Não sei ( ) Sim

Ocorrem reuniões na sua unidade de trabalho (administrativas, científicas, entre equipes)? ( ) Não ( ) Sim

Tem conhecimento/ experiência com cuidados paliativos: (...) sim (...) não

Presença do familiar na UTI: (...) Horário de visita restrito (...) Visita estendida (...) Visita aberta

Antes de responder a Escala elaborada por Vargas *et al* (2020), considere o conceito de advocacia do paciente.

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 elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde. Está associada, principalmente, ao reconhecimento, pelos enfermeiros, do seu papel na defesa dos interesses e direitos dos pacientes, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes (HANKS, 2010).

Diante do conhecimento, por favor, indique seu grau de concordância utilizando *discordo totalmente, discordo mais do que concordo, não concordo nem discordo, concordo mais do que discordo, concordo totalmente* para cada uma das afirmativas a seguir. Por favor, indique sua classificação marcando um "X" no espaço à direita correspondente à cada

afirmação.

Questões	Discordo totalmente	Discordo mais do que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais do que discordo	Concordo totalmente e	
<b>ATRIBUTOS DO ENFERMEIRO:</b> Essa parte procura conhecer as crenças dos enfermeiros acerca dos atributos necessários para o exercício da advocacy do paciente. A defesa do paciente é influenciada pela(s)/o(s)...						
1	Experiências profissionais					
2	Valores pessoais					
3	Capacitação para cuidados no fim de vida					
4	Nível de formação acadêmica.					
5	Condições emocionais.					
6	Satisfação no ambiente de trabalho.					
7	Religiosidade e/ou fé.					
<b>AÇÕES DE DEFESA DO PACIENTE</b> O Enfermeiro defende o paciente ao...						
8	Resguardar a integridade física e/ou moral do paciente exposto a atitudes de familiares que possam comprometê-la.					
9	Promover o acesso a informação real e contínua sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento para os familiares do paciente, auxiliando-os nos momentos de tomada de decisões.					
10	Instrumentalizar o paciente com informações para que esse possa discutir com o médico e outros profissionais de saúde o adequado tratamento e tomar suas próprias decisões.					
11	Incentivar a família a participar dos cuidados do					

	paciente.					
12	Promover a presença da família junto ao paciente.					
13	Esclarecer para a família as vontades do paciente.					
14	Promover o cuidado de forma a garantir o bem-estar físico e emocional da família.					
15	Permitir a visita de familiares, mesmo que não esteja previsto nas normas.					
16	Evitar ao máximo que intercorrências e reorganizações do trabalho/procedimentos comprometam o horário de visita.					
17	Auxiliar a família a lidar com o processo de morte e morrer.					
18	Respeitar os aspectos biopsicossociais, éticos e culturais do paciente/familiar diante do processo de morte e morrer.					
19	Garantir a aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente.					
20	Assegurar que as decisões clínicas para não ressuscitar sejam cumpridas.					
21	Incentivar a não adoção de tratamentos fúteis.					
22	Incentivar o encaminhamento para cuidados paliativos dos pacientes fora de possibilidade terapêutica.					
23	Promover medidas para conforto físico, controle da dor e redução de sofrimento do paciente.					
24	Participar da elaboração do planejamento do tratamento junto à equipe de saúde.					
25	Proteger o paciente contra cuidados de saúde inadequados fornecidos por outros membros da equipe de saúde.					

26	Discutir clinicamente com a equipe multiprofissional quando não concordar com o tratamento do paciente.					
27	Intervir entre as limitações do serviço de saúde e as necessidades do paciente.					
28	Promover a cultura de segurança.					
29	Reivindicar tratamentos que sejam necessários e adequados ao paciente, além da oferta disponível onde o paciente está internado.					
30	Assegurar que as vontades do paciente sejam respeitadas.					
31	Intervir quando informações clínicas e de tratamento são insuficientes ou pouco claras para o paciente e/ou familiares					
32	Estimular a autonomia do paciente.					
33	Estimular a independência do paciente.					
34	Melhorar o ambiente para o atendimento.					
35	Defender questões éticas e/ou legais.					
36	Garantir a privacidade do paciente.					
37	Garantir confidencialidade ao paciente.					
38	Defender pacientes incapazes de manifestarem seus direitos.					
39	Ponderar junto à equipe de saúde quando a alta do paciente for considerada precoce.					
40	Garantir que a vontade do potencial doador de órgãos seja respeitada pela família.					
BARREIRAS PARA A DEFESA DO PACIENTE São consideradas barreiras para a defesa do paciente...						
41	Impedimento ou limitação de participação nas decisões da equipe multiprofissional sobre o tratamento do paciente.					

42	Sobrecarga de atividades.					
43	Divergência de opinião entre membros da equipe acerca da conduta clínica, do cuidado paliativo, da futilidade terapêutica, da terminalidade e do prognóstico.					
44	Sofrimento e esgotamento profissional.					
45	Conflitos éticos entre membros da equipe de enfermagem.					
46	Conflitos éticos entre profissionais de saúde.					
47	Negligência, imperícia e imprudência da equipe de enfermagem.					
48	Negligência, imperícia e imprudência de outros profissionais de saúde.					
49	Elevada proporção de pacientes para número reduzido de enfermeiros.					
50	Falta de recursos do sistema de saúde.					
51	Falta de infraestrutura institucional.					
52	Divergência entre a conduta clínica do médico e a vontade do paciente.					
53	A interferência da família.					
54	Experiências anteriores de defesas frustradas.					
55	O ambiente complexo da terapia intensiva.					
56	Normas e rotinas rígidas da Unidade de Terapia Intensiva.					
57	Falta de clareza nas informações do médico para todos os profissionais de saúde acerca da situação clínica do paciente.					