

**EENF** ESCOLA DE  
ENFERMAGEM



**EENF** PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM

**DANIEL PINHO MENDES**

**ADVOCACIA EM ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA DA  
HERMENÊUTICA FILOSÓFICA GADAMERIANA**

**RIO GRANDE  
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**  
**ADVOCACIA EM ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA DA**  
**HERMENÊUTICA FILOSÓFICA GADAMERIANA**

**DANIEL PINHO MENDES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

**Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem**

**RIO GRANDE**

**2019**

## Ficha catalográfica

M538a Mendes, Daniel Pinho.

Advocacia em enfermagem sob a perspectiva da hermenêutica filosófica Gadameriana / Daniel Pinho Mendes. – 2019.

207 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

1. Advocacia em Saúde 2. Defesa do Paciente 3. Ética em Enfermagem 4. Enfermagem I. Barlem, Edison Luiz Devos II. Título.

CDU 34:616-083:801.73

**DANIEL PINHO MENDES**

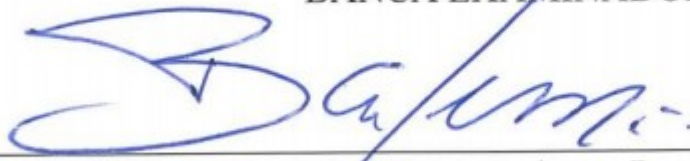
**ADVOCACIA EM ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA DA  
HERMENÊUTICA FILOSÓFICA GADAMERIANA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 03 de junho de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FURG

**BANCA EXAMINADORA**



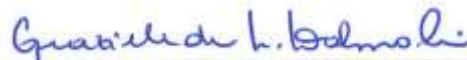
Dr. Edison Luiz Devos Barlem – Presidente (FURG)



Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem (FURG)



Dra. Janaína Sena Castanheira (FURG)



Dra. Grazielle de Lima Dalmolin – Membro Externo (UFSM)

Dra. Rosemery Silva da Silveira - Suplente Interno ao PPGENF (FURG)

Dra. Valéria Lerch Lunardi – Suplente Externo ao PPGENF (UFSM)

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico esta caminhada  
à minha esposa Clarice  
à minha mãe Lueci  
à meu pai Geraldo**

“O ensino de enfermagem de doutoramento continua a ocorrer dentro do contexto de complexas mudanças sociais, políticas e econômicas que informam e modelam o futuro do núcleo de conhecimento disciplinar e seu potencial para influenciar a saúde da sociedade”

Pamela June Grace (2016, p. 63, tradução nossa)

“O contrário da visão do correto não é o erro nem o engano, mas a cegueira. Quem está dominado por suas paixões se depara de repente com o fato de que não é capaz de ver numa situação dada o que seria correto. Perdeu o controle de si mesmo e, por consequência, a retidão, ou seja, perdeu o estar corretamente orientado em si mesmo, de modo que, desgovernado em seu interior pela dialética da paixão, parece-lhe correto o que a paixão lhe sugere. O saber ético é verdadeiramente um saber peculiar.”

Hans-Georg Gadamer (1999, p. 479)

## RESUMO

MENDES, Daniel Pinho. **Advocacia em Enfermagem: sob a perspectiva da hermenêutica filosófica gadameriana**. 2019. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2019.

Introdução: o fenômeno da advocacia tem seu reconhecimento histórico atribuído ao final do século XVIII e início do século XIX, com o marco da Revolução Industrial e o emprego/exploração de crianças pelas fábricas. Já mais restritamente no âmbito da saúde/enfermagem, a advocacia passou a despontar mais expressivamente nas décadas de 60 e 70, nos Estados Unidos e Reino Unido. O fenômeno da advocacia apresenta estreita relação com exercício profissional e as questões éticas que emergem da relação enfermagem/paciente. Mediante ao referencial teórico-filosófico de Hans-Georg Gadamer e seu trabalho envolvendo a Hermenêutica Filosófica, a compreensão na relação existente entre pessoas ocorre a partir da linguagem. Objetivo: interpretar, sob a ótica da hermenêutica filosófica, o fenômeno da advocacia no exercício ético profissional da enfermagem. Metodologia: trata-se de um estudo de abordagem qualitativa exploratória-descritiva, desenvolvido a partir da compreensão interpretativa fundamentada na Análise Textual Discursiva e a Hermenêutica. O local de pesquisa foi um hospital universitário, caracterizado por hospital geral, localizado na 6ª mesorregião do Sudeste Rio-Grandense, vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com direcionamento no exercício da advocacia com 13 enfermeiros participantes. Os dados foram analisados e interpretados à luz da Análise Textual Discursiva e a perspectiva do referencial teórico-filosófico hermenêutico de Hans-Georg Gadamer. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde vinculado a Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer nº 53/2019, obedecendo todos os preceitos éticos dispostos nas Resoluções nº. 466/12 e nº. 510/2016. Resultados e Discussões: esse processo resultou na construção de três artigos divididos em: dois artigos derivados do estudo qualitativo: 1) “O exercício da advocacia no âmbito da enfermagem: percepção de enfermeiros”; 2) “O diálogo hermenêutico e a advocacia em enfermagem”. Por fim, um artigo de cunho reflexivo: 3) “Advocacia em enfermagem: construção de um modelo teórico sob a perspectiva gadameriana”. No primeiro artigo, verificou-se que na percepção dos participantes existe uma lacuna entre a formação acadêmica e o exercício da advocacia na vida prática, assim como o reconhecimento de conflitos desencadeados das ações de advocacia. O segundo artigo, identificou o diálogo hermenêutico – comunicação, como elemento essencial para o exercício da advocacia em enfermagem, julgamento e ação decorrente da phronesis (conhecimento prático) e a hermenêutica. Por fim, o terceiro artigo, teve como fonte norteadora a fusão dos conceitos hermenêuticos e da advocacia praticada pelos profissionais enfermeiros, constituindo um modelo teórico-conceitual de advocacia em enfermagem. Considerações Finais: Ao conhecer as percepções dos enfermeiros acerca da advocacia no âmbito da enfermagem, constatou-se que esta se manifesta a partir da relação entre embasamento ético profissional, exercício da advocacia

e a relação enfermagem/paciente, decorrente da phrónesis da enfermagem. A advocacia desponta-se como base ontológica, epistêmica e volitivo da prática de enfermagem, ou seja, está presente nos julgamentos e ações dos enfermeiros, em diferentes graus, durante todo o exercício de enfermagem.

**Descritores:** Advocacia em saúde; Defesa do paciente; Ética em Enfermagem; Enfermagem.



## ABSTRACT

MENDES, Daniel Pinho. **Advocacy in Nursing: from the perspective of Gadamerian philosophical hermeneutics**. 2019. 207f. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, 2019.

Introduction: The phenomenon of advocacy has its historical recognition attributed to the late eighteenth and early nineteenth century, with the Industrial Revolution and the employment / exploitation of children by the factories. Restricted in the area of health / nursing, advocacy began to emerge more strongly in the 1960s and 1970s, in the United States and the United Kingdom. The phenomenon of advocacy has a close relationship with professional practice and the ethical issues that emerge from the nursing / patient relationship. Through the theoretical-philosophical reference of Hans-Georg Gadamer and his work involving Philosophical Hermeneutics, the understanding of the relationship between people occurs from language. Objective: to interpret, from the perspective of philosophical hermeneutics, the phenomenon of advocacy in the professional ethical practice of nursing. Methodology: this is an exploratory-descriptive qualitative study, developed from an interpretative understanding based on Discursive Textual Analysis and Hermeneutics. The research site was a university hospital, characterized by a general hospital, located in the 6th mesoregion of Southeast Rio-Grandense, linked to the Brazilian Company of Hospital Services. Data were collected through a semi-structured interview with guidance in the practice of advocacy with 13 participating nurses. The data were analyzed and interpreted in the light of the Discursive Textual Analysis and the perspective of the hermeneutical theoretical-philosophical reference of Hans-Georg Gadamer. This project was approved by the Ethics Committee on Health Research linked to the Federal University of Rio Grande under opinion No. 53/2019, obeying all the ethical precepts set forth in Resolutions no. 466/12 and no. 510/2016. Results and Discussion: this process resulted in the construction of three articles divided into: two articles derived from the qualitative study: 1) "The practice of advocacy in nursing: perception of nurses"; 2) "The hermeneutic dialogue and the advocacy in nursing". Finally, a reflective article: 3) "Advocacy in nursing: building a theoretical model under the Gadamerian perspective". In the first article, it was verified that in the participants' perception there is a gap between the academic formation and the practice of advocacy in the practical life, as well as the recognition of conflicts triggered by the advocacy actions. The second article identified the hermeneutic - communication dialogue, as an essential element for the practice of nursing advocacy, judgment and action deriving from phronesis (practical knowledge) and hermeneutics. Finally, the third article had as its guiding source the fusion of the hermeneutical concepts and the practice practiced by nursing professionals, constituting a theoretical-conceptual model of nursing advocacy. Final Considerations: In order to know nurses' perceptions about nursing advocacy, it was verified that this is manifested by the relationship between professional ethical foundations, the practice of advocacy and the nursing / patient relationship, resulting from nursing phronesis. Advocacy emerges as the ontological, epistemic and volitional basis of nursing

practice, that is, it is present in the judgments and actions of nurses, to different degrees, throughout the nursing practice.

**Keywords:** Health Advocacy; Patient Advocacy; Ethics, Nursing; Nursing.

## RESUMEN

MENDES, Daniel Pinho. **Abogacía en Enfermería: bajo la perspectiva de la hermenéutica filosófica gadameriana**. 2019. 207f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado em Enfermería, Universidad Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2019.

Introducción: el fenómeno de la abogacía tiene su reconocimiento histórico atribuido al final del siglo XVIII e inicio del siglo XIX, con el marco de la Revolución Industrial y el empleo / explotación de niños por las fábricas. Ya más restringido en el ámbito de la salud / enfermería, la abogacía pasó a surgir más expresamente en las décadas de los sesenta y los 70, en los Estados Unidos y el Reino Unido. El fenómeno de la abogacía presenta estrecha relación con el ejercicio profesional y las cuestiones éticas que emergen de la relación enfermería / paciente. Mediante el referencial teórico-filosófico de Hans-Georg Gadamer y su trabajo envolviendo la Hermenéutica Filosófica, la comprensión en la relación existente entre personas ocurre a partir del lenguaje. Objetivo: interpretar, bajo la óptica de la hermenéutica filosófica, el fenómeno de la abogacía en el ejercicio ético profesional de la enfermería. Metodología: se trata de un estudio de abordaje cualitativo exploratorio-descriptivo, desarrollado a partir de la comprensión interpretativa fundamentada en la Análisis textual Discursivo y la Hermenéutica. El sitio de investigación fue un hospital universitario, caracterizado por un hospital general, ubicado en la 6ª mesorregión del Sudeste Rio-Grandense, vinculado a la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada con direccionamiento en el ejercicio de la abogacía con 13 enfermeros participantes. Los datos fueron analizados e interpretados a la luz del análisis textual discursivo y la perspectiva del referencial teórico-filosófico hermenéutico de Hans-Georg Gadamer. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud vinculado a la Universidad Federal de Rio Grande bajo el parecer nº 53/2019, obedeciendo todos los preceptos éticos dispuestos en las Resoluciones nº. 466/12 y nº. 510/2016. Los resultados obtenidos en el estudio de los resultados obtenidos en el estudio de los resultados obtenidos en el presente estudio, fueron los siguientes: 1) "El ejercicio de la abogacía en el ámbito de la enfermería: percepción de enfermeros"; 2) "El diálogo hermenéutico y la abogacía en enfermería". Por último, un artículo de cuño reflexivo: 3) "Abogacía en enfermería: construcción de un modelo teórico bajo la perspectiva gadameriana". En el primer artículo, se verificó que en la percepción de los participantes existe una laguna entre la formación académica y el ejercicio de la abogacía en la vida práctica, así como el reconocimiento de conflictos desencadenados de las acciones de abogacía. El segundo artículo, identificó el diálogo hermenéutico - comunicación, como elemento esencial para el ejercicio de la abogacía en enfermería, juicio y acción derivada de la phronesis (conocimiento práctico) y la hermenéutica. Por último, el tercer artículo, tuvo como fuente orientadora la fusión de los conceptos hermenéuticos y de la abogacía practicada por los profesionales enfermeros, constituyendo un modelo teórico-conceptual de abogacía en enfermería. En el caso de la enfermería, en el ámbito de la enfermería, se constató que ésta se manifiesta a partir de la relación entre basamento ético

profesional, ejercicio de la abogacía y la relación enfermería / paciente, derivada de la praxis de la enfermería. La abogacía se manifiesta como base ontológica, epistémica y volitiva de la práctica de enfermería, o sea, está presente en los juicios y acciones de los enfermeros, en diferentes grados, durante todo el ejercicio de enfermería.

**Descriptor:** Defensa de la Salud; Defensa del Paciente; Ética en Enfermería; Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Formas de Advocacia .....	70
Figura 2 - Intervenções para promover a resolução de conflitos ou a tomada de decisões clínicas baseados em dilemas éticos relacionados com a saúde como um prelúdio para a mediação bioética formal.....	91
Figura 3 - <i>Sphere of Nursing Advocacy Model</i> .....	102
Figura 4 - Operacionalidade da Análise Textual Discursiva (ATD) organizada em quatro etapas .....	112
Figura 5 – Análise Textual Discursiva – unidades e categorizações.....	115
Figura 6 – (FIGURA 1 – ARTIGO): Modelo teórico-conceitual de advocacia em enfermagem .....	166

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Princípios éticos para a advocacia eficaz.....	77
Tabela 2 – Dimensões da advocacia. ....	79
Tabela 3 - Suposições da Sphere Of Nursing Advocacy Model.....	101
Tabela 4 – Riscos relacionados ao grau mínimo.....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AES	Advocacy Engagement Scale
ANA	American Nurses Association
APA	American Psychiatric Association's
ATD	Análise Textual Discursiva
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CC	Centro Cirúrgico
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CFPC	College of Family Physicians of Canada
CHS	Carga Horária Semanal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EE	Escola de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAHERG	Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande
FASURGS	Faculdade Especializada na área da Saúde do Rio Grande do Sul
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HF	Hermenêutica Filosófica
HG	Hospital Geral
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU-FURG	Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NEPES	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde

NR	Normas Regulamentadoras
PPP-FURG	Projeto Político-Pedagógico – Universidade Federal do Rio Grande
PROPESQ	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
RJU	Regime Jurídico Único
SNA	Sphere of Nursing Advocacy
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCC	Unidade de Clínica Cirúrgica
UCM	Unidade de Clínica Médica
UN	United Nations
UKCC	United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2 EIXO NORTEADOR.....</b>	<b>27</b>
2.1 ÉTICA.....	27
2.1.1 Ética e Moral no Campo da Filosofia.....	27
2.1.2 Ética e Moral no Campo da Enfermagem em Saúde .....	33
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....</b>	<b>37</b>
3.1 HANS–GEORG GADAMER .....	37
3.1.1 Linguagem Gadameriana.....	40
3.1.2 Hermenêutica Filosófica .....	47
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>60</b>
4.1 ADVOCACIA EM SAÚDE .....	60
4.2 ADVOCACIA E A ENFERMAGEM.....	70
4.2.1 Advocacia em Enfermagem: Barreiras.....	83
4.2.2 Advocacia em Enfermagem: Facilitadores .....	88
4.3 TEORIAS FILOSÓFICAS: ADVOCACIA EM ENFERMAGEM .....	91
4.3.1 Teoria 1: A enfermeira como advogada: uma base filosófica para a enfermagem – Curtin (1979) .....	92
4.3.2 Teoria 2: Advocacia Existencial: fundamentos filosóficos da enfermagem – Gadow (1980).....	94
4.3.3 Teoria 3: A enfermeira como advogada – Kohnke (1982) .....	97

<b>4.3.4 Teoria 4: Advocacia de Enfermagem: a ética da prática – Gaylord; Grace (1995)</b> .....	<b>99</b>
<b>4.3.5 Teoria 5: Modelo de Esfera de advocacia de enfermagem - HANKS (2005)</b> .....	<b>100</b>
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>103</b>
5.1 LOCAL DE PESQUISA .....	105
<b>5.1.1 Unidade de Clínica Cirúrgica</b> .....	<b>106</b>
<b>5.1.2 Unidade de Clínica Médica</b> .....	<b>107</b>
5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	107
5.3 COLETA DE DADOS .....	108
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	109
<b>5.4.1 Operacionalidade da Análise Textual Discursiva</b> .....	<b>112</b>
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	116
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>119</b>
6.1 ARTIGO ORIGINAL – O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE FILOSÓFICA GADAMERIANA.....	120
6.2 ARTIGO ORIGINAL – O DIÁLOGO HERMENÊUTICO COMO BASE PARA O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA EM ENFERMAGEM.....	137
6.3 ESTUDO TEÓRICO – ADVOCACIA EM ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO SOB A PERSPECTIVA GADAMERIANA.....	153
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: de um horizonte-histórico</b> .....	<b>173</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>201</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>202</b>
<b>ANEXO I – PARECER nº 53/2019 (CEPAS) .....</b>	<b>203</b>
<b>ANEXO II – PARECER – GEP.....</b>	<b>204</b>
<b>ANEXO III – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO / UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA .....</b>	<b>206</b>
<b>ANEXO IV – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO / UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA.....</b>	<b>207</b>

## INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver o presente estudo, pautado na temática advocacia em enfermagem, partiu da compreensão ética a respeito do exercício da profissão de enfermagem e a imersão em situações cotidianas, e assim, a atuação de enfermagem e as decisões éticas. Embora, ocorra um amplo espectro do emprego do termo advocacia, o presente estudo centraliza o fenômeno da advocacia como um acontecimento único e próprio do campo da enfermagem.

Por esse posicionamento, não exclui-se a advocacia como ato ou ação humana em defesa dos direitos de um outro indivíduo, ou para a coletividade humana. Mas visualiza as derivações do fenômeno da advocacia no desenrolar nas tomadas de decisões éticas profissionais (GROSSER, 1965; BRAGER, 1968; ADAMS, 1973; STONE, 1979; SOSIN; FORSTER, 1998; CAULUM, 1998; JONES et al, 2000; BATERMAN, 2006; FIGUEIRA, et al., 2018), em especial, os profissionais do campo da saúde (BATERMAN, 2006; JANSSON et al., 2016; PERRY; EMORY, 2017). Corroborando com o evidenciado na literatura científica que apresenta e reconhece o fenômeno da advocacia e suas peculiaridades derivadas no exercício profissional da enfermagem (WINALOW, 1984; PETTITT, 2000; MELTON, 2010; BARLEM et al., 2012; BARLEM et al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016; SMITH, 2017).

Historicamente, o termo advocacia, no âmbito da saúde, tem sua origem no final do século XVIII e início do século XIX, com a Revolução Industrial e o emprego/exploração de crianças nos processos de produções das fábricas (BIERMAN, 1966; TOMPKINS, 1979; LITZELFELNER; PETR, 1997; THE CHILDREN'S BUREAU, 2012). Nessa linha histórica, o exercício da advocacia teve como base a saúde materno-infantil, e posteriormente, ampliou-se com ações de proteção à indivíduos ou grupos vulneráveis que exigem ações morais em saúde (BRANDON, 1995; BATERMAN, 2006; YOUNG, 2009; DEVAKUMAR; SPENCER; WATERSTON, 2016).

Entretanto, somente nas décadas de 60 e 70 ocorreram significativo reconhecimento científico a respeito do fenômeno da advocacia, foi evidenciado nas publicações científicas (SOSIN; CAULUM; 1983),

correspondendo ao final da década de 1970 (STUTOR, 1993), e início de 1980 (HAMRIC, 2000). Tendo a ebulição das discussões sobre a advocacia, inicialmente, na enfermagem norte-americana, posteriormente, no Reino Unido, no final da década de 1980 (STUTOR, 1993).

Desse modo, a enfermagem começou a absorver/reconhecer o conceito da advocacia como defesa do paciente através do emprego na fundamentação de ações desempenhadas no exercício profissional de enfermagem (PAYNE, 1979; STUTOR, 1993; NEGARANDEH et al., 2006; WARE et al. 2011; SUMMERS, 2012; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; DADZIE; AZIATO; WATER, et al., 2016; AIKINS. 2017). Tal atividade, é resultado da essência de relacionamento presente no exercício profissional de enfermagem entre o enfermeiro e o paciente, em um truísmo nas necessidades humanas básicas do paciente, e assim os profissionais de enfermagem precisam transcender a si mesmos durante o cuidado ao paciente (MCCAFFREY, 2019).

Neste interim, fortaleceu-se a identificação da relação enfermagem/paciente, e conseqüentemente no reconhecimento da comunicação instrumento fundamental para o desempenho da advocacia (RUSHTON, 1994; NEGARANDEH et al., 2006; SUMMERS, 2012), contrapondo-se, alguns autores afirmam a preocupação sua aplicação acabou transformando-se práticas impostivas (partenalistas) sob a tutela do exercício profissional e ético da advocacia (MALLIK, 1997a; VAARTIO, et al., 2009b).

No campo ético, a tomada de decisões compreendem-se por ações e condutas praticadas por indivíduos e profissionais no escopo de estudo da moralidade (CORTINA; MARTÍNEZ, 2005; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011; VÁZQUEZ, 2017). Pois, é a partir da forma de entendimento dos comportamentos sociais em determinados períodos de tempo e as estreitas relações com princípios, valores, normas, crenças, tradições e os indivíduos que pode-se compreender os comportamentos de indivíduos frente a determinados acontecimentos (CORTINA; MARTÍNEZ, 2005; AUDI, 2006; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011; ABBAGNANO, 2012; VÁZQUEZ, 2017). Portanto, torna-se importante reconhecer a estreita relação do fenômeno da advocacia com o campo ético e a moralidade (SMITH 2017), assim como,

sobre as ações em situações moralmente inadequadas (MELTON, 2010; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016).

No intuito de compreender, este estudo recorre ao entendimento de Gadamer (2011a), que descreve a compreensão não é um comportamento subjetivo frente a determinado fenômeno, mas corresponde à história efetual, ou seja, “pertence ao ser daquilo que é compreendido” (GADAMER, 2011a, p. 18).

Neste contexto, o fenômeno da advocacia em enfermagem apresenta-se pela concepção fundamental de entendimento/compreensão entre as partes, constituindo assim como peça fundamental na relação de proteção e cuidados dos mais vulneráveis (WHEELER, 2000). Por esse sentido, o referencial teórico deste projeto de tese está alicerçado no filósofo alemão Hans-Georg Gadamer, e sua concepção sobre a hermenêutica filosófica e a estrutura de realização da linguagem no estabelecimento de relações entre a conversação, tradição e o intérprete (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b).

Essa relação de linguagem e compreensão é denominada Hermenêutica Gadameriana, onde o sentido da tradição está centrado naquilo que é compreendido e transmitido na linguagem, em constante interação com as vivências históricas, que por intermédio da razão se conservam ou transformam-se em novas tradições (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b). Deste modo, Gadamer descreve a história efetual como campo que atuação da interpretação hermenêutica das tradições presentes dentro dos fenômenos de comportamento moral de indivíduos e como sociedade (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b).

Portanto, a hermenêutica gadameriana caminha para compreender o outro pelo diálogo entre as partes, com o desvelar de prévias concepções e a imersão do outro evidenciadas linguagem (GADAMER, 2011a). Ou seja, aproxima-se da importância da comunicação para o exercício da advocacia (MARTIN, 1998a; MARTIN, 1998b; TAYLOR; FERSZT, 1998; MCGRATH; WALKER, 1999; LACONO, 2007; ZOMORODI; FOLEY, 2009; TOMAJAN, 2012; DOHERTY et al., 2016).

A imersão ao campo ético e filosófico para poder interpretar o exercício da advocacia em enfermagem e, assim identificar diversas situações morais

vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no exercício da assistência ao cuidado ao paciente. Tal posicionamento é corroborado com a breve sustentação na literatura científica acima citado, embora mesmo que o fenômeno da advocacia emergja da prática da enfermagem, essa ainda demonstra-se conceitualmente incipiente no campo dessa profissão.

Na tese intitulada, “Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana” de Barlem (2012), é descrito a advocacia do paciente interligado aos interesses das organizações de saúde, desejos e anseios dos profissionais de enfermagem, assim como muitas vezes banalizados durante o exercício da autonomia e das relações de poder. Nesse aspecto, demonstra-se primordial o reconhecimento da autonomia como instrumento para o exercício da advocacia, tanto para os profissionais de enfermagem, quanto para o paciente (SOLNIT, 1976; PAYNE, 1979; SOLNIT, 1982; WISERMAN, 1990; BARTON, 1991; BERNAL, 1992; CAMERON, 1996; BUXBURY, 1996; WOODROW, 1997; MALLIK, 1997a; VAN DER BURG, 1997; WADE, 1999; LOVERIDGE, 2000; SALLADAY, 2000; HANKS, 2005; SIMMONDS, 2008; KEEPNEWS, 2010; AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2015; BARLOW; HARGREAVES; GILLIBRAND, 2017).

A literatura científica apresenta alguns princípios fundamentais que permeiam o fenômeno da advocacia em enfermagem, entre eles, evidencia-se: a autonomia para o exercício da enfermagem na defesa do paciente (WISERMAN, 1990; MACKERETH, 1995; PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012; JOSSE-EKLUND et al., 2014a); a autonomia do paciente para a escolha de decisões no que diz respeito a sua vida e sua saúde (ADAMS, 1978; CAMERON, 1996; HAMRIC, 2000; SCHWARTZ, 2002; SHANNON, 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016); a comunicação entre profissionais de saúde na atenção ao paciente (BERNAL, 1992; WATT, 1997; BALACHANDRAN, 2001; HANKS, 2010a; DOHERTY et al., 2016; MCCAFFREY, 2019); a comunicação entre os profissionais de enfermagem e o paciente (MARTIN, 1998a; MARTIN, 1998b; TAYLOR; FERSZT, 1998; MCGRATH; WALKER, 1999; LACONO, 2007; VAARTIO et al., 2008; NEGARANDEH, 2008; HANKS, 2010a; DOHERTY et al., 2016); a qualificação ética como subsídios para exercício da advocacia (BARLEM et al, 2012; CHOI, 2015; DOHERTY et al.,

2016; DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017); o constante aprimoramento as questões de moralidade e os contextos sociais (HEWITT, 2002; LUNARDI, et al. 2009; EPSTEIN; DELGADO, 2010; COWLEY; MCNAMARA, 2011; DALMOLIN, et al. 2012; JOSSE-EKLUND et al., 2014; NOGARIO, et al., 2015); a relação de proximidade dos profissionais de enfermagem e o paciente (WINALOW, 1984; FETSCH; MINTUN, 1994; PETTITT, 2000; O'CONNOR; BILLY, 2005; LACONO, 2007; YOUNG, 2009; ZOMORODI; FOLEY, 2009; MELTON, 2010; JOSSE-EKLUND et al., 2014a; BARLEM et al., 2015; PECANAC; SCHWARZE, 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016); assim como pelas determinações dos códigos legais e deontológicos (ROSE, 1997; WADE, 1999; SALLADAY, 2000) e condições organizacionais favoráveis para o exercício da advocacia (JOSSE-EKLUND et al., 2014b).

Entretanto, mesmo identificando tal amplitude de princípios relacionados ao exercício da advocacia pelos profissionais de enfermagem, a literatura científica registra como paradoxo da prática da advocacia, a possibilidade de legitimar comportamentos paternalistas por parte da enfermagem em sobreposição aos interesses dos pacientes (RAFAEL, 1995; MACKERETH, 1995; MALLIK, 1997a; VAARTIO, et al., 2009b; WATT, 1997; SCHWARTZ, 2002), assim como nas relações com os demais profissionais que compõem o escopo de atuação nos cuidados ao paciente (SELLIN, 1995; WOODROW, 1997; MARTIN, 1998; MCDONALD; AHERN, 2000; WHEELER, 2000).

Nesta perspectiva, a partir do descrito, compreende-se que a existência do fenômeno da advocacia na esfera ética e profissional não delimita um único grupo de indivíduos ou de uma determinada profissão como detentor da advocacia, mas sim a presença deste comportamento múltiplo e sistêmico em todos profissionais da área da saúde e a atenção ao paciente. Portanto, mesmo na multiplicidade do exercício da advocacia, emerge na profissão de enfermagem evidências de um exercício único e singular.

Deste modo, são descritos pela literatura traços do fenômeno da advocacia no campo da enfermagem, por alguns autores que sustentam modelos teóricos filosóficos a respeito da advocacia e a enfermagem, conforme evidenciado pela literatura nos escritos de Curtin, sob o título "A enfermeira como Advogada: uma base filosófica para a enfermagem" (1979); Gadow, com



o escrito intitulado “Advocacia Existencial: fundamentos filosóficos da enfermagem (1980); Kohnke, “Advocacia: risco e realidade” (1982); Gaylord e Grace, “Advocacia da Enfermagem: a ética da prática” (1995); Hanks, “Modelo de Esfera da advocacia de enfermagem” (2005).

Diante da breve introdução apresentada, este estudo justifica-se na necessidade de investigação e interpretação o fenômeno da advocacia no exercício da enfermagem e suas dimensões éticas, tendo como participantes: enfermeiras. Este rumo investigativo apresenta relativa produção científica no campo da enfermagem, entretanto, por ter dimensões éticas constantemente influenciadas pela contextualidade social, o presente estudo contribuiu para a promoção, reconhecimento e a sensibilização do exercício da advocacia em enfermagem. Simultaneamente, este estudo abordou a advocacia pelo escopo filosófico congruente da Hermenêutica filosófica, assim como na concepção de um modelo teórico filosófico pautada na descrição do fenômeno da advocacia em enfermagem.

A partir dessas considerações, o questionamento emergente desse estudo foi:

- Como os enfermeiros percebem a advocacia na dimensão do cuidado de enfermagem?

Assim, com base no que foi apresentado, emergiu a seguinte questão norteadora: Quais tradições, a partir da filosofia gadameriana, subsidiam o exercício da advocacia realizado na prática de enfermagem?

No intuito de responder à questão norteadora, foi estabelecido o seguinte objetivo:

- Interpretar, sob a ótica da hermenêutica filosófica gadameriana, o fenômeno da advocacia no exercício ético profissional da enfermagem.

**A partir desse objetivo, defende-se como tese que:** *a advocacia em enfermagem é um fenômeno singular e inerente dessa profissão, pautado na formação ética e realizado de forma consciente e indissociável do cuidado, com forte inferência do diálogo hermenêutico gadameriano.*

## 2 EIXO NORTEADOR

Este capítulo contempla os constituintes do campo ético essenciais para a fundamentação do fenômeno em estudo. Nesta etapa, foram os temas foram divididos em: Ética, Ética e moral no campo da filosofia e por fim, Ética e moral no campo da enfermagem em saúde.

### 2.1 ÉTICA

A etimologia do termo ética provem do grego *éthos*, que originalmente correspondia a “morada”, “lugar onde vivemos” e, posteriormente, consolidou-se com o significado de costumes, caráter e moral. Ainda, possui relação com a palavra grega *ethica* e *ethice* constituindo-se como o ramo da filosofia relacionada com o estudo da Ética e os costumes. Por sua vez, o termo Moral provem do latim *mos*, *moris* que significa “modo de proceder”, “costumes”, “caráter” e “modo de ser” (FERREIRA, 1970; VÁZQUEZ, 2017; CANTO-SPERBER, 2003; CORTINA; MARTÍNEZ, 2005).

Vázquez (2017), descreve a ética como a compreensão teórica e científica do comportamento humano intrinsecamente relacionadas a diversidade morais presentes em determinado tempo, e portanto, direciona sua atuação sobre os respectivos princípios, valores e normas. Em contraponto, Canto-Sperber (2003), designa a ética como delimitador do reino das normas, algo correspondente a uma metamoral.

#### 2.1.1 Ética e moral no campo da filosofia

Segundo o Dicionário de Filosofia de Cambridge, a concepção de ética corresponde ao estudo filosófico da moralidade em sua amplitude, assim como, a delimitação estrita de significação de princípios, valores e normas de uma tradição, grupo ou indivíduo particular (AUDI, 2006). Ao mesmo tempo, Abbagnano (2012), considera a ética uma ciência da conduta, fundamentalmente dividida entre: a ciência do fim e as condutas para alcançá-las; a ciência do móvel que estuda os motivos das condutas.

Vázquez (2017, p. 23), conceitua o termo ética por “teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Ou seja, é a ciência de uma forma específica de comportamento humano”. Deste modo, a compreensão geral de ética corresponde a uma conhecimento científico direcionado ao comportamento moral dos homens, com base na racionalidade, objetividade de métodos científicos (VÁZQUEZ, 2017), considerando seus princípios, valores e normas de cada período histórico da sociedade

Neste estreita relação da história da ética e o modo de agir do homem para com o outro, demonstra o sucesso da invenção grega – a ética – como elemento capaz de estudar o comportamento moral nos seus diversos períodos históricos. Assim, adaptando-se aos novos problemas, dilemas, e conseqüentemente, a trajetória histórica da ética/moral vem construindo novos conceitos para com a vida moral do ser humano (CORTINA; MARTÍNEZ, 2005).

A sucessão histórica do que configurou-se como a ética, pode ser agrupada em três fases: a primeira está determinada na Antiguidade Clássica (Sócrates, Platão e Aristóteles) e na Idade Média (Agostinho de Tagaste e Tomás de Aquino) com a busca do ser e moralidade; a segunda refere-se a modernidade (Hume, Kant, Max Scheler, Jeremy Bentham, John S. Mill, Saint-Simon, Owen, Fourier, Marx) e as teorias éticas relacionadas com a consciência; por último, a filosofia contemporânea com a fase éticas da era da linguagem com Nietzsche, E. G. Moore, R. M. Hare, J. Rawls, K. O. Apel, J. Habermas (CORTINA; MARTÍNEZ, 2005), e Hans-Georg Gadamer (STEIN; STRECK, 2014).

Dentre os estudiosos filósofos do campo de estudo da Ética destacam-se: Aristóteles, na obra *Ética Nicômaco*, e a ciência da conduta direcionada para o fim e o desejo de alcançar o bem final, e Immanuel Kant, através sua obra *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* (GADAMER, 2011a).

Aristóteles, na obra *Ética Nicômaco*, investiga a ética como a atividade humana que busca um fim através de suas escolhas e ações, assim como na busca por algum fim que se dá pelo desejo da felicidade (ARISTÓTELES, 2011); para tal, a busca pela felicidade está no convívio social, nos intercâmbios ocasionados no cumprimento das funções sociais em meio a

comunidade, para tal, o cidadão da *Polis* necessita adquirir virtudes para o dever moral (CORTINA; MARTÍNEZ, 2005; ARISTÓTELES, 2011). Além disso, o filósofo Estagirita<sup>1</sup>, determinou o modo de agir para com o outro como:

“um modo geral que esse homem se relaciona com os demais do modo que convém; mas é com referência ao que é honroso e conveniente que visa a não causar dor ou proporcionar prazer. Efetivamente, ele parece interessar-se pelos prazeres e dissabores da vida social; e sempre que não for honroso ou que for prejudicial contribuir para o prazer, ele se recusará a fazê-lo, preferindo antes causar sofrimento” (ARISTÓTELES, 2011, p. 93-4).

Já a ética kantiana aproxima-se de uma ciência do móvel que estuda os motivos das condutas, pautada no dever de cumprir os conjuntos de regras existentes, mesmo que não tenha vontade de cumpri-las, a partir de imperativos categóricos que são percebidos como valores absolutos (KANT, 2011). Para Kant, os imperativos morais apresentam-se na sociedade, incumbindo a ética de desvelá-los através da razão (CORTINA; MARTÍNEZ, 2005; KANT, 2011).

Assim, Kant (2011), apresenta o imperativo categórico que exige que a ação do ser humano tenha o fim em si mesmo, e não um meio para um determinado fim. Deste modo, a ação deverá ser guiada por valores absolutos distantes de inclinações, ou seja:

“uma ação realizada por dever deve eliminar totalmente a influência da inclinação e com ela todo o objeto da vontade, nada mais resta à vontade que a possa determinar do que a lei objectivamente e, subjectivamente, o puro respeito por esta lei prática, e por conseguinte a máxima que manda obedecer a essa lei, mesmo com prejuízo de todas as minhas inclinações” (KANT, 2011, p.32).

Desta forma, independente da subdivisão da ciência ética em ações pautadas no objetivo final, ou através da compreensão da valorização das ações como fim em si mesmo, a ética permeia toda a sociedade e seus agentes morais. Assim, os indivíduos concretos só efetivam as ações morais pela interação com os outros (VÁZQUEZ, 2017). Interação essa, descrita por Gadamer (2011a), como o diálogo realizado entre o eu e o outro, razão essa

---

<sup>1</sup> Aristóteles nasceu em 384/383 a.C., em Estagira, na fronteira com a macedônea (REALE; ANTISERI, 2011, p. 187).

que possibilita a estreita aproximação entre os indivíduos no fio da conversação.

Assim, percebe-se que Aristóteles, Kant, Vázquez, Gadamer observam o objeto de estudo da ética nas diversas ações humanas realizadas de forma consciente, sociais e voluntária por indivíduos para com outros indivíduos. E portanto, a ética distingue-se da moral, e por isso, não pode ser compreendida como um conjunto de normas e prescrições, mas sua função é explicar a moral em seu contexto social (VÁZQUEZ, 2017). Neste sentido, o contexto social é criação histórica da humanidade, que carrega no seio social o reflexo de seus costumes, tradições, sentimentos e cultura, constituída lentamente durante toda a periodicidade da humanidade (NADER, 2012).

Por outro lado, compreende-se por moral o conjuntos de normas e regulamentos destinados a guiar e modular as ações humanas para com outros indivíduos em um determinado contexto social (VÁZQUEZ, 2017). A sua compreensão está diretamente ligada a observação dos diversos contextos sociais, e portanto, moral é um entendimento histórico, e assim, mutável com o tempo (VÁZQUEZ, 2017).

Desse modo, a construção de normas e regras por convenções sociais denomina o termo moralidade, sendo essa o conjunto de normas contextuais da sociedade vigente, que determinam o correto e o errado do comportamento humano compartilhados em consenso comum, conseqüentemente, uma moralidade comum de normas apreendidas por grupos ou sociedade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). Entender a moral é compreender como os regulamentos das ações dos indivíduos entre si, em sociedade, ou seja como indivíduos relacionam-se uns com os outros, e assim, necessitando de certa adequação de comportamento através da assimilação cultural que regem determinados grupos e sociedades (BEUCHAMP, CHILDRESS, 2011; SANTOS, 2017; VÁZQUEZ, 2017).

Na sociedade primitiva, a moral estava relacionada com a adequação das condutas para o interesse coletivo da tribo/clã, e assim observando o interesse da coletividade transforma a valorização das ações dos indivíduos, assegurando uma concepção de bom e mau, útil ou perigoso para grupo social, e portanto, uma moral coletivista (VÁZQUEZ, 2017). Neste período, a moral é

pouco desenvolvida, baseada principalmente na observância dos costumes e tradições (VÁZQUEZ, 2017).

No transcorrer da história, novas forças de trabalho foram surgindo, dentre essas a supressão de inimigos em escravos. O grupo social passa a transformar-se de tribos com direitos iguais entre seus membros para segregação entre os membros da tribo e a classe de escravos. Esse acontecimento elevou a produção de bens e, conseqüentemente, a desigualdade social (VÁZQUEZ, 2017).

Tal desigualdade entre o grupo social e os escravos é evidenciada na sociedade de Atenas, na Antigüidade Clássica, com a descrição realizada por Aristóteles na obra Poética:

“No respeitante a caracteres, a quatro pontos importantes visar. Primeiro e mais importante é que devem eles ser bons. E se, como dissemos, há caráter quando as palavras e as ações derem a conhecer alguma propensão, se esta for boa, é bom o caráter. Tal bondade é possível em toda categoria de pessoas; com efeito, há uma bondade de mulher e uma bondade de escravo, se bem que o [caráter de mulher] seja inferior, e o [de escravo], genericamente insignificante” (ARISTÓTELES, 1986, p. 84).

Nos séculos V – VI, consolida-se uma nova sociedade, a feudal, dividida em dois grupos fundamentais: senhores feudais, donos das terras e, detentores do segundo grupo, os seus servos, ligados as terras (VÁZQUEZ, 2017). Embora exista profundas relações entre os escravos do mundo antigo e os servos do período feudal, os servos passam a ser vistos como seres humanos, ao invés de coisas, o mesmo ocorreu com os homens livres (artesãos e comerciantes) e a consolidação da Igreja na vida espiritual da sociedade (VÁZQUEZ, 2017).

Assim, a moral da sociedade medieval apresentou uma estreita ligação com a religião, e as diversas estratificações da sociedade e seus códigos: monásticos, cavaleiresca, aristocráticas, universitárias, ordens religiosas e corporações, enquanto os servos não detinham de seus códigos e regras estabelecidas (VÁZQUEZ, 2017).

Entretanto, a partir dessa constituição social, emerge a burguesia e sua forma de regular as relações entre os indivíduos e a sociedade. Neste período, a divisão social constituiu-se entre os proletariados, assalariados, mão-de-obra

livres (VÁZQUEZ, 2017). Além disso, a relação da moral burguesa buscou regulamentar novamente a exploração entre os homens (VÁZQUEZ, 2017).

Portanto, evidencia-se a importância do estudo da ética nas diversas esferas do conhecimento e os princípios, valores e normas morais presentes nas diversas sociedades e grupos sociais. Por isso, o processo moral não pode ser observado independentemente no movimento histórico, uma vez que, cada nova transformação social acarreta uma nova adequação das normas e regras morais que regem o comportamento social dos indivíduos (VÁZQUEZ, 2017). E assim, constituindo regras e ordenações nas relações sociais conforme a diversidade no qual ocorrem as representações do jogo (GADAMER, 2011a)

Logo, a moral está além de estar diretamente relacionada a sociedade e ao período histórico, também relaciona-se à divisão normativa e factual: o primeiro está relacionado as normas vigentes que ditam como deve ser; enquanto o segundo, está nas ações humanas desempenhadas de forma positiva (em consonância as normas morais) ou negativas (violação da norma moral) (VÁZQUEZ, 2017) Portanto, o normativo e o factual se distinguem entre norma e ação, porém permanecem diretamente relacionados (VÁZQUEZ, 2017).

A decisão de determinada ação moral, positiva ou negativa, ocorrem na consciência individual do ser humano, de forma livre e consciente (VÁZQUEZ, 2017; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). Entretanto, a relação do individual e o coletivo está diretamente relacionada com as condições sociais dominantes, e assim evidenciando sempre uma caráter social nos atos concretos de indivíduos reais (VÁZQUEZ, 2017; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011; GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b).

Deste modo, para aprofundarmos a compreensão do fenômeno da Advocacia e sua relação no campo da Enfermagem, torna-se fundamental o reconhecimento a ética como campo de pesquisa que engloba as relações sociais existentes no campo da enfermagem/saúde. Assim como o reconhecimento do outro e suas necessidades.



### 2.1.2 Ética e moral no campo da enfermagem em saúde

No campo da saúde, a moral é compreendida como ações positivas ou negativas decorrentes de uma razão ética, enquanto, a ética pretende a compreensão global dos fenômenos morais, assim como valores, princípios e regras que regem determinado grupo e sociedade (RICH, 2015).

Neste sentido, percebe-se a importância do estudo da ética sobre a moral e as nuances presentes no âmbito da Enfermagem, e conseqüentemente os comportamentos de grupos e indivíduo diante as tomadas de decisões éticas em relação a defesa do paciente (SMITH, 2017). Desse modo, assuntos pautados na esfera ética devem permear debates e discussões sobre a tomadas de decisões na prática de Enfermagem, distanciando-se de opiniões, intuições, crenças ou normas impostas não examinadas pelos profissionais de Enfermagem (RICH; BUTTS, 2009; BORDIGNON et al. 2011).

Assim, compreender a moralidade, na conduta de enfermagem, exige o reconhecimento do princípio de autonomia na garantia do respeito ao agente autônomo<sup>2</sup> em exercer o direito de decisões com base em suas convicções, princípios, valores, regras e crenças (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). Critérios esses, constituídos por capacitações do agente autônomo para o agir autonomamente e proporcionalmente adequado a interpretação comum de mundo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011; GADAMER, 2011b). Nesse agir autonomamente é evidenciado o ato e a omissão como ações morais praticadas, sendo a omissão um ato de abster-se do mau realizado a outro, evitando, ao mesmo tempo, a participação efetiva nesse ato (CANTO-SPERBER, 2003).

A doutrina de ato e omissão tem como objetivo manter proibições absolutas sem interferir diretamente em conflitos morais insolúveis, e além disso, a manutenção da diferenciação entre a ação de fazer o seu dever e o ato

---

<sup>2</sup> A palavra autônomo vem do grego: autos (eu mesmo, si mesmo) e nomos (lei, norma, regra). Aquele que tem o poder para dar a si mesmo a regra, a norma, a lei é autônomo e goza de autonomia ou liberdade. Autonomia significa autodeterminação. Quem não tem a capacidade racional para a autonomia é heterônomo. Heterônomo vem do grego: hetero (outro) e nomos; receber de um outro a norma, a regra ou a lei. (CHAUÍ, 2010, p. 566)

de ir além de suas obrigações (CANTO-SPERBER, 2003). Esse escopo compreende os debates contemporâneos da filosofia da moral e a atuação dos profissionais de Enfermagem (CANTO-SPERBER, 2003; ASSCHER, 2008; MCCARTHY; GASTMANS, 2015; DE SOUZA et al., 2016; ACOSTA et al., 2017).

Canto-Sperber (2003), descrevem uma contraposição da atenuação da omissão ao observar sob a ótica utilitarista radical, que segundo tal doutrina, não pode ser considerado verdadeiro, uma vez que somente as consequências importam. Diante dessa aporia, o experimento mental de James Rachels, no artigo intitulado “*Active and Passive Euthanasia*”, (RACHELS, 1975, p.78-80), relata o seguinte conflito moral:

“no primeiro, o Smith aguarda uma grande herança, se alguma coisa acontecer com seu primo de seis anos de idade. Uma noite, enquanto a criança toma banho, Smith se esgueira no banheiro e afoga a criança, e depois organiza as coisas para que pareça um acidente. No segundo, Jones também ganha se alguma coisa acontecer com sua prima de seis anos de idade. Como Smith, Jones planeja afogar a criança em seu banho. No entanto, assim como ele entra no banheiro, Jones vê a criança escorregar e bater nesta cabeça, e cair de frente para baixo na água. Jones está deleitado; Ele está parado, pronto para empurrar a cabeça da criança para trás, se for necessário, mas não é necessário. Com apenas um pouco de discussão, a criança se afoga por si mesma, "acidentalmente", enquanto Jones observa e não faz nada”

Contudo, existem outras situações de conflitos que apresentam distinções morais, relativamente brandas, entre ato e omissão (CANTO-SPERBER, 2003; ASSCHER, 2008). Outros estudos posicionam-se que conforme determinadas circunstâncias, a ação e a omissão apresentam diferenças morais relevantes por assim considerar determinadas narrativas causais, e neste caso, diferenciar-se por deveres morais (GARRARD; WILKINSON, 2005; MACLACHLAN, 2012).

Embora as discussões sobre a doutrina do ato e a omissão direcionem, no campo da ética em saúde, as questões relacionadas a eutanásia, o mesmo, também, é evidenciado na relação da enfermagem e os cuidados prestados à diversidade de grupos e indivíduos assistidos, os profissionais de enfermagem podem vivenciar a exposição de sentimentos de angústia moral decorrente de barreira que impeçam de um agir moralmente reconhecido como certo

(BARLEM et al., 2012; RICH, 2015; BARLEM-TOMASCHEWSKI et al., 2015), gerando sentimentos de angústia moral, sofrimento, desamparo e raiva (JIMÉNEZ-HERRERA; AXELSSON, 2014). Deste modo, o sofrimento moral é uma realidade vivenciada, por profissionais de Enfermagem, pela não realização das ações que consideram corretas no cotidiano da atuação profissional (BARLEM et al., 2013).

Os sentimentos de frustração, impotência e culpa são característicos das implicações emocionais decorrentes da angustia moral, e conseqüentemente, do sofrimento moral dos profissionais de enfermagem que sofrem imposições externas que privam o agir moral que considera como a conduta certa para determinado contexto do cuidado ao paciente (LUNARDI, et al. 2009; EPSTEIN; DELGADO, 2010; DALMOLIN, et al. 2012).

Neste sentido, Gadamer afirma:

“O mundo moral mediador se movimenta de tal modo que todos participem dele, mas de maneiras diversas: alguns, na medida em que suportam o estado vigente através do contínuo exercício do habitual, outros na medida em que intuem e manifestam idéias novas. Nessa constante superação do que é, partindo da crítica de como deveria ser, consiste a continuidade do processo histórico” (GADAMER, 2011a, p. 330).

Nesse campo de atuação de tomada de decisões éticas, a enfermagem apresenta o fenômeno da advocacia como parte do agir profissional no fortalecimento de cuidados de enfermagem. (SMITH, 2017). Deste modo, a prática da advocacia evidencia o engajamento dos profissionais de enfermagem em ações morais positivas de defesa do paciente, minimizando exposições a práticas negligentes (COHEN; MARSHALL, 2016; SMITH, 2017). Nesse sentido, a existência de princípios e valores éticos desponta como fator inicial para todo o processo decisório dos profissionais de enfermagem para com a advocacia em saúde (BARLEM et al, 2012).

Portanto, o fenômeno da advocacia na campo da enfermagem, apresenta estreita relação entre o profissional enfermeiro e o paciente, em uma ambiente que emergem questões éticas difíceis e a necessidade de tomada de

decisão da melhor forma de agir em defesa do paciente (WINALOW, 1984; PETTITT, 2000; MELTON, 2010; BARLEM, et al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016).

Assim, as questões éticas emergentes no campo de atuação de enfermagem na relação enfermagem/paciente e situações de proteção exigem a compreensão do outro (paciente). Essa compreensão, para Gadamer (2011a), é descrita como resultado da compreensão a partir da linguagem – medium universal.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Este capítulo contempla as concepções teórico-filosóficas da presente tese, a partir das fundamentações de Hans-Georg Gadamer, sob ótica da hermenêutica filosófica, a linguagem e o conhecimento. Nessa tríade, o autor sustenta que sem a reflexão hermenêutica, da linguagem, não há possibilidade de conhecimentos a serem compreendidos. Portanto, o presente capítulo aborda os conceitos de linguagem e hermenêutica filosófica propostos por Gadamer.

#### 3.1 HANS-GEORG GADAMER

Hans-Georg Gadamer, nasceu na Alemanha na cidade de Marburgo, em 1900 e faleceu na cidade de Heidelberg, em 2002 (STEIN; STRECK, 2014). Filho de um pesquisador das ciências naturais, abandonou o Instituto do Espírito Santo em Breslau para frequentar a Universidade de Breslau, em 1918, e posteriormente, prestou estudos acadêmicos em filosofia (GADAMER, 2011b). Nesse período, na Alemanha transcorria-se o final da Primeira Guerra Mundial, e conseqüentemente, o surgimento de novas perspectivas filosóficas frente ao desmoronamento da escola filosófica neokantiana e pós-hegeliana (GADAMER, 2011b).

Aos 75 anos, concluiu a sua autoapresentação, publicada no livro *Verdade e Método II – complementos e índice* (2011b), com descrição de sua formação acadêmica e a aproximação com a Filosofia. Nesta, relatou como início de seus estudos acadêmicos no período da Primeira Guerra Mundial, assim como o período da ascensão do regime nazista de Adolfo Hitler, na Segunda Guerra Mundial (GADAMER, 2011b).

Nesse cenário que, constituiu o início de sua formação acadêmica, destacaram-se estudos pela ciência da literatura, da história e da história da arte, e posteriormente, direcionado seu interesse de estudos para o campo da filosofia (GADAMER, 2011b). Gadamer (2011b, p. 545), descreve o período histórico vivido como o momento de ruptura com a tradição filosófica, uma vez que “no meio da confusão que a Primeira Guerra Mundial trouxe [...] já não era

possível simplesmente uma conformação com a longa tradição [...] a desorientação reinante foi um incentivo a mais para abordar às questões filosóficas”.

Em 1919, transfere-se para Marburgo após a transcrição sobre *Grundfragen der Erkenntnistheorie* (assuntos sobre a teoria do conhecimento). Nessa cidade, a Escola de Marburgo era descrita como pequena, comparada com os grandes centros acadêmicos, entretanto, tal aspecto propiciou a oportunidade para importantes aprofundamentos reflexivos e filosóficos (GADAMER, 2011b). Gadamer descreve o período que esteve na Escola de Marburgo como o início de um novo caminho ao sentimento da época:

“Era impressionante ver o entusiasmo sensível com que o astuto metodólogo da Escola de Marburgo, Paul Natorp, lançou-se em idade avançada para a inefabilidade mística do inconcreto e, além de Platão e Dostoievski, conjurou a Beethoven e Rabindranath Tagore, à tradição mística de Plotino e do Mestre Eckhart – até os Quäkers.” (GADAMER, 2011b, p. 549).

Em especial, destaca-se que com os estudos de Heidegger é que o autor afirma ter aprendido a, “conduzir o pensamento histórico para a recuperação dos questionamentos da tradição, que as velhas questões tornavam-se tão compreensíveis e vivas que se convertiam em verdadeiras perguntas” (GADAMER, 2011b, p. 551). Deste modo, constituiu-se a elaboração de sua tese, centralizado na linguagem e hermenêutica filosófica pelas bases de estudos de Hegel: “o papel do elemento da linguagem na sua relação com o elemento lógico” (GADAMER, 2011b, p. 580); e Paul Celan com a poesia hermética moderna (GADAMER, 2011b).

Em 1927, conclui o curso de licenciatura em filologia clássica, habilitando-se nos anos seguintes, em 1928 a 1929 (GADAMER, 2011b). Assim, durante dez anos dedicou-se à docência, obtendo o título de professor em 1938, com obtenção da cátedra de filosofia em Leipzig (GADAMER, 2011). Já em 1939, com o início da Segunda Guerra Mundial, e o avanço do III Reich sobre a sociedade alemã, Gadamer dedicou-se a aprofundar ainda mais os estudos sobre filologia clássica (GADAMER, 2011b) e, tal decisão tinha por objetivo distanciar-se do usos das ciências da natureza e do espírito por parte do regime nazista (GADAMER, 2011b). Segundo Gadamer:

“Era definitivamente mais prudente comportar-se sem chamar a atenção. Eu me limitava a apresentar os resultados de meus estudos em sala de aula. Na aula era possível movimentar-se livremente e sem impedimentos. Mesmo sobre Husserl pude organizar seminários em Leipzig, sem nenhuma pressão. [...] os últimos anos da guerra foram muito perigosos, como é natural. Mas os numerosos bombardeiros a que tínhamos que sobreviver e que reduziram a escombros a cidade de Leipzig [...] quando os americanos ocuparam Leipzig, eu estava estudando os volumes 2 e 3, recém-publicados, da Paideia de Werner Jaeger” (GADAMER, 2011b, p. 559-60).

No final da guerra, em 1945, Gadamer assume o posto de reitor da universidade de Leipzig, e em 1947, aceita o convite para voltar a lecionar em Frankfurt/Main. Já em 1949, passa a suceder Karl Jaspers na universidade de Heidelberg (GADAMER, 2011b).

Somente em 1960, publica a obra Verdade e Método I, onde descreve: “a gênese de minha filosofia hermenêutica, no fundo, não é nada mais que a tentativa de explicar teoricamente o estilo de meus estudos e de meu ensino” (GADAMER, 2011b, p. 561).

Nesse sentido, os ensinamentos expressos na obra são sobre toda a práxis hermenêutica, “a arte de compreender e de tornar compreensível” (GADAMER, 2011B, p. 563). ou seja, demonstra o quanto é preciso desenvolver habilidades para compreender “predeterminações presentes nos conceitos, as concepções prévias e as significações prévias” (GADAMER, 2011b, p.563). Em 1968, obtém aposentadoria pelo exercício do magistério, partir da jubilação, pode dedicar-se a propagação das ideias sobre hermenêutica para fora da Alemanha, em especial a América (GADAMER, 2011b).

Assim, Hans-Georg Gadamer, é considerado um dos filósofos mais importantes da Hermenêutica, com sua primazia na obra intitulada Verdade e Método, de 1960, onde dedicou-se a elaboração de sua hermenêutica filosófica, linguagem e a natureza do fenômeno da compreensão (GADAMER, 2011b). Figura fundamental no desenvolvimento da hermenêutica no século XX, e conseqüentemente, um dos mais importantes pensadores desse século. (BONFIM, 2010; STEIN; STRECK, 2014), foi profundamente influenciado pelos estudos de Martin Heidegger, demonstrando em sua trajetória a importância da compreensão e a linguagem humana na constituição do indivíduo no mundo (COELHO JUNIOR, 2008).

### 3.1.1 Linguagem Gadameriana

A experiência hermenêutica da interpretação e compreensão na fundamentação teórica gadameriana, fundamenta a estrutura lógica da abertura correspondente à consciência hermenêutica (GADAMER, 2011a). Esse entendimento sofreu grande influência da dialética platônica do perguntar e responder, onde a experiência do perguntar é reconhecer que o conhecimento é algo diferente do que acreditava-se até então, uma vez que, tal experiência possibilita questionar concepções prévias (GADAMER, 2011a).

Gadamer (2011a), reconhece a herança maiêutica socrática e platônica na importância de perguntar frente ao responder, pois assim, perguntar é expor, deixar em aberto sua questionabilidade, sob determinada perspectiva. Desta forma, é fundamental que a pergunta tenha sentido e pertinência sobre determinado fenômeno a ser interpretado, uma vez que, uma pergunta aberta não significa ser ilimitada, mas antes, encontra-se a delimitação no horizonte da pergunta (GADAMER, 2011a).

É na negatividade da experiência que surge o impulso ao questionamento. Ao perguntar sobre o motivo de obter uma determinada experiência, obtém-se resultados diferentes das opiniões pré-estabelecidas (GADAMER, 2011a), visto que, “opondo-se à rigidez das opiniões, o perguntar põe em suspenso o assunto com suas possibilidades” (GADAMER, 2011a, p. 479).

Consequentemente, para se compreender<sup>3</sup> algo, se faz necessário o rompimento da inércia de opiniões prévias e assim, realizar uma conversação, em perguntas e respostas, para explicar alguma coisa (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b). Somente pela coisa em questão que a compreensão poderá ser validada (GADAMER, 2011b), entretanto, não significa possibilidade de romper com concepções prévias, mas ao contrário, significa reconhece-las e

---

<sup>3</sup> Gadamer (2011b, p. 381), descreve “a capacidade de compreensão é a faculdade fundamental da pessoa, que caracteriza sua convivência com os demais, atuando sobretudo pela via da linguagem e do diálogo”.



coloca-las em jogo, para então, realmente emergir a opinião (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b).

Desse modo, considera-se como dialética a arte de perguntar e buscar a verdade, conduzindo uma autêntica conversação na formação de conceitos a partir da intenção comum (GADAMER, 2011a). Essa relação dialética de perguntas e respostas permite que compreensão se manifeste de maneira recíproca sobre alguma coisa que está postulado diante de nós (GADAMER, 2011a). Assim, toda conversação pressupõe uma linguagem comum, com direcionamento a um acordo entre as partes (GADAMER, 2011a). Uma vez que “é tarefa da hermenêutica explicar esse milagre da compreensão, que não é uma cominhão misteriosa das almas, mas uma participação num sentido comum” (GADAMER, 1999, p. 437).

O motivo do compreender é sempre algo mais que do que a simples reprodução de alheias opiniões, quando se pergunta, amplia-se possibilidades de sentido (GADAMER, 2011a). Por isso, Gadamer (2011a), afirma que:

“Antes, à medida que consegue dar-se a conversação, ambos se submetem à verdade do assunto em questão, que os une numa nova comunidade. O acordo na conversação não é um mero confronto e imposição do ponto de vista pessoal, mas uma transformação que converte naquilo que é comum, na qual já se é mais o que se era” (GADAMER, 2011a, p. 493).

Deste modo, a linguagem existente na conversação é o *medium* da experiência hermenêutica, ou seja, o rumo da conversação não pode se prever, demonstrando na linguagem seu próprio espírito e sua própria verdade no surgimento de algo novo (GADAMER, 2011a; GADAMER 2011b). A linguagem é “o meio em que se realizam o acordo dos interlocutores e o entendimento sobre a coisa em questão” (GADAMER, 2011a, p. 497), não significa a imposição externa de regras e normas, mas a identificação entre a consciência individual e a consciência dos outros (GADAMER, 2011b).

A conversação é uma etapa do acordo, em que deixa-se que o outro exponha seu ponto de vista e colocando-se em seu lugar, não no intuito de compreendê-lo em sua individualidade, mas o que ele diz, respeitando seu direito objetivo de opinião, com o propósito de assim chegar em um acordo sobre um assunto em questão (GADAMER, 2011a). Contudo, isto não significa

que compreende-se em absoluto ou de forma idêntica o outro, mas que a partir da conversação, é possível adquirir um acordo (GADAMER, 2011b), uma construção comum do que é falado (GADAMER, 2011b).

Logo, a real compreensão da comunicação humana está no diálogo de transformação de ambas as partes, e não uma sobreposição de uma opinião sobre a outra e nem a soma de uma sobre a outra (GADAMER, 2011b). Desse modo, uma compreensão ética e social “só pode acontecer na comunhão de opiniões, que é tão comum que já não é nem minha nem tua opinião, mas uma interpretação comum de mundo (GADAMER, 2011b, p.221), e a partir disso, vão se consolidando através da práxis concreta o comportamento, tanto do indivíduo quanto da sociedade (GADAMER, 2011b).

Na conversação compreendemos o outro a partir do posicionamento do eu no lugar do outro, disposto a acolher o estranho e o adverso (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b). Por isso, Gadamer (2011a, p. 503) reafirma que “a linguagem é o *medium* universal em que se realiza a própria compreensão. A forma de realização da compreensão é a interpretação”. Para a hermenêutica gadameriana o compreender é interpretar, e o interpretar é desenvolvido no *medium* da linguagem, no imediato fato ligado a tradição, pois “o caráter da linguagem da compreensão é a concreção da consciência da história efetual” (GADAMER, 2011a, p.504).

Já o sentido de tradição, é para o autor a concreção do fato e não os resíduos desse, e portanto, a efetivação do que é transmitido (GADAMER, 2011a). Mesmo considerando as oscilações e amplitudes da significação do dizer, somente através do dizer e na construção de um contexto é que fixam os momentos significativos do discurso, ajustando-se uns aos outros (GADAMER, 2011b).

Neste ponto, o processo hermenêutico da interpretação, do que é transmitido, deve reconhecer sempre um determinado contexto, a tradição que está atrelada a interpretações sempre novas. Portanto, toda interpretação deve considerar a situação hermenêutica a qual o fenômeno pertence (GADAMER, 2011a), pois, é no *medium* da própria linguagem que encontra-se a clareza da compreensão: “uma apropriação do que foi dito, de maneira que se converta em propriedade de alguém” (GADAMER, 2011a, p. 515).

Todavia, mesmo reconhecendo a diversidade de idiomas e formas de comunicação, o fenômeno hermenêutico assenta a unidade de compreensão e interpretação na unidade de pensamento e linguagem (GADAMER, 2011a). Assim, passa a ser evidenciado no fenômeno hermenêutico a universalidade do compreender e interpretar, como linguagem (GADAMER, 2011a), ademais, “sua universalidade se mantém na altura da universalidade da razão” (GADAMER, 2011a, p. 519).

Desta forma, a consumação da consciência hermenêutica ocorre através da mediação entre a linguagem e razão, delimitando-se a interpretar e compreender a fala do ente, na experiência humana, e como significante em unidades de experiência (GADAMER, 2011a). Além disso, Gadamer descreve que a linguagem obtém toda nossa experiência humana de mundo:

“unidades de nossa experiência de mundo que se constituem por apropriação e significação – vêm à palavra, também a tradição que chega a nós é reconduzida à linguagem, na medida em que a compreendemos e interpretamos. O caráter de linguagem desse vir à palavra é o mesmo que o da experiência humana de mundo como tal” (GADAMER, 2011a, p. 589).

Deste forma, a experiência humana de mundo significa estar-no-mundo, em uma relação direta do homem e sua relação com o mundo, e conseqüentemente, sua linguagem para com a representatividade dessa relação (GADAMER, 2011a). O caráter da experiência hermenêutica concretiza a relação linguagem e mundo para o homem (GADAMER, 2011a).

Somente a partir da conversação, acordo e mútuo entendimento que ocorrem na linguagem o resultado do autêntico sentido do ser (GADAMER, 2011a). Desta forma, o entendimento descrito por Gadamer (2011a), está relacionado ao mundo e o processo de vida, uma vez que, representa uma comunidade de vida e suas linguagens sobre aquilo que em comum discorrem ao integrar a conversação. Porém, para que se ocorram o diálogo e a conversação entre todos os integrantes deve-se estar em posição de igualdade em relação ao outro (GADAMER, 2011b).

Nesse íterim podem ocorrer diálogos empobrecidos com o distanciamento entre as partes, embora seja a partir da relação construída entre o eu e o tu que se minimize o empobrecimento do diálogo (GADAMER,

2011b). Para Gadamer (2011b, p.244), “o problema do diálogo não se faz sentir naqueles casos em que a convivência estreita de duas pessoas vai tecendo o fio da conversação”.

Assim, Gadamer (2011b, p. 247), afirma que:

“Um diálogo é, para nós, aquilo que deixou uma marca. O que perfaz um verdadeiro diálogo não é termos experimentado algo de novo, mas termos, encontrado no outro algo que ainda não havíamos encontrado em nossa própria experiência de mundo”

Por conseguinte, a linguagem não é um simples meio de entendimento, mas um entendimento mútuo de comunidade, mundo no qual os indivíduos estão inseridos em estruturas de linguagens abertas para o outro e, assim, possibilitando toda ampla concepção de imagem de mundo (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b). Desta maneira, a multiplicidade de estrutura de linguagens abertas de mundo não relativiza a visão dessa, mas revela nosso comportamento frente ao mundo (GADAMER, 2011a). Por isto, Gadamer (2011a, p. 588), parte do fato que a: “concepção da experiência humana de mundo que se dá na linguagem não se calcula ou mede simplesmente o dado, mas vem através da fala do ente, tal como se mostra ao homem, como ente e como significante”.

Destaca-se que contrariamente ao diálogo está a incapacidade de dialogar, conceituada como a dificuldade de relacionar-se com o outro, ou seja, a incapacidade do outro na nossa própria incapacidade de dialogar (GADAMER, 2011b). No ponto de vista subjetivo, a incapacidade de diálogo está relacionada a prática da expressões descritas como “ouvidos de mercador” ou “ouvimos erroneamente” (GADAMER, 2011b). Por esse fato, é considerado “ouvidos de mercador e ouvir erroneamente quem está constantemente apenas ouvindo a si mesmo, quem possui os ouvidos tão cheios de si mesmo, buscando impulsos e interesses, que já não consegue ouvir o outro” (GADAMER, 2011b, p. 251).

Já no ponto de vista objetivo, é o emprego de tecnologias informacionais, de tipo anônimo, empregadas em situações monologas que dificultam a construção do dialogar (GADAMER, 2011b). O progresso científico contemporâneo nas situações sociais, tende a afastar o dialogo presencial entre indivíduos, e assim, desaprendemos a falar e responder a alguém, sendo

esse alguém fisicamente presente ao contexto do diálogo (GADAMER, 2011b). Para Gadamer (2011b, p. 252), “a incapacidade para o diálogo parece-me ser mais a objeção que se lança contra aquele que não quer seguir nossas ideias do que uma carência real no outro”. Assim, a hermenêutica possibilita a estrutura circular da compreensão na mediação entre a história e o presente, pois é na pertença do interprete ao seu texto e todas as suas estruturas de sentidos constituídas como texto (GADAMER, 2011b).

Portanto, a linguagem representa uma finitude da experiências humanas de mundo, visto que toda relações humanas e mundo estão em constante transformação, deixando para trás o que é superado e desenvolvendo-se na experiência de mundo (GADAMER, 2011a; GADAMER 2011b). Assim, “trata-se do meio da linguagem, a partir do qual se desenvolve toda nossa experiência do mundo e em particular a experiência hermenêutica” (GADAMER, 2011a, p. 590).

Cada palavra relaciona-se com um conjunto da língua a qual está condicionada, e conseqüentemente, emerge um conjunto de percepções de mundo (GADAMER, 2011a). A compreensão da língua a qual pertence o interprete caracteriza a relação íntima entre tradição e historiografia, para o qual é conceituado como consciência da história efetual (GADAMER, 2011a). Nesse conjunto da língua, as palavras servem para expressar e deixar emergir uma relação com o todo do ser (GADAMER, 2011a). Além disso, Gadamer (2011b, p. 137), retoma a compreensão do termo palavra da seguinte forma:

“A palavra que servem de conceitos, cunhadas e transmitidas nela pela filosofia, não são marcas e sinais fixos que designam algo unívoco como acontece no sistema de símbolos da matemática, da lógica e em suas aplicações. As palavras brotam do movimento comunicativo da interpretação que o homem faz do mundo, e que se dá na linguagem. Movidas e transformadas por esta interpretação, as palavras se enriquecem, alcançam novos contextos que recobrem os antigos, resguardam-se num quase esquecimento para tornar à vida em ideias novas e questionadores” (GADAMER, 2011b, p. 137).

A interpretação que o homem faz de sua relação com o mundo é relacionada com o conceito de pertença, por assim considerar, o fato da experiência hermenêutica em possuir mesma estrutura de realização da linguagem no estabelecimento de relações entre a conversação, tradição e o intérprete (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b). O intérprete precisa

desvelar suas prévias concepções e imergir na interpretação das tradições evidenciadas linguagem na forma escrita ou oral, pois, para Gadamer (2011a), a verdade da tradição estão sempre abertas, como um presente aos sentidos.

Contudo, a compreensão de pertença está diretamente conexa com o que é alcançado através da observação da tradição, ou seja, o intérprete precisa ouvir o que chega a ele a partir das tradições (GADAMER, 2011a). Deste modo, a experiência hermenêutica deve assumir o processo de interpretar o que chega pelas tradições e, assim, ocorre o verdadeiro acontecer hermenêutico na apropriação e interpretação (GADAMER, 2011a).

A experiência hermenêutica retira da estranheza o fenômeno investigado. Através da apropriação que emerge do meio da linguagem e a consciência da história efetual em constante sistema aberto de acontecimentos de sentidos, do qual o intérprete participa (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b), é possível ampliar o horizonte<sup>4</sup> na medida em que emerge a compreensão (GADAMER, 2011a).

É nas palavras utilizadas na linguagem, e o que ela dizem que consiste a sua verdade, uma verdade especulativa, mas não uma opinião indeterminada pelo subjetivo (GADAMER, 2011a), determinada pela contextualização do dito e expresso a partir da linguagem empregada nas relações entre indivíduos em jogos de linguagem (GADAMER, 2011a).

Portanto, a hermenêutica filosófica reivindica a universalidade através da vida social humana e na constituição de uma comunidade do diálogo, assim como, em linguagens abertas com o outro (GADAMER, 2011b). No diálogo ocorre a receptividade e compromisso, “a interpretação de Gadamer dá conta deste compromisso pelo outro ligado à recepção do outro e à implicação com o outro” (DOMINGUES, 2009, p.6). Sem a reflexão hermenêutica, não há possibilidade de conhecimentos a serem compreendidos (GADAMER, 2011b).

---

<sup>4</sup> H.G.-Gadamer, 1999, p.456: “O conceito de horizonte deve aqui ser retido porque ele exprime a elevada amplitude de visão que deve ter quem compreende. Adquirir um horizonte significa aprender sempre a ver além do que está próximo, demasiado próximo, não para afastar o olhar, mas para melhor ver, num conjunto mais vasto e em proporções mais justas”.

### 3.1.2 Hermenêutica Filosófica

O termo hermenêutica é derivada do verbo grego *hermeneuein*, que tem por significado dizer ou interpretar, assim como a interpretação de uma origem etimológica de Hermes (mensageiros de Zeus), assim como, para o fenômeno hermenêutico como mensageiro do pensamento (GADAMER, 2011b; MOULES et al., 2015). Como descrito por Heidegger (GADAMER, 2007; GADAMER, 2011b; HEIDEGGER, 2012), a expressão hermenêutico deriva-se do verbo grego relacionado a Hermes, o mensageiro dos deuses, sendo aquele que anuncia, explana e possibilita a interpretação de uma mensagem. Por conseguinte, a palavra hermenêutica é antiga, assim como o signo que ela representa, tais como: um cânon de regras para o trato com textos; interpretação; exposição; tradição; compreensão ou posteriormente enclausurada como ciência metodológica (GADAMER, 2011b).

O filósofo alemão Hans-Georg Gadamer (2011a), apresenta em seus manuscritos a importância da linguagem e a experiência hermenêutica (na interpretação de textos escritos, formas verbais e não verbais), assim como fator preponderante da relação do “eu” para com o “outro”, na busca pela autonomia do indivíduo, e na relação de diversos traços da evolução na concepção hermenêutica. Ou seja, a compreensão de hermenêutica para Gadamer (2011b, p.354), “pode ser definida justamente como a arte de trazer novamente à fala o dito ou o escrito”.

O aspecto hermenêutico encontra-se seu *modus operandis* de ser extra-histórico, mesmo estando imbricadas por normas, leis, precedências históricas e culturais (GADAMER, 2011a). Entretanto, representa o horizonte do mundo da linguagem no próprio mundo, ultrapassando o “devir” pelo “ser em si” (GADAMER, 2011a). A regra hermenêutica consiste em que devemos compreender o todo a partir das partes, uma vez que essas são determinadas pelo todo, ou seja, o todo a partir do singular e o singular a partir do todo (GADAMER, 2011b).

Antes de tudo, a hermenêutica é filosofia que determina todo o saber e fazer humano, e assim, determinantes para suas escolhas de bem (GADAMER, 2011b). Por esse fato, é interessante observar a tarefa

hermenêutica, no campo jurídico, de criar pontes entre as jurisprudências normativas e o casos particulares, onde tais determinações legais tornam-se ultrapassados ou inadequados (GADAMER, 2011b).

Para Gadamer (2011a, p.581), “não significa, portanto, que o mundo se torne objeto da linguagem. Aquilo que é objeto do conhecimento e de seus enunciados se encontra, pelo contrário, abrangido sempre pelo horizonte do mundo da linguagem”. Pois é, a partir, da linguagem e a relação com a experiência hermenêutica que decorre a interpretação dialética entre a tradição e seu interprete (GADAMER, 2011a). Gadamer, (2011a), exemplifica ao ilustrar a decisão de um juiz e seu poder de intervir na vida de seus subjugados, tendo por objetivo pautar-se em aplicações justas e não arbitrárias, conseqüentemente assim, pela correta compreensão entre a mediação da história e a atualidade.

Neste sentido, depara-se com o conceito de consciência histórico-efetual com característica “finita num sentido tão radical que o nosso ser, efetivado no conjunto de nossos envios de destino, sobrepuja de maneira essencial o seu saber sobre si mesmo” (GADAMER, 2011a, p. 21), pois, uma “hermenêutica adequada à coisa<sup>5</sup> em questão deve mostrar a realidade da história na própria compreensão. A essa exigência eu chamo de história efetual. Compreender é, essencialmente, um processo de história efetual” (GADAMER, 2011a, p. 396). O universo verdadeiramente hermenêutico está exatamente na forma como experimentamos as relações sociais, tradições, históricas, ocorrências da natureza e o mundo (GADAMER, 2011a).

A construção da linguagem com meio hermenêutico de compreensão do outro, no transcorrer filosófico da hermenêutica, foi resultado de importantes concepções filosóficas propostas por Scheleiermacher, Droysen e Dilthey, Kant, Husserl, Hegel e Heidegger, que conseqüentemente, subsidiou a tese de Gadamer (2011a), no livro Verdade e Método I – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica, para a seguinte conceituação:

---

<sup>5</sup> O conceito de coisa (Sache) caracteriza-se como o que é útil, como algo que está inteiramente ao nosso dispor. Diferente do conceito de pessoa que caracteriza-se por algo que deve honrar em seu próprio ser. (GADAMER, 2011b, p.82).



“o momento histórico-efetual é e permanece efetivo e atuante em toda compreensão da tradição, mesmo onde a metodologia das modernas ciências históricas ganhou espaço, e transforma em “objeto” aquilo que veio a ser historicamente, o que foi transmitido historicamente, que se deve “esbatelecer” como um dado experimental – como se a tradição fosse estranha e, humanamente falando, incompreensível enquanto objeto da física” (GADAMER, 2011a, p.20).

Mesmo nos mais diversos contextos, a hermenêutica transcorreu caminhos relacionados: metafísica, teologia, filologia, direito, artes e o belo, estético, matemática, historicismo, assim como, o ser como tempo (GADAMER, 2011a), Mas para Gadamer, a linguagem apresenta a perspectiva hermenêutica em sentido universal, constitui-se ontologia do compreendido, e assim portanto, “o ser que pode ser compreendido é a linguagem” (GADAMER, 2011a, p. 612). Deste modo, a linguagem não é um fim para compreensão, mas um meio que reúne o eu e o mundo, congregando-se em sua unidade originária. (GADAMER, 2011a).

Esse processo de compreensão exige um empreendimento hermenêutico do interprete com o reconhecimento de seus preconceitos, assim evitando entregar-se ao arbítrio de suas opiniões e ignorando a verdadeira compreensão hermenêutica do fenômeno pesquisado (GADAMER, 2011a). Dessa maneira, o importante é dar-se conta de seus pressupostos afim de permitir a emersão da própria experiência hermenêutica, “podendo assim confrontar sua verdade com as opiniões prévias pessoais” (GADAMER, 2011a, p. 358), pois “quem procura compreender está sujeito a errar por causa das opiniões prévias, que não se confirmam nas coisas elas mesmas” (GADAMER, 2011b, p. 75).

A compreensão do tu, consolida-se com a percepção do conceito da experiência da história efetual, pois é na relação entre o eu e tu que transcorre o compreendido, e que nos diz de verdadeiro, uma vez que o compreender verdadeiro só é revelado através do tu, na permissão de que esse Ihe diga algo (GADAMER, 2011a). Entretanto, tal compreensão não é absoluta, com um domínio único sobre o ser construído da autocompreensão, mas “lá onde aquilo que acontece pode ser simplesmente compreendido” (GADAMER, 2011a, p. 23).

O mesmo ocorre no princípio da formação e a escolha de uma profissão, em especial aos condicionados aos serviços de saúde, uma vez que, para Gadamer transcurra sobre escritos de Hegel sobre a formação prática<sup>6</sup> e teórica:

“toda profissão sempre tem algo a ver com o destino, com a necessidade exterior e exige que nos entreguemos a tarefas que não assumiríamos para nossos fins privados. A formação prática é posta à prova no fato de preenchermos as exigências de nossa profissão e em todas as suas facetas. Isto implica superar o que se torna estranho para a particularidade que se é e apropria-se totalmente dele [...]. A formação teórica conduz, assim, além do que o homem sabe e vivencia de imediato” (GADAMER, 2011a, p. 49).

Tal diferenciação sobre a formação teórica e prática dialogada por Gadamer a partir da concepção hegeliana, deriva do entendimento que a base interpretativa do conceito de formação apresenta o pensamento fundamental, ou seja, que a formação proporciona o preparo para o reconhecimento do estranho, familiarizando-se com o que é próprio, sendo assim, os indivíduos estariam sempre a caminho da formação e superação de sua naturalidade (GADAMER, 2011a).

Para a linguagem, o princípio da formação permanece válido pela compreensão que a língua está em constante desenvolvimento na relação dos indivíduos e suas experiências de mundo (GADAMER, 2011a). Deste modo, as palavras seriam apenas representações de signos, mas amplia-se com a encarnação de significados consolidados na horizontalidade do histórico-efeitual da linguagem praticada pelos seres humanos (GADAMER, 2011a).

Entretanto, quando observamos a relação da formação e a experiência, Gadamer (2011a), demonstra que a experiência não pode ser descrita simplesmente como formação, uma vez que, a formação constitui preparo, enquanto a experiência possibilita um duplo sentido: de um lado, as

---

<sup>6</sup> Disciplinas práticas como educação, trabalho social ou enfermagem que têm em seu núcleo inter-relações pessoais dentro de esquemas de conhecimento técnico e valores éticos são claramente locais de aplicação hermenêutica. Para que a aplicação seja bem feita, é necessário que haja uma disposição por parte do agente - professor, assistente social ou enfermeiro, por exemplo - que Gadamer (1960/2004) denominou *phronesis*, traduzida como “conhecimento prático” (p. 19). ) e “conhecimento moral” (p. 312) (MOULES et. al., 2015, p. 50).

experiências das quais já espera-se determinados resultados relacionados a opiniões prévias e tradições; por outro, as experiências negativas, como verdadeiras experiências.

Mesmo transparecendo paradoxal a compreensão de experiências negativas resultarem em verdadeiras experiências, Gadamer (2011a, p. 462), demonstra que “uma experiência com um objeto significa que até então não havíamos visto corretamente as coisas e que só agora nos damos conta de como realmente são”. Portanto, a negatividade da experiência resulta em uma nova compreensão positiva, neste ponto, a experiência hermenêutica coloca-se na tarefa de estabelecer a compreensão onde não havia ou estava distorcida (GADAMER, 2011a).

Para tal, compreender significa a condição hermenêutica de uma pré-compreensão, ou seja, ser versado na coisa em questão (GADAMER, 2011a). Para posteriormente, imergir na opinião do outro e destacar a compreensão do fenômeno hermenêutico (GADAMER, 2011a), conforme descrito:

“A hermenêutica precisa partir do fato que aquele que quer compreender deve estar vinculado com a coisa que se expressa na transmissão e ter ou alcançar uma determinada conexão com a tradição a partir da qual a transmissão fala [...] polaridade entre familiaridade e estranheza, e nela se baseia a tarefa da hermenêutica” (GADAMER, 2011a, p.390).

Esse aspecto tem a como relevância a evolução da compreensão de “vivência” e “vivenciar” nos anos 70 do século XIX, e a aplicação da literatura bibliográfica da época, com uma formação conceitual de apreensão de algo real obtido pelo próprio indivíduo (GADAMER, 2011a). Percebe-se a importância desse conceito de vivência para a construção de experiências proposto por Gadamer, nesse mesmo interim, o autor descreve o seguinte sobre vivenciar:

“apresenta o tom da imediatividade com que se aprende algo real, em oposição aquilo que se pensa saber, mas para o qual falta a credencial da vivência própria, quer porque o tenhamos recebido de outros, porque venha dos ouvir falar ou que tenhamos deduzido, suposto ou imaginado” (GADAMER, 2011a, p. 105).

Dentro desse direcionamento proposto por Gadamer (2011a), o aspecto envolvendo a compreensão de vivenciar e a de experiência apresentam

relação direta para a ação do jogo hermenêutico, essa congruência é evidenciada pelo resultado obtido com a presença do indivíduo no ato a ser vivenciado ou experimentado. Nota-se que a formação tem caráter de meio e não fim para a apreensão de determinado conhecimento, ou determinado fenômeno.

Entretanto, a superação do conceito de vivência diltheyano, investigado por Gadamer é embasado pela determinação de Dilthey em uma concepção panteísta e positivista da vivência, e também seu resultado. (GADAMER, 2011a). A compreensão de vivência diltheyano é pautada na mecanicidade da formação de unidades vivenciais, ou também descritas como unidades de sentido, mas Gadamer contrapõe ao determinar que a vivência fica integrada à vida, e por conseguinte, integrando-se ao todo da vida (GADAMER, 2011a). Em face dessas determinações, a experiência hermenêutica ocorre a partir da linguagem, e assim, Gadamer descreve como parte do jogo humano pelo fato de que esse joga algo:

“o fato de que todo jogo seja jogar alguma coisa passa a valer por primeiro onde o vaivém ordenado do movimento do jogo é determinado como um comportamento e se distingue de condutas de natureza diferente. Mesmo no jogo, o homem que está jogando é uma pessoa que se comporta, até mesmo quando a verdadeira essência do jogo consiste em libertar-se da tensão com que se comporta com relação a seus fins ... cada jogo coloca uma tarefa ao homem que o joga” (GADAMER, 2011a, p. 161).

Nota-se que a experiência na relação do eu para com o outro ocorre por meio de regras e ordenações dentre relações existente, assim por diante, consolidando as regras do jogo conforme a distinção de comportamentos e determinados locais nos quais esses jogos ocorrem (GADAMER, 2011a; GADAMER 2011b). Tais comportamentos são assentados pelos juízos de cada jogador e sob influências de normas sobrepostas, mas principalmente, garantindo a capacidade hermenêutica de abarcar cada local conforme suas particularidades (GADAMER, 2011a). Assim, “na representação do jogo surge o que é. Nela será sacado e trazido à luz aquilo que, noutras ocasiões, sempre se encobre e se retrai” (GADAMER, 2011a, p. 167).

Deste modo, observa-se que o jogo é configurado, isso significa a necessidade da dependência da representação, uma vez que, “trata-se de um

todo significado, que como tal pode ser representado e entendido em seu sentido repetidas vezes” (GADAMER, 2011a, p. 173). Mas também no sentido de configurado na relação com a unidade ideal alcançado através do pleno ser da representação (GADAMER, 2011a). A variabilidade das representações não se restringe a subjetividade do ser, mas agregado as diversas possibilidades de escolhas e de seus aspectos (GADAMER, 2011a).

Neste jogo de regras, juízos, configurações e representação de seus participantes, apresenta-se uma pretensão antes da efetivação de seus comportamentos. Embora esse não seja uma exigência fixa, cujo cumprimento tenha obrigatoriedade de ocorrer, é a partir da pretensão que fundamenta tal exigência (GADAMER, 2011a), que se obtém a “validade, a pretensão deve ser compensada, mas para isso deve assumir a forma de uma exigência. Pertence à persistência de uma pretensão, portanto, que ela se concretize numa exigência” (GADAMER, 2011a, p. 184).

Por isso, a hermenêutica ganha tarefas de reconstrução e de integração no interpretar tradições como modo que vivemos uns com os outros, nas tradições históricas, em uma ambiente verdadeiramente hermenêutico, não delimitado por barreiras intransponíveis, mas abertos a interpretação de nossas próprias tradições da vida (GADAMER, 2011a).

Como na exemplificação do artista e realização de sua obra que “ele próprio encontra-se em meio às mesmas tradições como o público que ele tem em vista e que se congrega. Nesse sentido, é verdade que ele, como indivíduo, como consciência pensante, não precisa saber expressamente o que faz” (GADAMER, 2011a, p. 192). Deste modo, todo indivíduo está inserido em tradições particulares e sociais, transpassadas pela história-efetual mas com reflexão crítica sobre a autodeterminação sobre a tradição ao renová-la ou transformá-la (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b).

“A tradição sempre é um momento da liberdade e da própria história. Também a tradição mais autêntica e a tradição melhor estabelecida não se realiza naturalmente em virtude da capacidade de inércia que permite ao que está aí de persistir, mas necessita ser afirmada, assumida e cultivada. A tradição é essencialmente conservação e como tal sempre está atuante nas mudanças históricas. Mas a conservação é um ato da razão” (GADAMER, 2011a, p. 373).

Por conseguinte, o empreendimento hermenêutico para a interpretação e compreensão deve reconhecer o instante<sup>7</sup>, momento da tradição no comportamento histórico no qual está inserida, e indagar pela sua efetividade hermenêutica para a compreensão prévia das coisas (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b), superando toda consciência individual (GADAMER, 2011b).

Dessa forma, o fenômeno hermenêutico jurídico, exemplifica ao considerar o conceito de costumes como algo que nunca está dado, determinado como um todo, e nem normatizado de maneira unívoca (GADAMER, 2011a). Porquanto, normas e regras do direito e dos costumes apresentam deficiências, necessitando a aplicação de juízo para avaliar casos concretos. Assim, “todo juízo sobre algo pensado em sua individualidade concreta, como exigem as situações que envolvem nossa atuação, é, rigorosamente falando, um juízo sobre um caso especial” (GADAMER, 2011a, p. 80). Na aplicação desse juízo, não se restringe a mera aplicação de uma normativa, mas por pressupostos que codetermina, completa e corrige (GADAMER, 2011a).

Por isso, a situação hermenêutica leva em consideração a consciência e a história efetual, uma vez que já estamos imersos nela face a tradição, sendo que é tarefa da interpretação hermenêutica iluminar o que queremos compreender dentro do fenômeno que a determina (GADAMER, 2011a). Neste sentido, considera-se que toda a complexidade do ser ai no mundo está inserido em um mundo ético mediador, que durante seu processo histórico todos participam dele, embora encontra-se distintas participações: alguns suportando a manutenção das coisas através de reprodução habitual, e por outro lado, aqueles que manifestam novas ideias (GADAMER, 2011a).

Nesta perspectiva o jogo uma certa liberdade de ações no movimento do mundo ético (GADAMER, 2011a). Gadamer (2011a, p.412), relata que o conjunto da ética humana:

---

<sup>7</sup> O conceito de instante significa o momento em que se experimenta a historicidade da existência humana. (GADAMER, 2011b, p. 161).

“se distingue essencialmente da natureza pelo fato de nela não atuarem simplesmente capacidades ou forças, mas que o homem vem a ser tal como veio a ser somente através do que faz e de como se comporta; isto significa, porém: sendo assim, se comporta de uma maneira determinada”.

Como vemos, o agir ético está imbricado em diversos nuances na concreção da vida prática, exigindo uma correlação de saber teórico sobre o ser ético do homem, cabendo as decisões do que é bom sempre relacionada a concreção da situação prática, portanto, cabe ao indivíduo o discernimento do certo que cada situação exige desse, assim “aquele que atua deve ver a situação concreta à luz do que se exige dele em geral” (GADAMER, 2011a, p. 412). Em contra partida, significa que um saber geral não se aplicará a todas situações concretas, impossibilitando a simples reprodução de condutas sem certa racionalidade do ser ético do homem, ameaçando obscurecer as exigências que emanam de determinadas situações (GADAMER, 2011a).

Neste caminho, compreenda-se que a conduta a ser tomada não nega o saber teórico e formativo, em valorização apenas da experiência, mas religa no sentido do agir ético a uma ação previamente guiada pelo conhecimento da coisa, ou seja, “aquele que deve tomar decisões morais é alguém que já sempre aprendeu alguma coisa. Ele está determinado por sua educação e suas origens, de modo que em geral sabe o que é correto” (GADAMER, 2011a, p. 417).

Entretanto, a simples reprodução de um saber técnico que se aprende pode também ser esquecido, mas um saber ético “não pode ser aprendido e nem esquecido” (GADAMER, 2011a, p. 417). O saber ético encontra-se sempre na situação de quem precisa atuar e, assim emergindo na conduta do indivíduo e o saber ético, diante disso, percebe-se que a problemática conceitual da aplicação do saber ético, está na impossibilidade de ser possuído previamente para posteriormente aplica-la a situação concreta, mas emergente da situação concreta (GADAMER, 2011a).

O conceito de aplicação, na concepção Gadameriana, tem como propósito de fundamentar amplo, podendo ser compreendida como um deslocar de uma ideia para outra, da phronesis, ou sabedoria prática (MOULES, et al., 2015).

Dessa forma, o saber ético abrange todo o processo de agir, sendo esses os meios e os fins de determinada conduta, ou determinada ação no jogo social, e por conseguinte, distinguindo-se do saber técnico (GADAMER, 2011a). Contudo, para o correto agir, esse deve estar ciente de suas opiniões prévias e evitando assim, não o erro ou o engano, mas sim a cegueira decorrente do domínio de paixões do ser (GADAMER, 2011a). Assim sendo, o erro e o engano fazem parte da negatividade da experiência com resultado produtivo, onde esses ao serem corrigidos desencadeiam um saber melhor, não apenas de si mas também sobre aquilo que acreditava saber (GADAMER, 2011a).

“A consciência que experimenta inverteu-se, ou seja, voltou-se sobre si mesma. Aquele que experimenta se torna consciente de sua experiência, tornou-se um experimentador: ganhou um novo horizonte dentro do qual algo pode converter-se para ele em experiência” (GADAMER, 2011a, p. 463).

Nesse processo de experimentação ocorre o saber ético. não apenas delimitado na aplicação de normas, regras, diretrizes, mas no aprofundamento da análise contextual presente na situação concreta, sendo por vezes obrigado a adaptar-se a circunstâncias próprias de cada caso. Deste modo, tal inferência sobre a ação desencadeia a renúncia de executar um ato previamente concebida originalmente (GADAMER, 2011a), no entanto, essa renúncia não significa a completude do saber daquilo que foi planejado originalmente, mas simplesmente faz reduções durante a execução. Com isso, ocasiona “uma real aplicação de seu saber, vinculada a uma imperfeição dolorosa” (GADAMER, 2011a, p. 419).

Neste sentido, Gadamer descreve:

“Uma vez que a ciência forneceu as leis gerais, mecanismos e princípios causais, eles ainda devem descobrir o que é a coisa certa a fazer em cada caso particular, e este é algo que dificilmente parece ser previsível ou cognoscível antecipadamente” (GADAMER, 1996, p.95, tradução nossa).

Neste sentido, Gadamer apresenta em sua tese o conceito de a coisa certa a ser feita está relacionado ao caso em particular, não podendo ser previsto ou conhecido de forma prévia, mas só poder ser vivenciado no local, através de uma conversa hermenêutica entre o profissional de saúde, a



situação e o paciente (ROLFE, 2014). A hermenêutica está constantemente na vida dos profissionais de enfermagem, quando a partir da relação de proximidade, esses profissionais produzem um conhecimento sobre o paciente, conforme descrito na situação cotidiana seguinte:

“Uma enfermeira que pede a um paciente para avaliar sua dor em dez, por exemplo, está bem ciente de que não se sente dor em incrementos numerados, e a expressão não-forçada de dor, subjetiva mas instantaneamente reconhecível pelos outros, soa mais como “Ow”! A filosofia hermenêutica inclui formas de explicar como pe que as pessoas coerentes dão sentidos a diferentes tipos de conhecimento e, explorando profundamente a construção de significados, fornece uma base sólida para a pesquisa sólida” (MOULES et al., 2015, p.11, tradução nossa).

A experiência não é algo puramente reprodutivo e unívoco, mas sempre contém referências a outras experiências, em uma progressão constante de experiências, pois a pessoa que é experimentada não somente é por resultado das experiências, mas por estar aberta as experientes e entender que não se consiste em saber o todo, mas que a partir de toda experiência dessa se pode aprender (GADAMER, 2011a).

Desta forma, retomamos o conjunto da hermenêutica jurídica, ao reconhecer que a lei é sempre deficiente frente a realidade humana pois não permite a simples reprodução de suas prescrições (GADAMER, 2011a). Assim, o compreender, na experiência hermenêutica gadameriana, “é a forma originária de realização da pre-sença, que é ser-no-mundo ... é o modo de ser da pre-sença, na medida em que é poder-ser e possibilidade” (GADAMER, 2011a, p. 347), visto que, aquele que busca compreender, está exposto a erros, imperfeição dolorosa de um planejamento prévio que não se concretiza nas próprias coisas, pois somente essas podem confirmar uma prévia compreensão (GADAMER, 2011a). Assim, a prévia compreensão sofre constante revisões durante o aprofundamento do sentido do texto (GADAMER, 2011b).

Essa pre-sença no mundo requer um compreender uma tradição em um horizonte histórico, em um deslocar-se para o outro, e neste sentido, decorre-se a possibilidade de compreensão do outro, ou seja, no deslocar-se à situação de um outro homem, e conseqüentemente, então compreendê-lo (GADAMER, 2011a). Isto é, “tornando-nos conscientes da alteridade e até da individualidade irreduzível do outro precisamente por nos deslocarmos à sua situação” (GADAMER, 2011a, p. 403). Gadamer (2011a), distingue este deslocar-se para a situação do outro da empatia ou de uma determinada submissão do outro, pois o deslocar-se significa uma ascensão a uma universalidade dentro de um horizonte de compreensão do outro e do mundo. Desse modo, Gadamer afirma:

“esse deslocar-se não é nem empatia de uma individualidade na outra, nem submissão do outro sob os próprios padrões, mas significa sempre uma ascensão a uma universalidade superior, que rebaixa tanto a particularidade própria como a do outro. O aspecto de horizonte se torna aqui interessante, porque expressa essa visão superior mais ampla, que aquele que compreende deve ter” (GADAMER, 2011a, p. 403).

Esse processo de compreender decorre da fusão de horizontes vigentes – passado e presente - nas tradições, ocorrendo constantemente juntos, entre o velho e o novo em um horizonte histórico sob a validade da consciência histórico-efetiva (GADAMER, 2011a). Por essa razão, o horizonte histórico constituído, entre o ontem e o hoje, é um momento na realização da compreensão hermenêutica na verdadeira fusão de horizontes (GADAMER, 2011a).

Diante disso, nas relações entre pessoas, onde um delibera-se determinada ordem de comando sobre outro que deva cumpri-la, e assim ocorre a comunicação entre as partes no desencadear de compreender a ordem sobre uma situação concreta (GADAMER, 2011a). Isto é, “compreender a ordem significa aplicá-la à situação concreta a que se refere” (GADAMER, 2011a, p. 438).

Sobretudo, tal ordem se determina na concreção do cumprimento da ordem em adequação ao sentido, ou seja, a relação de ordem e cumprimento no exercício da compreensão possibilita a negação explícita ao comando em questão, uma vez que, ao negar realizar determinada ordem, o indivíduo a

compreendeu e “nega-se a fazê-lo porque é ele que a aplica à situação concreta” (GADAMER, 2011a, p. 438).

Assim sendo, a compreensão não está no comando ou na real intensão dessa, mas unicamente na responsabilização daquele que a obedece, ou seja aplica determinado comando, em situações concretas (GADAMER, 2011a). Em vista disso, uma ordem proferida pode ser escrita no intuito de controlar a correta compreensão e execução, mas nem por isso se afirmará a total compreensão do dito (GADAMER, 2011). Frente a isso, Gadamer afirma que:

“Executar as ordens recebidas, de maneira que se cumpra sua literalidade mas não seu sentido, é um ato que se reveste de um caráter de travessura. Por isso não há dúvida de que o receptor de uma ordem tem de levar a cabo um certo desempenho produtivo da compreensão do sentido” (GADAMER, 2011a, p. 438).

Logo, a filosofia hermenêutica, compreensão de textos, comunicação verbal e não verbal, aplica-se a interpretação em seu sentido pleno da compreensão daquilo que se investiga, compreendo o fenômeno em sua situação concreta dentro o horizonte e história-efetual (GADAMER, 2011a). Uma vez que, é tarefa da hermenêutica desvelar a compreensão entre indivíduos, não na obscuridade, mas num sentido comum da linguagem praticada (GADAMER, 2011b).

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura tem como princípio a busca pelo estado da arte a partir da necessidade de suprir a sensação do pesquisador de não possuir conhecimento integral sobre estudos e pesquisas existentes em determinada área (FERREIRA, 2002). A busca pelo conhecimento faz-se necessário "no processo de evolução da ciência, afim que se ordene periodicamente o conjunto de informações e resultados já obtidos, ordenação que permita indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas" (SOARES, 1987, p. 7). Assim, é constituído um catálogo, que permite discussões aprofundadas e o aprimoramento do conhecimento específico do fenômeno da advocacia no âmbito da enfermagem.

### 4.1 ADVOCACIA EM SAÚDE

No transcorrer do século XX e início do século XXI, o emprego do termo advocacia nas publicações científicas na área da saúde utilizavam os mais diversos direcionamentos de aplicação do termo advocacia em saúde, sendo delimitado a advocacia como: direitos do paciente (DAVIDOFF, 1965; CHILES, 1967; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; A DECLARATION ON THE PROMOTION OF PATIENTS' RIGHTS IN EUROPE, 1994; HUNGRY, 1997); das crianças (BIERMAN, 1966; MCDERMOTT et al., 1973; KNITZER, 1975; BELFER, 1976; TANOUS, 1979; TOMPKINS, 1979; LITZELFELNER; PETR, 1997; WESTMAN, 1998; MELTON, 2010); câncer advocacy (ZAKARIAN, 1998; STEEG, 1998); em saúde (CURRAN, 1970; MILLER, 1972); saúde mental (OZARIN; THOMAS, 1972; STONE, 1979; CONE, 2001); direitos e proteção social (GROSSER, 1965; BRAGER, 1968; TESOLOWSKI; ROSENBERG; STEIN, 1983; LOUE, 2006); advocacia em enfermagem (ROBB; PETERSON; NAGY, 1979; PAYNE, 1979; WILLARD, 1996); advocacia de refugiados (KATZ, 2009; PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012).

Em 1948, a *United Nations* (UD) formalizou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) com o reconhecimento da dignidade e direitos inerentes aos membros da família humana, considerando assim, o conceito de

pessoa como parte integrante dessa família com base na dignidade, igualdade (UNITED NATIONS, 1948).

Entretanto, para *World Health Organization* (WHO) o limiar dos direitos dos pacientes deve considerar a variabilidade jurisdicional existente nas diversidades culturais e sociais de cada país, conseqüentemente, a compreensão de diversidade e diferentes modos estabelecidos de relacionamento paciente-profissional de saúde, como a relação cidadão-estado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Assim, em 2004, a WHO lançou o programa mundial: *Patients for Patient Safety* (PFPS), com objetivo de promover a defesa e a segurança dos pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Neste ínterim, Baterman, (2006), aponta a advocacia como mecanismo de defesa dos direitos do cidadão por um processo de inclusão social, pois a advocacia sem direitos não tem sentido: “os conceitos de direitos a serviços, direitos a um rendimento adequado e habitação decente, direitos de tratamento humano pelas organizações de assistência social e o direito de participar da sociedade em igualdade de condições é o cerne da advocacia” (BATERMAN, 2006, p. 43). A advocacia é o resultado de múltiplas ações interconectadas com pessoas, organizações privadas e governamentais que combinam esforços na intervenção de determinados fenômenos relacionados à uma pessoa ou grupo vulnerável, portanto, demonstra a complexidade *in voga* na advocacia (DEVAKUMAR; SPENCER; WATERSTON, 2016), ou seja, advocacia é uma competência de cuidado de enfermagem (O’CONNOR, 2018).

Em 1967, o artigo intitulado *The Rights of Patients*, publicado na *The New England Journal of Medicine*, de autoria de Robert Chiles (1967), descreve como direito de todos os cidadãos o acesso aos serviços médicos básicos, entretanto, reconhece que alguns direitos são violados no transcorrer dos serviços de saúde. Tais transgressões aos direitos do espírito humano ocorrem quanto as violações da privacidade; respeito à dor; à verdade e morte digna, todas situações não respeitadas durante a assistência prestada aos pacientes dentro dos serviços de saúde (CHILES, 1967).

A *Declaration on the promotion of patients’ rights in Europe* (1994), apresenta múltiplas estratégias para a implementação dos direitos dos

pacientes, dentre elas estão: legislações específicas referente os direitos e deveres dos pacientes, profissionais de saúde e instituições; códigos deontológicos e organizacionais elaborados em conformidade normas e valores, atualizados periodicamente em resposta as mudanças sociais; e a relação direta com a advocacia:

“Melhor formação em habilidades de comunicação e advocacia para profissionais de saúde, bem como para pacientes e outros grupos de usuários, a fim de promover o desenvolvimento de uma compreensão adequada da perspectiva e do papel de todas as partes.” (A DECLARATION ON THE PROMOTION OF PATIENTS' RIGHTS IN EUROPE, 1994, p. 04, tradução nossa).

A definição de advocacia é pautada como um dispositivo que possibilita equilibrar às necessidades/direitos de um grupo em favor as necessidades de outros, que estejam em situações de vulnerabilidade social (BRANDON, 1995; YOUNG, 2009) e, situações moralmente inadequadas (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016), assegurando de todas as formas a sustentação da manutenção de diálogos abertos para defesa dos direitos (MIND, 2018).

Entretanto, o início da advocacia, no campo da saúde/social, foi relacionada as crianças, pois em 1800, a advocacia infantil focou a defesa das crianças contra os abusos praticados por cuidadores (LITZELFELNER; PETR, 1997). Uma vez que, no início do século XIX, a Revolução Industrial e a migração das famílias de zonas rurais para áreas urbanas ocasionou o emprego/exploração de mais de dois milhões de crianças entre 10 e 15 anos, segundo censo de 1900 realizado nos Estados Unidos (THE CHILDREN'S BUREAU, 2012). Em 1912, em resposta a utilização de crianças na indústria foi criado o Departamento da Crianças que detinha o objetivo de combater os elevados índices de mortalidade, trabalho e maltrato infantil (THE CHILDREN'S BUREAU, 2012). Tais acontecimentos marcaram o início de uma era de advocacia nas áreas de saúde materno-infantil (BIERMAN, 1966).

Em 1921, é promulgada a lei norte-americana de Promoção do Bem-Estar e Higiene da Maternidade e da Infância, também conhecida como Lei Sheppard-Tower que forneceu recursos para a melhoria serviços de saúde e educação (THE CHILDREN'S BUREAU, 2012).

“Por advocacy entende-se todo o processo de obtenção de apoio para a legislação no Congresso e nos estados e localidades que fornecem fundos para apoiar programas de serviço com várias metas a serem executadas por determinadas agências sob condições especificadas.” (BIERMAN, 1966, p.720, tradução nossa).

Para Belfer (1966), o termo advocacia faz interface entre a retórica e a ação, ocasionado o papel de defensor das crianças no nível operacional. Entretanto, tal conceito de advocacia esbarrou em um maquinismo burocrático político no qual o sistema econômico assume o papel de advogado (BELFER, 1966). Todavia, a relação da advocacia e a criança estão interligadas a fragilidade e capacidade limitadas de realizar decisões, ou seja: autonomia, desencadeando assim a necessidade de ações de proteção e melhoria das qualidades de vida.

Neste período histórico, a advocacia infantil emerge das necessidades sociais com o intuito de proteger as crianças das mazelas existentes e garantindo seus interesses e necessidades (SOLNIT, 1976; TOMPKINS, 1979). Porém, mesmo surgindo com objetivos específicos de defender os interesses das crianças, limitações e críticas são descritas como prática de advocacia relacionada a órgão governamental (MCDERMOTT et al., 1973; KNITZER, 1975). Nesse espectro, em 1970, a formação da *Join Commission on Mental Health of Children* estabeleceu e disseminou a compreensão no sistema Norte Americano do termo advocacia infantil, além de impulsionar a construção de redes de desenvolvimento saudável para crianças (LEWIS, 1970; KNITZER, 1971; SHORE, 1971; COHEN, 1971).

Contudo, iniciativas de classes de profissionais de saúde começaram a manifestar-se preocupados com a vulnerabilidade da proteção as crianças:

*“a defesa de direitos é retratada como um processo político que visa reformular as atitudes arraigadas que governam as decisões econômicas, políticas e sociais, de modo a, finalmente, provocar mudanças sociais em nossas instituições.”* (COHEN, 1971, p.807, tradução nossa).

*“A Children's Advocates, uma sociedade para a proteção de crianças vítimas de abuso, é composta principalmente por médicos, bem como por outros cidadãos interessados. Esta sociedade trabalha nos níveis local e nacional para ajudar a proteger essas crianças atormentadas.”* (TANOUS, 1979, p. 2844, tradução nossa).

A década de 70, (TESOLOWSKI; ROSENBERG; STEIN, 1983) foi considerada a “*Era of Developmental Advocacy*” que apresentava o conceito de advocacia como um instrumento que quando utilizado corretamente serviria como mecanismo de desmistificar os aspectos legais que envolve pessoas em situações de vulnerabilidade e seus direitos inalienáveis. Diversas empresas utilizaram da rubrica da advocacia infantil financiado por departamentos governamentais, embora não efetivadas, pois para realizar advocacia infantil deveria-se ter a habilidade de identificar problemas e vulnerabilidades no âmbito infantil, corrigindo-os por meio de estratégias de advocacia (TOMPKINS, 1979).

O autor Stone (1979, p.819), descreveu em seu artigo *The Myth of Advocacy*, que vivenciara a era da advocacia, onde o esse termo era a palavra-chave absorvido por diversos ramos da sociedade, e suas definições “*consumer advocates, child advocates, and patient advocates*”. Neste cenário, a consolidação do termo advocacia passa a ser fonte geradora de conflitos, uma vez que, enquanto a noção de advocacia defendida pela *American Psychiatric Association’s* (APA) foram direcionado às necessidades médicas dos pacientes, do outro lado, os advogados consideram a advocacia como o direito legal de seus pacientes (STONE, 1979).

A advocacia direcionada à criança é derivada das necessidades de proteção social e melhoria dos recursos sociais, educacionais, e de saúde no qual estão assegurados em legislações de direito (LITZELFELNER; PETR, 1997, MELTON, 2010). Neste modo, em questões éticas difíceis, no âmbito infantil, ocorre a transferência de poder durante a realização da advocacia, uma vez que, surge na tomada de decisão de agir por um defensor (MELTON, 2010). Entretanto, quando se assume uma posição de defensor – advocacia – infantil é primordial a definição de limites de sua função profissional no cuidado a não sobrepor a experiência da criança assistida (MELTON, 2010).

No entanto, a existência de advocacias praticadas nos conceitos de Advocacia e Pluralismo, proporcionou uma ampliação das ações exercidas por meio de apoio de profissionais para reivindicações divergentes (DAVIDOFF, 1965). Assim, o termo advocacia é relacionada a pluralidade como meio de estimular a pratica legal realizada entre dois oponentes em consideração a



melhores condições futuras durante um processo de ação, conforme evidenciado neste trecho: “ *O conceito de advocacy como tirado da prática jurídica implica a oposição de pelo menos dois pontos de vista contendores em um processo adversário.*” (DAVIDOFF, 1965, p. 333, tradução nossa).

Outro contraponto apresentado no estudo intitulado “*Children. Politics, and Morality: the ethics of child advocacy*”, autoria de Melton (2010), é a possibilidade de influências subjacentes presentes na advocacia infantil, altamente imbricadas em conflitos de interesses por grupos sociais, políticos, religiosos que tentam influenciar normas e valores deliberativos a partir de seus interesses. Em 1972, a compreensão da advocacia da criança já considerava a combinação de uma gama de formas que poderia assumir: “a ação, obviamente, pode assumir muitas formas, ser realizada em vários níveis de uma sociedade e envolver atividades de indivíduos, grupos, organizações ou instituições em várias combinações” (LOURIE; LOURIE, 1972, p. 403, tradução nossa).

Interligado a advocacia infantil está a advocacia parental, no qual é realizada pelos parentes, com autonomia, no cuidado, controle e necessidades das crianças, dado que as funções de advocacia parental incluem educação, modo social e político, cuidados de saúde, religião, comportamento (SOLNIT, 1976; SOLNIT, 1982).

Já no campo do Serviço Social, o conceito de advocacia está atrelada a defesa de grupos sociais desfavorecidos que necessitam de defensores que advoguem, sendo assim, a atribuição do Assistente Social agir em situações de conflitos sociais (GROSSER, 1965; BRAGER, 1968; ADAMS, 1973; BATERMAN, 2006). Assim, a advocacia pode ser compreendida como a definição de um defensor capacitar o outro indivíduo, nesse caso o paciente, para tomada de decisão (SOSIN; CAULUM, 1998; FORSTER, 1998).

Os conflitos entre advogados e psiquiatras no campo da saúde mental estão relacionados a compreensão do direito versus necessidades, e que cada polo desse embate compreende suas funções de advocacia a margem de conceitos éticos deontológicos próprios, e conseqüentemente, faz gerar tais fissuras no cuidado dos pacientes (STONE, 1979).

No campo da saúde mental, a redução de autonomia para tomada de decisão de alguns portadores de doença mental exige contato direto e diário com os pacientes e suas famílias (MIND, 2018). Ademais, com o envolvimento de todos atores sociais, agências e instituições nas ações de saúde mental (OZARIN; THOMAS, 1972; MIND, 2018).

Embora a advocacia esteja relacionada a qualquer interação profissional que vise a defesa dos interesses de um desfavorecido frente a outra pessoa ou organização, o ato da advocacia ser exercida por profissionais exige um comportamento político (BRAGER, 1968; KOSIK, 1972; JONES et al, 2000; FIGUEIRA, et al., 2018).

“Além disso, como a defesa de direitos é aceita como uma estratégia apropriada, os assistentes sociais tornam-se cada vez mais envolvidos em arenas mais amplas do que os serviços sociais. Jogar segundo as próprias regras sem conhecer as regras dos outros pode ser sofrer uma desvantagem irreparável (embora, novamente, talvez apenas para os clientes). (BRAGER, 1968, p. 13, tradução nossa).

Além da advocacia exercida pelos profissionais do Serviço Social, a mesma pode ocorrer a partir de grupos sociais não necessariamente ligados a um grupo profissional específico. É o caso da *Community Advocacy* que são esforços comunitários de defesa de direitos de um determinado grupo local, nacional ou internacional, influenciados por inúmeros fatores (LOUE, 2006). Percebe-se então o alcance da a advocacia em politizar diversas questões de saúde e suas imbricações com a sociedade, tais quais como a equidade de renda, saúde ambiental/ecossistêmica, mecanismos e infraestruturas de bem-estar social (JONES et al, 2000). Para os profissionais de saúde a advocacia emerge como uma inevitável consequência de suas ações profissionais dispendidas à pessoas desfavorecidas, reconhecidas ou não pelos demais trabalhadores de saúde (BATERMAN, 2006). Os profissionais de saúde são a linha de frente na atenção a saúde, posição esta que possibilita a identificação de problemas emergentes, individuais e coletivos, relacionando-se com programas de saúde na macro atuação da advocacia, a advocaia política (JANSSON et al., 2016; PERRY; EMORY, 2017), embora pouco realizado na prática (PERRY; EMORY, 2017).

Já o estudo “The advocacy role in hospital social work”, de Herbert e Levin (1996), realizado com assistente sociais relataram que gastavam menos tempo com a advocacia do que outras atividades profissionais, tais barreiras são descritas como a falta de preparo educacional, falta de apoio da instituição hospitalar, embora desejassem atuar mais na defesa do paciente.

No campo da medicina, o artigo publicado no *The New England Journal of Medicine*, denominado *The role of the physician as a patient advocate*, de Schoolman (1977), invoca a defesa do paciente como uma atribuição dos profissionais dessa área, visto que são esses que auxiliam nas tomadas de decisões em momentos de incertezas. Deste modo, aponta-se a indispensabilidade do profissional médico como o defensor do paciente:

“a indispensabilidade do médico na tomada de decisão na presença de incerteza reside em seu papel de defensor do paciente nesse papel de defensor do paciente, a causa do médico é o bem-estar de seu paciente como percebido pelo paciente e não a promoção de um intervenção particular.” (SCHOOLMAN, 1977, p. 104, tradução nossa).

“Eu tenho freqüentemente sentido que os médicos estão em seu melhor profissional em seu papel como defensores dos pacientes. A extensão tradicional de nossa defesa talvez seja mais ampla do que imaginamos ... nossa defesa deve abordar cada vez mais questões sociais e individuais ... nossa defesa de direitos pode fornecer um elemento de planejamento e prestação de cuidados de saúde informados e compassivos que não está disponível em nenhuma outra fonte.” (KLOCKE 1988 apud BARTMAN, 2006, p.36, tradução nossa).

Tal percepção da *Physician Advocacy* permanece compreendida como atribuição dos profissionais médicos para tomadas de medidas garantindo o serviço necessário para o paciente, entretanto, afirma-se a necessidade de ampliar a advocacia praticada ao indivíduo para a dimensão das causas dos problemas dentro dos limites de sua experiência (EARNEST; WONG; FEDERICO, 2010), com a definição de *Physician Advocacy*:

“Ação de um médico para promover as mudanças sociais, econômicas, educacionais e políticas que melhorem o sofrimento e as ameaças à saúde e ao bem-estar humanos que ele ou ela identifica por meio de seu trabalho e experiência profissionais” (EARNEST; WONG; FEDERICO, 2010, p. 63, tradução nossa).

A defesa da atuação médica e sua responsabilidade de dar voz aos vulneráveis, é evidenciada na atuação de proteção dos riscos inerentes no qual os pacientes estão expostos, e assim, a advocacia é de responsabilidade de todos os profissionais da medicina (HARRISON, 1997; LI, 1998; RUDOLF et al, 1999; CHILTON, 1999; HERBERT, 2005; ARYA, 2013; OWEN, 2014; LUFT, 2017). No âmbito da advocacia infantil, diversos autores reconhecem os médicos pediatras como um dos principais componentes da advocacia das crianças juntamente com os pais e professores (BERMAN, 1998; MERCY, 1999).

O *The College Of Family Physicians of Canada* (CFPC), determina dentre seus *Principles of Family Medicine*, a relação médico-paciente é de especial importância na tríade de relacionamento paciente-família-médico com resultado como o médico um defensor do paciente (THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA, 2018). E portanto, compreendendo o paciente como um indivíduo único em uma advocacia complexa, interrelacional, longitudinal e colaborativa (LUFT, 2017).

Embora, a advocacia do paciente realizada pela equipe médica possa sutilmente pautar-se em uma forma de paternalismo (VACAREZZA, 2000). Neste sentido, o paternalismo é compreendido como a tomada de decisão pelo profissional que desconsidera a autodeterminação, ou a autonomia do paciente, com intuito de proporcionar benefícios ou proteger uma pessoa sem o reconhecimento de sua autonomia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011; RISJORD, 2013; MORTENSEN; NORDHAUNG; LOHNE, 2018).

No tangente ao princípio da autonomia do paciente, consitui-se da compreensão de compromisso de respeitar as escolhas do paciente, garantindo a autonomia decisória, uma vez que o entendimento da autonomia consistente a:

“obrigação de ajudar o paciente a obter a auto-suficiência física e mental necessária para a tomada e a execução das decisões. O caminho trilhado pelo qual os profissionais de saúde viajam entre o respeito pela escolha do paciente e as considerações contrárias de beneficência e a não-malevolência ainda tem um lugar. Mas estas considerações devem ser temperadas por uma compreensão das capacidades evolutivas do paciente para antecipar o risco e a contingência, e para imaginar possibilidades futuras” (RISJORD, 2013, p. 44, tradução nossa).

Alguns artigos descrevem que a relação médico-paciente é, por vezes, alvo de interferências de ações governamentais e da indústria, conseqüentemente, prejudicando a capacidade de desempenhar o papel imparcial de médico sobre os cuidados realizados à um paciente (LASKIN, 1988; MOORE, 1989). Portanto, a interrupção na relação médico-paciente dificulta a comunicação entre as partes, assim como a compreensão necessária do paciente para a melhor tomada de decisão (MOORE, 1989).

Ao avançar para a observação da advocacia sob a ótica do *Professional Advocacy* evidencia os potenciais conflitos durante a atividade profissional, através do confronto entre as diversas atuações profissionais no campo da saúde, e a força do paternalismo institucionalizado (BRANDON, BRANDON, BRANDON, 1996). Porém, os profissionais de saúde devem continuar a desempenhar funções de advocacia e o equilíbrio com a autoconsciência da opressão inerente de suas ações profissionais (BRANDON, BRANDON, BRANDON, 1996).

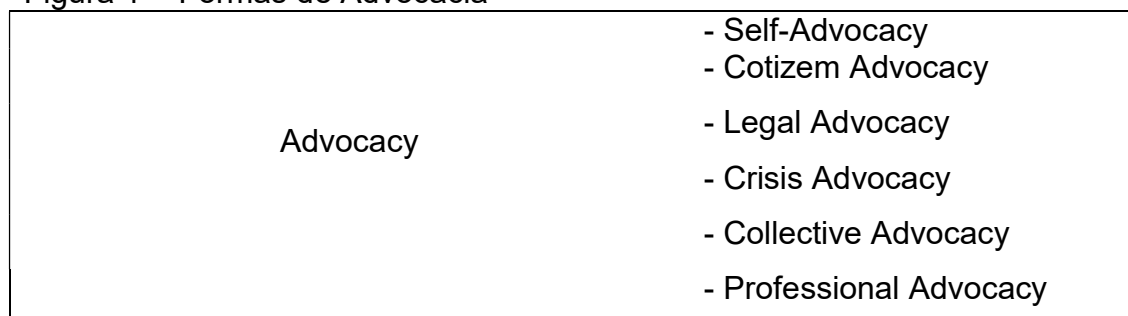
Contrapondo-se ao modelo paternalista, está o modelo liberal, propondo um posicionamento anti-paternalista e anti-moralista, com valorização da autonomia da proteção e direitos do paciente, como características dominante do modelo liberal (VAN DER BURG, 1997). Esse modelo, ao evocar o individualismo liberal é valorizar os direitos iminentes apregoados a cada cidadão, neste sentido o direito é reconhecido como:

“Os direitos são requerimentos justificados que indivíduos e grupos podem fazer em relação a outros ou à sociedade [...]. Os direitos nos dão uma prerrogativa baseada num sistema de regras que nos autoriza a afirmar, exigir ou insistir naquilo que é devido. Se uma pessoa possui um direito, os outros estão impedidos, de forma válida, de interferir no exercício desse direito [...]. As regras podem ser regras legais, regras morais, regras institucionais ou regras do jogo, mas todos os direitos existem porque as regras relevantes permitem ou proíbem o requerimento ou a prerrogativa em questão” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p.89-90).

Com a compreensão das prerrogativas inerentes aos direitos do paciente e a dificuldade de apropriação da advocacia pelas áreas profissionais, evidencia-se a diversidade de posicionamentos acadêmicos sobre a temática advocacia e os profissionais de saúde (MALLIK, 1997a; MALLIK, 1997b),

enquanto princípios éticos para a apropriação profissional não se consolida, um grupo autônomo é posto para advogar pelos pacientes, na introdução de representantes dos pacientes em instituições hospitalares (MUNN; TAKENO, 1996; MALLIK, 1997b).

Figura 1 - Formas de Advocacia



Fonte: (MCNALLY, 1995).

A advocacia do paciente é o fundamento sobre a qual todas as profissões de saúde devem ser constituídas (LASKIN, 1988), e que para a solução de interferências exige significativa autonomia e colaboração entre os diversos profissionais para o exercício da advocacia, ou seja, “Uma solução pode ser que o médico e a enfermeira advoguem juntos por seus pacientes” (MCWHOTER, 1988, p. 55, tradução nossa), além dos demais profissionais de saúde.

#### 4.2 ADVOCACIA E A ENFERMAGEM

A advocacia e todas derivações que este termo obteve nas últimas décadas são representadas no transcorrer da história com o breve reconhecimento da ligação inicial da advocacia praticada por Florence Nightingale, como princípio fundamental na complexa profissão de enfermagem e suas contribuições para com a defesa de direitos de indivíduos, grupos e a profissão de enfermagem (SELANDERS; CRANE, 2012; HANKS, 2013).

A enfermagem detém um avançado conhecimento profissional, que capacita seus profissionais a avaliarem e julgarem situações com bases científicas para a escolha da melhor conduta, considerando a natureza de cada

situação, neste sentido, a advocacia está intimamente interligada ao cuidado de enfermagem (O'CONNOR, 2018).

Neste interim, a advocacia deve ser compreendida como uma possibilidade dos enfermeiros com a ensejo de uma mudança dentro do sistema (ROBB, PETERSON, NAGY, 1979; MARTIN, 1998b). Para Winslow (1984), a construção da advocacia na enfermagem fornece um novo caminho para a área da enfermagem, com responsabilidade profissional e ética da defesa; é agir em nome do paciente (PETTITT, 2000), auxiliando para suas tomadas de decisões e a garantia dos cuidados em saúde (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016).

É a responsabilidade moral (DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017); equivale a uma abordagem ampliada de assuntos relacionados diretamente ao indivíduo ou no campo político/comunitário que envolvem diversos grupos sociais ou populações (OGLE, 1997; BATERMAN, 2006; YOUNG, 2009; MAHLIN, 2010; LUCATORTO; THOMAS; SIEK, 2016; WATER et al., 2016); bem como ações de educação e comunicação eficazes, assim como, a garantia dos cuidados integrais de saúde em congruência com anseios do paciente (VAARTIO et al., 2008; NEGARANDEH, 2008; HANKS, 2010a; DOHERTY et al., 2016).

A advocacia praticada pela enfermagem encontra-se nos níveis de atuação direta ao paciente, na formação educacional ou em nível administrativo (LASKOWSKI-JONES, 2012). No nível clínico, a advocacia está na garantia da assistência integral ao paciente, removendo barreiras; no nível educacional, as ações destinam-se à preparação de profissionais para atuar em diversos contextos e necessidades; e ao nível administrativo, a formação de ambientes favoráveis a atuação de enfermagem no cuidado ao paciente (LASKOWSKI-JONES, 2012; SUNDQVIST, et al. 2018).

Water et al. (2016), sintetizou as ações de advocacia na enfermagem em três atributos centrais encontrados na literatura: autonomia do paciente; ações em nome do paciente; e defender os cuidados em saúde através da justiça social. Já outros estudos, enfatizaram a advocacia em enfermagem nas temáticas: empatia por parte dos enfermeiros e a proteção dos pacientes (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; DADZIE; AZIATO; AIKINS. 2017).

Na esfera da advocacia em saúde, a centralidade está no paciente (VAARTIO et al., 2009a; LASKOWSKI-JONES, 2012), delimitando assim os interesses em relação aos cuidados de saúde, nesse âmbito, cabe aos enfermeiros a assistência ao paciente o exercício da liberdade de autodeterminação, caso tal direito não seja avocado ou esteja suprimidos, ajudando os pacientes para a autêntica autodeterminação (VAARTIO et al., 2009a), Porém, caso não se compreenda as preferências do paciente, não haverá a compreensão de seus valores, anseios e desejos, conseqüentemente, não ocorrerá advocacia mas imposição de crenças por interpretação (VAARTIO et al., 2008; VAARTIO et al., 2009a), mesmo resultando em um trabalho eficaz (VAARTIO et al., 2009b).

Em estudo realizado em 2009, intitulado “*Ethical Problems Observed by Student Nurses*”, foi evidenciando a presença de situações antiéticas, observada por estudantes de enfermagem, durante a assistência ao paciente em uma tríade relação: profissionais de saúde; paciente; estudantes, sendo o comportamento não profissional o fator mais preponderante para atuação antiética (ERDIL; KORKMAZ, 2009).

A inerente atuação dos profissionais de enfermagem para com ações sobre incidentes de abusos proferidos ou realizados contra pacientes em ambientes de cuidados de saúde, invocada pela obrigação ética, deontológica, de advogar pelos seus pacientes de casos de abusos (ALBINA, 2016), assim como, em casos de vulnerabilidades (CURTIN, 1979; FETSCH; MINTUN, 1994; O’CONNOR; BILLY, 2005; YOUNG, 2009; BARLEM et al., 2015; PECANAC; SCHWARZE, 20016).

Ann-Christopher et al. (2015), apresentou em seu estudo uma delimitação de fatores que está diretamente inter-relacionada a vulnerabilidade do paciente, sendo estas: cuidado informal inadequado; história pregressa de uso de drogas; doença mental; falta de acesso aos cuidados de saúde primários; estrutura familiar; idioma; violência social; baixa alfabetização relacionada aos direitos de saúde.

Deste modo, percebe-se que a atuação de enfermagem é um campo, complexo, mas de constante viabilidade para aplicação da defesa dos pacientes (ANGELUCCI, 1999, FOLEY; MINICK; KEE, 2000). Tais



oportunidades de advocacia em enfermagem são descritas na literatura como na: atenção à criança (PENTICUFF, 1990; EKEGREN, 2000; STERLING, 2013); durante a internação hospitalar (FOLEY; MINICK; KEE, 2000; COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014); atuação profissional (ALLMARK; KLARZYNSKI, 1992; WADE, 1999; PETTITT, 2000; LOVERIDGE, 2000; HANKS, 2005); Saúde Mental (DUXBURY, 1996); Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV (MACKERETH, 1995); Homofobia (MACKERETH, 1995); Geriátria (GALE, 1989); Perioperatório (MCEWEN, 1998; SCHROETER, 2000; BEYEA, 2005; LACONO, 2007); Traumatologia (SCHROETER, 2007); Oncologia (CAMERON, 1996; GONZALEZ-RYAN, 1998; AMBLER, et al, 1999; MORRA, 2000; THOMAS; RICHARDSON; SALEEM, 2000); Saúde Ocupacional (CHILDRE; VAUGHT; PARANZINO, 2000); Unidade de Tratamento Intensivo (NORRIE, 1997; LINDAHL; SANDMAN, 1998; BALACHANDRAN, 2001); Neonatologia (MONTEROSSO et al., 2005); Genética (GOLDSMITH, 2013); Sistema prisional (FERST; HICKEY; SELEYMAN, 2013); advocacia apolítica (HUDSON, 1997); Cuidados Paliativos (PENN, 1994); Saúde do Adolescente (KUZMA; PETERS, 2016).

No estudo fenomenológico realizado por Hanks (2008), foi apresentado uma síntese da revisão da literatura centralizado na temática *Nursing Advocacy*, o resultado desta ação foi a implicação de quatro áreas do conhecimento: “*ensino, educação e aprendizagem; fatores de influência; componentes da advocacia de enfermagem; e consequências da defesa de enfermagem*” (HANKS, 2008, p. 469, tradução nossa).

Na atuação dos profissionais da área da saúde residem inúmeros momentos de divergência e conflitos que desencadeiam tomadas de decisões terapêuticas, do modo que, profissionais de saúde, família do paciente e o próprio paciente precisam participar deste espectro de atores envolvidos no processo de resolução de vulnerabilidades (MILLER, 1972; ANDERSON, 1998; SALLADAY, 2000; MACDONALD, 2007; YOUNG, 2009). Tais vulnerabilidades são descritas como vários fatores: problemas físicos, mental, deficiência, idade avançada, déficit de aprendizagem (WHEELER, 2000), crianças e suas famílias (STERLING, 2013).

Robb, Peterson e Nagy (1979, p.1738), apresentam a advocacia, no campo da enfermagem, como peça fundamental da atuação profissional, conforme descrito a seguir:

“advocacia não é tarefa para o não-crivado. Requer iniciativa, inovação e ação. [...] Não é langer suficiente preparar um enfermeiro profissional que possa prestar assistência direta ao cliente. O enfermeiro também deve ser capaz de ensinar, envolver-se em investigação sistemática e ser um defensor do paciente.” (ROBB, PETERSON e NAGY, 1979, p.1738, tradução nossa).

Para o exercício da advocacia do paciente faz-se necessário um profissional qualificado e instruído para sua eficácia, utilizando-se da comunicação aberta, enfermeiro/paciente, como ferramenta de educar e informar o paciente sobre informações pertinentes para tomadas de decisões (MARTIN, 1998a; MARTIN, 1998b; TAYLOR; FERSZT, 1998; MCGRATH; WALKER, 1999; LACONO, 2007; ZOMORODI; FOLEY, 2009; TOMAJAN, 2012; DOHERTY et al., 2016). Tal relação, deve pautar-se nos direitos igualitários de discursos presumindo que todos os participantes tenham oportunidade de participação sobre qualquer assunto, expressando suas opiniões, desejos e visões (MARTIN, 1998).

No estudo realizado sobre autonomia e advocacia no campo da prática de enfermagem em perinatal, sob a abordagem da ética feminista, concluiu-se que práticas morais em ações de advocacia e a autonomia associadas ao cuidado à mulheres durante o parto não podem reduzidas a julgamentos abstratos por parte dos enfermeiros em nome dessas mulheres (SIMMONDS, 2008). Talvez seja necessário reconhecer que os ambientes estão intrinsecamente influenciados por hierarquias e relações de poder, e compete aos enfermeiros romperem as barreiras que silenciam a voz dos pacientes vulneráveis, possibilitando assim, a garantia de tornarem conhecidos suas escolhas (SIMMONDS, 2008; RAINER, 2015). Já Hauck et al. (2016), reforça que a advocacia de mulheres é configurada como: a segurança de questionar; comunicação eficaz; ambiente de trabalho; e conhecimento de suas decisões e valores. Neste sentido, a advocacia absorve a ideia de dar voz em nome de uma pessoa, ideia ou questão (DEVAKUMAR; SPENCER; WATERTON, 2016).

Neste âmbito, a enfermagem despontava-se como defensor ideal do paciente, uma vez que, defende os anseios e o cuidado diretamente correlacionados a ética profissional (PAYNE, 1979; LOVERIDGE, 2000; LACONO, 2007; SMITH, 2017), além da relação de proximidade enfermeiro-paciente (CURTIN, 1980; MAHLIN, 2010; JOSSE-EKLUND et al., 2014; DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017), relação de vínculo profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e usuários do sistema (FIGUEIRA et al., 2018), caracterizado pelo diálogo franco (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016), empatia (DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016), e valores pessoais (BARLEM et al., 2015; CHOI, 2015; FIGUEIRA et al., 2018); e elementos coletivos (FIGUEIRA et al., 2018), consequentemente, agindo em defesa do paciente incapazes de superar suas necessidades e/ou vulneráveis (JOSSE-EKLUND et al., 2013; BARLEM et al., 2015), uma vez que, ao conhecer os pacientes, seus valores, crenças e desejos contribuem para advocacia e distancia-se do paternalismo (ZOMORODI; FOLEY, 2009). Portanto, os profissionais da área da enfermagem são considerados como:

*“A essência da enfermagem e da defesa é cuidar do paciente. A enfermagem está melhor preparada para assumir as diversas responsabilidades do papel de advocacy. Enfermagem está emergindo como uma profissão autodeterminada. À medida que sua autonomia aumenta, também aumenta sua responsabilidade para com o consumidor de saúde. A primeira responsabilidade da enfermeira é com o paciente; O compromisso da enfermagem com o paciente só pode intensificar.”* (PAYNE, 1979, p.11, tradução nossa).

Nesta perspectiva, o documento normativo para os profissionais enfermeiras do Reino Unido (UK), A *United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC)*, no documento *Accountability in Nursing and Midwifery*, no capítulo *The Legal Accountability of the Nurse*, de autoria de Tingle (2004), foi apresentado a responsabilidade legal das enfermeiras perante o paciente e a advocacia na preservação dos interesses no centro das ações de enfermagem (TINGLE, 2004).

No mesmo documento supracitado, no capítulo *Accountability and Clinical Governance in Learning Disability Nursing*, de autoria de Gates, Wolverson e Wray (2004), é apresentado o conceito de advocacia como parte integrante das ações de enfermagem para a governança clínica. Assim, para

UKCC (1998, p.14, tradução nossa): “advocacia é promover o direito dos pacientes de escolher e capacitá-los a decidir por si mesmos”. Assim como “advocacia em nome dos pacientes ou pacientes é uma característica essencial do exercício da responsabilidade por um profissional” (KNIGHT; HOSTICK, 2004, p.83, tradução nossa).

Já para a *American Nurses Association* (ANA), o profissional de enfermagem deve assegurar ações promoção, defesa e proteção dos direitos, segurança e saúde do paciente, e assim, consolidando a defesa da equidade e a justiça social durante o desempenho de suas atribuições profissionais (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2015; AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2018). Os profissionais de enfermagem devem tomar medidas de proteção e correção de situações em que a segurança e o bem-estar dos pacientes estejam em perigo (PULLEN, 1995; WHEELER, 2000; SCHWARTZ, 2002).

Enquanto o conceito de *Human Advocacy*, de Curtin (1979), aponta a Enfermagem em posição privilegiada dentre os profissionais de saúde para atender as necessidades do paciente, uma vez que, a forte aproximação por períodos prolongados favorece uma maior compreensão do paciente como ser humano, único e distinto. Assim como descrito por Newman et al. (2008, p. e16, tradução nossa), “a presença cuidadosa e consciente de uma enfermeira explora o que é significativo para o paciente e abre caminho para ação relevante”.

Neste sentido, o relacionamento enfermeiro/paciente deve ter por base a defesa humana, assim “os enfermeiros devem ser sensíveis aos indivíduos e às suas reações às necessidades criadas pela doença que ameaçam a unidade ou a integridade da pessoa” (CURTIN, 1979, p. 4, tradução nossa).

A atuação dos profissionais de enfermagem na advocacia exige conhecimento, de modo que sem a apropriação não haverá bases para discernir sobre julgamentos, decisões e ações (DONAHUE, 1978; CORCORAN, 1988; VAARTIO, et al., 2009b), e distinção cultural (BREIER-MACKIE, 2007). Ou seja, é imprescindível exercitar conhecimento e formar coalizões como forma de possibilitar as ações tangíveis (ROBB; PETERSON; NAGY, 1979; RUSHTON, 1994; TEASDALE, 1994; O’CONNOR; BILLY, 2005;

NEGARANDEH et al, 2006; MACDONALD, 2007; SUNDQVIST, et al., 2018), ter forte bases éticas para se tornar eficaz, conforme Tabela 01.

Tabela 1 - Princípios éticos para a advocacia eficaz.

PRINCÍPIOS QUE FORNECEM UM CUIDADO ÉTICOS	PRINCÍPIOS DA ADVOCACIA	“A advocacia baseada em princípios é uma abordagem à defesa de direitos nos contextos de saúde e assistência social, que estabelece uma estrutura para os defensores seguirem e esclarecerem suas obrigações éticas.” (BATERMAN, 2006, p. 46)
		1.1 <i>Atue sempre no melhor interesse do paciente</i>
		1.2 <i>Sempre aja de acordo com os desejos e instruções do paciente</i>
		1.3 <i>Mantenha o paciente devidamente informado</i>
		1.4 <i>Execute instruções com diligência e competência</i>
		1.5 <i>Aja imparcialmente e ofereça conselhos francos e independentes</i>
		<i>Independência da ação</i>
		<i>Ignorando os próprios preconceitos</i>
		<i>Conflitos de interesse</i>
		1.6 <i>O advogado deve manter regras de confidencialidade</i>

Fonte: (BATERMAN, 2006, tradução nossa).

Para O'Connor e Billy (2005), o conhecimento aplicável a prática de advocacia pelos profissionais de enfermagem devem ser combinado entre o conhecimento clínico, organizacional e as decisões do paciente para então obter uma advocacia eficaz. Já o estudo de Monterosso et al. (2005), as enfermeiras identificaram como componentes-chave da advocacia na prática da neonatologia: a comunicação, o conhecimento, a experiência, a empatia e respeito para com a família. Assim como Hanks (2008), que observou que enfermeiras com experiência com advocacia obtêm melhores resultados das ações de defesa dos pacientes. Esses entendimentos decorrem do exercício de poder dos enfermeiras pautados em conhecimentos e qualificação

profissional para tomadas de decisões éticas relacionadas as ações em advocacia (BARLEM et al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016), e assim, sobrepujar delimitações de barreiras, exercidas por meio de ações, tais como a denúncia (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016). Em contra partida, a pouca experiência dificulta tais atitudes relacionadas a advocacia (NEGARANDEH; DEGHAN, 2012).

A advocacia deve basear-se pelos princípios éticos da autonomia, benevolência, não maleficência e justiça para a sua realização, conseqüentemente, defender um paciente está relacionado a uma relação de confiança frente a determinadas situações pertinentes aos cuidados de saúde (BERNAL, 1992; WADE, 1999; LOVERIDGE, 2000; OBERLE; ALLEN, 2006). Entretanto, determinar a advocacia como papel exclusivo para as enfermeiras é delimitar o amplo espectro da advocacia em saúde (ALLMARK; KLARZNSKI, 1992; WILLARD, 1996; HANKS, 2010b), e assim acabar atribuindo sobrecarga nas atribuições aos profissionais enfermeiras (ALLMARK; KLARZNSKI, 1992; WILLARD, 1996). Neste interim, diversos modelos de advocacia dificultam a constituição de uma definição, por tal modo que o termo advocacia desenvolve-se no estado de bem-estar social, e significando diferentes coisas para diferentes pessoas (BATERMAN, 2006), o mesmo ocorrendo na consolidação de modelos de advocacia do paciente e a pratica de enfermagem (MALLIK, 1997c, MALLIK, 1998).

Tais contradições, evidenciam que a advocacia como um instrumento importante no campo da saúde, é invocada por diversos profissionais envolvidos neste processo (SCHWARTZ, 2002). Dentre a diversidade profissional, a enfermagem aponta-se como parte singular deste processo a valorização da defesa do paciente em consonância com os cuidados desprendidos na assistência de enfermagem (HAMRIC, 2000; WHILE, 2000;). Entretanto, a advocacia não se delimita apenas nas ações de determinada profissão, mas exige uma convergência de ações por diversos profissionais e suas respectivas atribuições, baseando-se em concepções éticas e de direitos (DALLARI et al., 1996; BATERMAN, 2006).

O difícil processo de advocacia na prática da enfermagem é resultado de conflitos e barreiras existentes ao praticar a defesa do paciente, uma vez

que, necessário um ambiente propício aos profissionais de enfermagem desenvolverem sua autonomia em advocacia, e concomitantemente a anulação de retaliações decorrente dos atos de advocacia praticados (KEEPNEWS, 2010; ANA, 2015). Deste modo, para que a Enfermagem possa desempenhar as ações de advocacia, essa deverá usufruir de tempo, treinamento, e liberdade para interagir com o paciente e o ambiente no qual está inserida (KOSIK, 1972; CHAFEY et al., 1998; JONES et al, 2000; HAMRIC, 2000; WHEELER, 2000; JANSSON et al., 2015a), portanto, deverá ter proximidade com seus pacientes para entender suas valores, crenças e necessidades (MCGRATH; WALKER, 1999). Jansson et al. (2015b), apresenta em seu estudo as dimensões da advocacia, segundo a aplicação da *Advocacy Engagement Scale* (AES). Conforme tabela a seguir:

Tabela 2 - Dimensões da advocacia:

<i>Dimensão</i>
<i>Defesa do paciente para os direitos do paciente</i>
<i>Defesa do paciente para um atendimento de qualidade</i>
<i>Defesa do paciente para cuidados culturalmente competentes</i>
<i>- Defesa do paciente para cuidados preventivos</i>
<i>- Defesa do paciente para cuidados acessíveis</i>
<i>- Defesa do paciente para cuidados de saúde mental</i>
<i>Defesa do paciente para cuidados baseados na comunidade</i>

Fonte: (JANSSON et al., 2015b, tradução nossa).

A advocacia não deve ser empregada de modo impositiva/paternalista, com atributo do melhor interesse, mas como prática de atuação durante a ausência/supressão da autonomia do paciente, visto que a advocacia paternalista pode desencadear uma redução dos níveis de conhecimento do paciente e cerceamento de seus direitos (WHITE; GIBSON, 1978; ROSE, 1997; CHAFEY et al., 1998; MITCHELL; BOURNES, 2000; WHEELER, 2000; SCHAWARTZ, 2002), além do uso da apropriação advocacia com intuito de ferramenta de luta pelo poder entre profissionais de saúde (ALLMARK; KLARZNSKI, 1992).

Contudo, a partir do *empowerment* do paciente, o equilíbrio dos poderes paternalistas/materialistas subjacente das relações profissional-paciente tende a equilibrar e reduzir (RAFAEL, 1995; DU PLAT-JONES, 1999; CHRISTENSEN; TAYLOR, 2006). A relação enfermeiro-paciente centralizada na mutualidade comum, sob as bases em uma advocacia existencial/humanista, e não da advocacia paternalista, proporcionando condições de ocorrer o empoderamento (RAFAEL, 1995; MACKERETH, 1995), ou *Self-Advocacy* (HOLMES, 1995; MCNALLY, 1995).

*“Representar os desejos do paciente, e não o que o advogado deseja para o paciente, é a melhor maneira de proteger a integridade da pessoa quando essa pessoa é incapaz de fazer isso por si mesma. Caso contrário, é o paternalismo, mesmo que seja bem intencionado.”* (SCHWARTZ, 2002, p. 39, tradução nossa).

Estabelecer uma relação permanente entre o profissional de saúde e o paciente/família, com livre comunicação, é a base fundamental para o processo de tomada de decisão pelo paciente/família (BERNAL, 1992; WATT, 1997; BALACHANDRAN, 2001; HANKS, 2010; DOHERTY et al., 2016). Neste sentido, as percepções do melhor interesse, autonomia e a advocacia podem ser interligadas durante a prática de enfermagem, possibilitando bons resultados a longo prazo (ROSE, 1997; WADE, 1999; SALLADAY, 2000). E assim, a forte relação entre advocacia e a ética são elementos vitais para as ações de defesa do paciente por suas necessidades e/ou exposição à negligências (JOSSE-EKLUND et al., 2014; HANKS; STARNES-OTT; STAFFORD, 2017).

Deste modo, os pacientes necessitam de um interventor para norteá-lo a descodificar escolhas complexas em sistemas mistificadores dentro dos cuidados de saúde, e assim, proporcionar o exercício da autonomia pelo paciente (SHANNON, 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016). A advocacia praticada pelo profissional de enfermagem deve guiar-se:

*“Como conceito moral, a defesa de direitos exige que o enfermeiro apoie ativamente os pacientes na defesa de seus direitos e escolhas, ajudando os pacientes a esclarecer suas decisões, promovendo seus interesses legítimos e protegendo seus direitos básicos como pessoas, tais como privacidade e autonomia. tomando uma decisão”* (HAMRIC, 2000, p. 103, tradução nossa).



O papel do advogado no campo da saúde deve delimitar-se a uma configuração de cuidado no intuito de proteger contra abusos aplicados, e assim, evitando ações paternalistas com a justificativa de estar defendendo os interesses do paciente (MALLIK, 1997a; BENNETT, 1999; SCHWARTZ, 2002). Nesta perspectiva, o papel do defensor na saúde deveria conter as seguintes características: informação e consentimento; proteção da autonomia; proteção dos direitos; acesso justo aos recursos disponíveis; suporte ao paciente; respeito dos valores do paciente e não apenas as suas necessidades (SCHWARTZ, 2002). Wiserman (1990), apresenta as características necessárias para desempenhar a advocacia como enfermeira perioperatória, sendo elas: autonomia/capacidade de defender o outro, conhecimento do significado de advocacia, autonomia para desempenhar ações e a compreensão da relação enfermeiro/paciente a partir do cuidado. Já Negarandeh et al. (2008), define a advocacia como educação; informação; suporte e promoção da continuidade dos cuidados de saúde. Logo, Choi (2015), delimita as práticas de advocacia conforme: valores pessoais, formação e experiência em advocacia como características necessárias para atuar no contexto de defesa dos direitos dos pacientes.

Cameron (1996), aproxima os termos Enfermagem e Advocacia ao centralizar seus objetivos na garantia das informações necessárias aos pacientes, e assim, proporcionando autonomia e controle sobre seus cuidados amparados por direitos legais e morais. Conseqüentemente, exigindo um engajamento social/político para mudar as vulnerabilidades do sistema de saúde e suas implicações no bem-estar do ser humano (KOSIK, 1972; DU PLAT-JONES, 1999; BUTLER; THOMPSON, 2000; MAHLIN, 2010), bem como a advocacia social praticada pela enfermagem (HANKS, 2013), e no trânsito dentro do sistemas de saúde (DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017).

A proximidade dos profissionais de enfermagem e os pacientes proporcionam a solicitação de advogarem em prol de alguma determinada necessidade ou vulnerabilidade (FETSCH; MINTUN, 1994; O'CONNOR; BILLY, 2005; YOUNG, 2009; BARLEM et al., 2015; PECANAC; SCHWARZE, 20016). Neste cenário, a enfermagem passa a ser um elo vital entre o paciente e a tomada de decisão, através de ações de empoderamento do paciente para

participar das decisões durante seus cuidados de saúde (FETSCH; MINTUN, 1994; FIGUEIRA et al., 2018).

Adams (1978), no artigo intitulado “*A contrary view of the nurse as patient advocate*”, apresenta ligeiras diferenças no reconhecimento do termo advocacia na Enfermagem, tais como: defender os interesses do paciente no ambiente hospitalar e suas preocupações internas e externas; defender a autonomia do paciente para tomada de decisões; informar e assegurar ao paciente seus direitos e como exercê-los; defender o paciente em contextos de situações de emergência ou incapaz de manifestar suas decisões; e por último, a defesa da garantia de cuidados de saúde de qualidade ofertados ao paciente. Além do reconhecimento do ambiente hospitalar como sendo um território para sentimentos de vulnerabilidade, conseqüentemente, com significativa redução da autonomia do paciente (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014),

Em estudo exploratório-descritivo realizado em um hospital da Austrália, com enfermeiras, sobre a compreensão de suas definições de advocacia e o papel na advocacia, emergiu a advocacia como ações de *Best Interest* para o paciente, na tríade de informar, apoiar e representar. No entanto, ressalta-se que o melhor interesse não baseia-se no modelo tradicional de paternalismo, pois compreenderam que ao assumir determinadas ações estavam agindo com a anuência do paciente, proporcionada pela construção da relação enfermeiro/paciente (WATT, 1997). Embora, tal percepção possa ser sutilmente relacionado ao paternalismo.

Neste âmbito, a advocacia em enfermagem sofre críticas relacionadas ao princípio da autonomia, uma vez que, diversos autores descrevem o profissional de enfermagem com ligações de dependência com outros participantes do processo de cuidado, e que tais relações influenciam na liberdade de decisão por parte das enfermeiras e pacientes (MACKERETH, 1995). Entretanto, deve-se reconhecer que a advocacia é realizada na complexa interrelação das profissões de saúde, voltadas ao paciente, e seu empoderamento para tomadas de decisões durante os cuidados em saúde, e assim, consolidando uma perspectiva ética sólida pelos profissionais de saúde, assim como para advocacia na área da enfermagem.

O exercício da advocacia apresenta convergência de ações próprias de sua prática na enfermagem, seja elas na capacitação e informação dos pacientes e seus familiares; nos cuidados e assistências de enfermagem adequados; garantia dos direitos de ser ouvido, participação e decisão do paciente exercendo assim sua autonomia (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2018).

Já Gaylord e Grace (1995), referem que a advocacia na enfermagem decorre da filosofia aplicada a prática de enfermagem como mecanismo necessário de suporte ao indivíduo para garantir e promover o bem-estar, sendo assim, a advocacia como ética de prática. Nesse escopo, em estudo realizado na Suécia, a advocacia é evidenciada por três níveis de influenciadores: o enfermeiro, o vínculo enfermeiro-paciente e o terceiro nível: estrutura organizacional (JOSSE-EKLUND et al., 2014a). Portanto, as organizações de saúde devem promover condições de trabalho para enfermeiras desempenharem ações de advocacia de paciente, e assim, proporcionar a prática de enfermagem ampliada (JOSSE-EKLUND et al., 2014b).

Guiando-se pela perspectiva do estudo de Josse-Eklund et al. (2014a), as ações de defesa do paciente estão diretamente relacionada a prática de enfermagem consciente, independente das necessidades do paciente, mas da construção do vínculo enfermeiro-paciente, atrelado a uma estrutura organizacional em todos os níveis interligados como facilitadores ou barreiras.

#### **4.2.1 Advocacia em enfermagem: barreiras**

A advocacia é um tema complexo, controverso e considerada por alguns uma atuação profissional consonante com a área da enfermagem (NEGARANDEH et al., 2006; VAARTIO et al. 2008), por outro lado, foram listadas inúmeras barreiras que dificultariam a prática da advocacia por parte das enfermeiras (NEGARANDEH et al., 2006; NEGARANDEH; DEGHAN, 2012). Tais empecilhos devem ser reconhecidos como barreiras à defesa de enfermagem no seu papel de advocacia, e para tal, devem ser superadas para

que a advocacia de enfermagem se torne eficaz para seus pacientes (HANKS, 2007).

Mesmo com o reconhecimento da advocacia na atuação de enfermagem, essa não é desenvolvida por todos os profissionais, uma vez que, a existência de barreiras reduzem ou inibem a aplicação da advocacia pelas enfermeiras (HAMRIC, 2000; NEGARANDEH et al., 2006; HANKS, 2007; NEGARANDEH; DEGHAN, 2012). Tais barreiras podem ser agrupadas em cinco categorias: falta de compreensão da advocacia em enfermagem; fatores institucionais/cultura organizacional; relação com colegas profissionais; relação enfermeiro-paciente; e características de cada enfermeiro (WATER, et al., 2016).

Todavia, a assimilação da defesa do paciente pela Enfermagem deve desencadear questionamentos éticos para o desenvolvimento da advocacia do paciente, uma vez que, o ato de defesa do paciente está imbricado na complexidade de ação nas diversas áreas da saúde, ampliando o escopo de observação dos direitos, valores e crenças do paciente, e não uma responsabilização da Enfermagem no ato de advogar, em razão de sua institucionalização hospitalar hierárquica (ADAMS, 1978; MALLIK; RAFFERTY, 2000). Em contrapartida, a enfermagem pode fazer diferença no ambiente hospitalar, em suas imbricadas relações de complexidade acrescidos da assistência de saúde aplicada ao sujeito, protegendo o paciente de um contexto inibidor de expressarem sua voz (BARLEM, et al., 2015)

Em instituições hospitalares, a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), apresenta circunstâncias forças de supressão da autonomia à seus pacientes, com grande frequência a ocorrência do conceito “*silent patients*” pela incapacidade de comunicação decorrentes de sedação, suporte de ventilação mecânica ou outros efeitos psicológicos (GADOW, 1989; NORRIE, 1997). Outro aspecto ético da advocacia em ambiente de cuidados intensivos está relacionado a recusa por parte do paciente ao uso prolongado de tecnologias de suporte a vida, e conseqüentemente, a importância de fortes bases éticas pelas profissionais enfermeiras para o distanciando de decisões corrompidas de valores pessoais, mas atuando com autonomia para ajudar o paciente a escolher a melhor opção de tratamento (BARTON, 1991).

Neste momento, é fundamental a identificação por parte dos profissionais de enfermagem para possíveis níveis de incapacidade de comunicação, fazendo-se necessário o auxílio para a tomada de decisão com o intuito de uma análise eticamente correta (RUSHTON, 1994). Pois, a ausência de comunicação impossibilita compreender os desejos do paciente, e conseqüentemente, acabar recorrendo ao paternalismo (MALLIK, 1997a; VAARTIO, et al., 2009b). Além de limitar poder de decisão nas tramites éticos sobre tratamentos e cuidados em UTI (NORRIE, 1997).

No campo da pediatria, as barreiras para a prática da advocacia em enfermagem estão na autodeterminação da criança frente as decisões e cuidados de saúde durante a hospitalização, e nesse momento, a advocacia mantém sua atuação respaldada nos direitos e eleva as ações de conforto e bem-estar da criança durante a aplicação da prática de enfermagem pediátrica (PENTICUFF, 1990). Enquanto, outro estudo identificou que a advocacia em enfermagem praticada à crianças hospitalizadas decorrem de ações em defesa pela garantia de seus direitos, orientação aos pais e a intervenção em casos de maus-tratos (NEUTZLING, et al., 2017).

Já, no ambiente de saúde mental é fundamental a relação enfermeiro-paciente, assim como a autonomia para contribuir no planejamento e implementação do cuidado em saúde, prestados com base nas delimitações legais (DUXBURY, 1996). Neste âmbito, é frequente a limitação de liberdade dos pacientes e a restrição da autonomia em determinarem seus próprios interesses (DUXBURY, 1996).

Num ambiente institucionalizado e hierárquico os profissionais de enfermagem podem identificar e denunciar más condutas por parte dos trabalhadores de saúde, atribuindo assim a emersão da defesa do paciente amparados nos códigos éticos de conduta profissional (MCDONALD; AHERN, 2000). Entretanto, tal comportamento pode acarretar represálias por parte dos demais profissionais denunciados e/ou pelas instituições de saúde em um controle paternalista (SELLIN, 1995; WOODROW, 1997; MARTIN, 1998; MCDONALD; AHERN, 2000; WHEELER, 2000), gerando assim um domínio repressivo (ANDERSON, 1990; KRAUS, 1996). Conseqüentemente, gerando um sofrimento moral (ANDERSON, 1990; BARLEM et al., 2015), *burnout*

(BARLEM et al., 2015), apresentado na dissonância entre as ações morais desejadas e a não realização dessas pelo defensor, por uma frágil autonomia (WOODROW, 1997; MALLIK, 1997a), e tensão entre o desejo do profissional e a sua obrigação em atender necessidades mais amplas demonstrada na complexidade das ações de advocacia (MACDONALD; FAYE, 2004).

Alguns estudos identificaram barreiras para a realização da advocacia: impotência, falta de apoio organizacional, legal, deontológico, comunicação ineficaz entre agentes dos cuidados de saúde, falta de motivação (NEGARANDEH et al., 2006), assim como: tempo insuficiente para relação enfermeiro-pacientes e familiares (NEGARANDEH et al., 2006; WARE et al. 2011), e fadiga (DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017). Outras barreiras para a advocacia são: a ausência de preparo para a advocacia durante a formação profissional (MORTELL; ABDULLAH; AHMAD, 2017), o risco de conflitos entre o profissional enfermeiro que advoga pelo paciente contra outros profissionais (KEEPNEWS, 2010; NEGARANDEH; DEGHAN, 2012; PECANAC; SCHWARZE, 2016; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016), a conflituosa relação enfermeiro-médico (KAPLAN, 2014; PECANAC; SCHWARZE, 2016; MORTELL; ABDULLAH; AHMAD, 2017), conflitos com superiores (NEGARANDEH; DEGHAN, 2012). Assim como, o desencadeamento de sentimentos de raiva (MALLIK, 1998), frustração (MALLIK1998; O'CONNOR; BILLY, 2005; HANKS, 2008; DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017), a pouca experiência profissional (menor que dois anos de trabalho) (NEGARANDEH; DEGHAN, 2012), o que ocasiona redução de confiança para advogar (NEGARANDEH; DEGHAN, 2012; BARLEM et al., 2015; JANSSON et al., 2015a), ou a variação constante das equipes de enfermagem (FIGUEIRA et al., 2018), podendo produzir riscos para si ou para o paciente, além da ausência de apoio de seus pares (HYLAND, 2002) e da organizações em que estão inseridos (HYLAND, 2002; JOSSE-EKLUND et al., 2014a; JOSSE-EKLUND et al., 2014b), sofrendo represálias de advertência e transferências de turno de trabalho ou setores (NEGARANDEH; DEGHAN, 2012).

Instituições hospitalares podem apresentar em sua estrutura organizacional mecanismos de apoio à advocacia praticada por enfermeiras

potencializando e encorajando ações de defesa (HANKS, 2010b; CAWLEY; MCNAMARA, 2011; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016), e se aplicada com idoneidade pelas instituições, podendo beneficiar o processo de cuidado no ambiente hospitalar, uma vez que, a aplicação da advocacia acarreta reduz a possibilidade de riscos ao pacientes, e em segundo plano, reduz os custos dos cuidados de saúde (JANSSON et al., 2015b). Em contrapartida, a ausência de apoio no ambiente hospitalar inibe advocacia (SELLIN, 1995; CAWLEY; MCNAMARA, 2011), assim como péssimo dimensionamento de pessoal de enfermagem e as altas cargas de trabalho na prestação da assistência de enfermagem (DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017). Na prática de enfermagem, restrições para o desenvolvimento da advocacia são identificadas pela ausência de um ambiente de apoio que dificultam a atuação em advocacia (ALBARRAN, 1992; KEEPNEWS, 2010), tomada de risco (HANKS, 2010b) desencadeia censura e demissão (BANJA, 1992). Além disso, a advocacia em enfermagem por ser diretamente relacionada a responsabilidade moral, ou a compreensão de agir corretamente em consonância com altos princípios morais, sofrendo a variabilidade contextual de cada grupo social, e consequentemente, suas normas, valores e regras.

Neste sentido, um estudo realizado na Arábia Saudita descreve como barreira para a advocacia à questão de mulher enfermeiras e o contato com homens fora da família, uma vez que tal contato é considerado inaceitável e proibido, altamente impregnado pelos valores contextuais (MORTELL; ABDULLAH; AHMAD, 2017). Embora, outro estudo realizado em um país do Oriente Médio, o Irã, não ter emergido tal barreira nos resultados da pesquisa (NEGARANDEH; DEHGHAN, 2012). Enquanto na Inglaterra, estruturas reguladoras e legislações são discutidas para amparar a prática da advocacia pelos profissionais de enfermagem (WATSON; O'CONNOR, 2017). Tais comparações corroboram com a compreensão da correlação da advocacia em enfermagem com a moral e a ética (SMITH, 2017), e portanto, estando constantemente em adaptação a valores e preceitos validados socialmente em cada cultura.

Deste modo, tais barreiras inibem os profissionais de enfermagem na aplicação da advocacia do paciente, mesmo que a Enfermagem represente o

maior quantitativo de profissionais nos cuidados de saúde, e proporcionalmente, próximo de desempenhar uma função-chave para as tomadas de decisão em saúde, “apenas uma pequena porcentagem das enfermeiras se envolveu em qualquer forma de ação política [...] a importância da contribuição que as enfermeiras podem ter não deve ser negligenciada nem subestimada.” (BUTLER; THOMPSON, 2000, p. 323, tradução nossa).

Já na atuação profissional fora do contexto hospitalar as proeminências das barreiras para a prática da advocacia existem, como descrito no âmbito da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que evidenciou no trabalho de Figueira et al. (2018), a existência de déficit de recursos materiais e humanos, além de ambientes inadequados atrelados a altas demandas burocráticas na atuação de enfermeiras, além da baixa autonomia dessas sob o reflexo dos sistemas hierarquizados.

#### **4.2.2 Advocacia em enfermagem: facilitadores**

A advocacia, como descrito anteriormente, é um termo amplo e complexo na área da saúde mas ao mesmo tempo que estudos corroboram com a existência de barreiras, os profissionais de enfermagem criam mecanismos para a atuação em advocacia. Neste sentido, consolidação da educação e conhecimento de advocacia e a prática de enfermagem é um dos pilares da defesa eficaz. É pertinente observar a advocacia na formação profissional durante a graduação em enfermagem, por ser um período propício para o aprendizado do aluno realizar reflexões e compreensões de criar uma defesa eficaz no estado de saúde de seus pacientes (MOTAMED-JAHROMI et al., 2012; BELL; BUELOW, 2014; PELTZER et al., 2016; GAZARIAN; FERNBERG; SHEEHAN, 2016). A inclusão de atividades práticas com alunos de enfermagem para fomentar ações de advocacia de populações vulneráveis que direcionam ações centradas da defesa da saúde de indivíduos, famílias/grupos e populações (JONES; SMITH, 2014).

Além da importância da formação, dentre as habilidades inerentes a prática de advocacia em enfermagem está a comunicação efetiva; a relação de colaboração com indivíduos e grupos; influência (competência / credibilidade /



confiabilidade); assim como, o engajamento mútuo para solucionar problemas identificados (SUMMERS, 2012). Já outros estudos, evidenciaram como principais características da advocacia em enfermagem os valores pessoais das enfermeiras (BARLEM et al., 2015) e a qualificação profissional (BARLEM et al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al. 2016).

Outro caminho descrito pela literatura para a advocacia na enfermagem é através da formação especializada, ou seja, fortalecendo maior compreensão ética na esfera dos cuidados em saúde, melhorando a consciência do papel da advocacia na área da enfermagem, e conseqüentemente, capacitando as enfermeiras a atuar na proteção e defesa dos direitos dos pacientes (PULLEN, 1995; HANKS, 2010b). No âmbito da formação para advocacia, comunicação é estritamente relacionada com a advocacia eficaz, pois fornecer educação em comunicação eleva a capacidade de atuar em advocacia (DOHERTY et al., 2016; DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017).

Na Suécia, novos defensores foram reconhecidos fora da enfermagem, nomeados como provedores e responsáveis por dar voz as queixas dos cuidados em saúde prestados, entretanto, tais profissionais apresentam dificuldades no trânsito no campo da saúde (SEGESTEN, 1993). Entretanto, a relação existente entre enfermeiras e paciente/família elava os profissionais de enfermagem ao postulado de defensor do paciente, por assim estar próximo a atender as necessidades emergentes no curso do cuidado em enfermagem (MAHLIN, 2010). Tal proximidade, resulta em maior compreensão do amplo contexto social, cultural, de crenças e valores do paciente e sua família (MAHLIN, 2010). Portanto, as enfermeiras devem desempenhar esta importante função de porta-voz no combate da defesa dos direitos das populações vulneráveis empoderando-os e protegendo (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012). Para Rainer (2015, p. 60, tradução nossa), o profissional enfermeiro deve romper com a barreira do silêncio, sendo capaz de empregar a voz para a advocacia, e assim “proteger os pacientes é um elemento chave do papel do enfermeiro e um claro mandato ético”.

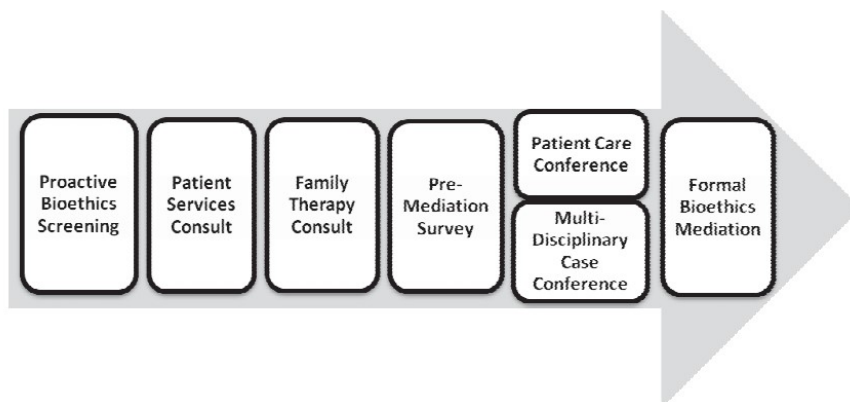
Em estudo dirigido por Daniels (2009), a institucionalização da advocacia ocorre pela incorporação de enfermeiras para o cargo de *Hospital Case Manager*, com objetivo de praticar e identificar atividades de advocacia

como facilitadores e defensores, equilibrando ações paternalistas com educação, capacitação e participação do paciente. Culminando, em uma construção de cultura organizacional favorável a prática da advocacia (CHOI, 2015). A especificidade da estabilidade profissional contribui para a prática da advocacia em enfermagem, e conseqüentemente maior diálogo com os demais interlocutores, ocasionando um mecanismo de anulação das ameaças de punições e risco de demissões (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2016).

A consolidação da advocacia em enfermagem, pode ser construída a partir do fortalecimento de questões de educação, habilidades, conhecimento ético e pesquisa em enfermagem (ALBARRAN, 1992; HANKS, 2008). Para desenvolver a advocacia os profissionais de enfermagem devem ser instruídos, a capacitar/orientar o paciente para a tomada de decisão sobre as questões de saúde (HEWITT, 2002; COWLEY; MCNAMARA, 2011; NOGARIO, et al., 2015), protegendo o paciente e garantindo a assistência necessária (NOGARIO, et al., 2015) não apenas durante a formação profissional, mas em ações de educação permanente durante a atividade profissional (GOSSELIN-ACOMB et al., 2007; HANKS, 2007; HANKS, 2008; HANKS, 2010a; HANKS, 2010b; WARE et al., 2011).

A atuação profissional deve levar em reconhecimento das necessidades do paciente com sustentação intelectual e prática nos cuidados de saúde, além de congruência das ações entre a enfermagem e a medicina (NEGARANDEH et al, 2006). Para desempenhar a advocacia em enfermagem faz-se necessário a construção de parcerias no contexto multidisciplinar e com reconhecimento organizacional (SCHLAIRET, 2009; HYLAND, 2002. FIGUEIRA et al., 2018), regidos na compreensão de que dilemas éticos de advocacia nos cuidados de saúde imbricados em natureza multifatorial com abordagens multidisciplinares sobre necessidades complexas (SCHLAIRET, 2009). Conforme figura 2:

Figura 2. Intervenções para promover a resolução de conflitos ou a tomada de decisões clínicas baseados em dilemas éticos relacionados com a saúde como um prelúdio para a mediação bioética formal.



Fonte: (SCHLAIRET, 2009).

#### 4.3 TEORIAS FILOSÓFICAS: ADVOCACIA EM ENFERMAGEM

O exercício da advocacia desponta-se como um fenômeno presente na prática profissional dos profissionais de saúde, mas principalmente correlacionada para com a prática de enfermagem. Tal afirmação é corroborada pela estrutura de publicações científicas produzidas com base em fundamentações práticas e filosóficas. No arcabouço filosófico, algumas publicações desenvolvem reflexões para uma consolidação do fenômeno existente na prática de enfermagem, estando essas diretamente relacionada com valores morais e princípios éticos presentes no exercício da advocacia em enfermagem.

Dentre as publicações científicas destinadas a construção filosófica da advocacia no âmbito da enfermagem destpontam-se a Leah L Curtin (1979), e a advocacia humana; Sally Gadow (1980), a Advocacia Existencial; Mary F. Kohnke (1980), Advocacia de enfermagem; Nan Gaylord e Pamela Grace (1995), Advocacia na Enfermagem: ética da prática; Hanks (2005), Advocacia de Enfermagem: modelo de proteção.

#### **4.3.1 Teoria 1: A enfermeira como advogada: uma base filosófica para a enfermagem - Curtin (1979)**

A teoria filosófica da advocacia em enfermagem proposta por Curtin (1979), apresenta um deslocamento conceitual de uma enfermagem historicamente ligada ao modelo médico para um reconhecimento da enfermagem como ciência própria, composta por fundamentos que a unem com as mais variadas áreas de atuação. Por esse sentido, o autor, descreve a relação de proximidade entre os profissionais de enfermagem e os pacientes, através da comunicação e ações morais desencadeadas dessa relação (CURTIN, 1979).

“Como os enfermeiros têm a oportunidade de vivenciar o paciente como um ser humano único e, como passam mais tempo com o paciente, o enfermeiro pode fornecer mais prontamente informações conforme o paciente o solicite e quando o paciente estiver preparado para isso” (CURTIN, 1979, p. , tradução nossa).

Tal deslocamento tem início com o distanciamento dos vários modelos históricos apresentados na enfermagem, sendo esses: “enfermeiro como cuidador; enfermeiro como próximo do doente; enfermeiro como educador de saúde; enfermeiro como médico assistente; enfermeira como mãe substituta; enfermeira como curadora” (CURTIN 1979, p. 02, tradução nossa). Mesmo que tais modelos apresentem respectivas relações com a enfermagem, segundo o autor, não são adequadas, e sim o exercício da advocacia praticada pelas enfermeiras como base filosófica da enfermagem (CURTIN, 1979). Tal concepção não se refere ao conceito dos paciente ou a advocacia legal, mas uma base mais simples de relação “enfermeiro e o paciente em qualquer encontro podem livremente determinar a forma que a relação deve ter [...] advocacia baseia-se na humanidade comum, nas nossas necessidades comuns e nos nossos direitos comuns” (CURTIN, 1979, p.02-03, tradução nossa). Tal relação é descrita por Curtin como:

“As enfermeiras não apenas atendem os pacientes quando desconforto é imediato, mas também os atendem por períodos prolongados de tempo, fornecendo frequentemente aqueles detalhes íntimos de cuidados físicos e emocionais que levam ao conhecimento dessa pessoa como um ser humano distinto e único” (CURTIN, 1979, p.04, tradução nossa).

Deste modo, as ações de enfermagem, em sua essência, transcendem a cientificidade para um fim moral, por se tratar do cuidado para com outro ser humano, a ciência que aprendemos deve ser instrumento para um fim moral para o bem-estar de outros seres humanos (CURTIN, 1979). O autor aproxima a ciência da enfermagem significação da arte e a moral: “a enfermagem é uma arte moral. A aplicação sábia e humana de nosso conhecimento e habilidade é a arte moral da ciência de enfermagem. A ciência de enfermagem serve essa arte, e essa arte não seria possível sem a ciência da enfermagem” (CURTIN, 1979, p.02).

A sobreposição do aspecto humano na percepção das enfermeiras para com os pacientes constitui a chave fundamental da base filosófica de enfermagem através de ações de enfermagem como um todo para um indivíduo com todo, não havendo fragmentação, mas sim centradas nas necessidades humanas reais e fundamentais (CURTIN, 1979). No entanto, como defensores devemos ajudar os pacientes a encontrar o seu direcionamento, a partir de seus valores e, não da sobreposição de valores externos, guiando-se pelos preceitos dos direitos humanos (CURTIN, 1979).

Tal determinação, consolida a relação de proximidade entre enfermagem e paciente, considerando princípios e valores morais, uma vez que:

“qualquer aplicação de advocacia humana está sujeita a interpretação pessoal e situacional pelo praticante. É precisamente por isso que a defesa dos direitos humanos pode servir de base sobre a qual qualquer profissional, em qualquer situação, pode desenvolver a estrutura da relação enfermeiro-paciente de acordo com as necessidades singulares apresentadas por essa relação particular”. (CURTIN, 1979, p. 07, tradução nossa).

A enfermagem está em situação privilegiada para criar um ambiente que valorize os direitos humanos e as necessidades, superando barreiras políticas e ordens supressivas de outros profissionais (CURTIN, 1979). Tal posicionamento é descrito:

“A enfermagem e a enfermeira individual estão em posições muito importantes para ajudar a criar um clima que respeite os direitos humanos e as necessidades dos pacientes. Nenhuma outra profissão e nenhum outro profissional pode exercer uma influência tão grande sobre o ambiente da instituição quanto a enfermeira e a enfermagem” (CURTIN, 1979, p.09, tradução nossa).

Entretanto, tal situação descrita, em muitos casos, pode ocasionar situações de perseguição, perda de emprego, desprestígio institucional, porém, constitui uma violação do exercício da prática de enfermagem e interfere na relação enfermagem/paciente (CURTIN, 1979). Assim, o conceito de advocacia humana transcende todas as barreiras situacionais criadas (CURTIN 1979).

Deste modo, o modelo teórico de advocacia proposto por Curtin (1979), centraliza o reconhecimento do aspecto humano como base das relações existente entre os profissionais de enfermagem e os pacientes, pois ao reconhecer o aspecto humano, as ações morais passam a ser o fim das ações de enfermagem, salvaguardadas dos princípios e direitos existentes na relação enfermagem/paciente.

#### **4.3.2 Teoria 2: Advocacia Existencial: fundamentos filosóficos da enfermagem - Gadow (1980)**

O modelo filosófico apresentado por Sally Gadow, em 1980, sob o título *Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing*, descreve o fenômeno da advocacia em enfermagem como um novo rumo, sendo esse um caminho distinto do modelo médico vigente (GADOW, 1980). Neste caminho, a enfermagem deve compreender as nuances que ultrapassam o cotidiano, e desperta a partir da prática, novos indícios filosóficos para a enfermagem (GADOW, 1980).

Para Gadow, a advocacia que emerge da prática de enfermagem distingue-se do conceito de advocacia como direitos dos pacientes, “em que qualquer profissional de saúde é potencialmente um defensor do consumidor” (GADOW, 1980, p.81, tradução nossa), mas caracteriza-se por uma defesa existencial (GADOW, 1980), cuja a “essência da enfermagem é a participação do enfermeiro com o paciente na determinação do significado único que a experiência de saúde, doença, sofrimento, ou morrer é ter para aquele indivíduo” (GADOW, 1980, p. 81, tradução nossa).

Deste modo, a enfermagem se apresenta em posição única de relação com o paciente, tratando-o como um todo em um ambiente complexo existente de conflitos entre o exercício da advocacia e ações paternalistas (GADOW, 1980). Nesse contexto, a enfermagem “está na posição ideal entre os prestadores de cuidados de saúde para experimentar o paciente como um ser humano único com forças e complexidades individuais” (GADOW, 1980, p. 82). Entretanto, essa mesma posição favorável para o exercício da advocacia também potencializa o emprego do paternalismo (GADOW, 1980).

Por mais que se tente aproximar os conceitos de paternalismo e advocacia, ambos deslocam-se em direções opostas; o paternalismo rotulado como uma assistência, pautada por aqueles mais capazes, sobre questões que afetam o bem-estar de um indivíduo (GADOW, 1980), ou seja os “pacientes devem ser auxiliados na tomada de decisões genuinamente próprias” (GADOW, 1980, p. 86, tradução nossa). No entanto, o paternalismo “é uma violação do direito de se determinar” (GADOW, 1980, p. 82, tradução nossa).

Já o conceito de advocacia, na sua essência filosófica, consiste em “que a defesa não consiste em agir por outro” (GADOW, 1980, p. 82, tradução nossa). Ou seja, a advocacia existencial baseia-se nos princípios de direitos humanos, tais como: liberdade e de autodeterminação (GADOW, 1980). Neste sentido:

“o profissional embora obrigado a atuar no interesse do paciente, não tem permissão para definir esse interesse de forma contrária à definição do paciente: não é o profissional mas o paciente que determina o que “melhor interesse” significa” (GADOW, 1980, p. 84, tradução nossa).

Neste sentido, os profissionais de enfermagem devem garantir a liberdade e autodeterminação dos pacientes e suas escolhas, a partir do desvelar dos conflitos e contradições existentes nos novos contextos vividos pelos pacientes, e conseqüentemente, reexaminando valores anteriormente estáveis (GADOW, 1980). Deste modo, a advocacia existencial reconhece a importância dos valores dos pacientes, e a partir de uma reorganização tenta recriar substitutos para novos valores relacionado ao contexto de saúde (GADOW, 1980), enquanto o pensamento prático de paternalismo ignora os valores, “porque a saúde é o maior valor humano” (GADOW, 1980, p. 85, tradução nossa).

Entretanto, a prática da advocacia existencial depara-se com a inferência dos valores pessoais dos profissionais de enfermagem e aqueles emergidos na relação profissional entre enfermagem/pacientes (GADOW, 1980). Neste sentido, Gadow (1980), descreve a dicotomia, na prática de enfermagem, entre o corpo vivido e o corpo objeto do paciente, sendo o corpo vivido: “corpo como realidade privada vivida” (GADOW, 1980, p.92); e corpo objeto: “objeto público aberto à fiscalização” (GADOW, 1980, p. 92, tradução nossa). Mas é na essência da advocacia existencial que:

“a enfermeira pode ajudar o paciente a recuperar o corpo objetificado em um novo nível no qual não é nem imediatismo mudo nem alteridade pura, mas uma alteridade feita pela própria pessoa, uma objetividade vivida [...]. É essa integração, a unificação consciente de si e do corpo, que a defesa de enfermagem auxilia o indivíduo a alcançar. O enfermeiro ajuda o indivíduo, como paciente, a viver a objetividade do corpo como seu, em vez de permitir que ele permaneça alienado” (GADOW, 1980, p. 96, tradução nossa).

A enfermagem desponta-se capaz de mediar a dualidade entre o corpo vivido e o corpo objeto, na medida que reconcilia ambos os aspectos do paciente como um ser único (GADOW, 1980). Gadow, “afirma o valor do corpo vivido através da intimidade do cuidado físico e reconfortante. Ao mesmo tempo, afirma a realidade do corpo do objeto interpretando aos pacientes sua experiência em termos de uma estrutura objetiva” (GADOW, 1980, p. 94-95, tradução nossa).



Deste modo, o fenômeno da advocacia existencial representa uma assistência exercida por alguém com maior compreensão da experiência e que está diretamente envolvida quanto o paciente (GADOW, 1980), Ou seja, a enfermagem apresenta requisitos ideias para auxiliar os pacientes na decisão sobre suas vivências da doença (GADOW, 1980).

#### **4.3.3 Teoria 3: A enfermeira como advogada - Kohnke (1980)**

O modelo conceitual descrito por Mary F. Kohnke, em 1980, na revista *American Journal of Nursing*, aborda a diferenciação entre advocacia, legalidades e ética praticada na enfermagem (KOHNKE, 1980). Embora, haja proximidade dentre esses, a advocacia na enfermagem, defendida pela autora, tem a definição de ser “o ato de informar e apoiar uma pessoa para que ela possa tomar as melhores decisões possíveis” (KOHNKE, 1980, p. 2038, tradução nossa).

Tal definição de advocacia no âmbito da enfermagem, apresenta relativo avanço para com o modelo clássico de advocacia, enquanto o clássico centraliza a defesa do ato praticado, a advocacia em enfermagem tem como princípios a informação e o apoio nas decisões tomadas (KOHNKE, 1980). Para isso, o profissional de enfermagem precisa afastar-se da armadilha de “quem sabe o melhor”, mas sim a utilização do conhecimento para melhor informar o paciente para melhor decisão (KOHNKE, 1980).

Neste sentido, Kohnke (1980, p. 2039, tradução nossa), descreve que o paciente: “tem o direito de tomar decisões livremente e sem pressão. Isso é advocacia no melhor sentido da palavra [...] respeitando o direito de tomar suas próprias decisões”. Para isso, o profissional de enfermagem deve reafirmar aos pacientes o seu direito de decisão livre de qualquer pressão, ou seja, a decisão deve ser sempre tomada pelo paciente, em um processo de crescimento e autonomia do paciente para com sua vida (KOHNKE, 1980).

No entanto, existem situações na prática da enfermagem que o paciente apresenta incapacidade para tomada de decisão, seja em um atendimento de urgência, idade ou coma (KOHNKE, 1980), nesses casos, o profissional de enfermagem deve aceitar a responsabilidade pela decisão tomada, e

consequentemente, assumir os desdobramentos desencadeados por essa decisão (KOHNE, 1980). Assim, “sempre que você toma decisões pelos outros ou faz por eles o que eles deveriam estar fazendo, você automaticamente aceita a responsabilidade pelos resultados” (KOHNE, 1980, p. 2039, tradução nossa).

No exercício da advocacia, a enfermagem deve manter em mente a manutenção de condições próprias aos pacientes tomarem suas próprias decisões livremente (KOHNE, 1980). Mas para tal, deve-se distanciar da imposição de valores internos presentes nos profissionais de enfermagem que emergem sob a ótica do “nós sabemos o melhor” (KOHNE, 1980), ou pelo receio das consequências das decisões tomadas no exercício da enfermagem, impondo aos pacientes “tomem a decisão que queremos que eles façam, sob o disfarce de terem feito isso sozinhos” (KOHNE, 1980, p. 2039, tradução nossa).

Embora o contexto apresentado da advocacia praticada no campo da enfermagem seja constituída no exercício da livre decisão, tal exercício da defesa desse direito pode ocasionar restrições, sendo elas: a relutância do paciente para a tomada de decisão; jogo de interações da dinâmica familiar; e a cultura do sistema hospitalar (KOHNE, 1980). O reconhecimento dessas barreiras não subsidiam o não exercício da advocacia, mas alertam para as possíveis armadilhas existentes (KOHNE, 1980).

Exercer a advocacia em enfermagem, a partir do reconhecimento dos riscos inerentes ao exercício da advocacia, exige do profissional de enfermagem “ser muito bem informado sobre o sistema, a lei e como lidar com o paciente [...] em outras palavras, você deve aprender a trabalhar dentro do sistema na medida do possível” (KOHNE, 1980, p.2039-2040, tradução nossa).

#### **4.3.4 Teoria 4: Advocacia de enfermagem: a ética da prática - Gaylord and Grace (1995)**

A advocacia em enfermagem desponta-se como conceito importante para a prática da enfermagem na relação enfermeira/paciente, entretanto, o emprego do termo advocacia desencadeia ambiguidade de interpretação na relação com a enfermagem (GAYLORD; GRACE, 1995). Críticos do uso da advocacia pela enfermagem sustentam a ideia de que os profissionais de enfermagem não detém condições de defenderem os direitos dos pacientes, no entanto, tal posicionamento demonstra significativa limitação da interpretação no conhecimento da advocacia prática na enfermagem (GAYLORD; GRACE, 1995). A advocacia em enfermagem não se restringe a defender os pacientes mas sim decorre do filosofia de enfermagem e a sua aplicação prática onde tem como objetivo “o apoio de um indivíduo para promover o seu bem-estar, como entendido por esse indivíduo. É uma ética da prática” (GAYLORD; GRACE, 1995, p.12, tradução nossa).

Os debates sobre a autonomia da enfermagem para suas atribuições práticas no exercício da advocacia decorre das relações de dependência com outros profissionais e/ou instituições nos quais apresentam vínculos profissionais, sob uma perspectiva da advocacia em enfermagem limitada a proteção dos direitos dos pacientes (GAYLORD; GRACE, 1995). Entretanto, tais barreiras, não são condições de negação da advocacia no campo da enfermagem, mas sim dificuldades inerentes de todo comportamento ético que exige uma tomada de decisão moral condicionada as relações profissionais (GAYLORD; GRACE, 1995).

No entanto, Gaylord e Grace (1995), descrevem que a advocacia no campo da enfermagem não representa uma tarefa exclusiva por essa profissão, mas “sim delinear o que acreditamos que a defesa do paciente significa no contexto do cuidado de enfermagem de pacientes” (GAYLORD; GRACE, 1995, p.13, tradução nossa). Embora, a enfermagem apresente na sua prática profissional uma relação de proximidade com o paciente, e conseqüentemente, desenvolvendo um relacionamento interpessoal, também

descrito pelo modelo de Gadow por “advocacia existencial” (GAYLORD; GRACE, 1995).

Neste sentido, a advocacia de enfermagem não decorre de uma simples prática normativa e jurisdicional da defesa do paciente contra violações dos direitos dos pacientes, ou vigilância do exercício profissional dos demais profissionais, mas decorre da filosofia que subsidia a prática de enfermagem no cuidado ao indivíduo e seu bem-estar, assim como entendido por esse indivíduo (GAYLORD; GRACE, 1995). A advocacia presente na profissão de enfermagem nada mais é que a base ética-filosófica de prática da enfermagem, alicerçada no entendimento do indivíduo como um ser existencial com direitos e interesses únicos (GAYLORD; GRACE, 1995). Sendo responsabilidade dos profissionais de enfermagem garantir mecanismos necessários para proteção e interesses dos pacientes (GAYLORD; GRACE, 1995).

#### **4.3.5 Teoria 5: Modelo de esfera de advocacia de enfermagem - Hanks (2005)**

O modelo da *Sphere of Nursing Advocacy* (SNA), apresenta a defesa de enfermagem em nome do paciente como uma proteção membranosa, porosa semipermeável. Tal mecanismo de defesa tem como princípio a manutenção da autonomia através da significação dos poros, onde o paciente desenvolve sua capacidade de decisão, e a membrana a barreira de proteção contra riscos eminentes ao paciente (HANKS, 2005). Esse modelo considera o paciente como objeto central da advocacia, fornecendo proteção e defesa dos direitos inerentes do contexto paciente/ambiente, permitindo tanto a ação de advocacia pela enfermagem, como a autonomia de autodefesa do paciente através dos poros da esfera (HANKS, 2005).

A construção do modelo proposto por Hanks (2005), foi constituído com base nas suposições descritas na tabela 3:

Tabela 3: Suposições da Sphere Of Nursing Advocacy Model

---

- Os pacientes precisam de advocacia quando são incapazes de defender para eles mesmos.

---

- Enfermeiras precisam advogar pelos pacientes

---

- As enfermeiras não devem duvidar de suas ações ao defender para pacientes

---

- As enfermeiras não devem permitir que preconceitos interfiram advogando por pacientes

---

- As enfermeiras devem permitir que os pacientes advoguem quando os pacientes são capazes de fazer isso

---

- Enfermeiras devem fornecer uma esfera de defesa para o paciente

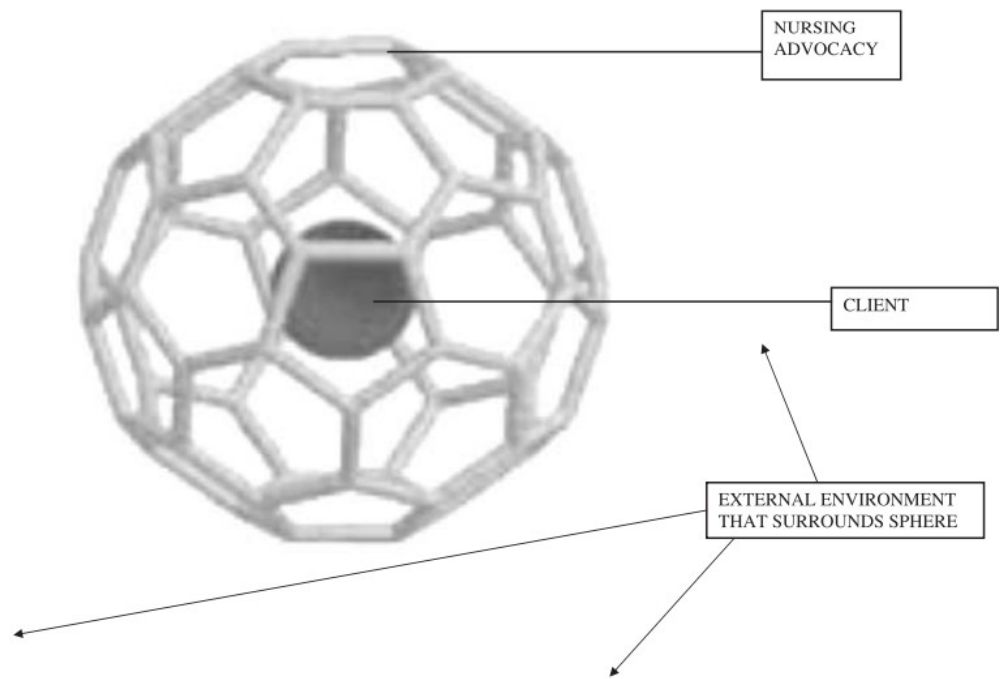
---

Fonte: (HANKS, 2005).

O modelo de proteção em esfera proporciona um escudo de defesa do paciente em situações de vulnerabilidade, além de delimitar proteção contra riscos para com a integridade do paciente (HANKS, 2005). Em caso de incapacidade de autoproteção do paciente, a esfera passa a ser a base da defesa praticada pela enfermagem, entretanto, com a autonomia do paciente ativa, a esfera passa a ser uma defesa simultânea com a praticada pelo paciente (HANKS, 2005).

O enfermeiro, ao advogar pelo paciente, está formando, conceitualmente, uma barreira de proteção entre o paciente e o ambiente externo e contra possíveis vulnerabilidades que possa existir (HANKS, 2005). A existência de poros representa a interação paciente-ambiente e a autonomia que emerge por dentre os poros e assume as condições para a tomada de decisão (HANKS, 2005), conforme figura 3:

Figura 3: *Sphere of Nursing Advocacy Model*



Fonte: (Hanks, 2005).

## 5 METODOLOGIA

Para o delineamento deste estudo, o método aplicado foi por meio de uma abordagem qualitativa exploratória-descritiva, com compreensão interpretativa fundamentada na Análise Textual Discursiva (ATD) e a Hermenêutica Filosófica (HF). O direcionamento metodológico subsidiou a reprodução dos significados emergentes mais próximos do significado reconhecidos pelos participantes, uma vez que, a facticidade é parte de um processo social em constante andamento (VIDICH; LYMAN, 2006), pois, mesmo não havendo a possibilidade de compreender a totalidade do fato, esse representa o instrumento de interpretação das aceleradas mudanças nos diferentes contextos sociais (FLICK, 2009).

O caráter exploratório-descritivo deste estudo deteve-se a partir da necessidade de explorar o objeto social e a familiarização com o objeto de estudo (exploratório), assim como, de descrever as questões correlacionadas as questões contextuais e detalhadas a serem pesquisadas (FLICK, 2009). No tangente da advocacia, a facticidade vivenciada no cotidiano das profissionais enfermeiros emergem durante suas atividades profissionais correlacionadas com múltiplos fatores já descritos neste estudo. Assim, o estudo qualitativo assumiu o pressuposto de análise do contexto real no encontro entre interrogação/interrogado/pesquisador dando à luz da complexidade dos significados emergentes desta modalidade de pesquisa (BICUDO, 2011).

Neste sentido, o delineamento de pesquisa dos novos significados emergentes interpretados e compreendidos em profundidade, no movimento hermenêutico de pré-compreensões para compreensões mais complexas permitiu interpretações contextualizadas e históricas, com intensa participação do pesquisador, e assim, apropriando-se do caráter hermenêutico (MORAES; GALIAZZI, 2016). Assim como, no entendimento de fusão de horizontes da hermenêutica filosófica no tangente ao compreender a partir da intermediação entre o intérprete e o objeto (GADAMER, 2011a). Deste modo, consolidando-se aproximação da ATD e a Hermenêutica Filosófica.

A pesquisa guiou-se por uma abordagem qualitativa com emprego de entrevistas direcionadas ao objeto do estudo, tal procedimento possibilitou a

coleta de dados sobre experiências delimitadas pela investigação social e emergentes opiniões, sentimentos, condutas e sistemas interligados à temática do exercício da advocacia pelos profissionais enfermeiros (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Para a compreensão dos fenômenos relacionadas à advocacia no âmbito da enfermagem, este estudo seguiu a aplicação de duas abordagens de entrevistas, distinguindo-se a partir da melhor adaptação para com os participantes deste estudo. No que tange a percepção da facticidade por parte dos profissionais enfermeiros, a abordagem terá por instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas com base em arcabouço flexível mas com direcionamento ao objetivo do estudo (BRITTEN, 2009).

Tal determinação foi desenvolvida com base na compreensão que os fatos emergentes no desenvolvimento profissional das enfermeiras possibilitam a aproximação com suas experiências de mundo social, neste caso, em meio ao grupo social no qual desenvolvem suas atribuições profissionais. Com efeito, a experiência:

“se dá sempre que se experimenta mundo, sempre que se supera o estranhamento, onde se produz iluminação, intuição, apropriação. A tarefa primordial da hermenêutica como teoria filosófica consiste em mostrar, por fim, [...] que só pode ser chamada de “experiência” a integração de todo conhecimento da ciência ao saber pessoal do indivíduo” (GADAMER, 1999, p. 136-7).

Entretanto, em outra ponta da facticidade da advocacia onde está o paciente, conforme já descrito na revisão literária neste estudo com a centralidade da advocacia do paciente, e diretamente relacionada a advocacia em enfermagem individual e coletivo, com ações de defesas contra vulnerabilidades que afetam sua autonomia, saúde, direitos. Para tal perspectiva, optou-se pelo uso da técnica de entrevista em profundidade, uma vez que, tal delineamento de entrevista proporcionou melhor aprofundamento para a compreensão dos fatos percebidos pelos pacientes (BRITTEN, 2009).

A escolha dessa modalidade de entrevista passa pela compreensão de que durante o período de internação hospitalar os participantes do estudo (pacientes) vivenciam a advocacia, mesmo que por vezes não a reconhecendo



nos significados e injunções da emergente relação paciente e os serviços de saúde.

## 5.1 LOCAL DE PESQUISA

O presente estudo foi realizada em um hospital universitário (HU), caracterizado por hospital geral (HG), localizado na 6ª mesorregião do Sudeste Rio-Grandense, vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O modulo hospitalar é composto por especialidade cirúrgico com: três leitos - ginecologia; um leito – otorrinolaringologia; um leito – torácica; um leito – plástica; 16 leitos – ortopediatraumatologia; dois leitos – neurocirurgia; um leito – gastroenterologia; um leito - endocrinologia; dois leito - nefrourologia; um leito - oftalmologia; 22 leitos – cirurgia geral; totalizando 51 leitos (BRASIL, 2018). Na especialidade clínica, a subdivisão constituído por: um leito – hematologia; um leito – pneumologia; 52 leitos – clínica geral; um leito – cardiologia; sete leitos – AIDS; um leito – neurologia; um leito – nefrourologia; totalizando 64 leitos (BRASIL, 2018).

Já na descrição complementar, o hospital dispõem de: quatro leitos – unidade isolamento; três leitos – unidade de cuidados intermediário neonatal canguru; cinco leitos - unidade de cuidados intermediários neonatal convencional; seis leitos - UTI adulto – tipo II; dez leitos - UTI neonatal – tipo II; dez leitos - UTI pediátrica – tipo II (BRASIL, 2018). Assim, como a especialidade obstétrica - 32 leitos; pediátrico – 26 leitos; hospital dia – 16 leitos; e outras especialidades – quatro leitos (BRASIL, 2018). Atualmente, o hospital possui a capacidade de 225 leitos de atendimento conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o atendimento exclusivamente por esse sistema (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

O hospital possui três modelos de vínculos empregatícios, tendo profissionais regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com vínculo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e a Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande (FAHERG) e EBSERH; além dos

profissionais regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) ligado ao Ministério da Educação (BRASIL, 2018).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no registro profissionais por estabelecimento, o número total de profissionais de enfermagem constituído por 602 (42,5%) do total de 1.416 profissionais registrados. Destes 602 profissionais, 261 são Técnicos de Enfermagem; 211 Enfermeiras; 129 Auxiliares de Enfermagem; e um atendente de enfermagem (BRASIL, 2018). A partir deste cenário, este estudo foi realizado nas unidades de Clínica Cirúrgica (UCC) e Clínica Médica (UCM) por apresentarem característica de maior tempo de internação, favorecendo a relação enfermagem/paciente, ou seja, a relação primordial para o exercício do fenômeno da advocacia.

### **5.1.1 Unidade de Clínica Cirúrgica**

No que se refere à especialidade de clínica cirúrgica, do HU/FURG/EBSERH possui 32 leitos distribuídos em 10 enfermarias e um posto de enfermagem, localizado no segundo andar do hospital. A UCC possui um quadro funcional de enfermagem composto por 33 profissionais de enfermagem, dos quais 9 são enfermeiros, 24 distribuídos entre técnicos e auxiliares de enfermagem.

A distribuição da força de trabalho de enfermagem dividi-se em seus respectivos turnos, sendo o turno Manhã composto por: duas enfermeiras, sete técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem; turno Tarde: uma enfermeira, seis técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem; turno Noite I: duas enfermeiras, seis técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem; Turno Noite II: uma enfermeira e um enfermeiro (2), cinco técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

A UCC tem como objetivo a internação de pacientes que necessitem de tratamento clínico nas mais diversas demandas cirúrgicas, tendo como porta de entrada o Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Ambulatório, Centro Cirúrgico (CC) e UTI. Os serviços prestados tem por princípio a multidisciplinaridade,

contemplados nas áreas: medicina, enfermagem, serviço social, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, educação física, entre outros profissionais.

### **5.1.2 Unidade de Clínica Médica**

A Unidade de Clínica Médica, do HU/FURG/EBSERH possui 49 leitos distribuídos em 17 enfermarias e dois postos de enfermagem, com a distribuição de 30 leitos no segundo andar do hospital e 10 leitos no primeiro andar. A UCM possui um quadro funcional de enfermagem composto por 63 profissionais de enfermagem, dos quais 14 são enfermeiros, 49 são técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, distribuídos em quatro turnos de trabalho (Manhã, Tarde, Noite I e Noite II). Tendo como característica a sua integralidade dos profissionais de enfermagem ligados a EBSEH.

O quadro de trabalho dos profissionais de enfermagem dividem-se segundo os respectivos turnos, sendo o turno Manhã composto por: dois enfermeiros e uma enfermeira (3), 12 técnicos de enfermagem; turno Tarde: três enfermeiras e um enfermeiro (4), 11 técnicos de enfermagem; turno Noite I: dois enfermeiros e duas enfermeiras (4), 13 técnicos de enfermagem; Turno Noite II: duas enfermeiras e um enfermeiro (3), 13 técnicos de enfermagem.

A UCM tem como objetivo a internação de pacientes que necessitem de tratamento clínico nas mais diversas patologias, tendo como porta de entrada o Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Ambulatório e UTI. Os serviços prestados tem por princípio a multidisciplinaridade, contemplados nas áreas: medicina, enfermagem, serviço social, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, educação física, entre outros profissionais.

## **5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

A estratégia de escolha dos participantes teve como finalidade a análise da percepção dos trabalhadores em uma conjuntura de fatores que possibilitaram a emergência reflexiva do fenômeno, conforme esse se apresenta para os participantes da pesquisa.

Foram abordados dois grupos no desenvolvimento desse estudo: o primeiro grupo foi composto por enfermeiros e enfermeiras lotados nas UCC e UCM. Já o segundo grupo foi constituído por pacientes internados nas respectivas unidades de internação supracitadas. A amostragem teve por modalidade não probabilística por conveniência.

Os participantes do estudo foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeira pertencente ao quadro profissional dos referidos locais de estudo (UCC e UCM), com tempo mínimo de seis meses. Os critérios de exclusão foram delimitados a partir da falta de disponibilidade para participação no período de 60 dias; ou profissionais que estejam substituindo os profissionais locados nas unidades de pesquisa em caráter ocasional. Todas as informações referentes a constituição do espectro dos participantes do estudo foram obtidas a partir do instrumento de coleta de dados.

### 5.3 COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento da coleta de dados foi utilizada a entrevista qualitativa, do tipo semi-estruturada, contendo perguntas abertas que possibilitaram uma condução flexível na área a ser explorada com respostas em profundidade, guiadas pelo pesquisador (POPE; MAYS 2009, p.25).

A opção pela técnica de entrevista semi-estruturada foi escolhida por proporcionar o alcance das percepções, dos participantes a respeito do fenômeno da advocacia presente na prática profissional de enfermagem. Pope e Mays (2009, p.25) indicam que "em uma entrevista qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado".

A entrevista semi-estruturada tem por finalidade o método de coleta de dados do tipo "Autorrelatos", que possibilitou aos participantes responderem questões formuladas pelo pesquisador. Através de um guia de entrevista instigando os participantes a refletir sobre suas visões de mundo (POLIT; BECK, 2011).

Deste modo, a presente etapa estudo foi norteadada pelo guia de entrevista (APÊNDICE A). Os registros das entrevistas foram realizadas

individualmente, com o emprego de gravações em áudio, a duração média das entrevistas foi de 25 minutos. Esse método foi escolhido por considerar a potencialidade de restituição do caráter oratório para transcrição em textos, e a partir deles, desenvolver o exercício da interpretação hermenêutica através da análise textual discursiva (ATD).

#### 5.4 ANÁLISE DE DADOS

Utilizamos a análise Textual Discursiva como instrumento metodológico dos dados emergentes neste estudo, uma vez que possibilitou compreender sobre factibilidades e discursos dos participantes. Esse delineamento decorreu da possibilidade de compreensão aprofundada de determinados fatos emergentes, determinando um conjunto de novos significados a serem interpretados a partir dos contextos pesquisados (MORAES; GALIAZZI, 2016). Tal empreendimento de análise teve por objetivo desvelar discursos sociais referentes ao exercício da advocacia pelas profissionais enfermeiras e os pacientes.

Para Moraes e Galiazzi (2016), a fenomenologia possibilita a investigação direta dos fenômenos manifestado pela consciência humana, sendo apenas no fenômeno a possibilidade de investigação, uma vez que a essência material é inacessível<sup>8</sup>. Deste modo, foi a partir da fenomenologia que a humanidade pode compreender a facticidade (MORAES; GALIAZZI, 2016). Nesse sentido, o presente estudo teve como direcionado o exercício da interpretação na hermenêutica filosófica (HF) do fenômeno da advocacia em enfermagem. Esse posicionamento seguiu a aplicação da ATD, segundo a descrição que:

“ATD constitui exercício de interpretação hermenêutica, capaz de atingir compreensões emergentes em discursos sociais analisados a partir de espaços de textos produzidos por uma diversidade de sujeitos. Nos espaços de linguagem em que se manifestam os sujeitos o pesquisador procura produzir novos sentidos e

---

<sup>8</sup> Princípio grego atribuído ao filósofo Heráclito de Éfeso (séc. VI-V a. C.), onde descreve a teoria do devir, e que a realidade é um eterno devir, uma vez que “tudo escorre”, o mundo é dirigido pela luta dos contrários que se compõe em harmonia (REALE; ANTISELRI, 2011).

compreensões sobre os fenômenos que investiga, sempre com a marca de sua autoria” (MORAES; GALIAZZI, 2016, p. 243).

Assim como descrito por Gadamer sobre de interpretação do sujeito:

“O que a hermenêutica filosófica quer destacar é que o sujeito que conhece está imerso na história, a qual justifica a sua tradição pessoal e a do grupo que participa. Portanto, não se trata de uma perspectiva que vem de fora, mas um olhar que vem do interior do ente homem envolvido, colocando em jogo a sua reflexão vivida” (ENGELMANN, 2007, p.127).

Neste sentido, a investigação da facticidade em pesquisa social compreende a transcendência da percepção de ideia em uma realidade, aproximando o pesquisador a explorar uma subjetividade presente na pesquisa social e seus discursos coletivos, neste caso, a superficialidade aparente pode romper-se quando compreendidos em profundidade (MORAES, GALIAZZI, 2016). Portanto, segundo a ATD “o pesquisador envolve-se na exploração de relações complexas nos fenômenos sociais, sempre históricos e exigindo interpretações de sentidos” (MORAES; GALIAZZI, 2016, p. 242).

A ATD desponta-se como instrumento metodológico capaz de assumir novos pressupostos epistemológicos, ontológicos e metodológicos para a busca do conhecimento científico, formulado a partir de emergentes abstrações teóricas (MORAES; GALIAZZI, 2016). Assim como, a hermenêutica na reconstrução de compreensões a partir da interpretação do fato, superando as pré-compreensões e imergindo na produção de novos sentidos (MORAES; GALIAZZI, 2016).

A relação de emersão e imersão é resultado de um caráter reconstrutivo de que se aproxima da hermenêutica objetiva, onde emprega-se a metodologia qualitativa para reconstruir ideias do pesquisados embasadas nas ideias dos outros (MORAES; GALIAZZI, 2016). Tal interação se deu pela interação do pesquisador e participantes da pesquisa, escutando o outro e suas manifestações, e assim, investigando aproximações e discrepâncias dos significados dos fatos. Neste ponto, a ATD e a Hermenêutica Filosófica exigiu a participação do autor da pesquisa na participação das novas compreensões emergentes derivadas da imersão profunda nos dados a serem analisados. Conforme descrito por Moraes e Galiazzi (2016, p. 249):

“um intenso envolvimento e impregnação do pesquisado nos fenômenos que investiga, é uma característica da ATD no sentido de criar e produzir com originalidade e autoria. Na ATD com tendência hermenêutica o pesquisador precisa assumir-se como o centro do processo de interpretativo, ainda que sempre atento a uma multiplicidade de vozes afetando suas interpretações”.

É na multiplicidade das vozes e sujeitos concretizados na unitarização e categorização que possibilita a aproximação de verdades elaboradas, sustentadas pelas análises e sínteses (MORAES; GALIAZZI, 2016). Pois, é “a partir da desconstrução das ideias dos participantes da pesquisa, num esforço construtivo do pesquisador, explodem novas ideias e compreensões, sempre com a presença ativa e da autoria do pesquisador” (MORAES; GALIAZZI, 2016, p. 251).

O caráter hermenêutico do movimento da ATD correspondeu a sequências de reconstruções em espiral de produção de compreensões emergentes na linguagem de inúmeras vozes capazes de superar pré-compreensões superficiais do pesquisador em direção a novos níveis de compreensão, “conduzindo a entendimentos cada vez mais complexos” (MORAES; GALIAZZI, 2016, p.253).

Esse movimento em espiral no qual ocorrem reconstruções e construções são determinados por “análise e síntese, categorização e categorização, movimento de reconstrução teórica e compreensiva em que se integram diferentes vozes, com intenso envolvimento do pesquisador, de outros sujeitos e de teóricos, sempre em espirais de caos e ordem” (MORAES; GALIAZZI, 2016, p. 254). Nesse processo de imersão, envolvimento, produção e reprodução, constitui o elo entre o espiral de compreensão da ATD e a Hermenêutica Filosófica, por assim compreender que por o elo investigado emerge na diversidade de participantes, no qual o pesquisado dialoga no caos e ordem das informações analisadas produzindo assim novas compreensões (MORAES; GALIAZZI, 2016).

### 5.4.1 Operacionalidade da Análise Textual Discursiva

A operacionalidade da análise de dados partiu da investigação hermenêutica do factual em quatro etapas: a desmontagem de textos; o estabelecimento de relações; a captação do novo emergente; a construção de um processo auto organizado, figura 4 (MORAES; GALIAZZI, 2016). Permitindo assim. a imersão do factual envolto nas ações de advocacia praticada por enfermeiras em suas atividades profissionais.

Figura 4 - Operacionalidade da Análise Textual Discursiva (ATD) organizada em quatro etapas.

<b>Desmontagem dos Textos</b>	<b>Estabelecimento de relações</b>	<b>Captando o novo emergente</b>	<b>Processo auto-organizado</b>
- Leitura e Significação	- Processo de categorização	- Construção de um metatexto e sua estrutura textual	- A desconstrução
- Desconstrução e unitarização	- Propriedades das categorias	- Descrição e interpretação	- A emergência do novo
- Envolvimento e impregnação	- Categorização e teorias	- Produção textual, compreensão e teorização	- Comunicando as compreensões emergentes
	- Produção de argumentos em torno das categorias	- Construção de validade	

FONTE: MORAES; GALIAZZI (2016).



A desmontagem dos textos ocorreram na investigação dos significados presentes nas 13 entrevistas, com o aprofundando nos diversos sentidos emergentes das vozes dos participantes. Esse momento de análise, foi composto de profunda diversidade de sentidos que ao serem analisados pelos pesquisadores com envolvimento e impregnação do fenômeno passou a compor o “corpus”<sup>9</sup> da ATD (MORAES; GALIAZZI, 2016). Deste modo, a ATD “opera com significados construídos a partir de um conjunto de textos. Os materiais textuais constituem significantes a que o analista precisa atribuir sentido e significados” (MORAES; GALIAZZI, 2016, p. 36). A desmontagem dos textos foi guiada pela produção e análise do corpus textual transcritos na totalidade das 13 entrevistas.

A realização da unitarização exigiu um amplo aprofundamento nos discursos emergentes, para construção de significados e re-significados sobre o corpus passando a ser constituído unidades de significados relacionado com a advocacia exercida pelas profissionais enfermeiras. A formação das unidades de sentido seguiram: primeiro, “a priori”, diretamente relacionado com conhecimento previamente constituído; segundo, “emergente”, onde a construção das unidades emergem do corpus da pesquisa, também denominado por insights a partir da impregnação; e por fim, a categorização por aglomerado convergência de significados categorizados por uma ideia central correspondente a unidade de significado (MORAES; GALIAZZI, 2016).

Nesta etapa, após o processo descrito até o momento, tornou-se como resultado desse procedimento a construção de metatexto analítico que aglutinam o estabelecimento de relações para as categorias de significados emergentes. Neste momento, o metatexto produz a aplicação do ATD como resultado do envolvimento do corpus e a autoria do pesquisador, assim, a metodologia possibilitando a delimitação entre a descrição do conjunto de significados descritos ou pela construção interpretativos dos mesmos, e assim, “pretendendo um afastamento maior do material original num sentido de abstração e teorização mais aprofundado” (MORAES; GALIAZZI, 2016, p. 54).

---

<sup>9</sup> Corpus da Análise Textual Discursiva significa o conjunto de documentos, produções textuais e outras expressões linguísticas que expressem discursos sobre diferentes fenômenos.

A categorização possibilitou reunir os conjuntos de significados semelhantes, a partir de constantes reconstruções teóricas e compreensiva, cada vez mais profunda. Essa etapa foi constituída por meio de ações em diferentes níveis de compreensão em espiral com retorno cíclico cada vez mais complexa sobre o exercício da advocacia pelas profissionais enfermeiras.

A última etapa, construção do processo auto-organizado constituiu-se pela interpretação realizada pelo pesquisador e sua imersão nos metatextos em um movimento hermenêutico da interpretação dos significados que ocorrem na constituição do processo de teorização (MORAES; GALIAZZI, 2016). Portanto, “o modo de teorização fenomenológico-hermenêutico é aquele que se propõe a construir novas teorias a partir do exame do material do corpus” (MORAES; GALIAZZI, 2016, p. 59). Constituindo-se assim, a teorização resultante do processo de análise textual discursiva desenvolvido nesta tese, figura 5.

Figura 5 – Análise Textual Discursiva – unidades e categorizações – Rio Grande - 2019.

CATEGORIAS “A PRIORI”	UNIDADES DE SENTIDO	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS EMERGENTES	CATEGORIAS FINAIS
- DIÁLOGO HERMENÊUTICO	- Comunicação - Orientação - Comunicação / Multiprofissional - Porta-voz - Consenso - Cultural	COMUNICAÇÃO	ADVOCACIA EM ENFERMAGEM
- FUSÃO DE HORIZONTES	- Envolvimento - Tempo de internação - Multiprofissional - Histórias de vida - Compreender / direitos - Vulnerabilidade	RELAÇÃO ENFERMAGEM/ PACIENTE	
- COMPREENSÃO - INTERPRETAÇÃO - SITUAÇÃO CONCRETA	- Situações de estresse - Direitos - Falta de comunicação - Violência - Defesa - Promoção da autonomia - Intervenção	ENTENDER O PACIENTE	
- APLICAÇÃO - DECISÃO ÉTICA	- Autonomia - Emancipação - Integralidade do cuidado - Conhecimento - Conflito	AÇÕES DE DEFESA	
- FORMAÇÃO ÉTICA	- Formação Acadêmica - Valores - Humanismo - Agir ético	CONHECIMENTO E TRADIÇÕES	

## 5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), obtendo a aprovação no proferido registro nº 53/2019 (ANEXO I), assim como aprovação de execução do estudo junto a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da HU/FURG/EBSERH (ANEXO II), respeitando as diretrizes éticas envolvendo seres humanos sob a ótica das Resoluções nº 466, 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), e nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

Além dos respectivos pareceres de aprovações supracitados, foram encaminhados cartas de apresentação e solicitação para realização da pesquisa para as enfermeiras líderes das unidades de Clínica Cirúrgica (ANEXO III) e Clínica Médica (ANEXO IV). Nesta etapa, foi apresentado os objetivos do estudo e os riscos envolvidos, assim como, os potenciais benefícios da pesquisa para prática da advocacia, o exercício da enfermagem e a assistência ao paciente.

Desta forma, os pesquisadores se comprometeram com os participantes da pesquisa em fornecer, em qualquer momento, esclarecimentos de todas as informações necessárias, em linguagem clara, para o maior entendimento sobre a pesquisa. Sendo formalizado a participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações e contato dos pesquisadores (APÊNDICE B).

Ao final de cada entrevista, os participantes foram codificados por número de formulário, e posteriormente renomeados através da letra E, seguido por algarismos arábicos, de forma aleatória a realização da pesquisa, e das letras correspondentes as unidades de internação (UCC/UCM). Deste modo, garantindo o anonimato e a manutenção sigilo dos participantes do estudo.

Do mesmo modo, foram assegurados o respeito a autonomia e a plena liberdade dos participantes da pesquisa, por intermédio da garantia de recusa de participação ou através da retirada do consentimento em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalização. Assim como, da constante

avaliação de análise de riscos envolvendo a pesquisa com seres humanos, a partir das diretrizes norteadores presentes nas resoluções 466/12 e 510/16 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, disposto no inciso II – Dos termos e definições descreve como risco da pesquisa a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente” (BRASIL, 2012). Nesse sentido, o artigo 19 da resolução 510/16, promulgada e plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), expõe a relação pesquisador/riscos:

“O pesquisador deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos” (BRASIL 2016).

Assim, como da premissa exposta na Resolução 466/2012 – V – dos riscos e benefícios, que descreve que “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados” (BRASIL, 2012, p. 2). Que exige a identificação prévia de possíveis riscos na realização da pesquisa, neste sentido o estudo é classificado em grau mínimo, conforme delimitamento apresentado no documento “Orientação nº 01/2016” do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Especializada na Área de Saúde do Rio Grande do Sul (2016), que discorre sobre fator de risco em pesquisas com seres humanos, conforme evidenciado na Tabela 4:

Tabela 4 – Riscos relacionados ao grau mínimo.

(continua)

- <b>Cansaço ou aborrecimento ao responder questionários;</b>
- Constrangimento ao realizar exames antropométricos;
- Constrangimento ao se expor durante a realização de testes de qualquer natureza;
- <b>Desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo;</b>

Tabela 5 – Riscos relacionados ao grau mínimo.

(conclusão)

---

**- Alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante;**

---

**- Alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sexualidade, divisão de trabalho familiar, satisfação profissional etc;**

---

**- Risco de quebra de sigilo.**

---

FONTE: Comitê de Ética em Pesquisa da FASURGS, 2016, grifo do nosso.

Neste sentido, foi considerando a possibilidade dos eventuais riscos como: cansaço ou aborrecimento ao responder; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre as ações éticas/morais no exercício da enfermagem; risco de quebra de sigilo. Entretanto, nenhuma ocorrência foi comunicada e/ou registrada.

Por fim, os resultados obtidos serão devolvidos aos participantes através de relatórios finais, encaminhados aos locais de estudo. Com o término da pesquisa, todos materiais utilizados no desenvolvimento do estudo (formulários, entrevistas gravadas, TCLEs e transcrições) foram arquivados em local específico de monitoramento da segurança dos dados do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES), pelo período de cinco anos após a publicação desta tese, sob a responsabilidade do pesquisador do estudo.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo é apresentado os resultados e discussões na formatação de artigos científicos, tendo por composição dois artigos emergidos do desenvolvimento de pesquisa qualitativa e um artigo de cunho reflexivo na composição desta tese. O aprofundamento teórico-filosófico e o estado da arte sobre a advocacia no exercício da enfermagem possibilitou a imersão crítico-reflexiva sobre o exercício da advocacia no âmbito da enfermagem.

O primeiro artigo apresentado, intitula-se “O exercício da advocacia no âmbito da enfermagem: percepção dos enfermeiros”, foi desenvolvido após imersão para conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a advocacia praticada pela profissão. O direcionamento extraído desta etapa da pesquisa foi de uma formação ética e a possibilidade de conflitos durante o exercício da advocacia.

O segundo, cujo título é “O diálogo hermenêutico e a advocacia em enfermagem: um estudo qualitativo”, apresentou como objetivo compreender como os profissionais enfermeiros percebem a comunicação para o exercício da advocacia em seu cotidiano profissional.

Por fim, o terceiro artigo, intitulado “Advocacia em enfermagem: construção de um modelo teórico sob a perspectiva gadameriana”, apresentou como objetivo a construção de um modelo teórico-conceitual da advocacia em enfermagem com base na Hermenêutica Filosófica Gadameriana.

## 6.1 ARTIGO ORIGINAL

### O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE FILOSÓFICA GADAMERIANA<sup>10</sup>

### THE EXERCISE OF ADVOCACY IN THE SCOPE OF NURSING: A GADAMERIAN PHILOSOPHICAL ANALYSIS

### EL EJERCICIO DE LA ADVOCACIA EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA: UN ANÁLISIS FILOSÓFICO GADAMERIANA

**RESUMO: Objetivo:** conhecer as percepções de enfermeiros acerca do exercício da advocacia perspectiva filosófica gadameriana. **Método:** estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital do sul do Brasil. Foi desenvolvido entre os meses de abril e maio de 2019, tendo como participantes 13 Enfermeiras. Análise de dados seguiu os preceitos da Análise Textual Discursiva e o referencial teórico da Hermenêutica Filosófica Gadameriana. **Resultados:** emergiram duas categorias: “Formação ética e o exercício da advocacia por enfermeiros” e “Situações de conflitos emergentes do exercício da advocacia”. **Conclusão:** a formação profissional e a experiência prática constituem a base para o exercício da advocacia em enfermagem, fortalecendo-se com a consolidação de conhecimento e o tempo de atuação profissional. Mesmo diante da possibilidade de conflitos, o exercício da advocacia em enfermagem prevalece na busca de uma assistência de qualidade no cuidado ao paciente, necessidades e autonomia.

**Descritores:** Advocacia em saúde; Defesa do paciente; Ética em enfermagem; Enfermagem

**ABSTRACT: Objective:** to know the perceptions of nurses about the practice of advocacy. **Method:** an exploratory-descriptive study, with a qualitative approach, performed in a hospital in southern Brazil. It was developed between the months of April and May of 2019, having as participants 13 Nurses. Data analysis followed the precepts of the Discursive Textual Analysis and the theoretical reference of the Gadamerian Philosophical Hermeneutics. **Results:** two categories emerged: "Ethical training and the practice of advocacy by nurses" and "Situations of emerging conflicts in the practice of advocacy". **Conclusion:** professional training and practical experience constitute the basis

---

<sup>10</sup> Artigo a ser encaminhado a Revista Texto & Contexto Enfermagem, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: Advocacia em Enfermagem sob a perspectiva da Hermenêutica Filosófica Gadameriana; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGENF/FURG. As normas podem ser observadas em: <http://www.scielo.br/revistas/tce/pinstruc.htm>



of the practice of nursing law, strengthening with the consolidation of knowledge and the time of professional performance. Even in the face of the possibility of conflicts, the practice of nursing advocacy prevails in the search for quality care in patient care, needs and autonomy.

**Descriptors:** Health Advocacy; Patient Advocacy; Ethics, Nursing; Nursing

**RESUMEN:** **Objetivo:** conocer las percepciones de enfermeros acerca del ejercicio de la abogacía. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en un hospital del sur de Brasil. Se desarrolló entre los meses de abril y mayo de 2019, teniendo como participantes 13 Enfermeras. Análisis de datos siguió los preceptos del Análisis textual Discursivo y el referencial teórico de la Hermenéutica Filosófica Gadameriana. **Resultados:** surgieron dos categorías: "Formación ética y el ejercicio de la abogacía por enfermeros" y "Situaciones de conflictos emergentes del ejercicio de la abogacía". **Conclusión:** la formación profesional y la experiencia práctica constituyen la base del ejercicio de la abogacía en enfermería, fortaleciéndose con la consolidación del conocimiento y el tiempo de actuación profesional. Incluso ante la posibilidad de conflictos, el ejercicio de la abogacía en enfermería prevalece en la búsqueda de una asistencia de calidad en el cuidado al paciente, necesidades y autonomía.

**Descritores:** Defensa de la Salud; Defensa del Paciente; Ética en Enfermería; Enfermería

## INTRODUÇÃO

A discussões sobre a advocacia e sua relação com os profissionais de saúde remetem ao final do século XVIII e início do século XIX, com a Revolução Industrial e a exploração de crianças nos processos de produções das fábricas (BIERMAN, 1966). Esse movimento promoveu o exercício da advocacia focada na saúde materno-infantil, e posteriormente, ampliando-se para ações em defesa à indivíduos e grupos vulneráveis (BRANDON, 1995; DEVAKUMAR; SPENCER; WATERSTON, 2016).

Em 1979, foi publicado *The Nurse as Advocate: A Philosophical Foundation for Nursing*, apresentando o exercício da enfermagem num movimento oposto aos moldes biomédicos, e direcionando-se a partir da distinção pela filosofia de cuidado, uma arte moral, e não apenas uma ação de cuidado (CURTIN, 1978). A advocacia para a profissão da enfermagem tem

como base a relação de humanidade com o paciente, como fundamento filosófico anterior a qualquer outra relação ou ação (CURTIN, 1979).

Neste sentido, a compreensão de advocacia praticada pela profissão de enfermagem tem como princípio filosófico o agir ético na relação enfermagem/paciente (CURTIN, 1979). A partir desse envolvimento, surgem as mais variadas descrições de exercício da advocacia praticadas na enfermagem, sendo essas descritas como ações de garantia dos direitos dos pacientes e suas famílias, a qualidade dos cuidados em saúde, a manutenção de vias de comunicação eficazes para capacitação e orientação, e principalmente, o suporte e o livre exercício da autonomia do paciente (TOMASCHEWSCHI-BARLEM, et al., 2018).

Nesse cenário, a Hermenêutica Filosófica agrega sua fundamentação de compreensão ao exercício de advocacia em enfermagem, uma vez que ambas constituem a intermediação entre um interprete e o objeto, ou seja, enfermeiro e o paciente durante todo o período da relação enfermagem/paciente (GADAMER, 2011; CURTIN, 1979). Uma vez que, através da fusão de horizontes e o diálogo hermenêutico que dois indivíduos podem chegar a um acordo de compreensão sobre si e do outro (GADAMER, 2011).

O diálogo está presente na prática cotidiana da enfermagem, em situações concretas do agir ético na fusão de horizontes de histórico-efetual presentes no diálogo hermenêutico (GADAMER, 2011) entre o enfermeiro e o paciente, constituindo assim a relação enfermagem/paciente. Logo, este estudo justifica-se pela necessidade de investigação e interpretação o fenômeno da advocacia no exercício da enfermagem e suas dimensões éticas.

A pesquisa teve como questão de pesquisa “Como os enfermeiros percebem o exercício da advocacia durante o desenvolvimento de suas atividades profissionais?” que esteve ancorada no objetivo: conhecer as percepções de enfermeiros acerca do exercício da advocacia.

## **MÉTODO**

Investigação de abordagem qualitativa e cunho exploratório-descritivo realizada entre os meses de abril e maio de 2019, realizada em um hospital

universitário do Sul do Brasil. Essa instituição possui modulo hospitalar com capacidade para 225 leitos de internação e conta em seu quadro profissional com 211 enfermeiras.

Os critérios para a seleção compreenderam a delimitação aos profissionais enfermeiros, com o mínimo de seis meses de atuação no hospital pesquisado. Foram excluídos os profissionais que estavam de licença saúde, férias ou outro afastamento durante o processo de coleta de dados. Os locais de estudo foram as unidades de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica por apresentarem a característica de maior tempo de internação, favorecendo a relação enfermagem/paciente.

Foram participantes da pesquisa 13 enfermeiras. Destas, cinco atuavam na Unidade de Clínica Cirúrgica; um em turno diurno e quatro noturno. Já as oito profissionais que desempenhavam suas atividades profissionais na Unidade de Clínica Médica, três atuavam em turno diurno e cinco noturno.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas contemplando a percepção das enfermeiras a respeito do exercício da advocacia na profissão. As entrevistas foram gravadas em arquivo digital e transcritas na íntegra, com duração média de 25 minutos, sendo os resultados organizados, analisados e interpretados à luz da Análise Textual Discursiva (ATD) (MORAES; GALIAZZI, 2016) e a partir do referencial Gadameriano (GADAMER, 2011).

A operacionalidade da análise dos dados, obtidos a partir das transcrições das entrevistas, decorreu pela investigação hermenêutica em quatro etapas: desmontagem dos textos transcritos; estabelecimento de relações; captação do novo emergente; e construção de um processo auto organizado. O caráter hermenêutico do movimento da ATD correspondeu a sequência de reconstruções em espiral de produção de compreensões emergentes na linguagem de inúmeras vozes capazes de superar pré-compreensões superficiais do pesquisador, em direção a novos níveis de entendimento (MORAES; GALIAZZI, 2016).

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos de acordo com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, obtendo a autorização

da realização do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa local e aprovada sob o parecer nº 53/2019, emitida no dia 16 de abril de 2019 (BRASIL, 2012). Os depoimentos das enfermeiras foram identificados pela letra “E” seguida de algarismo arábico e finalizado com o emprego das letras “CC” correspondente a Clínica Cirúrgica e “CM” a Clínica Médica.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Participaram do estudo 13 enfermeiras, sendo nove mulheres, quatro homens, com idade entre 27 e 59 anos. Quanto ao tempo de experiência profissional, variou entre 3 a 20 anos. Outra característica importante se refere a formação complementar, sendo que três relataram ter apenas graduação, sete especialização; dois mestrado e um doutorado.

A organização, análise e interpretação dos dados coletados conduziram a duas categorias: “Formação ética e o exercício da advocacia por enfermeiros: fragilidades ou fortalezas?”, “Situações de conflitos emergentes do exercício da advocacia”.

### **Formação ética e o exercício da advocacia por enfermeiros: fragilidades ou fortalezas?**

Essa categoria aborda a percepção dos enfermeiros a respeito da formação ética como processo de ensino-aprendizagem para o exercício da advocacia durante a prática profissional. Neste sentido, foi possível evidenciar um dualismo sobre a importância da formação ética e a advocacia, em sua maioria, os participantes identificam a formação ética como frágil, enquanto, outros relatos percebem a formação como base de orientação para a tomada de decisões frente aos conflitos.

A formação ética tem por finalidade a construção de uma base crítica de desenvolvimento moral e ético do estudante, preparando-o para o agir durante as futuras situações do cotidiano dos profissionais de saúde (PAIVA; GUILHERM; SOUSA, 2014). O exercício da enfermagem apresenta a peculiaridade de uma complexidade moral no cotidiano das múltiplas relações

entre a enfermagem, pacientes, familiares e outros profissionais da equipe de saúde (GRACE; MILLIKEN, 2016; HOSKINS, et al., 2018). Deste modo, os participantes consideraram a formação acadêmica para o agir ético e o exercício da advocacia como uma fragilidade para o exercício da advocacia.

A formação acadêmica não prepara, eu tive que buscar fora, fazer estágios voluntários porque assim, a parte teórica é excelente, tu aprende a teoria, mas a prática é bem falha. Eu acho que teria que ter mais campo, mais tempo, principalmente em situações que tu não pega muito na faculdade, urgência e emergência. Tu aprende o básico [...], mas as coisas mais complexas tu não consegue pegar [...]. (E05CM).

*eu vejo muita questões voltadas para a teorização das coisas, muitas pesquisas, muito desenvolvimento das coisas da área acadêmica voltado para questão teórica. [...] precisa melhorar mais o contato, [...] de tocar, sentir e de conversar. (E01CM)*

*[...] você que tem um lado humano vai tender a exercer advocacia. Sempre vai tender a defender o paciente. [...] até porque uma das matérias é a humanização. Mas não adianta você só ter o assunto, ser jogadas leis para ti e tu não se conscientizar [...]. eles (professores) até estimulam que você tenha esse lado [...] mas nem sempre acontece. (E02CM).*

A percepção do não reconhecimento da formação acadêmica como base para o agir ético na advocacia de enfermagem, demonstrado nas falas acima, revelam percepções de distanciamento entre a formação e a prática. Tal posicionamento é compreensível, ao observar o exercício da advocacia como uma ação moral que tem por princípio a estreita ligação com a conduta ética frente a situação concreta (JOSSE-EKLUND et al., 2014; HANKS; STARNES-OTT; STAFFORD, 2017). As situações práticas vivenciadas no exercício profissional exigem um posicionamento ético, que pode gerar medo e insegurança para tomada de decisão aos profissionais com pouco tempo de formação. Entretanto, tais percepções desencadeiam uma reação de busca por

saberes que supram a sensação de insegurança principalmente atrelada ao início da trajetória profissional (ALMEIDA et al., 2018).

Na formação, falta psicologia. Mas com o passar dos anos, com a experiência, a prática da advocacia melhora! (E04CC).

*O recém formado [...] se posiciona demais de uma maneira equivocada, em uma situação errada, levando em conta o coração e esquece de ver o contexto todo. Não faz uma real leitura do contexto. [...] mas com o tempo muda, com a experiência profissional e ética fortalece o exercício da advocacia (E03CC).*

O recém-formado não tem como falar, tu não tem prática, tu não tem experiência. Como é que tu vai defender se tu não tem argumento. [...]. Para se posicionar tu tem que ter conhecimento (E05CM).

Por mais distante que pareça a formação e a vivência prática, é na formação que constitui-se um conhecimento próprio da situação concreta (GADAMER, 2011). É no aceitar o estranho e o adverso que agimos no rumo da compreensão, superando o desconhecido e tornando-o particular, apropriando-se do objeto (GADAMER, 2011). Ou seja, o exercício da advocacia tem essa forte relação entre a construção de um conhecimento amplo e a situação concreta emergente da prática profissional. Não há uma dicotomia entre a formação e a prática, mas um constante estranhamento e apropriação da prática da advocacia que tende a fortalecer-se com a experiência.

Contudo, os relatos emergentes dos participantes direcionam um descontentamento com a formação acadêmica e o prática profissional, assim como o exercício da advocacia em enfermagem, delimitando-se a uma formação deontológica focada na teorização. Esse posicionamento tem um possível alinhamento de ensino focado no antigo modelo de disciplinas destinadas aos aspectos disciplinares e legais do exercício profissional (PAIVA; GUILHERM; SOUSA, 2014). Tal cenário, descreve a complexidade do agir ético profissional, que tem por fundamentação a constituição de base crítica

para a conduta, sustentado por normativas que regem toda ação profissional, direitos e princípio de humanidade.

Um profissional crítico-reflexivo é difícil. Eu percebo muito profissionais extremamente mecânicos, mas não crítico-reflexivo para as condutas moral, ética. [...] Requer um profissional com uma formação adequada, observação, direcionamento, um conjunto de fatores que vai fazer que a gente acabe compreendendo esse paciente. (E07CM).

Os ambientes contemporâneos de cuidados de saúde tornam-se cada vez mais complexos exigindo dos profissionais de saúde preparo para antecipar, reconhecer e resolver os problemas que emergem do exercício profissional (GRACE; MILLIKEN, 2016). Neste cenário, os relatos corroboram com a identificação de que a ineficácia da educação ética na formação de enfermagem influencia diretamente no lidar com as questões éticas emergentes do cotidiano da prática de enfermagem (GRACE; MILLIKEN, 2016).

Entretanto, um sistema educacional eficiente pode influenciar o desenvolvimento do exercício da ética profissional, a partir de programas de treinamento de enfermagem que incorporem as situações cotidianas do exercício de enfermagem (DEHGHANI; MOSALANEJAD; DEHGHAN-NAYERI, 2015). Regidos por profissionais com conhecimentos teóricos e experiência no campo ético profissional que amplie o raciocínio ético-moral durante a formação acadêmica (PAIVA; GUILHERM; SOUSA, 2014; DEHGHANI; MOSALANEJAD; DEHGHAN-NAYERI, 2015).

O enfrentamento das situações éticas transcorrem a partir do exercício profissional, com o arcabouço de conhecimento próprio dessa profissão constituindo no exercício profissional e do fortalecimento ético da enfermagem, da autonomia profissional e o exercício do diálogo/comunicação para compreensão entre enfermagem e o paciente (GRACE; MILLIKEN, 2016; SCHALLENBERGER, et al., 2019).

Desse modo, a formação acadêmica com estrutura ético-moral não garante o agir ético dos profissionais formados na área da saúde, o ensino tem

por objetivo ampliar a percepção de futuras situações ético-moral emergentes do exercício profissional (PAIVA; GUILHERM; SOUSA, 2014; GOMES; CARDOSO; ROCHA, 2018). As bases acadêmicas de estrutura ético-moral constituem o conhecimento do futuro profissional de enfermagem, entretanto, a percepção da formação ética pode ser má compreendida, uma vez que podem esperar uma formação acadêmica que preveja todo dilema ético, mas não como uma fundamentação para o exercício profissional (GOMES; CARDOSO; ROCHA, 2018). Ao romperem com a expectativa de um ensino ético completo, foi emergido do estudo a percepção da formação ser uma base reflexiva de orientação para o exercício da advocacia em enfermagem.

*[...] a instituição coloca o profissional no mercado com o básico e com a orientação que dali pra frente tu tem que te aprimorar, mas é um básico bem fundamentado, muito bom. Ele forma o profissional, mas o profissional vai ter que buscar se aprimorar [...] ai depois a tua conduta profissional é tu que vai definir. Nós definimos nossa conduta profissional. Tu tem que conhecer, ser conhecedor, saber o que tua ética profissional espera de ti, tem que ter conhecimento (E02CC).*

Neste caminho, mesmo por vezes não reconhecendo a importância da formação ética para o exercício da advocacia em enfermagem, o agir ético agrega o saber teórico e formativo a experiência prática (DEHGHANI; MOSALANEJAD; DEHGHAN-NAYERI, 2015; LECHASSEUR et al., 2016), ou seja, religa o sentido da conduta a uma ação previamente guiada pelo conhecimento da coisa, uma vez que “aquele que deve tomar decisões morais é alguém que já aprendeu alguma coisa. Ele (intéprete) está determinado por sua educação e suas origens, de modo que em geral sabe o que é correto” (GADAMER, 2011a, p. 417).

A relação do aspecto humano no exercício da advocacia em enfermagem na relação com o paciente constitui a chave fundamental da base filosófica de enfermagem, que através de ações de enfermagem observa o indivíduo como todo, não havendo fragmentação, mas sim centradas nas necessidades humanas reais e fundamentais, sendo o exercício da advocacia interligado a interpretação do agente e da situação em si (CURTIN, 1979).



## Situações de conflitos emergentes do exercício da advocacia

No exercício da profissão de enfermagem surgem questões éticas que exigem do enfermeiro uma ação de advocacia que pode desencadear situações conflituosas (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016; HOSKINS, et al., 2018). A tensão gerada na ação de defesa remete ao posicionamento frente determinada conduta identificada como potencialmente lesiva ao paciente. Neste sentido, os participantes demonstraram em seus relatos a percepção da advocacia em situações de tensões e relações de conflitos:

*[...] teve situações, [...] da gente ligar no estar médico para que o mesmo possa descer, ver e avaliar o paciente por descompensação, e o médico demorar. [...] Infelizmente vou ter que notificar no sistema por conta da tua demora o paciente tá precisando da tua assistência. (E01CM)*

*[...] já tive outras situações [outro profissional de saúde] tomar determinadas condutas e que dentro da minha concepção na minha visão de profissional, que eu discordei e eu me manifestei [...] eu não concordo com isso, não vou realizar procedimentos [...] em prol do paciente [...], minha formação me amparar em relação a isso. Não fazer determinada medicação para paciente idoso com dosagem alta de analgesia. (E01CM).*

A situação concreta emergente do agir ético exige uma tomada de decisão, um posicionamento subsidiado por um amplo conhecimento contextual para uma aplicação adequada (GADAMER, 2011). Nesse sentido, no processo de vivência do exercício profissional, os enfermeiros utilizam-se de saberes prévios constitutivos pelo conhecimento clínico, deontológico e de comunicação multiprofissional, congruentes com a participação autônoma do paciente para a compreensão da situação vivida, sendo por vezes obrigado a adaptar-se as necessidades de cada caso (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016; HOSKINS, et al., 2018; O'CONNOR, 2018).

A compreensão de cada situação ética passa por um entendimento entre diversos atores que exercem sua atividade profissional no atendimento ao paciente. Neste sentido, a compreensão é atitude primordial para o melhor exercício da advocacia em enfermagem. O enfermeiro, nesse sentido, apresenta uma avançada capacidade para construir uma melhor compreensão das questões clínicas interligadas a assistência de enfermagem, usando-a para avaliar e julgar cada situação conflituosa no exercício da advocacia (O'CONNOR, 2018).

A compreensão dos preceitos, tradições e preconceitos tem um importante significado para o exercício da advocacia no âmbito da enfermagem. Nesse sentido, para poder compreender a situação concreta vivida, primeiro precisa-se dar conta de suas próprias opiniões prévias e preconceitos como método para se alcançar a compreensão de algo ou alguém (GADAMER, 2011). Nesse sentido, um entrevistado identificou como essencial:

deixar todos os julgamentos, preconceitos de fora, e vejo que isso tem eficácia porque já aconteceu de uma família que o hospital inteiro não aguentava mais e levou todos os enfermeiros para a direção. [...] Não levar os julgamentos e preconceitos na hora que você vai atender os pacientes (E06CM).

O profissional enfermeiro deve primeiramente buscar reconhecer seus preceitos, preconceitos, valores e opiniões prévias anteriormente da construção da relação enfermeiro/paciente. Tal posicionamento é relevante para a construção de uma via que permita compreensão do paciente, evitando um direcionamento impositivo das crenças dos enfermeiros sobre o paciente. Neste sentido, não pode-se negar a existência de preceitos ao interprete, nem mesmo a afastamento desse, mas ao reconhecer e apropriar de sua existência, ocorrerá a compreensão entre si e o outro (GADAMER, 2011).

O exercício da advocacia praticado pelos profissionais enfermeiros também apresentam necessidades de compreensão do paciente e suas prioridades, a partir do reconhecimento de uma singularidade a ser acessível através do entendimento emergente da mútua relação enfermagem/paciente. Esse panorama, evita uma manipulação da compreensão por preceitos

impostos pelo interprete/enfermeiro no exercício de um paternalismo suave (RISJORD, 2013).

Entretanto, a percepção de que determinada ação possa gerar um conflito é identificada como limitador para ações de advocacia, uma vez que, se o exercício da advocacia para a auto-determinação do paciente não for praticada por todos os profissionais. A recusa de oferecer a ajuda para a melhora do autocuidado, de buscar meios alternativos para manutenção de direitos, e a decisão de recusar-se de envolver-se nas necessidades do paciente é abdicar do exercício profissional de enfermagem, do exercício da advocacia e da manutenção e apoio a autonomia do paciente (RISJORD, 2013).

Não falei, porque vou entrar em conflito [...], se existir um movimento a favor disso ai, eu estou dentro (E02CC).

No entanto, o exercício da advocacia em enfermagem é evidenciada no embate de suas ações e a geração de conflito. Os enfermeiros durante a prática da advocacia adotam condutas organizacionais para a garantia de assistência de qualidade ao paciente, entretanto, quando esse fluxo apresenta dificuldades ou inércia para solucionar a vulnerabilidade vivida pelo paciente, os participantes do estudo descreveram tomadas de decisões fora da alçada organizacional, como encaminhamento das reivindicações fora da esfera hospitalar.

Já mandei várias pessoas para o Ministério Público, já mandei para Ouvidoria [...], gerando constantemente conflito com os demais profissionais (E04CC).

[...] a gente tenta convencer de todas as formas, que a transfusão de sangue é necessária, mas a decisão final é da família, [...] nem que se tenha que recorrer ao Ministério Público, [...] o direito do paciente é maior que a decisão familiar (E02CC).

Neste sentido, a superação de conflitos passa pelo enriquecimento da colaboração entre os profissionais de saúde para a construção de consenso

com ações de abrangência multiprofissional e o paciente, principalmente, para a garantia da melhor qualidade da assistência de enfermagem (PECANAC; SCHWARZE, 2016; BARLOW; HARGREAVES; GILLIBRAND, 2017). Deste modo, o diálogo hermenêutico proporciona a possibilidade de melhor compreender cada situação entre todos os participantes (GADAMER, 2011).

Portanto, o exercício da advocacia exige uma forte formação ética ligada a conhecimentos próprios do exercício de enfermagem, assim como da imprescindível compreensão do paciente e dos demais profissionais de saúde. Desse modo, o exercício da advocacia em enfermagem surge do reconhecimento de ações de proteção do paciente frente de vulnerabilidade, no qual o paciente está incapaz de se defender, ou da necessidade de supressão de ações lesivas (HANKS, 2005), assim como na garantia da qualidade da assistência ao paciente e o livre exercício da autonomia (PECANAC; SCHWARZE, 2016; RISJORD, 2013). Observa-se que, no exercício da advocacia, os enfermeiros utilizam seu saber acompanhado de uma compreensão em uma situação concreta com o envolvimento e entendimento de todos os atores no processo de cuidado do paciente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao conhecer a percepção de enfermeiros acerca da advocacia em enfermagem no âmbito hospitalar, verificou-se que os entrevistados percebem um distanciamento entre a formação acadêmica e o exercício da advocacia durante seu agir ético, assim como no reconhecimento de conflitos desencadeados do exercício da advocacia. A percepção emergente do distanciamento da formação acadêmica e o exercício da advocacia revela a complexidade do campo ético e sua constante adequação a princípios e normas morais mutáveis aos mais variados contextos. Preparar para o agir ético e para o exercício da advocacia de enfermagem passa pela construção de conhecimentos crítico-reflexivo, subsidiado ao conhecimento clínico e chancelado na prática profissional.

O Diálogo Hermenêutico, compreendido como meio de entendimento do paciente em suas necessidades e vulnerabilidade contribui para resoluções de

conflitos pelos profissionais de saúde. Neste cenário, enfermeiros despontam-se como principais interpretes decorrente da relação enfermagem/paciente, seja a partir da identificação da necessidade de capacitação e orientação, ações de defesa ou pelo suporte a auto-determinação do paciente durante os cuidados em saúde. Portanto, o exercício da advocacia emerge da decisão do enfermeiro em agir eticamente durante sua atividade profissional, adequando-se a cada situação conforme a necessidade da melhor conduta e o melhor resultado para o cuidado do paciente.

## REFERÊNCIAS

- 1 BIERMAN, J. M. Advocacy and inquiry: their role in development of health services for mothers and children. **A.J.P.H.**, v.56, n.5, p. 720- 725, 1966
- 2 BRANDON, D. **Advocacy Power to People with Disabilities**. Birmingham: Venture Press, 1995.
- 3 DEVAKUMAR; D.; SPENCER, N.; WATERSTON, T. The role of advocacy in promotion better child health. **Arch Dis Child**, v. 101, n. 7, p. 596-9, 2016.
- 4 CURTIN, L. L. The Nurse as Advocate: A Philosophical Foundation for Nursing. **ANS / Ethics and Values**, v. 1 n. 3, p. 1-10, 1979.
- 5 GADAMER, H-G. **Verdade e Método I – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 11a ed. Tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2011.
- 6 MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 3. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2016.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- 8 PAIVA, L. M.; GUILERM, D.; SOUZA, A. L. L. O ensino da bioética na graduação do profissional de saúde. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 47, n. 4, p. 357- 369, 2014.
- 9 GRACE, P.; MILLIKEN, A. Educationg nurses for ethical practice in contemporary health care environments. **Hastings Center Report**, v. 46, s.1, 2016.
- 10 HOSKINS, K.; GRADY, C.; ULRICH, C. M. Ethics education in nursing: instruction for future generations of nurses. **The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 23, n. 1, manuscript 3, 2018.

- 11 JOSSE-EKLUND, A. et al. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy: a phenomenographic study. **Nurs Ethics**, v. 21, n. 6, p. 673-83, 2014a.
- 12 HANKS, R. 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, 2017.
- 13 ALMEIDA, R. O.; OLIVEIRA, F. T.; FERREIRA, M.A.; DA SILVA, R. C. Enfermeiros recém-formados e o cuidado intensivo em unidades de pacientes não-críticos. **Rev. Bras. Enferm**, v.72, suppl 1, p. 254-62, 2018.
- 14 DELGHANI, A.; MOSALANEJAD, L.; DEHGHAN-NAYERI, N. Factors affecting professional ethics in nursing practice in Iran: a qualitative study. **BMC Medical Ethics**, v. 16, n. 1, p. 1 – 7, 2015.
- 15 GOMES, A. V.; CARDOSO, P. K. B.; ROCHA, F. C. V. Ética e bioética em pesquisa: conhecimento de acadêmicos do curso de enfermagem. **Revista UNINGÁ**, v. 55, n. 4, p. 209-19, 2018.
- 16 SCHALLENBERGER, C. D.; BARLEM-TOMASCHEWSKI, J. G.; BARLEM, E. L. D.; ROCHA, L. P.; DALMOLIN, G. L.; PEREIRA, L. A. Componentes da sensibilidade moral identificados entre enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras Enferm**, v.72, suppl 1, p. 4-11, 2019.
- 17 LECHASSEUR, K. et al., Ethical competence: an integrative review. **Nursing Ethics**, 096973301666777, p.1 – 13, 2016.
- 18 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. 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. 811-8, 2015.
- 19 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? – Uma perspectiva Foucaultiana. **Texto & contexto enferm**, v. 25, n. 1, e2560014, 2016.
- 20 O'CONNOR, M. Advocacy. **Nursing Administration Quarterly**, v. 42, n. 2, p. 136-142, 2018.

21 RISJORD, M. Nursing and human freedom. **Nurs Philos**, v. 15, n. 1, p. 35 – 45, 2013.

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

23 BARLOW, N. A.; HARGREAVES, J.; GILLIBRAND W. P. Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practica. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 2, p. 230-242, 2017.

24 HANKS, R. G. Sphere of Nursing Advocacy Model. **Nurs Forum**, v. 40, n. 3, p.75-8, 2005.



## 6.2 ARTIGO ORIGINAL

### O DIÁLOGO HERMENÊUTICO COMO BASE PARA O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA EM ENFERMAGEM<sup>11</sup>

### THE HERMENETIC DIALOGUE AS A BASIS FOR THE EXERCISE OF ADVOCACY IN NURSING

### EL DIÁLOGO HERMENÉUTICO COMO BASE PARA EL EJERCICIO DE LA ADVOCACIA EN ENFERMERÍA

**RESUMO:** **Objetivo:** compreender como os enfermeiros utilizam a comunicação para o exercício da advocacia. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica hermenêutica. Foram realizadas 13 entrevistas gravadas, entre os meses de abril e maio de 2019, com profissionais enfermeiras. Os dados foram analisados através da análise textual discursiva e pelo arcabouço teórico da hermenêutica filosófica gadameriana. **Resultados:** emergiram duas categorias: “A comunicação e a advocacia em enfermagem” e “A inaptidão para o comunicação e a advocacia” **Considerações Finais:** a relação da comunicação e as ações de advocacia como elemento primordial para uma prática de defesa realizadas durante exercício profissional. O diálogo hermenêutico, manifestado no reconhecimento da comunicação durante o exercício da advocacia desponta-se como a *phronesis* da prática de enfermagem.

**Descritores:** Advocacia em saúde; Defesa do paciente; Ética em enfermagem; Enfermagem

---

<sup>11</sup> Artigo a ser encaminhado a Revista Enfermagem Uerj, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: Advocacia em Enfermagem sob a perspectiva da Hermenêutica Filosófica Gadameriana; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGENF/FURG. As normas podem ser observadas em: [http://www.facenf.uerj.br/normas\\_public\\_por.htm](http://www.facenf.uerj.br/normas_public_por.htm).

**ABSTRACT: Objective:** to understand how nurses professionals perceive communication for the practice of advocacy in their daily professional life. **Method:** this is a qualitative research of hermeneutic phenomenological approach. A total of 13 recorded interviews were carried out between April and May 2019, with professional nurses. The data were analyzed through discursive textual analysis and the theoretical framework of the Gadamerian philosophical hermeneutics. **Results:** two categories emerged: "Communication and advocacy in nursing" and "Inability for communication and advocacy" **Final Considerations:** the relationship of communication and advocacy as a primary element for a defense practice during professional practice . The hermeneutic dialogue manifested in the recognition of communication during the practice of advocacy emerges as the pronesis of nursing practice.

**Descriptors:** Health Advocacy; Patient Advocacy; Ethics, Nursing; Nursing

**RESUMEN: Objetivo:** comprender cómo los profesionales enfermeros perciben la comunicación para el ejercicio de la abogacía en su cotidiano profesional. **Método:** se trata de una investigación cualitativa de enfoque fenomenológico hermenéutico. Se realizaron 13 entrevistas grabadas, entre los meses de abril y mayo de 2019, con profesionales enfermeras. Los datos fueron analizados a través del análisis textual discursivo y por el marco teórico de la hermenéutica filosófica gadameriana. **Resultados:** surgieron dos categorías: "La comunicación y la abogacía en enfermería" y "La inaptitud para la comunicación y la abogacía" **Consideraciones finales:** la relación de la comunicación y las acciones de abogacía como elemento primordial para una práctica de defensa realizadas durante el ejercicio profesional . El diálogo hermenéutico, manifestado en el reconocimiento de la comunicación durante el ejercicio de la abogacía, se desprende como la filosofía de la práctica de enfermería.

**Descriptores:** Defensa de la Salud; Defensa del Paciente; Ética en Enfermería; Enfermería

## INTRODUÇÃO

O exercício da advocacia e a profissão da enfermagem tem sua origem na década de 70, proveniente de reflexões sobre a prática de enfermagem e um movimento de deslocamento biomédico, paternalista, para uma fundamentação filosófica para um exercício profissional com ênfase no paciente e todas nuances emergentes dessa relação (CURTIN, 1979).

Tal posicionamento, observa a enfermeira como advogada emergente da relação enfermagem/paciente, baseando-se na humanidade comum, princípios, necessidades e direitos comuns (CURTIN, 1979). Desde a década de 80, o direcionamento da advocacia direcionou-se para a atuação de enfermagem e a defesa do paciente (HANKS; STARNES-OTT; STAFFORD, 2017).

Nesse sentido, a compreensão da advocacia de base filosófica no exercício da enfermagem constituiu-se de premissas de ações emergentes da relação entre os atores (CURTIN, 1979), agregando conceitos de advocacia do paciente (ANNAS, 1974), advocacia política (JANSSON et al., 2015), advocacia em saúde (COHEN; MARSHALL, 2017), advocacia emancipatória (MOSKO, 2017), assim como a advocacia em enfermagem para a equidade de saúde (OLIVEIRA; DA SILVA, 2018). Deste modo, o avanço conceitual da advocacia e a enfermagem constitui das premissas de capacitar, orientar, apoiar, defender e garantir o exercício da autonomia do paciente (PECANAC; SCHWARZE, 2016).

Neste cenário, as questões éticas surgem do exercício da advocacia em enfermagem na relação com o paciente, nas escolhas de ações decorrentes da prática diária, que exigem a identificação das questões moralmente significantes (HOSKINS; GRADY; ULRICH, 2018). Assim, a enfermagem desponta-se em posição privilegiada para compreender o paciente como um ser único, constituído por de um contexto histórico dentro de um complexo sistema de atenção à saúde (CURTIN, 1979).

Assim, considera-se o Diálogo Hermenêutico como um meio de aprofundamento filosófico para a compreensão do paciente e as ações de advocacia praticada pelos profissionais de enfermagem. Constitui-se como o acesso para a compreensão do interprete e o objeto a ser compreendido, em

um círculo hermenêutico de estranheza e familiaridade da experiência, adequando-se a toda relação e possibilidades (GADAMER, 2011). Neste sentido, o entendimento de advocacia praticada pelos profissionais de enfermagem deve ser observado na capacidade de adaptar-se as necessidades mutáveis dos pacientes e populações, assim como nas complexas organizações de saúde (MOULTON et al., 2018).

O diálogo hermenêutico proporciona a constante adequação a compreensão, uma vez que quando colocamo-nos na intencionalidade para compreender algo, no intuito de superar o estranho para o particular, apropriamo-nos totalmente do fenômeno, e isso ocorre a partir da conversação, da comunicação, ou diálogo hermenêutico (GADAMER, 2011). Assim, no jogo da compreensão haverá a negatividade da experiência, que ao supera-las resultam em um saber melhor compreendido (GADAMER, 2011), que surge a partir da experiência o conhecimento contextualizado (MOULES et al., 2015).

Diante do exposto, buscando aprofundar as questões de compreensão do paciente durante o fenômeno da advocacia em enfermagem, emergiu a seguinte questão de pesquisa. Como os profissionais enfermeiros compreendem a comunicação com o paciente durante o exercício da advocacia em enfermagem? Neste caminho, esta pesquisa teve como objetivo: compreender como os profissionais enfermeiros percebem a comunicação para o exercício da advocacia em seu cotidiano profissional.

## **MÉTODO**

Investigação de abordagem qualitativa e cunho exploratório-descritivo realizada entre os meses de abril e maio de 2019 em um hospital universitário do Sul do Brasil. O hospital possui módulo hospitalar com capacidade para 225 leitos de internação e conta em seu quadro profissional com 211 são enfermeiros. Os critérios para a seleção compreenderam a delimitação aos profissionais enfermeiros, com o mínimo de seis meses de atuação no hospital pesquisado. Foram excluídos os profissionais que estavam de licença saúde, férias ou outro afastamento durante o processo de coleta de dados. O local de estudo foi um hospital geral localizado no sul do Brasil, sendo a pesquisa

realizada nas unidades de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica por apresentarem a característica de maior tempo de internação hospitalar, complexidade diversificada e alta relação enfermagem/paciente.

A Unidade de Clínica Cirúrgica conta com 32 leitos distribuídos em 10 enfermarias e um posto de enfermagem. Atende pacientes que necessitem de tratamento clínico nas mais diversas demandas cirúrgicas. Já a Unidade de Clínica Médica, possui 49 leitos distribuídos em 17 enfermarias e dois postos de enfermagem que atendem pacientes que necessitem de tratamento clínico nas mais diversas patologias.

Foram participantes da pesquisa 13 enfermeiras. Destes, 5 atuavam na Unidade de Clínica Cirúrgica; 01 em turno diurno e 04 noturno. Já os 08 desempenhavam suas atividades profissionais na Unidade de Clínica Médica; sendo 03 em turno diurno e 05 noturno. Todos os profissionais apresentam a característica de atuarem na assistência direta ao paciente.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada contendo uma pergunta aberta, contemplando a percepção das enfermeiras a respeito do exercício da advocacia na profissão. As entrevistas foram gravadas em arquivo digital e transcritas na íntegra, com duração média de 25 minutos, sendo os resultados organizados, analisados e interpretados à luz da Análise Textual Discursiva (ATD). (MORAES; GALIAZZI, 2016).

A operacionalidade da análise dos dados, obtidos a partir das transcrições das entrevistas, decorreu pela investigação hermenêutica em quatro etapas: desmontagem dos textos transcritos; estabelecimento de relações; captação do novo emergente; e construção de um processo auto organizado. O caráter hermenêutico do movimento da ATD correspondeu a sequência de reconstruções em espiral de produção de compreensões emergentes na linguagem de inúmeras vozes capazes de superar pré-compreensões superficiais do pesquisador em direção a novos níveis de entendimento (MORAES; GALIAZZI, 2016).

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos de acordo com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, obtendo a autorização da realização do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa local e aprovada

sob o parecer nº 53/2019, emitida no dia 16 de abril de 2019. Os depoimentos das enfermeiras foram identificados pela letra “E” seguida de algarismo arábico e finalizado com o emprego das letras “CC” correspondente a Clínica Cirúrgica e “CM” a Clínica Médica.

## **RESULTADOS**

### **A comunicação e a advocacia em enfermagem**

Nessa categoria, foi possível evidenciar que o exercício da advocacia em enfermagem passa pelas expressões de comunicação, fala, conversação, linguagem, diálogo para a compreensão do paciente, dos familiares e dos profissionais de saúde para o exercício da advocacia em enfermagem.

Os enfermeiros reconheceram como primordial para o exercício da advocacia a forma de compreensão do indivíduo como único, na sua singularidade, assim como de grupos sociais presentes no contexto de cada ação. Observa-se o reconhecimento da comunicação como meio de entendimento decorrente da relação enfermagem/paciente, assegurando a aproximação das ações de advocacia e as necessidades do paciente.

A comunicação tem que ser de igualdade, igualdade pra ouvir e tentar ver se ele está equivocado nos pensamentos dele. Pra tentar orientar ele ao que realmente ele está fazendo ali e o porquê de tudo. (E03CC).

O diálogo [...] entendo que a pessoa está em situação de fragilidade, que tem que ser o mais direto e objetivo possível pra poder fornecer o entendimento do que está acontecendo. [...] Conversando, é simples, é só deixar eles falarem, ouvindo o paciente. (E04CC).

Percebe-se nos relatos a estreita relação para os enfermeiros da comunicação com a valorização do ouvir o paciente, entendendo-o para além da delimitação clínica, agregando a história de vida, suas tradições e as formas de pensar. Desse modo, ao elencarem a comunicação como primordial para o

exercício da advocacia, nota-se a significação de representar outra pessoa e identificação de suas necessidades.

[a comunicação] é primordial, se não houver comunicação dentro do nosso trabalho a gente não vai conseguir desenvolver [...], ouvir o que ele está me dizendo, como é que é a história de vida dele, o que realmente está acontecendo. (E07CM).

É a enfermagem, os técnicos e enfermeiros, a gente passa nos leitos, conversa com eles. A gente tem essa visita diária, a gente passa já conversando [...] em uma história clínica em cada visita e nisso muitos se abrem. [...] Muitos já começam a falar da vida deles, começam a se abrir, começam a conversar contigo. Essa confiança que eles adquirem contigo fica muito mais fácil de lidar e de contornar muitas situações. (E05CM).

Do mesmo modo, foi evidenciado nas falas dos participantes as características para uma comunicação eficaz, a utilização de uma linguagem condizente com o outro, que esse possa comunicar e ser comunicado, em posição de igualdade. Assim, mediante a um posicionamento de valorização da compreensão do paciente, os enfermeiros demonstram em suas falas não só a simples transmissão de orientações, mas a necessidade de manter uma via mútua de entendimento entre as partes.

A gente [enfermagem] sabe falar a linguagem deles. Entre nós muitos termos técnicos, mas com eles tu sabes explicar [...] com um linguajar mais popular que ele entenda [...]. Essa parte de comunicação a gente consegue explicar melhor e eles conseguem entender melhor. (E05CC)

Leva-se em consideração a história do paciente [...], tu tem que usar uma linguagem mais popular, se tu usar termos mais técnicos, ele não sabe o que você está falando. (E02CC).

Ressalta-se que, as ações de comunicação praticadas no exercício da enfermagem para com paciente, tem um direcionamento próximo ao exercício

de um intérprete, assim como na aplicação de assumirem a condição de porta-voz do paciente.

A enfermagem acaba sendo esse transmissor de informação, esse elo entre o paciente demais profissões [...] o porta-voz daquele paciente, para que aquilo possa melhorar (E01CM).

Ao compreenderem a importância das ações de enfermagem como porta-voz do paciente com as demais profissões, os enfermeiros assumem a responsabilidade de manter uma comunicação eficaz, proporcionando uma rede de atenção que supra as necessidades do paciente, por vezes equilibrando ou acionando ações multiprofissionais. Logo, ao reconhecerem o fenômeno emergente da relação enfermagem/paciente e o elo multiprofissional, os enfermeiros fortalecem o exercício da advocacia em enfermagem.

Outra estratégia presente para uma comunicação eficaz está no reconhecimento de preceitos nos quais os enfermeiros se constituem de crenças, avaliando como essencial a identificação dos julgamentos, preceitos e preconceitos constituídos antes de realizar a comunicação. Essa percepção tem como finalidade criar um ambiente favorável a compreensão entre o enfermeiro e o paciente. Nesse cenário, o reconhecimento de si favorece ao entendimento mais próximo do paciente, e não uma imposição de ação influenciada por preconceitos.

deixar todos os julgamentos, preconceitos de fora, e vejo que isso tem eficácia [...]. Não levar os julgamentos e preconceitos na hora que você vai atender os pacientes (E06CM).

### **A inaptidão para a comunicação e a advocacia**

Por outro ângulo, relatos ainda demonstram a perpetuação de uma inaptidão para a comunicação sob o caráter hermenêutico, ainda influenciado pela manutenção de tradições decorrentes do modelo biomédico e paternalista na forma de relacionar-se e comunicar-se com os pacientes. Os enfermeiros afirmam a manutenção de tais modelos durante o exercício profissional,



identificando certas tradições de um modelo historicamente constituído nas áreas de saúde. Tal perspectiva, evidenciou a presença de ações paternalistas no exercício profissional dos enfermeiros, como uma característica de oposição da advocacia em enfermagem.

Eu acho que impera o modelo biomédico, onde o médico, o profissional da saúde é o detentor do conhecimento, de qual vai ser o tratamento, qual vai ser as condutas [...] impera um modelo paternalista que vê o paciente como um passivo. Ele não é participante do processo. (E06CM).

A inaptidão para a comunicação também foi evidenciado como uma característica presente no exercício da advocacia em enfermagem. Tal perspectiva pode ser derivada da não disposição do agente em interagir para a escuta e compreensão do paciente, e não pela sobreposição de saberes.

A dificuldade de comunicação está muito presente no exercício da enfermagem [...]. Eles tinham que ter uma orientação de como se comunicar com as outras pessoas, de escutar e não ser detentor do saber. (E04CC).

O mesmo pode ser observado na tentativa de convencer o paciente a escolher determinada ação, ou seguir uma orientação na qual o enfermeiro considera o melhor para o paciente. Essa perspectiva, apresenta que o profissional durante o exercício profissional da advocacia durante as situações concretas apresentam ações que podem ser interpretadas por uma perspectiva de orientação, *nudges*, ou de ordem sobre pacientes.

Às vezes a gente consegue convencer, Mas às vezes não consegue convencer não só o paciente, o familiar também. [...] Tentar mostrar para o paciente que ele vai perder o benefício [...] que ele está abrindo mão de alguma coisa que vai ser favorável para ele [...] mostrar o que poderia acontecer se ele aceitasse e o que poderia acontecer com a negativa dele de não aceitar o que está oferecido pra ele. (E02CC).

## DISCUSSÕES

Os resultados apontam para um reconhecimento da comunicação e as ações de advocacia praticada durante o exercício profissional de enfermeiros. Contudo, essa relação nem sempre está presente durante a atividade profissional, podendo ser ativa quando se valoriza a autonomia do paciente, e sua compreensão, ou inapta quando as ações prestadas durante o exercício profissional se direcionam para condutas paternalistas, suprimindo o direito a autonomia do paciente na participação na tomada de decisões em saúde.

O embate entre a autonomia e o paternalismo tem sua estreita relação com o exercício da advocacia, podendo ser diferenciada como um princípio ético de reconhecimento do outro no processo saúde/doença (CURTIN, 1979). Esse princípio representa uma fina linha tênue que divide tais condutas, podendo por vezes serem confundidas e/ou utilizadas como justificativa da outra, ou seja, pode-se apresentar condutas paternalistas com a denominação de uma ação de advocacia (VAARTIO, et al., 2009), ou um paternalismo libertário (BARTON; GRÜNE-YANOFF, 2015).

Para superar tal desafio, é necessário uma escuta ética no exercício da defesa dos direitos. Seja por um aspecto epistêmico, em que não se assume um conhecimento completo, sem a participação do outro, mas que permita que esse fale, assim como a postura volitiva que restrinja julgamentos (MOSKO, 2017). Esses aspectos são contemplados pelo diálogo hermenêutico, quando se compreende a experiência hermenêutica de compreensão, interpretação e aplicação como indissociável, com a fusão de horizontes históricos, e reconhecedor que todos somos constituídos por preceitos e tradições, não havendo possibilidade de afastamento, mas sim o reconhecimento consciente desses no processo de compreensão do outro (GADAMER, 2011).

Nesse sentido, considerando que os enfermeiros percebem o reconhecimento da comunicação como meio de exercício da advocacia em enfermagem, é possível identificar que atividade de enfermagem está diretamente relacionada aos princípios constituintes da advocacia, emergentes da forte relação enfermagem/paciente (WATER; FORD; SPENCE; RASMUSSEN, 2016). Tal entendimento é corroborado com o emprego da

escuta ética, de valorização do outro, assim como da importância de uma escuta comprometida com a interpretação e entendimento do outro durante as situações concretas (GADAMER, 2011; MOSKO, 2017), sendo tais características a essência da advocacia (MOSKO, 2017).

Os resultados apresentados despertam para a reflexão da comunicação, com a fundamentação filosófica de compreensão e exercício da advocacia em enfermagem. Na percepção dos participantes desse estudo, a conversação é a porta de entrada para a prática de ouvir o paciente, proporcionando uma construção de uma relação de compreensão mútua entre as partes. Isto é, a advocacia emergente da situação concreta das relações práticas que demonstram um agir ético próprio da profissão (DOHERTY et al., 2016; HOSKINS; GRADY; ULRICH, 2018), ou seja, fundamentos para uma advocacia em enfermagem.

O reconhecimento de uma posição de igualdade durante o processo de comunicação, foi considerado pelos participantes, como um fator primordial para um efetivo entendimento, a necessidade do emprego de palavras e expressões de significados próprios do dialeto do outro. Assim, ao conduzir o diálogo hermenêutico, o intérprete caminha para compreensão de si e na relação com o outro, com o desvelar de prévias concepções e apropriação do novo conhecimento (GADAMER, 2011; MOULES, 2015).

É nesse momento, que a advocacia e a hermenêutica se associam a partir da indissolúvel relação da compreensão, interpretação e aplicação, ou seja, no agir ético que ocorre durante o exercício da advocacia em enfermagem. Pois, ao reconhecer o paciente como ser dotado de direitos, da autonomia e de necessidades contextualizadas ao ambiente de saúde, é a enfermagem amplifica a voz ao paciente, sendo o interlocutor, interprete e o agente de ações de cuidados e defesa (MOSKO, 2017; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2017; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Em contrapartida, as concepções de advocacia e o paternalismo avançam para um novo olhar evidenciado na literatura internacional, sendo descrita como uma linha intermediária denominada *nudges*, que significa uma forma de influenciar indiretamente para a tomada de decisão sem os traços restritivo e coercitivo (MORTENSEN; NORDHAUG; LOHNE, 2018; HALPERN,

2018; TANGERINO; CABRAL; OLIVE, 2018). Entretanto, mesmo na prática de nudges (cutucões), o profissional é um agente ético disposto ser um facilitador para tomada de decisões (CLAVIEN, 2018) ou um influenciador que restringe a autonomia do paciente.

O exercício da advocacia apresenta convergência de ações próprias de sua prática na enfermagem, seja elas na capacitação e informação dos pacientes e seus familiares; nos cuidados e assistências de enfermagem adequados; garantia dos direitos de ser ouvido, participação e decisão do paciente exercendo assim sua autonomia (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2018). Além da manutenção de linhas de comunicação eficazes com os demais profissionais da área de saúde, sendo essencial a convergência da compreensão sobre a melhor qualidade no atendimento ao paciente e suas necessidades (PECANAC; SCHWARZE, 2016).

Desse modo, para o exercício da advocacia em enfermagem, os enfermeiros precisam buscar a apropriação da compreensão do paciente durante o diálogo hermenêutico, considerando os aspectos epistêmico e volitivo durante o agir ético decorrente da relação enfermagem/paciente. A enfermagem apresenta forte relação interpessoal, conhecimento técnico e práticos, assim como valores éticos que formam um sistema propício ao desenvolvimento da hermenêutica (MOULES et al., 2015), necessitando apenas da disposição do enfermeiro em agir a partir da *phronesis*/conhecimento prático/conhecimento moral (MOULES, et al., 2015). Conhecimento esse que exige um julgamento e ação conforme a situação concreta que vivencia no exercício profissional (GADAMER, 2011; MOULES, et al., 2015).

Diante desse cenário, é imprescindível o reconhecimento da advocacia praticada por enfermeiros decorrente da *phronesis* de sua atuação profissional durante as relações interpessoais com os pacientes, familiares e outros profissionais da área da saúde. No entanto, tal conhecimento prático somente ocorre com a decisão de cada agente, ou seja, na decisão de comprometer-se com a advocacia em enfermagem a partir da compreensão de si e do outro, emergente da comunicação sob a perspectiva do diálogo hermenêutico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram a relação da comunicação e as ações de advocacia como elemento primordial para uma prática de defesa realizadas durante exercício profissional. O reconhecimento dessa relação provoca um embate entre princípios paternalistas e o direito a autonomia do paciente, tornando-se, assim, um campo crítico-reflexivo que visa a apropriação de uma compreensão hermenêutica durante a prática de enfermagem.

O diálogo hermenêutico, manifestado pelo reconhecimento essencial da comunicação, desponta-se como embasamento filosófico e prático para o entendimento do paciente, e conseqüentemente, para a correta aplicação de ações de advocacia no âmbito da enfermagem parece contribuir para uma consolidação e reconhecimento de um agir ético interligado com um conhecimento prático emergente da estreita relação da enfermagem/paciente. Contudo, o diálogo hermenêutico e o exercício da advocacia em enfermagem não se mostrou como única tradição presente nessa área profissional, estando ainda presente resquícios de uma tradição paternalista, impositiva e superior aos interesses dos pacientes.

Por fim, pode-se concluir que a necessidade de apropriação da advocacia como parte singular do exercício de enfermagem, não por serem os únicos responsáveis pela prática da advocacia, mas que dentre as diversas ramificações da advocacia em saúde, política, do paciente, mas decorrente do acontecimento ético profissional que se diferencia e singulariza a relação da advocacia em enfermagem.

Considerou-se como limitação do estudo a delimitação a uma realidade local, restrita a um contingente de participantes do estudo, não podendo haverem generalizações dos resultados obtidos. Todavia, este estudo contribui para a continuação do debates sobre o exercício da advocacia em enfermagem e o diálogo hermenêutico como fonte de compreensão desse fenômeno presente e consolidando-se como base filosófica da área da enfermagem e a suas relações com os pacientes.

## REFERÊNCIAS

- 1 CURTIN, L. L. The Nurse as Advocate: A Philosophical Foundation for Nursing. **ANS / Ethics and Values**, v. 1 n. 3, p. 1-10, 1979.
- 2 HANKS, R. 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, 2017.
- 3 ANNAS, G. J. The patient rights advocate: can nurses effectively fill the role? **Superv Nurse**, v. 5, n. 7, p. 20-5, 1974.
- 4 JANSSON, B. S. et al., Validation of the policy advocacy engagement scale for frontline healthcare professionals. **Nursing Ethics**, v. 24, n. 3, p. 362-375, 2015.
- 5 COHEN, B. E.; MARSHALL, S. G. Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. **Health & Social Care in the Community**, v. 25, n. 2, p. 309-28, 2016.
- 6 MOSKO, M. A. Emancipatory advocacy. **Philosophy & Social Criticism**, v. 44, n. 2, p. 326 – 341, 2017.
- 7 OLIVEIRA, M. A. C.; DA SILVA, T. M. R. Advocacia em enfermagem: contribuição para a reorientação do modelo assistencial no Brasil. **Rev. Bras Enferm**, v. 71, supl 1, p. 748-51, 2018.
- 8 PECANAC, K. E.; SCHWARZE, M. L. Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 1, p. 69-79, 2016.
- 9 HOSKINS, K.; GRADY, C.; ULRICH, C. M. Ethics education in nursing: instruction for future generations of nurses. **The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 23, n. 1, manuscript 3, 2018.
- 10 GADAMER, H-G. **Verdade e Método I – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 11a ed. Tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2011.

- 11 MOULTON, E. et al., The central question and the scope of nursing research. **Nursing Philosophy**, v. 20, e12228, p. 1-7, 2018.
- 12 MOULES, N. J.; MCCAFFREY, G.; FIELD J. C.; LAING C. M. **Conducting Hermeneutic Research**. Vol. 19. New York, NY: Peter Lang, 2015.
- 13 MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 3. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2016.
- 14 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- 15 VAARTIO, H., et al. Nursing advocacy in procedural pain care. **Nurs Ethics**, v. 16, n. 3, p. 340-62, 2009.
- 16 WATER, T.; FORD, K.; SPENCE, D.; RASMUSSEN, S. Patient advocacy by nurses – past, presente and future. *Contemporary Nurse*, v. 52, n. 6, p. 696 – 709, 2016.
- 17 BARTON, A.; GRÜNE-YANOFF, T. From libertarian paternalism to nudging – and beyond. **Rev. Phil. Psych**, v. 6, n. 3, p. 341-359, 2015.
- 18 DOHERTY, C.; LANDRY, H.; PATE, B., REID, H. Impact of communication competency training on nursing students' self-advocacy skills. **Nurse Educator**, v. 00, n. 0, p. 1-4, 2016.
- 19 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; ROSEMERY, S. S.; RAMOS, A. M.; PIEXAK, D. R. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 03, p. 1-7, 2017.
- 20 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? – Uma perspectiva Foucaultiana. **Texto & contexto enferm**, v. 25, n. 1, e2560014, 2016.
- 21 MORTENSEN, A. H.; NORDHAUG, M. LOHNE,V. Nudging in nursing. **Nursing Ethics**, 096973301877922, 2018.

22 HALPERN, S. D. Using default options and other nudges to improve critical care. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 3, p. 460-64, 2018.

23 TANGERINO, D. P. C.; CABRAL, G.; OLIVE, H. Políticas públicas em suicídio: do paternalismo clássico ao paternalismo libertário e nudging. **Rev. Bras. Polit. Públicas**, v. 8, n. 2, p. 326-367, 2018.

24 CLAVIEN, C. Ethics fo nudges: a general framework with a focus on shared preference justifications. **Journal of Moral Education**, v. 47, n. 3, p. 366-382, 2018.

25 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; DA SILVEIRA, S. S.; RAMOS, A. M.; DOS SANTOS, J. M. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.2, e0730014, 2018.



### 6.3 ESTUDO TEÓRICO

#### **ADVOCACIA EM ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO SOB A PERSPECTIVA GADAMERIANA<sup>12</sup>**

#### **ADVOCACY IN NURSING: CONSTRUCTION OF A THEORETICAL MODEL UNDER THE GADAMERIAN PERSPECTIVE**

#### **ADVOCACIA EN ENFERMERÍA: CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO TEÓRICO BAJO LA PERSPECTIVA GADAMERIANA**

**RESUMO: Objetivo:** construir um modelo teórico-conceitual da advocacia em enfermagem com base na Hermenêutica Filosófica Gadameriana. **Método:** o modelo teórico-conceitual foi construído mediante aprofundamento teórico-filosófico da Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer e a integração com estudos relacionados a advocacia e o exercício da enfermagem. **Resultados:** a hermenêutica filosófica, possibilitou o aprofundamento da concepção de comunicação descrita na literatura científica, passando de um simples emprego da linguagem para a compreensão e interpretação do paciente e a aplicação da advocacia. O diálogo hermenêutico foi tomado como base na construção deste modelo em três níveis gerais de advocacia em enfermagem: nível 1 – Tomada de decisão pelo paciente versus paternalismo; nível 2 – Relação enfermeiro/paciente; nível 3 – Autonomia do paciente. **Conclusão:** o modelo teórico-conceitual proporcionou vislumbrar a advocacia em enfermagem através da compreensão do paciente em sua plenitude, buscando direcionar o exercício da advocacia mediante três níveis que consideram a tomada de decisão, relação enfermeiro/paciente e a autonomia como marco norteador.

**Descritores:** Advocacia em saúde; Defesa do paciente; Ética em enfermagem; Enfermagem

**ABSTRACT: Objective:** to build a theoretical-conceptual model for nursing advocacy. **Method:** the theoretical-conceptual method was constructed during the period of theoretical-philosophical deepening of Hans-Georg Gadamer's Philosophical Hermeneutics and integration with studies related to advocacy and nursing practice. **Results:** philosophical hermeneutics by approaching the means of understanding the other from the dialogue was taken as a basis in the construction of this model in three general levels of nursing advocacy: level 1 -

---

<sup>12</sup> Artigo a ser encaminhado a Revista Nursing Ethics, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: Advocacia em Enfermagem sob a perspectiva da Hermenêutica Filosófica Gadameriana; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGENF/FURG. As normas podem ser observadas em: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/journal/nursing-ethics#Authorship>

Decision making by the patient versus paternalism; level 2 - Nurse / patient relationship and dialogue as a means of understanding the patient; level 3 - Patient autonomy. **Conclusion:** the present article constituted the elaboration of a theoretical-conceptual model on nursing advocacy, considering the understanding of the other, and sought to realize reflection that culminated in the construction of the model in three general levels of nursing advocacy.

**Descriptors:** Health Advocacy; Patient Advocacy; Ethics, Nursing; Nursing

**RESUMEN: Objetivo:** construir un modelo teórico-conceptual para la abogacía en enfermería. **Método:** el método teórico-conceptual fue construido durante el período de profundización teórico-filosófico de la Hermenéutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer y la integración con estudios relacionados con la abogacía y el ejercicio de la enfermería **Resultados:** la hermenéutica filosófica por abordar medio de comprensión del otro a partir del diálogo fue tomada como base en la construcción de este modelo en tres niveles generales de abogacía en enfermería: nivel 1 - Toma de decisión por el paciente versus paternalismo; nivel 2 - Relación enfermero / paciente y el diálogo como medio de comprensión del paciente; Nivel 3 - Autonomía del paciente. **Conclusión:** el presente artículo constituyó la elaboración de un modelo teórico-conceptual sobre la abogacía en enfermería, considerando la comprensión del otro, y buscó realizar reflexión que culminó con la construcción del modelo en tres niveles generales de abogacía en enfermería.

**Descritores:** Defensa de la Salud; Defensa del Paciente; Ética en Enfermería; Enfermería

## INTRODUÇÃO

A literatura tem descrito a advocacia do paciente praticada pelos profissionais de enfermagem como fenômeno presente e de valor fundamental no exercício ético profissional (HANKS, 2005). Tal posicionamento é corroborado por estudos que apontam a advocacia como uma base prática e filosófica da profissão de enfermagem, uma vez que, está diretamente relacionada aos valores morais e princípios éticos presentes no exercício da enfermagem (CURTIN, 1979; GADOW, 1980; KOHNKE, 1980; GAYLORD; GRACE, 1995; HANKS, 2005).

Ao longo dos anos, vários estudos publicaram ensaios teóricos que ligam a advocacia e a enfermagem através de construção de definições, modelos e bases filosóficas, tais como: Leah L Curtin (1979), e a advocacia humana; Sally Gadow (1980), a Advocacia Existencial; Mary F. Kohnke (1980),

Advocacia de enfermagem; Nan Gaylord e Pamela Grace (1995), Advocacia na Enfermagem: ética da prática; Hanks (2005), Advocacia de Enfermagem: modelo de proteção (CURTIN, 1979; GADOW, 1980; KOHNKE, 1980; GAYLORD; GRACE, 1995; HANKS, 2005). Nesses casos, tais estudos direcionaram o exercício da advocacia para um fenômeno pertinente na profissão de enfermagem, vinculada a prática profissional, e conseqüentemente, presente como um valor fundamental dessa profissão.

A enfermagem e a advocacia despontaram-se pela manifestação de características de defensores dos pacientes e suas necessidades de cuidado, uma vez que estes estão intimamente correlacionados ao exercício ético profissional da enfermagem (SMITH, 2017), mas principalmente, pela constante relação de proximidade entre enfermeiro-paciente (JOSSE-EKLUND et. al., 2014; DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017; FIGUEIRA et al., 2018; DOHERTY et. al., 2016), alicerçados pelo conhecimento tácito necessário para o exercício profissional (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2017).

Neste caminho, o presente estudo visa aprofundar os modelos teóricos supracitados no que esses descrevem por comunicação no exercício da advocacia em enfermagem, conseqüentemente, apresentando um novo olhar conceitual emergente do desenvolvimento ético-profissional da advocacia durante a relação enfermagem/paciente. Tal perspectiva, fundamenta-se a partir da concepção de experiência ética-profissional que cada profissão que diferencia-se entre si, assim como, cada experiência individual diferencia-se entre os demais pares profissionais.

Tal posicionamento é embasado pela concepção da experiência hermenêutica de compreensão, interpretação, e aplicação (GADAMER, 2011a), no campo ético-profissional, desenvolvido a partir da relação entre o enfermeiro e o paciente, a partir da percepção do profissional de enfermagem como interprete das necessidades exteriores emergente dessa relação, no qual acabam demandando tomada de decisões decorrente do exercício profissional. Neste sentido, somente a prática profissional pode “superar o que se torna estranho para a particularidade que se é e apropria-se totalmente dele” (GADAMER, 2011a, p. 49), ou seja, a enfermagem deve apropriar-se do

exercício da advocacia do paciente não apenas pela reprodução de ações, mas pelo reconhecimento do exercício da advocacia em enfermagem.

Assim, a teoria da Hermenêutica Filosófica Gadameriano contribui para a reflexão da advocacia exercida através da função de interprete na relação enfermagem/paciente, aplicável a partir da compreensão e interpretação do paciente e seus direitos, compreendendo-os pelo diálogo hermenêutico, e assim, fundamentando a aplicação no exercício da advocacia (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b). Tal relação de proximidade entre o profissional e o paciente ocorrem devido: “a necessidade exterior e exige que nos entreguemos a tarefas que não assumiríamos para nossos fins privados” (GADAMER, 2011a, p.49), isto é, a necessidade exterior emergente do exercício profissional, que conseqüentemente exige tomada de decisões.

Neste cenário, o exercício de enfermagem e a advocacia, torna-se indispensável a análise teórico-filosófica que influenciam como fenômeno próprio dessa profissão, uma vez que somente haverá apropriação da advocacia a partir da reflexão exercida pelos profissionais de enfermagem. Para isso, este estudo teórico-reflexivo teve como objetivo *construir um modelo teórico-conceitual da advocacia em enfermagem com base na Hermenêutica Filosófica Gadameriana*.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma reflexão teórica pautada no aprofundamento de literatura sobre a advocacia e sua relação com a enfermagem, tendo por finalidade a proposição de agregar uma nova perspectiva aos modelos teóricos existentes, mais especificamente, na defesa da advocacia como princípio fundamental para o exercício da enfermagem. As análises resultaram no delineamento do modelo teórico conceitual a partir da representação esquemática de uma idealização sobre a advocacia em enfermagem e a sustentação teórica-filosófica da Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer, devido suas concepções de compreensão do outro a partir do diálogo hermenêutico (GADAMER, 2011a).

O caminho para atingir o objetivo perpassou pelas seguintes etapas: “Advocacia em enfermagem – fundamentos teóricos-filosóficos”; “Nível 1 – Tomada de decisão pelo paciente versus paternalismo”; “Nível 2 – Relação enfermeiro/paciente e o diálogo como meio de compreensão do paciente” e “Nível 3 – Autonomia do paciente”.

### **Advocacia em enfermagem – fundamentos teóricos-filosóficos**

Contextualizando a advocacia em saúde em sua dimensão filosófica, em 1979, Curtin, apresentou um deslocamento conceitual de uma enfermagem historicamente ligada ao modelo médico para um reconhecimento da advocacia humana praticada pela enfermagem como ciência própria, composta por fundamentos que a une com as mais variadas áreas de atuação. Neste sentido, as relações de proximidade enfermagem/paciente são alicerçadas pela comunicação, ações morais e as necessidades humanas (CURTIN, 1979). Tal concepção filosófica tem por base a relação enfermeiro/paciente que ocorre “em qualquer encontro e que podem livremente determinar a forma que a relação deve ter [...] advocacia baseia-se na humanidade comum, nas nossas necessidades comuns e nos nossos direitos comuns” (CURTIN, 1979, p. 02-03, tradução nossa).

Neste sentido, a advocacia humana apresentou como princípio fundamental os valores e significados dos pacientes, e não os dos profissionais de saúde, por este modo, sua aplicabilidade está sujeita a interpretação pessoal e situacional de quem exerce a advocacia (CURTIN, 1979), que pode ser superada pela defesa dos direitos humanos como meio de superar a fragilidade da interpretação (CURTIN, 1979). Neste sentido, a comunicação presente na advocacia humana distingue-se da comunicação presente no diálogo hermenêutico por meio da compreensão, interpretação e aplicação sob a perspectiva da Hermenêutica Filosófica.

Já o modelo filosófico apresentado por Sally Gadow, em 1980, descreve o fenômeno da advocacia similar como um caminho distinto do modelo médico vigente (GADOW, 1980). Nessa concepção, a advocacia é definida como existencial cuja a “essência da enfermagem é a participação do enfermeiro com

o paciente na determinação do significado único que a experiência de saúde, doença, sofrimento, ou morrer é ter para aquele indivíduo” (GADOW, 1980, p. 81, tradução nossa). Deste modo, na prática da advocacia existencial, o enfermeiro “ajuda o indivíduo, como paciente, a viver a objetividade do corpo como seu, em vez de permitir que ele permaneça alienado” (GADOW, 1980, p. 96, tradução nossa).

O mesmo ocorre no modelo conceitual descrito por Mary F. Kohnke, em 1980, a qual centraliza sua abordagem na diferenciação entre a advocacia, legalidade e ética no exercício da enfermagem, sendo a advocacia em enfermagem definida como o ato de informar e apoiar uma pessoa para que ela possa tomar as melhores decisões possíveis (KOHNKE, 1980). Nesse modelo, percebe-se a importância de princípios para informar da melhor forma possível o paciente, e assim, capacitá-lo para as tomadas de decisões (KOHNKE, 1980). Tal enfoque compreende que o paciente tem direito de tomar decisões livremente e sem pressão, isto é, advocacia no melhor sentido da palavra deve respeitar o direito do paciente de tomar suas próprias decisões (KOHNKE, 1980).

Em 1995, Gaylord e Grace definem que a advocacia não se restringe a defender os pacientes, mas sim, decorre da filosofia de enfermagem e a sua aplicação prática, tendo como objetivo o apoio de um indivíduo para promover o seu bem-estar, aproximando-se da ética (GAYLORD; GRACE, 1995). No entanto, reconhece que a advocacia não seja tarefa exclusiva do campo da enfermagem, mas essa ocorre de forma singular no contexto do cuidado de enfermagem, decorrente da relação interpessoal presente entre o enfermeiro/paciente (GAYLORD; GRACE, 1995).

Ainda para o autor, a advocacia não decorre de uma simples prática normativa e jurisdicional da defesa do paciente contra violações dos seus direitos, ou vigilância do exercício profissional dos demais profissionais, mas decorre da filosofia que subsidia a prática de enfermagem no cuidado ao indivíduo e seu bem-estar, assim como entendido por esse indivíduo (GAYLORD; GRACE, 1995).

Hanks (2005), apresentou seu modelo teórico intitulado *The Sphere of Nursing Advocacy* (SNA), desenvolvido com bases teóricas-filosóficas e

estudos referente a análise da advocacia. Tal modelo, considera o paciente como objeto central da advocacia, fornecendo proteção e defesa dos direitos inerentes do contexto paciente/ambiente, permitindo tanto a ação de advocacia pela enfermagem, como a autonomia de autodefesa do paciente através dos poros da esfera conceitual de seu modelo (HANKS, 2005).

Nos últimos anos tem crescido o número de estudos da advocacia e a enfermagem, constituindo-se de indícios conceituais e filosóficos como princípio fundamental do exercício da enfermagem, assim como, por evidenciação de elementos próprios emergentes da relação enfermeiro/paciente (CURTIN, 1979; GADOW, 1980; KOHNKE, 1980; GAYLORD; GRACE, 1995; HANKS, 2005). Assim, o exercício da advocacia e a enfermagem apresentam fortes indicadores da prática da advocacia com características de facilitadores e/ou barreiras (CURTIN 1979; KOHNKE, 1980; GAYLORD; GRACE, 1995; TOMASCHEWSKI-BARLEM et. al., 2016; PECANAC; SCHWARZE, 2016; ; MORTELL; ABDULLAH; AHMAD, 2017; FIGUEIRA et. al., 2018).

Neste sentido, percebe-se o reconhecimento da advocacia praticada por enfermeiros, entretanto, a constituição deste modelo visa aprofundar o entendimento de comunicação e diálogo hermenêutico como princípio conceitual do exercício da advocacia em enfermagem. Assim, o presente estudo justifica-se devido à lacunas no que diz respeito ao aprofundamento da comunicação. Essa lacuna se refere não estritamente a comunicação, mas como o emprego da comunicação através da concepção de diálogo hermenêutico que possibilita o embasamento do exercício da advocacia em enfermagem. Portanto, o modelo teórico proposto neste estudo tem como foco central o conceito de diálogo hermenêutico entre profissionais de enfermagem (intérpretes) e pacientes como mecanismo de compreensão, interpretação e aplicação da advocacia na relação enfermeiro/paciente.

### **Nível 1 – Tomada de decisão pelo paciente versus paternalismo**

O conceito de advocacia em enfermagem pode ser considerado controverso e vulnerável, uma vez que tal ideário esteja ligado ao “*Best*

*Interest*”, subsidiados pela formação, conhecimento e discernimento superior, em posição de autoridade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). Ou seja, uma conduta profissional que tem por ação “contrariar as preferências ou ações conhecidas de outra pessoa, na qual a pessoa que contraria justifica sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada ou de evitar que ela sofra danos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 298).

Entretanto, a advocacia em enfermagem desponta-se em posição distinta devido à relação proximidade e de reconhecimento do paciente como parte integrante do processo de tomada de decisão, tratando-o como um todo em um ambiente complexo, repleto de conflitos entre o exercício da advocacia e potenciais ações paternalistas (GADOW, 1980). Por isso, a mesma posição que possibilita o exercício da advocacia, também pode potencializar o emprego do paternalismo (GADOW, 1980).

Por mais próximos que os conceitos de paternalismo e advocacia estejam, ambos deslocam-se em direções opostas, o paternalismo mesmo rotulado em uma assistência, ainda sim é pautada pela imposição daqueles mais capazes, sobre questões que afetam o bem-estar de um indivíduo (GADOW, 1980). Já a direção da advocacia é oposta, uma vez que está para auxiliar os pacientes nas tomadas de decisões genuinamente próprias, ou seja, o paternalismo é uma violação do direito de se determinar, uma vez que viola os valores individuais (GADOW, 1980).

Neste sentido, o autor do exercício da advocacia precisa desenvolver-se como intérprete das necessidades do outro, e como toda interpretação, deve proteger-se contra a “arbitrariedade [...] e contra a limitação dos hábitos imperceptíveis do pensar, e orientar sua vista às coisas elas mesmas” (GADAMER, 2011a, p. 401-402). Quem quer compreender, primeiro precisa dar-se conta de suas próprias opiniões prévias e preconceitos como método de construção de uma consciência hermenêutica para a compreensão da própria coisa (GADAMER, 2011a).

Neste momento, de decisão de agir do profissional que ocorre a diferenciação entre o exercício da advocacia em enfermagem e ações paternalistas, enquanto a primeira procura a construção de uma consciência hermenêutica de intérprete apropriando-se de seus preceitos durante o diálogo



hermenêutico para a compreensão do outro, o segundo, deixa-se levar pela arbitrariedade de suas decisões, negando o exercício do diálogo hermenêutico, e conseqüentemente, a advocacia em enfermagem.

Entretanto, na amplitude de atuação profissional, reconhece-se que ocorram situações, além da decisão do agir, que dificultam o exercício da advocacia como a existência de possíveis níveis de incapacidade de comunicação, que conseqüentemente, exigem tomadas de decisões por parte do enfermeiro pelo paciente durante a assistência de enfermagem. Nesses casos, os profissionais exercem suas condutas subsidiados por princípios morais e normas deontológicas (JOSSE-EKLUND et al., 2013; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2015; CHOI, 2015; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; FIGUEIRA et al., 2018).

Deste modo, estudos apresentam suas ressalvas a prática da advocacia em enfermagem quando destacam a impossibilidade do profissional em compreender as decisões do paciente, na ausência de comunicação e pela possível relação da advocacia e o paternalismo (MALLIK, 1997a; VAARTIO, et al., 2009b). Entretanto, a diferenciação da advocacia em enfermagem e o paternalismo está em sua matriz ética de intencionalidade, distinguindo-se por intermédio do exercício da autonomia do paciente na participação de tomada de decisões. Caso haja incapacidade do paciente em participar das tomadas de decisão, no princípio da advocacia o profissional assume a responsabilidade pelo seu agir. Enquanto o paternalismo, assume uma postura autoritarista e refuta a participação do paciente, uma vez que esse não detêm capacidade de exercer sua autonomia.

Neste sentido, tais situações de incapacidade do paciente em exercer sua autonomia são descritas como um atendimento de urgência, idade, coma, ou algum comprometimentos em virtude de demências (KOHNKE, 1980), sendo assim, o enfermeiro deve aceitar a responsabilidade dessa conduta, e conseqüentemente, assumir os desdobramentos desencadeados por essa decisão (KOHNKE, 1980). Contudo, assim que o paciente reestabelecer sua capacidade de autonomia, o enfermeiro deve agir para o exercício da autonomia do paciente através da compreensão de seus valores, crenças e

desejos, e assim retomar o progresso do exercício da advocacia e distanciar-se do paternalismo (ZOMORODI; FOLEY, 2009).

Desta forma, constatou-se a necessidade de distinguir o exercício da advocacia em enfermagem e o emprego de ações paternalistas emergentes do agir profissional. Neste sentido, o modelo teórico (figura 1) esquematizado sob a ótica conceitual do diálogo hermenêutico, demonstra a diferenciação entre a base de tomadas de decisões realizadas pelos enfermeiros e ações paternalistas/arbitrárias. Enquanto, a incapacidade de exercer diálogo hermenêutico configura o nível 1 do referido modelo, a prática que nega o diálogo hermenêutico de compreensão do paciente determina a conduta paternalista/arbitrária.

## **Nível 2 – Relação enfermeiro/paciente e o diálogo hermenêutico como meio de compreensão do paciente**

A Hermenêutica Filosófica Gadameriana aplica-se a interpretação em seu sentido pleno da compreensão daquilo que se investiga, compreendendo o objeto em sua situação concreta dentro do horizonte histórico-efetual (GADAMER, 2011a), desvelando a compreensão entre indivíduos (GADAMER, 2011b). Neste sentido, a relação enfermeiro/paciente constitui-se em mútuas compreensões, a partir da consideração dos preceitos, opiniões prévias, valores presentes nessa relação. Tal interação possibilita a construção do diálogo hermenêutico, através da fusão de horizontes, experimentada na relação de tensão entre as partes, construído constantemente, no intuito de compreender e interpretar o médium da linguagem, ou seja chegar a um correto acordo sobre um assunto (GADAMER, 2011a).

Deste modo, percebe-se que a experiência hermenêutica para compreensão, interpretação, e aplicação no campo ético profissional, ocorrem da necessidade exterior que exige um correto entendimento entre o enfermeiro e o paciente, no exercício da advocacia em enfermagem, o qual não ocorreria com mesmos significados fora da relação enfermagem/paciente. Neste sentido, somente a prática profissional conduzirá a real experiência do exercício da advocacia em enfermagem, ou seja, a implicação de “superar o que se torna

estranho para a particularidade que se é e apropria-se totalmente dele” (GADAMER, 2011a, p. 49).

Ao longo dos anos, vários estudos sobre a advocacia constataram a comunicação como instrumento importante para o seu exercício, tanto na relação entre profissionais de saúde e na relação enfermeiro/paciente (BERNAL, 1992; RUSHTON, 1994; WATT, 1997; MARTIN, 1998a; MARTIN, 1998b; TAYLOR; FERSZT, 1998; MCGRATH; WALKER, 1999; BALACHANDRAN, 2001; HANKS, 2005; NEGARANDEH et al., 2006; LACONO, 2007; VAARTIO et al., 2008; NEGARANDEH, 2008; ZOMORODI; FOLEY, 2009; TOMAJAN, 2012; SUMMERS, 2012; DOHERTY et al., 2016), assim como, no reconhecimento da comunicação como qualificação dos profissionais na compreensão do paciente para tomada de decisões (MARTIN, 1998a; MARTIN, 1998b; TAYLOR; FERSZT, 1998; MCGRATH; WALKER, 1999; LACONO, 2007; ZOMORODI; FOLEY, 2009; TOMAJAN, 2012; DOHERTY et al., 2016).

Percebe-se que a advocacia em enfermagem não é uma simples ação moral, mas um exercício múltiplo em diferentes graus de atuação, uma vez que a advocacia em enfermagem apresenta princípios como: confiança; competência; sensibilidade moral; autonomia do paciente; ações em nome do paciente; e defesa dos cuidados em saúde através da justiça social, empatia por parte dos enfermeiros e a proteção dos pacientes (CURTIN, 1979; GADOW, 1980; KOHNKE, 1980; GAYLORD; GRACE, 1995; HANKS, 2005; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2017; WATER et. al., 2016; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; DADZIE; AZIATO; AIKINS. 2017). Neste sentido, a advocacia em enfermagem absorve a ideia de dar voz ao paciente conforme esse começa a exteriorizar sua autonomia (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012; RAINER, 2015; DEVAKUMAR; SPENCER; WATERTON, 2016).

Embora os resultados de estudos apresentem princípios facilitadores e barreiras para o exercício da advocacia em enfermagem (CURTIN, 1979; GADOW, 1980; KOHNKE, 1980; GAYLORD; GRACE, 1995; HANKS, 2005; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et al., 2017; WATER et. al., 2016; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016;

DADZIE; AZIATO; AIKINS. 2017), é o princípio do diálogo hermenêutico que exerce a fundamentação ontológica da advocacia em enfermagem para a compreensão, interpretação do outro, para a aplicação da advocacia. Por conseguinte, diálogo hermenêutico não é um simples meio de entendimento, mas um entendimento mútuo da comunidade humana, mundo no qual os indivíduos estão inseridos em estruturas de linguagens abertas para o outro, e conseqüentemente, a ampla concepção de imagem de mundo (GADAMER, 2011a; GADAMER, 2011b).

A linguagem e o diálogo hermenêutico não são um fim para compreensão, mas um meio que reúne o eu e o mundo, congregando-se em sua unidade originária. (GADAMER, 2011a). Para tal, o processo de compreensão, o interprete precisa reconhecer seus valores, crenças e preconceitos para não obscurecer a verdadeira compreensão hermenêutica entre a consciência individual e a consciência dos outros (GADAMER, 2011b). Essa percepção, demonstra a posição do profissional de enfermagem como intérprete do paciente, interessado em compreendê-lo, e assim interpretar seus desejos durante a advocacia em enfermagem. Tal posição não se delimita a um período, mas se corresponde durante todo o círculo hermenêutico em todos os níveis de advocacia em enfermagem (Figura 1), sendo constantemente retroalimentado com o intuito do paciente exercer sua autonomia sem nenhum detrimento ao cuidado.

A construção deste modelo teórico, reconhece a relação de proximidade entre enfermeiro/paciente, sendo esse primeiro atribuído a função de intérprete, enquanto o paciente é o foco de compreensão e interpretação como parte central do cuidado, e a aplicação o exercício da advocacia em enfermagem. Assim, todo profissional de enfermagem relaciona-se e comunica-se com seus pacientes, entretanto, após essa aproximação poderá ou não ocorrer a construção de um diálogo hermenêutico.

### **Nível 3 – Autonomia do paciente**

O exercício ético, na conduta de enfermagem, exige o reconhecimento do princípio de autonomia como garantia do respeito ao agente autônomo em

exercer o direito de decisões com base em suas convicções, princípios, valores, regras e crenças (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). Ou seja, “Se uma pessoa possui um direito, os outros estão impedidos, de forma válida, de interferir no exercício desse direito [...], mas todos os direitos existem porque as regras relevantes permitem ou proíbem o requerimento ou a prerrogativa em questão” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p.89-90).

A partir dessa perspectiva, o princípio da autonomia desponta-se como conceito moral da defesa dos direitos dos pacientes praticado pelos profissionais de enfermagem, garantindo-lhes a proteção dos direitos básicos para tomada de decisão, retomando a unificação do paciente e seu corpo, e não a permanência alienada desse (GADOW, 1980). Para isso, o profissional de enfermagem deve reafirmar aos pacientes o seu direito de decisão livre de qualquer pressão, ou seja, a decisão deve ser sempre tomada pelo paciente, em um processo de crescimento e autonomia do mesmo para com sua vida (KOHNKE, 1980).

O princípio da autonomia é o ponto central da advocacia exercida por profissionais de enfermagem, uma vez que, é a partir dessa percepção que os profissionais desempenharam maiores ou menores ações de advocacia no cumprimento do dever moral de garantir a autonomia do paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et. al., 2015; TOMASCHEWSKI-BARLEM, et. al., 2016). No modelo teórico de Hanks (2005), o exercício da autonomia do paciente é exercido através da significação conceitual de poros considerado como diversas vias para o exercício da autonomia, uma vez que sua existência representa a interação paciente-ambiente e a autonomia, e por conseguinte, assumindo condições para a tomada de decisão.

O exercício da advocacia apresenta convergência de ações próprias de sua prática na enfermagem, seja elas na capacitação e informação dos pacientes e seus familiares; nos cuidados e assistências de enfermagem adequados; garantia dos direitos de ser ouvido, participação e decisão do paciente exercendo assim sua autonomia (TOMASCHEWSKI-BARLEM, et. al., 2018). Deste modo, o princípio da autonomia permeia todas as condutas praticadas no exercício da enfermagem, abrangendo em diferentes graus a

busca pela autonomia do paciente, sendo garantindo os direitos reservados a esses dentro dos contextos de cuidados de saúde.

Assim a advocacia em enfermagem avança para uma significação conceitual por assim apresentar intrínseca relação a experiências éticas-profissionais, na tríade enfermagem, paciente e o exercício da autonomia interligados pelo diálogo hermenêutico.

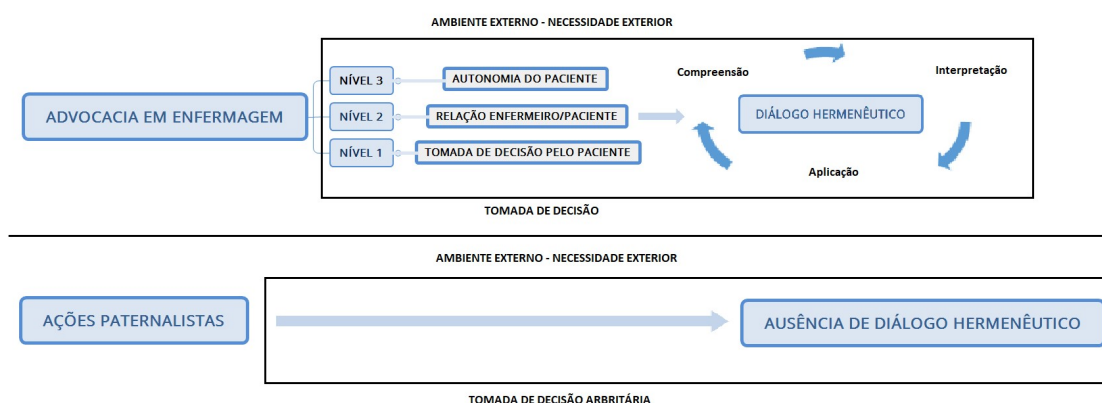


Figura 1 – Modelo teórico-conceitual de advocacia em enfermagem.

O modelo teórico apresentado constitui uma defesa na diferenciação entre condutas paternalistas e aquelas tomadas pelos enfermeiros no exercício da advocacia, por mais próximo que sejam, sua diferenciação está na intencionalidade da imposição de uma conduta, ou da utilização do diálogo hermenêutico como meio de compreensão e interpretação do paciente, assim como na aplicação de uma ação de advocacia. Neste sentido, o nível 1: considera as situações em que exista a incapacidade do paciente em participar nas tomada de decisões, no qual o enfermeiro, a partir de seu valores e normas decide pelo paciente durante a assistência de enfermagem; Nível 2: constitui o maior período de desenvolvimento da advocacia em enfermagem, que está na constância do relação enfermagem/paciente, exercício do diálogo hermenêutico e a busca pela autonomia do paciente. Por fim, o nível 3 representa o ápice do exercício da advocacia em enfermagem, ou seja, a consolidação do paciente como participante do processo de cuidado, detentor

de seu corpo e parte importante de todo o processo de tomada de decisão no cuidado a saúde.

Assim, o modelo teórico-conceitual proposto, deste estudo corrobora com o exercício profissional de enfermagem e a advocacia, através de sua relação singular e indispensável no exercício ético-profissional, a partir da análise teórico-filosófica evidenciando a advocacia em enfermagem como fenômeno próprio da profissão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O exercício da advocacia em enfermagem parte da relação constituída entre o profissional de enfermagem e o paciente, na progressiva compreensão do eu (enfermeiro-intérprete), suas crenças, valores, preceitos e o outro (paciente), com seus valores, desejos, anseios e principalmente, sua autonomia frente a tomada de decisões. Desempenhar a advocacia em enfermagem é reconhecer o exercício ético-profissional em consonância ao cuidado do paciente em sua integralidade, e não apenas reproduções normativas de cuidados.

Neste sentido, o suporte teórico filosófico da teoria da Hermenêutica Filosófica Gadameriana apresenta elementos importantes para estudos relacionados a advocacia em enfermagem, a partir de subsídios da compreensão do paciente para o exercício da advocacia para a defesa da autonomia durante os cuidados em saúde. Tal perspectiva corrobora com a reflexão da necessidade da prática do diálogo hermenêutico como caminho de compreensão do outro, estando o exercício da advocacia em enfermagem ainda influenciado por barreiras e facilitadores contextuais presentes na prática de enfermagem.

A construção de um modelo teórico-conceitual permitiu conhecer e refletir sobre a advocacia em enfermagem em três níveis: tomada de decisão pelo paciente; relação enfermeiro/paciente – diálogo hermenêutico; e último nível, a autonomia do paciente. Sendo essas, correlacionadas com nível exercido durante a advocacia. Contudo, a não realização do diálogo hermenêutico como meio de compreensão é estagnar a prática de enfermagem

sob ações paternalistas, e assim, suprimir a defesa dos direitos dos pacientes e o exercício da autonomia.

Por fim, o presente estudo apresenta contribuições significativas para análise da advocacia em enfermagem como sua base ontológica do exercício da enfermagem. Negar o exercício da advocacia na prática profissional de enfermagem pode remeter a uma aplicação constante de práticas normativas, sem interação com as necessidades do paciente e seus direitos para com seu corpo, cuidado e conseqüentemente sua vida.



## REFERÊNCIAS

- 1 HANKS, R. G. Sphere of Nursing Advocacy Model. **Nurs Forum**, v. 40, n. 3, p.75-8, 2005.
- 2 CURTIN, L. L. The Nurse as Advocate: A Philosophical Foundation for Nursing. **ANS / Ethics and Values**, v. 1 n. 3, p. 1-10, 1979.
- 3 GADOW, S. Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing. In: SPICKER, S. F.; GADOW, S. (Ed). **Nursing: Images and Ideals: Opening Dialogue with the Humanities**. New York: Springer Publishing Company, 1980, p. 79-101.
- 4 KOHNKE, M. F. The Nurse as Advocate. **American Journal of Nursing**, v. 80, n. 11, p.2038-2040, 1980.
- 5 GAYLORD, N.; GRACE, P. Nursing advocacy: an ethic of practice. **Nurs Ethics**, v. 2, n. 1, p. 11-8, 1995.
- 6 SMITH, M. A. The ethics/advocacy connection. **Nursing Management**, Springhouse, v. 48, n. 8, p. 18-23, 2017. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=28749797&isFromRelatedArticle=Y>. Acesso em: 16 out. 2017.
- 7 JOSSE-EKLUND, A. et al. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy: a phenomenographic study. **Nurs Ethics**, v. 21, n. 6, p. 673-83, 2014.
- 8 DADZIE, G.; AZIATO, L.; AIKINS, A D-G. "We are best to stand in for patient": a qualitative study on nurses' advocacy characteristics in Ghana. **BMC Nurs**, v. 16, n. 61, 2017.
- 9 FIGUEIRA, A. B. et al. Health advocacy by nurses in the Family Health Strategy: barriers and facilitators. **Rev Bras Enferm**, v.71 , n. 1, p. 57-64, 2018.
- 10 DOHERTY, C.; LANDRY, H.; PATE, B., REID, H. Impact of communication competency training on nursing students' self-advocacy skills. **Nurse Educator**, v. 00, n. 0, p. 1-4, 2016.

11 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G., 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. 811-8, 2015.

12 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; ROSEMERY, S. S.; RAMOS, A. M.; PIEXAK, D. R. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 03, p. 1-7, 2017.

13 GADAMER, H-G. **Verdade e Método I – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 11a ed. Tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2011a.

14 GADAMER, H-G. **Verdade e Método II – complementos e índice**. 11a ed. Tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2011b.

15 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? – Uma perspectiva Foucaultiana. **Texto & contexto enferm**, v. 25, n. 1, e2560014, 2016.

16 MORTELL, M.; ABDULLAH, K.; AHMAD, C. Barriers deterring patient advocacy in a Saudi Arabian critical care setting. **Br J Nurs**, v. 26, n. 17, p. 965-971, 2017.

17 PECANAC, K. E.; SCHWARZE, M. L. Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency. **Nurs Ethics**, v.25, n. 1, p.69-79, 2016.

18 BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 2a ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

19 DAVOODVAND, S.; ABBASZADEH, A.; AHMADI, F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. **J Med Ethics Hist Med**, v. 9, n. 5, p. 1-8, 2016.

20 CHOI, P. P. Patient advocacy: the role of the nurse. **Nurs Stand**, v. 29, n. 41, p. 52-8, 2015.

- 21 JOSSE-EKLUND, A. et al. Swedish registered nurses' and nurse managers' attitudes towards patient advocacy in community care of older patients. **J Nurs Manag**, v. 21, n. 5, p. 753-61, 2013.
- 22 MALLIK, M. Advocacy in nursing – perceptions of practising nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 6, n. 4, p. 303-313, 1997a.
- 23 VAARTIO, H., et al. Nursing advocacy in procedural pain care. **Nurs Ethics**, v. 16, n. 3, p. 340-62, 2009b.
- 24 ZOMORODI, M.; FOLEY, B. J. The nature of advocacy vs. Paternalismo in nursing: clarifying the 'thin line'. **J Adv Nurs**, v. 65, n. 8, p. 1746-52, 2009.
- 25 RUSHTON, C. H. The critical care nurse as patient advocate. **Crit Care Nurse**, v. 14, n. 3, p. 102-6, 1994.
- 26 NEGARANDEH, R. et al. Patient advocacy: barriers and facilitators. **BMC Nurs**, v.5, n. 3, p. 1-8, 2006.
- 27 SUMMERS, L. Advocacy at the state level: why it's important. **Nebr Nurse**, v. 44, n. 4, p. 9, 2011.
- 28 MARTIN, G. W. Communication Breakdown or Ideal Speech Situation: the problem of nurse advocacy. **Nursing Ethics**, v. 5, n. 2, p. 147-156, 1998a.
- 29 MARTIN G. W. Ritual action and its effect on the role of the nurse as advocate. **Journal of Advance Nursing**, v.27, n. p.189-194, 1998b.
- 30 TAYLOR, P.; FERSZT, G. The nurse as patient advocate. **Nursing**, v. 28, n. 8, p. 70-1, 1998.
- 31 MCGRATH, A.; WALKER, A. Nurses' perception and experiences of advocacy. **Contemporary Nurse**, v. 8, n. 3, p. 72-78, 1999.
- 32 LACONO, M. V. Nurses: trusted patient advocates. **J Perianesth Nurs**, v.22, n. 5, p. 330-4, 2007.
- 33 TOMAJAN, K. Advocating for Nurses and Nursing. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2012.

- 34 BERNAL, E. W. The Nurse as Patient Advocate. **The Hasting Center Report**, v. 22, n. 4, p. 18-23, 1992.
- 35 WATT, E. Na exploration of the way in which the concept of patient advocacy is perceived by registered nurses working in an acute care hospital. **Int J Nurs Pract**, v. 3, n. 2, p. 119-27, 1977.
- 36 BALACHANDRAN, S. Patient autonomy, advocacy and the critical care nurse. **Issues Med Ethics**, v. 9, n. 3, p. 82-3, 2001.
- 37 VAARTIO, H. et al. The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. **J Adv Nurs**, v. 64, n. 54, p. 504-13, 2008.
- 38 VAARTIO, H. et al. Measuring nursing advocacy in procedural pain care—development and validation of an instrument. **Pain Manag Nurs**, v. 10, n. 4, p. 206-19, 2009a
- 39 PAVLISH, C.; HO, A.; ROUNKLE, A.-M. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. **Nurs Ethics**, v. 19, n. 4, p. 538-49, 2012.
- 40 RAINER, J. Speaking up: factors and issues in nurses advocating for patients when patients are in jeopardy. **J Nurs Care Qual**, v. 30, n. 1, p. 53-62, 2015.
- 41 DEVAKUMAR, D.; SPENCER, N.; WATERSTON, T. The role of advocacy in promoting better child health. **Arch Dis Child**, v. 101, n. 7, p. 596-9, 2016.
- 42 TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; DA SILVEIRA, S. S.; RAMOS, A. M.; DOS SANTOS, J. M. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.2, e0730014, 2018.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: de um horizonte-histórico

Os resultados desta tese, apresentados em formato de artigos na constituição dos resultados e discussões dos dados, demonstraram o embasamento ético profissional da enfermagem no exercício da advocacia na relação enfermagem/paciente. A advocacia desponta-se como base ontológica do exercício da enfermagem, ou seja, está presente em diferentes graus durante todo o exercício profissional de enfermagem.

Neste sentido, torna-se necessário a apropriação da advocacia como parte singular da enfermagem, não por serem os únicos responsáveis pela prática da advocacia do paciente, em saúde, política, emancipatória, mas por apresentar um conhecimento prático (*phronesis*) das situações concretas derivadas das diversas ramificações da advocacia no cotidiano da prática profissional, ou seja, decorrente do acontecimento ético profissional que se diferencia e singulariza a relação da advocacia em enfermagem. Conforme descrito nesta tese, a centralidade das ações de enfermagem estão voltadas para o paciente, sendo essas diretas ou indiretas ao cuidado do paciente suas ramificações: familiares, social, econômico e ambiental.

Contudo, negar o direito a autonomia do paciente na participação das decisões inter-relacionadas ao seu cuidado, é violar direito fundamental, através de um posicionamento profissional paternalista, impositivo e alienante do paciente com o seu corpo, sua existência. Ora, agir suprimindo o direito a autonomia do paciente é exercer uma atividade profissional normativa, dependente apenas de regras e ordens promulgadas por outros.

Entretanto, a advocacia em enfermagem não é um meio para a consolidação da autonomia dos enfermeiros, mas o reconhecimento que o seu exercício é diferente dos praticados pelas outras profissões, e ao mesmo tempo, convergentes no âmbito maior da advocacia. Ou seja, todos os profissionais ligados direta ou indiretamente ao paciente participam da advocacia, e portanto, a advocacia em enfermagem não requisita a exclusividade das ações, mas reconhece no seu conhecimento prático derivado da profissão fatores singulares e fundamentais para o exercício da advocacia em enfermagem como base ontológica, epistêmica e vilotiva da profissão.

No primeiro artigo, intitulado “O exercício da advocacia no âmbito da enfermagem: percepção dos enfermeiros”, possibilitou o aprofundamento das percepções dos enfermeiros a respeito da advocacia e o exercício da enfermagem. Nesse artigo foram contemplados duas categorias emergentes desse estudo, sendo elas: “Formação ética e o exercício da advocacia por enfermeiros: fragilidades ou fortalezas” e “Situações de conflitos emergentes do exercício da advocacia”.

A percepção emergente do distanciamento da formação acadêmica e o exercício da advocacia revela a complexidade do campo ético e sua constante adequação a princípios e normas morais mutáveis, aos mais variados contextos. Nesse sentido, a enfermagem como uma disciplina prática, tem em sua atividade central, nas inter-relações pessoais, a necessidade de adequar o conhecimento técnico e o conhecimento moral/ético presente no cotidiano da profissão.

Por esse sentido, a compreensão da formação ética durante a graduação demonstrou-se controversa, sendo não reconhecida como base para o agir em defesa de si/paciente, ou relatado como base para o constante aprimoramento ético profissional. Isso pode ser compreendido a partir entendimento que o conhecimento prático necessário para advogar é um agir que não pode-se determinar com antecedência, por sua complexidade e inter-relações não há um conhecimento exato e reproduzível para todas as situações.

O conhecimento prático requer dos profissionais um ser consciente, que esteja disposto a agir, portador de conhecimento contextualizado as situações concretas. Tal disposição, exige do enfermeiro julgamento e ação de cada determinada situação, interligando conhecimento técnico, prático e moral, uma vez que durante a prática profissional, o enfermeiro é diretamente confrontado com situações que exigem o exercício da advocacia em enfermagem.

Já a categoria “Situações de conflitos emergentes do exercício da advocacia”, corrobora com os diversos trabalhos que evidenciam a presença de conflitos durante o exercício da advocacia. Tais conflitos, observado na perspectiva hermenêutica de julgamento e ação é compreendida pelo seu

resultado, que é a identificação e denuncia de um sistema que está moralmente inadequado ao conhecimento prático dos enfermeiros.

Por isso, os enfermeiros despontam-se como principais interpretes decorrente da relação enfermagem/paciente, a partir do exercício hermenêutico, do conhecimento prático/moral, da identificação de necessidades de ações de defesa ou pelo suporte a auto-determinação do paciente durante os cuidados em saúde. Portanto, o exercício da advocacia emerge da decisão do enfermeiro em agir eticamente durante sua atividade profissional, adequando-se a cada situação conforme a necessidade da melhor conduta e o melhor resultado para o cuidado do paciente

O segundo artigo da presente tese, denominado “O diálogo hermenêutico e a advocacia em enfermagem: um estudo qualitativo”, identificou a importância da comunicação como caminho para o diálogo hermenêutico para a compreensão do paciente durante o exercício da advocacia, assim como na antítese, a inaptidão para a comunicação e a advocacia, uma vez que o agente não se dispõem ao processo de compreender o paciente e sua história.

Os resultados evidenciaram a estreita relação da comunicação e a advocacia como elemento primordial para uma prática realizadas durante exercício profissional. O reconhecimento dessa relação provoca um embate entre princípios paternalistas e o direito a autonomia do paciente, tornando-se, assim, um campo crítico-reflexivo que visa a apropriação de uma compreensão hermenêutica durante a prática de enfermagem.

O reducionismo da autonomia sempre esteve presente sobre conceitos como paternalismo clássico, libertário e, o mais contemporâneo, *nudges*, que representa uma sutil influência para a tomada de decisão. Entretanto, enquanto os cutucões/empurrões direcionam o paciente para tomada de decisões previamente escolhidas, o mesmo é evidenciado durante o processo de capacitação e orientação exercidas durante a advocacia e a emancipação do paciente sobre seu cuidados de saúde.

Nesse cenário, o diálogo hermenêutico desponta-se como embasamento filosófico e prático para o entendimento do paciente e da autonomia. A correta aplicação de ações de advocacia no âmbito da enfermagem parecem contribuir

para uma consolidação e reconhecimento de um agir ético interligado com um conhecimento prático, emergente da estreita relação da enfermagem/paciente. Contudo, o diálogo hermenêutico e o exercício da advocacia em enfermagem não se mostrou como única tradição presente nessa área profissional, estando ainda presente resquícios de uma tradição paternalista, impositiva e superior aos interesses dos pacientes.

Por fim, o terceiro artigo, de cunho reflexivo da presente tese, denominado “Advocacia em enfermagem: construção de um modelo teórico sob a perspectiva gadameriana”, constitui uma explanação da relação da advocacia em enfermagem e o prospecto da hermenêutica na defesa dos direitos do paciente. Nesta etapa da tese, o artigo explana a diferenciação do exercício da advocacia e ações paternalistas no âmbito da enfermagem, por mais próximas que possam parecer, é por meio da intencionalidade de compreender o outro que se diferenciam, enquanto o nível 1 do modelo teórico proposto, aborda as ações de advocacia em enfermagem durante a incapacidade de comunicação, e conseqüentemente, diálogo hermenêutico prejudicado; o paternalismo apresenta a ausência da tentativa de compreensão, negando o outro e sua autonomia, refutando o direito do paciente em participar ativamente na tomada de decisões.

Ademais, o exercício da advocacia não se delimita apenas em ações protetivas, mas visa o processo de autonomia do paciente durante toda o cuidado em saúde. Neste sentido, o presente modelo teórico apresenta a relação entre enfermeiro/paciente, uma vez que é nesta aproximação que ocorre a fusão de horizontes, ou seja, o entendimento de todo conhecimento, preceitos, normas e conhecimentos técnicos e práticos que regem a atividade profissional do enfermeiro agregado aos preceitos, crenças, valores e conhecimentos presentes pelo paciente.

Tal fusão ocorre através de mútuos acordos desencadeados durante toda a assistência de enfermagem, em processo reflexivo e construtivo, configurados conforme cada situação concreta vivenciada durante o processo de cuidar. Neste momento, ocorre a compreensão prática da advocacia em enfermagem, não apenas baseado na aplicação de normas, mas deslocada



para uma correta interpretação da norma para o exercício da advocacia em enfermagem.

Assim, a partir do suporte teórico-filosófico da Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer correspondentes a compreensão, a interpretação e a aplicação adquirem caráter indivisível, ou seja, através da hermenêutica gadameriana obtém-se um rumo ontológico de compreender a si e o outro em um horizonte-histórico. Tal percepção nos torna capaz de confirmar a tese de que:

**As situações éticas presentes no exercício da enfermagem desencadeiam a prática da advocacia em enfermagem como um fenômeno singular e próprio dessa profissão, realizado de forma conjunta e indissociável do cuidado de enfermagem.**

Acredita-se que o modelo teórico-conceitual elaborado nesta tese, representa uma continuidade reflexiva de estudos produzidos ao longo dos últimos 40 anos, com reconhecimento gradual do exercício da advocacia na prática de enfermagem. Assim, centralizou-se na observação da relação enfermeiro/paciente e o meio de compreensão de si (enfermeiro/enfermagem) e do outro (paciente), ou seja o diálogo proposto pela teoria hermenêutica filosófica gadameriana.

Deste modo, o modelo teórico desenvolvido proporciona uma reflexão conceitual que valoriza a linguagem, a comunicação, a conversação, mas principalmente, um diálogo hermenêutico construtivo entre o enfermeiro e o paciente, reconhecendo as crenças, preceitos, valores individuais de cada ator, e posteriormente, a construção mútua de compreensão de si (enfermeiro) e do outro (paciente), para assim desenvolver uma advocacia que proteja a exercício da enfermagem, o paciente e que progrida para a sustentação da autonomia do paciente.

Por fim, o presente estudo teve como base o campo ético, uma vez que tem por entendimento, uma conduta ética necessita de um agente consciente, com disposição para compreensão do comportamento humano e sua diversidades morais determinadas na contemporaneidade. Por este modo,

torna-se imprescindível ampliar os estudos da enfermagem sobre a advocacia em enfermagem, sendo na formação/qualificação para o diálogo, como também, nas diversas variáveis presentes como barreiras e facilitadores durante o exercício da advocacia, e assim contribuir para novas adequações presentes em cada horizonte-histórico dos atores envolvidos no exercício da advocacia em enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bosi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. 6a ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.
- ACOSTA et al. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto Contexto Enferm**. v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=71452267011>. Acesso em: 06 out. 2017.
- ADAMS, N. A contrary View Patient of the Nurse as Advocate. **Nursing Forum**, v.17, n.3, p. 258-267, 1978.
- ADAMS, M. Science, Technology, and Some Dilemmas of Advocacy. **Science**, v. 180, n. 4088, p.840-42, 1973.
- ALBARRAN, J. W. Advocacy in critical care – an evaluation of the implications for nurses and the future. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 8, n. 1, p. 47-53, 1992.
- ALBINA, J. K. Patient Abuse in the Health Care Setting: The Nurse as Patient Advovate. **AORN J**, v. 103, n. 3, p. 74-8, 2016.
- ALLMARK, P.; KLARZYNSKI, R. The case against nurse advocacy. **British Journal of Nursing**, v.2, n.1, p. 33-36, 1992.
- ALMEIDA, R. O.; OLIVEIRA, F. T.; FERREIRA, M.A.; DA SILVA, R. C. Enfermeiros recém-formados e o cuidado intensivo em unidades de pacientes não-críticos. **Rev. Bras. Enferm**, v.72, suppl 1, p. 254-62, 2018.
- AMBLER, et al. Specialist nurse counsellor interventions at the time of diagnosis of breast câncer: comparing 'advocacy' with a conventional approach. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 2, p. 445-453, 1999.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Code of Ethics for Nursing with Interpretive Statements**. Silver Spring, 2015
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **What is nursing**. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>. Acesso em: 19 set. 2018.
- ANDERSON, S. L. Patient advocacy and whistle-blowing in nursing: help for the helpers. **Nurs Forum**, v. 25, n. 3, p. 5-13, 1990.
- ANGELUCCI, P. Advocate for Your Patients- and Your Nurses. **Nursing Management**, v. 30, n.11, p. 14, 1999.

- ANN-CHRISTOPHER, M. et al. Advocacy for vulnerable patients: how grassroots organizations can influence health care policy. **Am J Nurs**, v. 115, n.3, p. 66-9, 2015.
- ANNAS, G. J. The patient rights advocate: can nurses effectively fill the role? **Superv Nurse**, v. 5, n. 7, p. 20-5, 1974.
- ARYA, N. Advocacy as medical responsibility. **CMAJ**, v.185, n.15, p. 1368, 2013.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução Torrieri Guimarães. 7a ed. São Paulo: Editora Martin Claret, 2011.
- ARISTÓTELES. **Poética**. Tradução Eudoro de Sousa. Porto Alegre: Editora Globo, 1966.
- ASSCHER, J. The moral distinction between killing and letting die in medical cases. **Bioethics**. v. 22, n. 5, p. 278-85, 2008.
- AUDI, R. (Dir.). **Dicionário de Filosofia de Cambridge**. Tradução João Paixão Netto, Edwino Aloysius Royer, Alexandre da Silva Carvalho, Aline Ramos, Christian Perret, Eduardo Nasser, Felipe Augusto Imbelissieri Casadei, Marina Veiga. São Paulo: Paulus, 2006.
- BALACHANDRAN, S. Patient autonomy, advocacy and the critical care nurse. **Issues Med Ethics**, v. 9, n. 3, p. 82-3, 2001.
- BANJA, J. D. The nurse as patient advocate. **Plast Surg Nurs**, v.12, n. 4, p. 159-61, 1992.
- BARLEM et al. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, 8 telas, jan-fev. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100002&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 17 out. 2017
- BARLEM, et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Revista Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 46, n. 3, p.681-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/21.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.
- BARLOW, N. A.; HARGREAVES, J.; GILLIBRAND W. P. Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practica. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 2, p. 230-242, 2017.
- BARTON, A. J. Advocacy: nursing's role in supporting the patient's right to refuse tratamento. **Plas Surg Nurs**, v. 11, n. 2, p. 76-7, 1991.
- BARTON, A.; GRÜNE-YANOFF, T. From libertarian paternalismo to nudging – and beyond. **Rev. Phil. Psych**, v. 6, n. 3, p. 341-359, 2015.

BATERMAN, N. **Advocacy Skills for Health and Social Care Professionals**. 3rd impression. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 2a ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

BELFER, M. L. The child advocacy concept: from a praiseworthy ide ato practical demise. **Hospital & Community Psychiatry**, v.27, n. 12, p. 880-881, 1976.

BELL, M. L.; BUELOW, J. R. Teaching students to work with vulnerable populations through a patient advocacy course. **Nurse Educ**, v. 39, n. 5, p. 236-40, 2014.

BENNETT, O. Advocacy in nursing. **Nursing Standard**, v.14, n.11, p.40-41, 1999.

BERMAN, S. Training Pediatricians to Become Child Advocates. **American Academy of Pediatrics**, v.102 , n.3, p. 632-636, 1998.

BERNAL, E. W. The Nurse as Patient Advocate. **The Hasting Center Report**, v. 22, n. 4, p. 18-23, 1992.

BEYEA, S. C. Patient advocacy --nurses keeping patients safe. **AORN J**, v. 81, n. 5, p. 1046-7, 2005.

BICUDO, M. A. V. **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011.

BIERMAN, J. M. Advocacy and inquiry: their role in development of health services for mothers and children. **A.J.P.H.**, v.56, n.5, p. 720- 725, 1966.

BONFIM, V. S. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XIV, n. 49, p. 76-82, abr./jun. 2010

BORDIGNON, S. S. et al. Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 94-9, jan-mar. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a16.pdf>  
Acesso em: 14 set. 2017.

BRAGER, G. A. Advocacy and Political Behavior. **Social Work**, v. 13, n.2, p. 5-15, 1968.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 11 mai. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, DF, 24 maio 2016. Seção I, p. 44-46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 16 de mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde**. Disponível em: [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Acesso em 27 nov. 2018.

BRANDON, D. **Advocacy Power to People with Disabilities**. Birmingham: Venture Press, 1995.

BRANDON, D.; BRANDON, A.; BRANDON T. Advocacy: Power to People with Disabilities by David Brandon, Althea Brandon and Toby Brandon. **The British Journal of Social Work**, v.26, n. 2, p. 285-87, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, 07 de abril de 2016**. Brasília, 2016.

BREIER-MACKIE, S. Cultural competence and patient advocacy: the new challenge for nurses. **Gastroenterol Nurs**, v. 30, n. 2, p. 120-2, 2007.

BRITTEN, N. **Entrevistas qualitativas**. In: POPE, C. e MAYS, N. (Orgs). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-31.

BUTLER, G. A.; THOMPSON, L. S. Building Skills for Child Advocacy. **Journal of Pediatric Nursing**, v.15, n.5, p. 323-325, 2000.

CAMERON, C. Patient advocacy: a role for nurses?. **Eur J Cancer Care**, v. 5, n. 2, p. 81-9, 1996.

CANTO-SPERBER, M. (Org.). **Dicionário de ética e filosofia da moral**. Tradução Ana Maria Ribeiro-Althoff, Magda França Lopes, Maria Vitória Kessler de Sá Brito, Paulo Neves. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2003. 1 v.

CHAFEY K. et al.Characterizations of Advocacy By Practicing Nurses. **Journal of Professional Nursing**, v.14, n.1, p. 43-52, 1998.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. ed. Ática, São Paulo, 2010.

CHILDRE, F.; VAUGHT, W.; PARANZINO, G. Confidentiality in Occupational Health Care. **AAOHN Journal**, v.48, n.5, p. 243-253, 2000.

- CHILES, R. E. The rights of patients. **The New England Journal of Medicine**, v. 277, n. 8, p. 409-411, 1967.
- CHILTON, L. A. Child Advocates. **Pediatrics**. v. 104, n. 5, p.1168, 1999.
- CHOI, P. P. Patient advocacy: the role of the nurse. **Nurs Stand**, v. 29, n. 41, p. 52-8, 2015.
- CLAVIEN, C. Ethics fo nudges: a general framework with a focus on shared preference justifications. **Journal of Moral Education**, v. 47, n. 3, p. 366-382, 2018.
- COELHO JUNIOR, N. E. **Fenomenologia e Psicanálise: encontros e desencontros**. Ciência e Vida Filosofia - Especial Psicanálise e Filosofia, v.1, p.24 - 35, 2008.
- COHEN, B. E.; MARSHALL, S. G. Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. **Health & Social Care in the Community**, v. 25, n. 2, p. 309-28, 2016.
- COHEN, J. Advocacy and the Children's Crisis na invited commentary. **Amer. J. Orthopsychiat**, v. 41, n. 5, p. 807-808, 1971.
- COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nurs Ethics**, v. 21, n. 5, p. 576-82, 2014.
- CONE, A. A. Self-Reported Training Needs and Training Issues of Advisors to Self-Advocacy Groups for People With Mental Retardation. **Mental Retardation**, v. 39, n. 1, p. 1-10, 2001.
- CORCORAN, S. Toward operationalizing an advocacy role. **J Prof Nurs**, v. 4, n. 4, p. 242-8, 1988.
- CORTINA, A.; MARTINEZ, E. **Ética**. Tradução Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- COWLEY, T.; MCNAMARA, P. M. Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. **Public Health Nurs**, v. 28, n. 2, p. 150-8, 2011.
- CURRAN, W.J. Public Health and the Law - health problems of the poor: a legal advocacy program. **AJPH**, v. 60, n. 4, p. 757-758, 1970.
- CURTIN, L. L. The Nurse as Advocate: A Philosophical Foundation fo Nursing. **ANS / Ethics and Values**, v. 1 n. 3, p. 1-10, 1979.
- DADZIE, G.; AZIATO, L.; AIKINS, A D-G. "We are best to stand in for patient": a qualitative study on nurses' advocacy characteristics in Ghana. **BMC Nurs**, v. 16, n. 61, 2017.

DALLARI, S. G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Rev Saude Publica**, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996.

DALMOLIN, G. L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o burnout. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-8, jan-mar. 2012. Disponível em: <http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/3594220.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

DANIELS, S. Advocacy and the hospital case manager. **Prof Case Manag**, v. 14, n. 1, p. 48-51, 2009.

DAVIDOFF, P. Advocacy and Pluralism in Planning. **Journal of the American Institute of Planners**, v.31, n. 4, p. 331-338, 1965.

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

DE SOUSA, F. A. D. et al. Reflexão da ação do enfermeiro acerca da violência praticada no contexto da adolescência. **Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem**. v. 2, n. 1, jun. 2016. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.fcrcs.edu.br/index.php/mice/article/view/1121/902>. Acesso em: 08 out. 2017.

DELGHANI, A.; MOSALANEJAD, L.; DEHGHAN-NAYERI, N. Factors affecting professional ethics in nursing practice in Iran: a qualitative study. **BMC Medical Ethics**, v. 16, n. 1, p. 1 – 7, 2015.

DEVAKUMAR; D.; SPENCER, N.; WATERSTON, T. The role of advocacy in promotion better child health. **Arch Dis Child**, v. 101, n. 7, p. 596-9, 2016.

DOHERTY, C.; LANDRY, H.; PATE, B., REID, H. Impacto f communication competency training on nursing students' self-advocacy skills. **Nurse Educator**, v. 00, n. 0, p. 1-4, 2016.

DOMINGUES, J. A. **Diálogo Hermenêutico**. Covilhã: Lusosofia: press; 2009

DONAHUE, P. The Nurse a Patient Advocate?. **Nursing Forum**, v.17, n. 2, p. 143-151, 1978.

DU PLAT-JONES, J. Power and representation in nursing: a literature review. **Nursing Standard**, v. 13, n. 49, p. 39-42, 1999.

DUXBURY, J. The nurse's role as patient advocate for mentally ill people. **Nurs Stand**, v. 10, n. 20, p. 36-9, 1996.

EARNEST, M. A.; WONG, S. L.; FEDERICO. S. G. Perspective: Physician advocacy: what is it and how do we do it? **Acad Med**, v. 85, n. 7, p.63-7, 2010.



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Manual de Integração: Divisão de Gestão de Pessoas – DivGP, 2018. Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/documents/1688403/1688463/manual\\_abril.pdf/62800725-d2a5-4399-aafb-4972db75537e](http://www2.ebserh.gov.br/documents/1688403/1688463/manual_abril.pdf/62800725-d2a5-4399-aafb-4972db75537e). Acesso em: 04 fev. 2019

EPSTEIN, E. G.; DELGADO, S. Understanding and addressing moral distress. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 15, n. 3, Manuscript 1, 2010.

ERDIL, F.; KORKMAZ, F. Ethical Problems Ebserved by Student Nurse. **Nurs Ethics**, v. 16, n. 5, p. 589-598, 2009.

EKEGREN, K. We are All Advocates. **JSPN**, v.5, n. 2, p. 100-102, 2000.

FACULDADE ESPECIALIZADA NA ÁREA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://www.fasurgs.edu.br/cep/site/orientacoes/FASURGS-Orientacao-01-2016-OfatorRISCOempesquisascomsereshumanos.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2019.

FARRER, L.; MARINETTI, C.; CAVACO, Y. K.; COSTONGS, C. Advocacy for health equity: A synthesis review. **Milbank Quarterly**, v. 93, n. 2, p. 393-437, 2015.

FERREIRA, A. G. **Dicionário de Latim-Português**. Porto: Porto Editora, 1970.

FERREIRA, N. S. de A. As pesquisas denominadas "estado da arte". **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 79, ago. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0101-73302002000300013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0101-73302002000300013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago. 2010. doi: 10.1590/s0101-73302002000300013.

FERREIRA, R. F.; ANADON, C. B. O diálogo hermenêutico e a pergunta adequada à aplicação dos tratados internacionais de direitos humanos no Brasil: caminhos para o processo de internacionalização da constituição. **Revista de Direito Internacional**, v. 12, n. 2, p. 176-92, 2015.

FERST, G. G.; HICKEY, J. E.; SELEYMAN, K. Advocating for pregnant women in prison: the role of the correctional nurse. **J Forensic Nurs**, v. 9, n. 2, p. 105-10, 2013.

FETSCH, S. H.; MINTUN, M. K. Strengthening the nurse's role as patient advocate. **Bioethics Forum**, v. 10, n. 1, p. 15-9, 1994.

FIGUEIRA, A. B. et al. Health advocacy by nurses in the Family Health Strategy: barriers and facilitators. **Rev Bras Enferm**, v.71 , n. 1, p. 57-64, 2018.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3a Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLEY, B. J.; MINICK, P.; KEE, C. Nursing Advocacy During a Military Operation. **Western Journal of Nursing Research**, v. 22, n. 4, p. 492-507, 2000.

FORSTER, R. Patient advocacy in psychiatry: the Austrian and the Dutch models. **Int Soc Work**, v. 41, n. 2, p. 155-67, 1998.

GADAMER, H-G. **The enigma of Health**. Polity Press, Cambridge, 1996.

GADAMER, H-G. **Hermenêutica em Retrospectiva: Heidegger em Retrospectiva (I)**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

GADAMER, H-G. **Verdade e Método – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 3a ed. Tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 1999.

GADAMER, H-G. **Verdade e Método I – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 11a ed. Tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2011a.

GADAMER, H-G. **Verdade e Método II – complementos e índice**. 11a ed. Tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2011b.

GADOW, S. Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing. In: SPICKER, S. F.; GADOW, S. (Ed). **Nursing: Images and Ideals: Opening Dialogue with the Humanities**. New York: Springer Publishing Company, 1980, p. 79-101.

GAYLORD, N.; GRACE, P. Nursing advocacy: an ethic of practice. **Nurs Ethics**, v. 2, n. 1, p. 11-8, 1995.

GALE, B. J. Advocacy for elderly autonomy: a challenge for community health nurses. **J Community Health Nurs**, v. 6, n. 4, p. 191-7, 1989.

GARRARD, E.; WILKINSON, S. Passive eutanásia. **J. Med. Ethics**, v. 31, p. 64-68, 2005.

GAZARIAN, P. K.; FERNBERG, L. M.; SHEEHAM, K. D. Effectiveness of narrative pedagogy in developing student nurses' advocacy role. **Nurs Ethics**, v. 23, n. 2, p. 132-41, 2016.

GERMANI, A. C. C. G.; AITH, F. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **R. Dir. sanit.**, v. 14, n. 1, p. 34-59, 2013.

GOLDSMITH, L. Genetics: advocating for the rights of all individuals to informed decision making and voluntary action. **Nurs Stand**, v. 28, n. 11, p. 37-41, 2013.

GOMES, A. V.; CARDOSO, P. K. B.; ROCHA, F. C. V. Ética e bioética em pesquisa: conhecimento de acadêmicos do curso de enfermagem. **Revista UNINGÁ**, v. 55, n. 4, p. 209-19, 2018.

GONZALEZ-RYAN, L. Access to Quality Cancer Care. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, , v.15, n. 3, p. 139-141, 1998.

GOSSELIN-ACOMB et al. Nursing advocacy in North Caroline. **Oncol Nurs Forum**, v. 34, n. 5, p. 1070-4, 2007.

GRACE, P.; MILLIKEN, A. Educationg nurses for ethical practice in contemporary health care environments. **Hastings Center Report**, v. 46, s.1, 2016.

GRACE, P. J.; WILLIS, D. G.; ROY, C.; JONES, D. A. Profession at the crossroads: A dialog concerning the preparation of nursing scholars and leaders. **Nurs Outlook**, v. 64, p. 61-70, 2016.

GROSSER, C. F. Community Development Programs Serving The Urban Poor. **Social Work**, v.10, n. 3, p. 15-21, 1965.

HALPERN, S. D. Using default options and other nudges to improve critical care. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 3, p. 460-64, 2018.

HAMRIC, A. B. What is Happening to Advocacy?. **Nursing Outlook**, v. 48, n. 3, p. 103-104, 2000.

HANKS, R. G. Sphere of Nursing Advocacy Model. **Nurs Forum**, v. 40, n. 3, p.75-8, 2005.

HANKS, R. G. Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. **Nurs Forum**, v. 42, n.4, p. 171-7, 2007.

HANKS, R. G. The lived experience of nursing advocacy: a descriptive pilot study. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 4, p. 468-477, 2008.

HANKS, R. G. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. **Nurs Forum**, v. 45, n. 2, p. 97-107, 2010a.

HANKS, R. G. Development and testing of an instrument to measure protextive nursing advocacy. **Nurs Ethics**, v. 14, n. 2, p. 255-67, 2010b.

HANKS, R. G. Social Advocacy: A Call for Nursing Action. **Pastoral Psychol**, v. 62, n. 2, p. 163-173, 2013.

HANKS, R. 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, 2017.

HARRISON, J. Medicine, postmodernism, and the end of certainty. Doctors have a duty to remain true patient advocates. **BMJ**, v.314, n. 7088, p. 1044-5, 1997.

HAUCK, Y. et al., Graduate midwives' perception of their preparation and support in using evidence to advocate for women's choice: A Western Australian study. **Nurse Educ Pract**, v. 16, n. 1, p. 305-11, 2016.

HEIDEGGER, M. **Ontologia – Hermenêutica da Faticidade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

HERBERT, C. P. Physicians and advocacy. **CMAJ**, v. 173, n. 5, p.578, 2005.

HERBERT, M.; LEVIN, R. The advocacy role in hospital social work. **Soc Work Health Care**, v. 22, n. 3, p. 71-83, 1996.

HEWITT, J. A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. **J Adv Nurs**, v. 37, n. 5, p. 439-45, 2002.

HOMES, A. Self-Advocacy in learning disabilities. **Br J Nurs**, v. 4, n. 8, p. 448-50, 1995.

HOSKINS, K.; GRADY, C.; ULRICH, C. M. Ethics education in nursing: instruction for future generations of nurses. **The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 23, n. 1, manuscript 3, 2018.

HUDSON, N. Extending the role of nurses as apolitical advocates. **Br J Nurs**, v. 6, n. 7, p. 402-4, 1997.

HYLAND, D. An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice. **Nurs Ethics**, v. 9, n. 5, p. 472-82, 2002.

JANSSON, B. S. et al. Predicting levels of policy advocacy engagement among acute-care health professionals. **Policy Polit Nurs Pract**, v. 17, n. 1, p. 43-55, 2016.

JANSSON, B. S. et al. Predicting Patient Advocacy Engagement: A Multiple Regression Analysis Using Data From Health Professionals in Acute-Care Hospitals. **Soc Work Health Care**, v. 54, n. 7, p. 559-81, 2015a.

JANSSON, B. S. et al. Validation of the patient advocacy engagement scale for health professionals. **Res Nurs Health**, v. 38, n. 2, p. 162-72, 2015b.

JIMÉNEZ-HERRERA, M. F.; AXELSSON, C. Some ethical conflicts in emergency care. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 5, p. 548-560, 2014.

JONES C.; BUNDE-BIROUSTE A.; LABONTE R.; LEVIN D.; MITTELMARK M.; WISE M. **Advocacy: na IUHPE priority**. *Health Educ Res*, v. 15, n. 4, p.511-4, 2000.

JONES, M.; SMITH, P. Population-focused nursing: advocacy for vulnerable populations in na RN-BSN program. **Public Health Nurs**, v. 31, n. 5, p. 463-71, 2014.

JOSSE-EKLUND, A. et al. Swedish registered nurses' and nurse managers' attitudes towards patient advocacy in community care of alder patients. **J Nurs Manag**, v. 21, n. 5, p. 753-61, 2013.

JOSSE-EKLUND, A. et al. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy: a phenomenografic study. **Nurs Ethics**, v. 21, n. 6, p. 673-83, 2014a.

JOSSE-EKLUND, A. et al. Individual and organisational factors influencing registered nurses' attitudes towards patient advocacy in Swedish community health care of elders. **Scand J Caring Sci**, v. 28, n. 3, p. 486-95, 2014b.

KAPLAN, L. Advocacy can overcome acts of derision. **Nurse Pract**, v. 39, n. 9, p. 21, 2014.

KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2011.

KATZ, C. Advocacy for refugees. **N C Med J**, v. 70, n. 2, p. 153-4, 2009.

KEEPNEWS, D. M. Protecting nurses' role as patient advocate. **Clin Oncol**, v. 22, n. 7, p. 618, 2010.

KNIGHT, S.; HOSTICK, T. Accountability in NHS Trusts. In: Tilley S.; Watson, R. (Ed.). **Accountability in Nursing and Midwifery**. 2 ed. 2004, cap. 7, p. 77-86.

KNITZER, J. Advocacy and the children's crisis. **Amer. J, Orthopsychiat**, v. 41, n. 5, p. 799-806, 1971.

KNITZER, J. E.; Child Advocacy: a perspective. **Amer. J. Orthopsychiat**, v.46, n.2, p. 200-216, 1976.

KOHNKE, M. F. The Nurse as Advocate. **American Journal of Nursing**, v. 80, n. 11, p.2038-2040, 1980.

KOSIK, S. H. Patient Advocacy or Fighting the System. **The American Journal of Nursing**, v. 72, n. 4, p. 694-698, 1972.

KRAUSS, J. B. Advocating advocacy. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 10, n. 6, p. 327, 1996.

KUZMA, E. K.; PETERS, R. M. Adolescent vulnerability, sexual health, and the NP's role in health advocacy. **J Am Assoc Nurse Pract**, v. 28, n. 7, p. 353-61, 2016.

LA TAILLE, Y. Moral e Ética: Uma Leitura Psicológica. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. especial, p. 105-114, 2010.

LA TAILLE, Y. Moral e ética no mundo contemporâneo. **Revista USP**, São Paulo, n. 110, p. 29-42, jul-set. 2016. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/revusp/article/view/125319>. Acesso em: 18 set. 2017.

LACONO, M. V. Nurses: trusted patient advocates. **J Perianesth Nurs**, v.22, n. 5, p. 330-4, 2007.

LASKIN, D. M. Advocate or adversary. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 46, n. 7, p. 531, 1988.

LASKOWSKI-JONES, L. Advocacy – strengthening the foundation of caring. **Br J Nurs**, v. 21, n. 16, p. 955, 2012.

LECHASSEUR, K. et al., Ethical competence: na integrative review. **Nursing Ethics**, 096973301666777, p.1 – 13, 2016.

LEWIS, W. W. Child advocacy and ecological planning. **Mental Hygiene**, v.54, n.4, p. 475-483, 1970.

LI, J. T. C. The Physician as Advocate. **Mayo Clin Proc**, v. 73, n. 10, p. 1022-1024, 1998.

LINDAHL, B.; SANDMAN. P. The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 14, n. 4, p. 179-186, 1998.

LITZELFELNER, P.; PETR, C. G. Case Advocacy in Child Welfare. **Soc Work**, v. 42, n.4, p.393-402, 1997.

LOUE, S. Community health advocacy. **J Epidemiol Community Health**, v.60, n.6, p. 458-463, 2006.

LOURIE; R.; LOURIE, N. V. The New Faces of Advocacy. **Journal of the American Academy of Child**, v. 11, n. 3, 1972, p. 401-414.

LOVERIDGE, N. Clinical pain mangement. **Emergency nurse**, v. 8, n. 3, p. 16-21, 2000.

LUCATORTO, N. A.; THOMAS, T. W.; SIEK, T. Registered Nurses as Caregivers: Influencing the System as Patient Advocates. **Online J Issues Nurs**, v. 21, n. 3, p. 2, 2016.

LUFT, L. M. The essential role of physician as advocate: how and why we pass it on. **Can Med Educ J**, v. 8, n. 3, p 109-16, 2017.

LUNARDI, V. L. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, jul-ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/18.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

MACDONALD, C.; FAYE, L. Reinventing the wheel: honesty versus advocacy in the professions. **Am J Bioeth**, v. 4, n. 4, p. 78-9, 2004.

MACDONALD, H. Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. **J Adv Nurs**, v. 57, n. 2, p. 119-26, 2007.

MACKERETH, P. A. HIV and Homophobia: nurses as advocates. **J Adv Nurs**, v. 22, n. 4, p. 670-6, 1995.

MAHLIN, M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. **Nurs Ethics**, v. 17, n. 2, p. 247-54, 2010.

MALLIK, M. Advocacy in nursing – perceptions of practising nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 6, n. 4, p. 303-313, 1997a.

MALLIK, M. Patient representatives: a new role in patient advocacy. **Br J Nurs**, v. 6, n. 2, p. 108-13, 1997b.

MALLIK, M. Advocacy in nursing – a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v.25, n. 1, p. 130-138, 1997c.

MALLIK, M. Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the United Kingdom. **Journal of Advanced Nursing**, v. 28, n. 5, p. 1001-1011, 1998.

MALLIK, M.; RAFFERTY, A. M. Diffusion of the Concept of Patient Advocacy. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 32, n. 4, p. 399-404, 2000

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTIN, G. W. Communication Breakdown or Ideal Speech Situation: the problem of nurse advocacy. **Nursing Ethics**, v. 5, n. 2, p. 147-156, 1998a.

MARTIN G. W. Ritual action and its effect on the role of the nurse as advocate. **Journal of Advance Nursing**, v.27, n. p.189-194, 1998b.

MACLACHLAN, H. V. The ethics of killing and letting die: active and passive eutanásia. **J. Med. Ethics**, v. 34, p. 636-38, 2008.

MCCAFFREY, G. A humanism for nursing? **Nursing Inquiry**, e12281, p.1 – 7, 2019.

MCCARTHY, J.; GASTMANS, C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. **Nursing Ethics**. v. 22, n. 1, p. 131 – 51, 2015.

MCDERMOTT J.R. et al. The Concept of Child Advocacy. **Am J. Psychiatry**, v. 130, n. 11, p. 1203-1206, 1973.

MCDONALD, S.; AHERN, K. The Professional Consequences of Whistleblowing by Nurses. **Journal of Professional Nursing**, v. 16, n. 6, p. 313-321, 2000.

MCEWEN, D. R. The Advocate “on call”. **AORN Journal**, v. 67, n. 5, p.1024, 1998.

MCGRATH, A.; WALKER, A. Nurses’ perception and experiences of advocacy. **Contemporary Nurse**, v. 8, n. 3, p. 72-78, 1999.

MCNALLY, S. The experience of advocacy. **Br J Nurs**, v. 4, n.2, p. 87-9, 1995.

MCWHORTER, J. H. The patient advocate as adversary. **J Med Ethics**, v. 14, n. 1, p.55, 1988.

MELTON, G. B. Children, Politics, and Morality: The Ethics of Child Advocacy. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 16, n. 4, p. 357-367, 2010.

MERCY, J. A. Advocating for Children: The Pediatrician’s Role in Violence Prevention. **Am Acad Pediatrics**, v.103 , n.1, p. 157, 1999.

MILLER, M. B. Therapeutic Decision Making and Institutional Advocacy in Caring for the Ill Aged. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 20, n. 12, p. 585-592, 1972.

MIND. **Advocacy in mental health**. 2018. Disponível em: <https://www.mind.org.uk/media/23456559/advocacy-in-mental-health-2018.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

MITCHELL, G. J.; BOURNES, D. A. Nurse as Patient Advocate? In Search of Straight Thinking. **Nursing Science Quarterly**, v. 13, n. 3, p. 204-209, 2000.

MONTEROSSO, L. et al. The role neonatal intensive care nurse in decision-making: advocacy, involvement in ethical decisions and communication. **Int J Nurs Pract**, v. 11, n. 3, p. 108-17, 2005.

MOORE, C. Need for a patient advocate. **JAMA**, v. 262, n. 2, p. 259-60, 1989.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 3. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2016.



- MORRA, M. E. New Opportunities for Nurses as Patient Advocates. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 16, n. 1, p. 57-64, 2000.
- MORTELL, M.; ABDULLAH, K.; AHMAD, C. Barriers deterring patient advocacy in a Saudi Arabian critical care setting. **Br J Nurs**, v. 26, n. 17, p. 965-971, 2017.
- MORTENSEN, A. H.; NORDHAUG, M.; LOHNE, V. Nudging in nursing. **Nursing Ethics**, 096973301877922, 2018.
- MOSKO, M. A. Emancipatory advocacy. **Philosophy & Social Criticism**, v. 44, n. 2, p. 326 – 341, 2017.
- MOTAMED-JAHROMI et al. Iranian Nurses' Attitudes and Perception towards Patient Advocacy. **ISRN Nurs**, v.2012, p.1-5, 2012.
- MOULES, N. J.; MCCAFFREY, G.; FIELD J. C.; LAING C. M. **Conducting Hermeneutic Research**. Vol. 19. New York, NY: Peter Lang, 2015.
- MUNN, A. M.; TAKENO, J. Volunteer patient advocates in the emergency departamento. **J Emerg Nurs**, v. 22, n. 5, p. 427-8, 1996.
- NEGARANDEH, R. et al. Patient advocacy: barriers and facilitators. **BMC Nurs**, v.5, n. 3, p. 1-8, 2006.
- NEGARANDEH, R. et al. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. **Nurs Ethics**, v. 15, n. 4, p. 457-67, 2008.
- NEGARANDEH, R.; DEGHAN, N. N. Patient advocacy practice among Iranian nurses, **Indian J Med Ethics**, v. 9, n. 3, p. 190-5, 2012.
- NEUTZLING, B. R. S.; BARLEM, J. G. T.; BARLEM, E. L. D.; HIRSCH, C. D.; PEREIRA, L. A.; SCHALLENBERGUER, C. D. Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 21, n. 1, e20170025, 2017.
- NEWMAN, M. A.; SMITH, M. C.; PHARRIS, M. D.; JONES, D. The focus of the discipline revisited. **Advances in Nursing Science**, v. 31, n. 1, p. e16 – e27, 2008.
- NOGARIO, A. C. D. 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. 580-8, 2015.
- NORRIE, P. Ethical decision-making in intensive care: are nurses suitable patient advocates?. **Intensive Crit Care Nurs**, v.13, n. 3, p.167-9, 1997.
- OBERLE, K.; ALLEN, M. Ethical considerations for nurses in clinical trials. **Nursing Ethics**, v. 13, n. 2, p.180-186, 2006.

O'CONNOR, M. Advocacy. **Nursing Administration Quarterly**, v. 42, n.2, p.136-140, 2018.

O'CONNOR, T.; BILLY, K. Bridging the gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. **Nurs Ethics**, v. 12, n. 5, p. 453-67, 2005.

OGLE, K. D. Can Family physicians be true patient advocates? **Can Fam Physician**, v. 42, p. 2095-7, 1997.

OLIVEIRA, M. A. C.; DA SILVA, T. M. R. Advocacia em enfermagem: contribuição para a reorientação do modelo assistencial no Brasil. **Rev. Bras Enferm**, v. 71, supl 1, p. 748-51, 2018.

OWEN, M. Advocacy—our most important role. **Prof Case Manag**, v. 19, n. 1, p. 52-3, 2014.

OZARIN, L. D.; THOMAS, C. S. Advocacy in Community Mental Health Programs. **Advocacy in Mental Health Programs**, A.J.P.H. p. 557-559, abr. 1972.

PAIVA, L. M.; GUILERM, D.; SOUZA, A. L. L. O ensino da bioética na graduação do profissional de saúde. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 47, n. 4, p. 357- 369, 2014.

PAYNE, M. E. The nurse as patient advocate in the rehab setting. **Rehabilitation Nursing**, p. 9-11, set-oct. 1979.

PAVLISH, C.; HO. A.; ROUNKLE, A.-M. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. **Nurs Ethics**, v. 19, n. 4, p. 538-49, 2012.

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

PELTZER, J. N. et al. Strategies for Building Advocacy Skills Among Undergraduate and Graduate Nursing Students. **J Nurs Educ**, v. 55, n. 3, p. 177-81, 2016.

PENN, K. Patient advocacy in palliative care. **Br J Nurs**, v. 3, n. 1, p. 40-2, 1994.

PENTICUFF, J. H. Ethics in pediatric nursing: advocacy and the child's "determining self". **Issues Compr Pediatr Nurs**, v. 13, n. 3, p. 221-9, 1990.

PERRY, C.; EMORY, J. Advocacy Through Education. **Policy Polit Nurs Pract**, v. 18, n. 3, p. 158-165, 2017.

PETTITT, K. The district nurse's role as patient advocate: case study. **British Journal of Community Nursing**, v. 5, n. 1, p.14-19, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

PULLEN, F. Advocacy: a specialist practitioner role. **Br J Nurs**, v. 4, n. 5, p. 275-8, 1995.

RACHELS, J. Active and Passive Euthanasia. **The New England Journal of Medicine**, v. 292, n. 2, p. 79-80, 1975.

RAFAEL, A. R. Advocacy and empowerment: dichotomous or synchronous concepts?. **ANS Adv Nurs Sci**, v. 18, n. 2, p. 25-32, 1995.

RAINER, J. Speaking up: factors and issues in nurses advocating for patients when patients are in peopardy. **J Nurs Care Qual**, v. 30, n. 1, p. 53-62, 2015.

REALE G.; ANTISERI, D. **História da Filosofia – Filosofia pagã antiga**. 5a ed. São Paulo: Paulus, 2011. 1 v.

RICH, K. Introduction to bioethics and ethical decision making. In: Butts J, Rich K, eds. **Nursing Ethics Across the Curriculum and into Practice**. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015, p. 31-68.

RICH, K.; BUTTS, J. B. Foundations of Ethical Nursing Praticce. In: **Role Development in professional Nursing Practice**. 2nd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2009, p. 85-102.

RISJORD, M. Nursing and human freedom. **Nurs Philos**, v. 15, n. 1, p. 35 – 45, 2013.

ROBB, S. S.; PETERSON, M.; NAGY JR J. W. Advocacy for the Aged. **American Journal of Nursing**, v. 79, n. 10, p. 1736-1738, 1979.

ROLFE, G. Foundations for a human Science of nursing: Gadamer, Laing and the hermeneutics of caring. **Nursing Philosophy**, v. 16, n. 3, p. 141-152, 2014.

ROSE, P. Best interests versus autonomy: a model for advocacy in child health care. **Journal of Child Health Care**, v. 1, n. 2, p. 74-77, 1997.

RUDOLF, et al. Exploring the scope for advocacy by paediatricians. **Arch Dis Child**, v. 81, n. 6, p. 515-18, 1999.

RUSHTON, C. H. The critical care nurse as patient advocate. **Crit Care Nurse**, v. 14, n. 3, p. 102-6, 1994.

SALLADAY, S. A. A Nurse-Ethicist's Viewpoint: Advocating for the Family. **JCN**, v. 17, n. 4, p. 12-13, 2000.

SANTOS, R. B. Ética: Normas e Princípios para uma Sociedade mais Empática. **Id on Line Rev. Psic.** v. 11, n. 34, p. 94-103, fev. 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/678>. Acesso em: 20 set. 2017.

SCHALLENBERGER, C. D.; BARLEM-TOMASCHEWSKI, J. G.; BARLEM, E. L. D.; ROCHA, L. P.; DALMOLIN, G. L.; PEREIRA, L. A. Componentes da sensibilidade moral identificados entre enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras Enferm**, v.72, suppl 1, p. 4-11, 2019.

SCHKAIRET, M. C. Bioethics mediation: the role and importance of nursing advocacy. **Nurs Outlook**, v. 57, n. 4, p. 185-93, 2009.

SCHROETER, K. Advocacy in Perioperative Nursing Practice. **AORN Journal**, v. 71, n. 6, p. 1205-1222, 2000.

SCHROETER, K. Advocacy: the tool of a hero. **J Trauma Nurs**, v. 14, n. 1, p. 5-6, 2007.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-217.

SCHWARTZ, L. Is there an advocate in the house? The role of health care professionals in patient advocacy. **J Med Ethics**, v. 28, n. 1, p. 37-40, 2002.

SEGESTEN, K. Patient advocacy –an importante parto f the daily work of the expert nurse. **Sch Inq Nurs Pract**, v. 7, n. 2, p. 129-35, 1993.

SELANDERS, L. C.; CRANE, P. C. The voice of Florence Nightingale on advocacy. **Online J Issues Nurs**, v. 17, n. 1, p. 1, 2012.

SELLIN, S. C. Out on a limb: a qualitative study of patient advocacy in institutional nursing. **Nurs Ethics**, v. 2, n. 1, p. 19-29, 1995.

SHANNON, S. E. The Nurse as the Patient's Advocate: A contrarian view. **Nurses at the Table: Nursing, Ethics, and Health Policy, special report, Hastings Center Report**, v. 46, n. 5, p. s43-s48, 2016.

SHORE, M. F. Whiter Child Advocacy? **Amer J Orthopsychiat**, v. 41, n. 5, p. 798, 1971.

SIMMONDS, A. H. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. **Nurs Ethics**, v. 15, n. 3, p. 360-70, 2008.

SMITH, M. A. The ethics/advocacy connection. **Nursing Management**, Springhouse, v. 48, n. 8, p. 18-23, 2017. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=28749797&isFromRelatedArticle=Y>. Acesso em: 16 out. 2017.

SOARES, M. B.; MACIEL, F. **Alfabetização - Série Estado do Conhecimento**. Brasília: MEC/INEP, 2000. Disponível em: [http://www.scribd.com/doc/7320587/Alfabetizacao-Magda-Soares-Livro->](http://www.scribd.com/doc/7320587/Alfabetizacao-Magda-Soares-Livro-). Acesso em 06 set. 2010.

SOLNIT, A. J. Child-Rearing and Child Advocacy. **BYU Law Review**, v.3, n.6, p. 723-733, 1976.

SOLNIT, A. J. Children, parentes, and the state. **Amer J Orthopsychiat**, v. 52, n. 3, p. 496-505, 1982.

SOSIN, M.; CAULUM, S. Advocacy: A conceptualization for Social Work Practice. **Social Work**, v.28, n. 1, p. 12-7, 1983.

STEEG, P. S. Breast Cancer Advocacy and Basic Research: A Scientist's Perspective. **Breast Dis**, v. 10, n. 5-6, p. 47-50, 1998.

STEIN, E; STRECK L. **Hermenêutica e Epistemologia: 50 anos de Verdade e Método**. 2a ed. Livraria do Advogado Editora, 2014.

STERLING, Y. M. Pediatric nurses as advocates. **J Pediatr Nurs**, v. 28, n. 3, p. 309-10, 2013.

STONE, A. A. The Myth of Advocacy. **Hospital & Community Psychiatry**, v. 30, n. 12, p. 819-822, 1979.

STUTOR, J. Can nurses be effective advocates? **Nursing Times**. v. 7, n. 22, p. 30-32, 1993.

SUMMERS, L. Advocacy at the state level: why it's important. **Nebr Nurse**, v. 44, n. 4, p. 9, 2011.

SUNDQVIST, A-S. et al. Protective Nursing Advocacy: Translation and Psychometric Evaluation of na instrument and a Descriptive Study of Swedish Registered Nurse Anesthetists' Beliefs and Actions. **J Perianesth Nurs**, v. 33, n.1, p. 58-68, 2018.

TANOUS H. Child Abuse and Children's Advocaters, Inc. **JAMA**, v. 242, n. 26, p. 26-7, 1979.

TAYLOR, P.; FERSZT, G. The nurse as patient advocate. **Nursing**, v. 28, n. 8, p. 70-1, 1998.

TEASDALE, K. Advocacy and the nurse manager. **J Nurs Manag**, v. 2, n. 2, p. 93-7, 1994.

TESOLOWSKI, D. G.; ROSENBERG, H.; STEIN, R. J. Advocacy Intervention: A responsibility of Human Service Professionals. **Journal of Rehabilitation**, v. 49, n. 3, p. 35, 1983.

THE CHILDREN'S BUREAU. **The Children's Bureau Legacy: Ensuring the Right to Childhood**. Washington: Government Printing Office, 2012.

Disponível em:

[https://cb100.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb\\_ebook/cb\\_ebook.pdf](https://cb100.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb_ebook/cb_ebook.pdf). Acesso em: 14 jul. 2018.

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA. **Principles**. 2018.

Disponível em: <http://www.cfpc.ca/principles/>. Acesso em: 25 jul. 2018

THOMAS V.; RICHARDSON, A. SALEEM, T. The efficacy of bilingual health advocacy in ethnic minority patients with câncer. **Nursing Standard**, v. 14, n. 26, p. 32-33, 2000.

TOMAJAN, K. Advocating for Nurses and Nursing. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2012.

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

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. 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. 811-8, 2015b.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? – Uma perspectiva Foucaultiana. **Texto & contexto enferm**, v. 25, n. 1, e2560014, 2016.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; ROSEMERY, S. S.; RAMOS, A. M.; PIEXAK, D. R. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 03, p. 1-7, 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; DA SILVEIRA, S. S.; RAMOS, A. M.; DOS SANTOS, J. M. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.2, e0730014, 2018.

TOMPKINS, R. F. Children's Advocacy and Primary Health Care. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v.3, n.4, p. 519-554, 1979.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING - UKCC **Complaints about Professional Conduct**. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London, 1998.

UNITED NATIONS. **Universal Declaration of Human Rights**. 1948.  
Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.  
Acesso em: 07 jun 2018.

VAARTIO, H. et al. The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. **J Adv Nurs**, v. 64, n. 54, p. 504-13, 2008.

VAARTIO, H. et al. Measuring nursing advocacy in procedural pain care—development and validation of an instrument. **Pain Manag Nurs**, v. 10, n. 4, p. 206-19, 2009a.

VAARTIO, H., et al. Nursing advocacy in procedural pain care. **Nurs Ethics**, v. 16, n. 3, p. 340-62, 2009b.

VACAREZZA, R. Y. About patient's rights. **Rev. méd. Chile**, v. 128, n. 12, p. 1380-1384, 2000.

VAN DER BURG, W. Bioethics and Law: a developmental perspective. **Bioethics**, v. 11, n. 2, p. 91-114, 1997.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. Tradução João Dell'Anna. 37a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

VIDICH, A. J.; LYMAN, S. M. Métodos qualitativos. Sua história na Sociologia e na Antropologia. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN Y. S. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: Teoria e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 49-90.

WADE, G. H. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. **Journal of Advance Nursing**, v. 30, n. 2, p. 310-318, 1999.

WARE, L. J. et al. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. **Pain Manag Nurs**, v. 12, n. 1, p. 25-32, 2011.

WATER et al. Patient advocacy by nurses – past, presente and future. **Contemp Nurse**, v. 52, n. 6, p. 696-709, 2016.

WATSON, C. L.; O'CONNOR, T. Legislating for advocacy: The case of whistleblowing. **Nurs Ethics**, v. 24, n. 3, p. 305- 312, 2017.

WATT, E. Na exploration of the way in which the concept of patient advocacy is perceived by registered nurses working in an acute care hospital. **Int J Nurs Pract**, v. 3, n. 2, p. 119-27, 1977.

WESTMAN, J. C. The Child Advocacy Team in Legal Actions. **Psychiatric Services**, v. 49, n. 2, p. 225-228, 1998.

WHEELER, P. Is advocacy at the heart of professional practice? **Nursing Standard**, v.14, n. 36, p.39-41, 2000.

WHILE, A. Advocating provision for people with disabilities. **British Journal of Community Nursing**, v. 5, n. 6, p. 306, 2000.

WHITE, M. S.; GIBSON, G. Evaluation of na Emergency Department Patient Advocacy Program. **JACEP**, v. 7, n. 4, p.145-148, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety**. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/network/en/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/network/en/). Acesso em: 08 set 2018.

WISEMAN, S. J. Patient advocacy. The essence of perioperative nursing in ambulatory surgery. **AORN J**, v. 51, n. 3, p. 754-62, 1990.

WOODROW, P. Nurse advocacy: is it in the patient's best interests?. **Br J Nurs**, v. 6, n. 4, p. 225-9, 1997.

WILLARD, C. The nurse's role as patient advocate: obligation or imposition?. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. p. 60-66, 1996.

WINSLOW, G. R. From Loyalty to Advocacy: A New Metaphor for Nursing. **The Hasting Center Report**, v. 14, n.3, p. 32-40, 1984.

YOUNG, S. Professional relationships and power dynamics between urban community-based nurses and social work case managers: advocacy in action. **Prof Case Manag**, v. 14, n. 6, p. 312-20, 2009.

ZAKARIAN, B. Toward a New Agenda for Advocacy. **Cancer Investigation**, v. 16, n. 3, p. 203-210, 1998.

ZOMORODI, M.; FOLEY, B. J. The nature of advocacy vs. Paternalismo in nursing: clarifying the 'thin line'. **J Adv Nurs**, v. 65, n. 8, p. 1746-52, 2009.



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INFORMAÇÕES GERAIS – PERFIL - (ENFERMAGEM)			
Nome:			
Nº. do formulário:		Tempo de duração da entrevista: _____	
1. Sexo	( 1 ) Masculino	( 2 ) Feminino	( 3 ) Outro
2. Idade	_____ anos		
3. Escolaridade	( 1 ) Ensino Fundamental	( 2 ) Ensino Médio	( 3 ) Superior Incompleto
	( 4 ) Superior Completo	( 5 ) Especialização	( 6 ) Mestrado
	( 7 ) Doutorado		
4. Empregador	( 1 ) FURG	( 2 ) FAERG	( 3 ) EBSEH
5. Cargo	( 1 ) Enfermeira (o)		
6. Atividade desempenhada	( 1 ) Assistencial	( 2 ) Administrativo	
7. Setor de trabalho	( 1 ) Clínica Médica	( 2 ) Clínica Cirúrgica	
8. Tempo de serviço			
9. Tempo de serviço na instituição			
10. Tempo de serviço na unidade			
<b>Questões norteadoras:</b>			
<p>“Advocacia em enfermagem desponta-se em posição distinta devido à relação proximidade e de reconhecimento do paciente como parte integrante do processo de tomada de decisão, tratando-o como um todo em um ambiente complexo, repleto de conflitos entre o exercício da advocacia e potenciais ações paternalistas” (GADOW, 1980).</p>			

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_ declaro estar informado(a) sobre a natureza da pesquisa intitulado " **Advocacia em Enfermagem: sob a perspectiva da hermenêutica filosófica gadameriana** ", de autoria de Daniel Pinho Mendes – aluno do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – e orientado pelo professor Edison Luiz Devos Barlem. O estudo tem como objetivo interpretar o fenômeno da advocacia no exercício ético profissional da enfermagem. Fui informado(a) de que a coleta de dados ocorrerá por entrevista gravada, sendo realizada em local que garanta a privacidade. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta instituição. Assim, declaro que fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de: - receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa; a qualquer momento, assim como de retirar meu consentimento, deixando de participar do estudo sem constrangimento; a garantia do sigilo do participante toda etapa do estudo; Assim como, o fator de risco considerado mínimo por não realizar nenhuma intervenção ou modificação intencional. A possibilidade de riscos deste estudo estão detectados nos desconforto em responder as perguntas e das alterações de visão do exercício da enfermagem. Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir os preceitos éticos e legais conforme as Resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS).

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Daniel Pinho Mendes  
Enfermeiro. Mestre em Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande.  
(PPGenf/FURG).

Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem  
Universidade Federal do Rio Grande  
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr  
Área Acadêmica - Campus da Saúde  
Rio Grande - RS Brasil

O Comitê de Ética (CEPAS) da FURG tem por finalidade a proteção ética do participante da pesquisa, podendo ser contatado em caso de dúvida ou eventual exposição ética.  
Contatos:  
Pesquisadores: Tel: (53)32338855  
CEPAS (Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde) Tel: (53) 32330235

**ANEXO I – PARECER nº 53/2019 (CEPAS)**

**CEPAS/FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
**Universidade Federal do Rio Grande - FURG**  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 53/2019**

**CEPAS 11/2019**

**Processo:** 23116.011758/2018-17

**CAAE:** 06475119.0.0000.5324

**Título da pesquisa:** Advocacia em enfermagem sob a perspectiva da hermenêutica filosófica gadameriana

**Pesquisador Responsável:** Edison Luiz Devos Barlem

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 25/2019, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "**Advocacia em enfermagem sob a perspectiva da hermenêutica filosófica gadameriana**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 30/06/2019.

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 16 de abril de 2019.

Profª. Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**

## ANEXO II – PARECER – GEP



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CORRÊA JR.  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
SETOR DE GESTÃO DO ENSINO

**EBSEH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA NO  
HU-FURG/EBSEH

<b>Título do Projeto:</b>	ADVOCACIA EM ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA DA HERMENÊUTICA FILOSÓFICA GADAMERIANA
<b>Pesquisador principal:</b>	Dr. Edison Luiz Devos Barlem
<b>Link do currículo lattes:</b>	http://lattes.cnpq.br/4988333912536075
<b>E-mail:</b>	ebarlem@gmail.com
<b>Responsável do Projeto na Instituição:</b>	Me. Daniel Pinho Mendes
<b>Instituição:</b>	Universidade Federal do Rio Grande
<b>Unidade Acadêmica:</b>	( ) Famed (X) EENf ( ) Outros: _____
<b>Programa de Pós Graduação:</b>	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>Objetivo Geral:</b>	Interpretar, sob a ótica da hermenêutica filosófica, o fenômeno da advocacia no exercício ético profissional da enfermagem
<b>Tipo de pesquisa:</b>	Qualitativa exploratória-descritiva
<b>Área do conhecimento:</b>	Enfermagem e Saúde
<b>Unidade de realização:</b>	
<b>Agravo(s) em saúde em investigação:</b>	Cuidados de Enfermagem
<b>Número estimado de participantes da pesquisa no hospital:</b>	90
<b>Data Prevista de Início:</b>	Fevereiro de 2019
<b>Data Prevista de Fim:</b>	Maio de 2019
<b>Unidade da realização da Pesquisa:</b>	Clínica Cirúrgica; Clínica Médica
<b>Amostra:</b>	90
<b>Data da Solicitação:</b>	31/12/2018
<b>Encaminhamento Área Técnica</b> <b>Gerência/ Divisão/ Setor/Unidade:</b> <b>Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica:</b> <u>Luís Fernando Guerreiro</u> <b>Data:</b> 7/01/2019	
<b>Parecer Área Técnica:</b> <span style="float: right;"><b>Data Recebimento:</b> ___/___/___</span> <b>Descritivo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado ( ) Não Aprovado ( ) Com restrições Motivo: _____ <b>Responsável:</b> <u>Carmen Rosane Galatda Guimarães Ribeiro</u> <u>Chefe da Divisão de Enfermagem</u> <u>Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.</u> <b>Data:</b> 11/01/19 <u>HU/FURG/EBSEH</u>	
<b>Parecer Final GEP:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado ( ) Não Aprovado ( ) Com restrições Motivo: _____ <b>Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica:</b> <u>Luís Fernando Guerreiro</u> <u>Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica</u> <u>HU-FURG/EBSEH</u> (Assinatura e Carimbo)	



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG**  
**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CORRÊA JR.**  
**GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA**  
**SETOR DE GESTÃO DO ENSINO**

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

	Data: __/__/__
--	----------------



## ANEXO III - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO / UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA

### CARTA DE APRESENTAÇÃO E SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA / UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA



Rio Grande, Maio de 2019.  
Enfermeira Líder / Unidade de Clínica Cirúrgica  
Universidade Federal do Rio Grande  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Prezada, Vera Lúcia Ribeiro da Silva

Eu, Daniel Pinho Mendes, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, venho por meio deste, solicitar seu consentimento para realizar a pesquisa já aprovada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP/FURG/EBSERH) e no Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS/FURG), conforme o proferido parecer nº 53/2019.. A pesquisa intitula-se "**Advocacia em Enfermagem: sob a perspectiva da hermenêutica filosófica gadameriana**" e tem como objetivo "interpretar, sob a ótica da hermenêutica filosófica, o fenômeno da advocacia no exercício ético profissional da enfermagem". O estudo está associado à linha de pesquisa "Ética e Educação em Enfermagem e Saúde" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGENF/FURG.

As informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a Legislação (Resoluções nº 466/12 e 510/16 - Ministério da Saúde) e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato de tais informações.

Esta investigação tem o Prof. Dr. Enf. Edison Luiz Devos Barlem como orientador.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

De acordo:  
Cordialmente,

Me. Daniel Pinho Mendes  
Enfermeiro. Doutorando em  
Enfermagem pelo Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande

Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem  
Escola de Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande  
Área Acadêmica – Campus da Saúde  
Rio Grande – RS - Brasil

## ANEXO IV - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO / UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

### CARTA DE APRESENTAÇÃO E SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA / UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA



Rio Grande, Maio de 2019.  
Enfermeira Líder / Unidade de Clínica Médica  
Universidade Federal do Rio Grande  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Prezada, Enfermeira

Eu, Daniel Pinho Mendes, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, venho por meio deste, solicitar seu consentimento para realizar a pesquisa, desde que aprovado pelo CEPs desta instituição. A pesquisa intitula-se "**Advocacia em Enfermagem: sob a perspectiva da hermenêutica filosófica gadameriana**" e tem como objetivo "interpretar, sob a ótica da hermenêutica filosófica, o fenômeno da advocacia no exercício ético profissional da enfermagem". O estudo está associado à linha de pesquisa "Ética e Educação em Enfermagem e Saúde" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

As informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a Legislação (Resoluções nº 466/12; nº 510/2016 - Ministério da Saúde) e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato de tais informações.

Esta investigação tem como orientador Dr. Enf. Edison Luiz Devos Barlem.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

De acordo:

Cordialmente,

Me. Daniel Pinho Mendes  
Enfermeiro. Doutorando em  
Enfermagem pelo Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande

Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem  
Escola de Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande  
Área Acadêmica – Campus da Saúde  
Rio Grande – RS - Brasil