



JAMILA GERI TOMASCHEWSKI-BARLEM

**O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS: UMA
PERSPECTIVA FOUCAULTIANA**

RIO GRANDE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS: UMA
PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

JAMILA GERI TOMASCHEWSKI-BARLEM

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

Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi

RIO GRANDE

2014

T655e Tomaschewski-Barlem, Jamila Geri.
O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros:
uma perspectiva foucaultiana / Jamila Geri Tomaschewski
Barlem. – 2014.

149 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio
Grande – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi.

1. Enfermagem. 2. Advocacia em saúde. 3. Ética em
enfermagem. 4. Poder. 5. Estudos de validação. I. Lunardi,
Valéria Lerch. II. Título.

CDU 616-083

Folha de aprovação

JAMILA GERI TOMASCHEWSKI-BARLEM

**O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS: UMA
PERSPECTIVA FOUCAULTIANA**

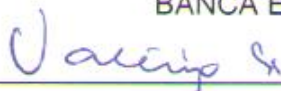
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutora em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 15 de maio de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.




Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

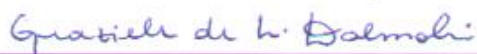
BANCA EXAMINADORA




Dra. Valéria Lerch Lunardi – Presidente (FURG)



Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas – Membro Externo (UFSC)



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



Dra. Rosemary Silva da Silveira - Membro Interno (FURG)

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann - Suplente Externo (UFSC)

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho - Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

A minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Valéria Lerch Lunardi**, por todo cuidado e compromisso com minha formação durante todos esses anos de orientação, desde a iniciação científica até a conclusão do doutorado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades que me foram concedidas, por sempre me guiar e iluminar.

Em especial, a minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Valéria Lerch Lunardi, pela oportunidade oferecida, incentivo, confiança e disponibilidade demonstrada em todas as fases que levaram a concretização desta tese. Meu agradecimento e homenagem.

Aos meus pais, Ingolf e Elania, por serem os pais que são, pelo amor, dedicação e apoio incondicional. Essa vitória é muito mais de vocês do que minha! A vocês, meu eterno amor e gratidão.

Ao Edison Luiz, meu amado esposo, pelo seu amor, cumplicidade e por tudo o que representa para mim. Obrigada por me incentivar, acreditar em mim e participar dessa construção com cuidado, carinho e compreensão. Que juntos possamos sempre trilhar nossos caminhos, dividindo sonhos e conquistas.

Ao meu irmão, Jonathan, por acreditar e torcer por mim durante todas as etapas da minha vida. Obrigada por estar ao meu lado, sempre.

À Scharlise Schneider, pelo carinho, atenção, torcida e por comemorar comigo essa conquista.

A minha sogra, Lerci Devos, por me acolher e transmitir alegria, paz e conforto sempre que precisei.

Ao Raul e Haydée Barlem, pelo carinho, incentivo e agradáveis momentos de descontração.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, pelos ensinamentos transmitidos.

À Prof^a. Dr^a. Marta Regina Cezar-Vaz, pela sua preocupação e compromisso com a formação de doutores comprometidos com a sociedade.

À Prof^a. Dr^a. Rosemary Silva da Silveira, pelo seu carinho, amizade e pela sensibilidade que a diferencia como educadora. Obrigada pelas discussões acadêmicas, pelos conselhos, pelas oportunidades de aprendizagem e pelo crescimento pessoal e profissional.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva, pela confiança e disponibilidade demonstrada durante o período do doutorado.

Aos ilustres professores Doutores Rosemary Silva da Silveira, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas e Grazielle de Lima Dalmolin, membros da banca examinadora, pelas imprescindíveis contribuições que guiaram a construção final deste trabalho.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde – NEPES, pelo acolhimento e pelos momentos de partilha e construção de saberes.

À Simoní Bordignon e Vania Dias Cruz, pela escuta, apoio, carinho e por comemorarem comigo cada conquista. Iniciamos nossa amizade no início da graduação em enfermagem e, aos poucos, nos tornamos mais que amigas, quase irmãs. Obrigada por sempre estarem ao meu lado, dividindo angústias e alegrias.

À Diéssica Roggia Piexak, pela amizade que se construiu para além dos espaços da Universidade. Obrigada por compartilhar angústias, alegrias, felicidades e tantas outras coisas que uma amizade proporciona.

À Caroline Ceolin Zacarias, que mesmo distante, sempre transmitiu palavras de carinho e incentivo, torcendo para a concretização dessa etapa.

À Danielle Vidal, por me transmitir carinho e incentivo sempre que precisei.

À Aline Ramos, pelo apoio e incentivo transmitidos ao longo da construção da tese. Agradeço pela disposição e participação na coleta de dados desta pesquisa.

À Aline Belletti Figueira, Bruna Ruoso da Silva, Felipe Dasso Duarte, Julie Mirapalheta dos Santos, Liliane Alves Pereira, Lídia Garcia Schmidt e Nerizane Cerutti Fornari pela contribuição na coleta e tabulação dos dados quantitativos.

À Universidade Federal do Rio Grande (FURG), por me acolher durante toda minha formação e, agora, pela oportunidade de ser docente dessa instituição.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pelo apoio financeiro recebido durante o doutorado.

Aos enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, pela confiança e disponibilidade para participar desta construção.

"De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e a refletir".

(FOUCAULT, 1984, p.13)

RESUMO

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

A advocacia do paciente na enfermagem tem sido descrita como um fundamento filosófico e um ideal para a prática da profissão, apesar das possíveis barreiras para seu exercício. Acredita-se que a advocacia do paciente, como um componente ético do trabalho da enfermagem, está fortemente articulada ao exercício de poder dos enfermeiros, pois requer a coragem de falar a verdade, ou seja, a *parresía*, do mesmo modo como são necessárias estratégias de resistência para enfrentar possíveis barreiras que se apresentam. Mediante utilização de referencial filosófico foucaultiano, foi defendida a seguinte tese: *os enfermeiros reconhecem suas ações como advogados do paciente e utilizam-se da parresía e de estratégias de resistência para enfrentar as barreiras que comprometem seu exercício*. Teve-se como objetivo geral do estudo: compreender como os enfermeiros têm exercido a advocacia do paciente. Ainda, foram objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros; analisar crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar; conhecer como os enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar. O estudo foi desenvolvido em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. A etapa quantitativa foi realizada junto a 153 enfermeiros de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica, através da aplicação da adaptação transcultural do *Protective Nursing Advocacy Scale*. Mediante avaliação de comitê de especialistas, realização do pré-teste e alfa de *Cronbach*, a validade de face, conteúdo e constructo do instrumento foi considerada satisfatória para utilização no contexto brasileiro. A partir da análise fatorial, foram identificados cinco constructos: implicações negativas do exercício da advocacia; ações de advocacia; facilitadores ao exercício da advocacia; percepções que favorecem o exercício da advocacia; barreiras ao exercício da advocacia. A análise descritiva permitiu verificar que os enfermeiros acreditam que estão advogando pelos pacientes em seus ambientes de trabalho, concordando que devem advogar, especialmente, quando pacientes vulneráveis precisam da sua proteção em situações prejudiciais. Os valores pessoais e a qualificação profissional foram identificados como principais fontes de apoio ao exercício da advocacia; barreiras como *burnout* e sofrimento moral e a falta de dedicação à enfermagem não foram identificadas como obstáculos ao seu exercício. Os enfermeiros evidenciaram, ainda, que nem discordam/nem concordam que advogar pelos pacientes em seus ambientes de trabalho possa lhes trazer consequências negativas. Na etapa qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dezesseis enfermeiros de uma instituição hospitalar pública do sul do Brasil. Realizou-se a análise textual discursiva dos dados, emergindo duas categorias: a coragem de verdade: o exercício da advocacia mediado pelo diálogo franco; estratégias de resistência para o exercício da advocacia do paciente. Acredita-se que as barreiras que comumente comprometem o exercício da advocacia podem ser enfrentadas, especialmente, quando os enfermeiros utilizam sua capacidade de exercer poder e resistir, reconhecendo-se como *parresiastas*, evidenciando sua relação direta com a verdade e compreendendo a advocacia do

paciente como um dever para auxiliar os outros e a si mesmo, mesmo diante das possíveis implicações.

Descritores: Advocacia em saúde. Enfermagem. Ética em enfermagem. Poder. Estudos de validação.

ABSTRACT

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri. **The practice of patient advocacy by nurses:** a Foucauldian perspective. 2014. 149 pp. Thesis (PhD in Nursing) – Nursing School, Postgraduate Nursing Program, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Patient advocacy in nursing has been described as a philosophical base and an ideal for professional practice, despite the possible barriers for its exercise. Patient advocacy, as an ethical component of the nursing work, is believed to be highly articulated to nurses' exercise of power, as it requires courage to speak the truth, that is, parrhesia, as well as it needs resistance strategies to face possible barriers that might appear. By taking a Foucauldian philosophical referential, the following thesis was defined: nurses recognize their actions as patients' advocate and make use of parrhesia and resistance strategies to face the barriers compromising their practice. The study's main objective was to understand how nurses have exercised patient advocacy. Its specific objectives included adapting culturally and validating the instrument Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses; analyzing nurses' beliefs and actions in the exercise of patient advocacy in hospitals; learning how nurses have exercised patient advocacy in the context of hospitals. The study was developed in two stages, namely a quantitative stage and a qualitative one. The quantitative stage was carried out with 153 nurses from two hospitals, a public one and a philanthropic, through the use of the cross-cultural adaptation of the Protective Nursing Advocacy Scale. Face, content and construct validity was considered satisfactory for use in the Brazilian context by the assessment of a board of specialists, administration of the pre-test and Cronbach's alpha. Five constructs were identified by the factor analysis: negative implications of the exercise of advocacy; advocacy actions; facilitators in the exercise of advocacy; perceptions favoring the exercise of advocacy; barriers to the exercise of advocacy. Descriptive analysis made it possible to conclude that nurses believe they are advocating for their patients in their working environments and agree that they must advocate especially when vulnerable patients need their protection in harmful situations. Personal values and professional qualification were identified as the main sources of support to the exercise of advocacy; barriers such as burnout and moral distress and the lack of commitment to nursing were not identified as obstacles to advocacy. Still, the nurses were found not to disagree nor to agree that advocating for their patients and their working environments might lead them to negative consequences. In the qualitative stage, semi-structured interviews were conducted with sixteen nurses from a public hospital in southern Brazil. Two categories emerged from the discursive textual analysis: the true courage: the exercise of advocacy mediated by frank dialogue; resistance strategies for the exercise of patient advocacy. It is believed that the barriers that commonly compromise the exercise of advocacy can be faced, particularly when the nurses make use of their capacity to exert power and resist, recognizing themselves as parrhesians, showing their direct connection with truth and understanding patient advocacy as a duty to help others and themselves, even when faced with possible implications.

Keywords: Health Advocacy. Nursing. Ethics, Nursing. Power. Validation Studies.

RESUMEN

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri. **La práctica de la defensa de los pacientes por los enfermeros:** una perspectiva foucaultiana. 2014. 149h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La defensa del paciente en la enfermería ha sido relatada como un fundamento filosófico y un ideal para la práctica de la profesión, a pesar de las posibles barreras para su ejercicio. Se cree que la defensa de los pacientes como un componente ético del trabajo de enfermería, está fuertemente articulado al ejercicio de poder de los enfermeros, ya que requiere coraje en decir la verdad, o sea, la parresía, al igual modo como son necesarias estrategias de resistencia para hacer frente a posibles barreras que se presentan. Mediante el uso del referencial filosófico foucaultiano, fue defendida la siguiente tesis: los enfermeros reconocen sus acciones como defensores de los pacientes y se utilizan de la parresía y de estrategias de resistencia para afrontar las barreras que imposibilitan su ejercicio. Tuvo como objetivo general del estudio: comprender cómo los enfermeros han ejercido la defensa de los pacientes. Aún, fueron objetivos específicos: adaptar culturalmente y validar el instrumento de Protección de la Escala de Defensa de Enfermería para enfermeras brasileña; analizar creencias y acciones de los enfermeros en el ejercicio de la defensa del paciente en el contexto del hospitalario; conocer cómo los enfermeros están ejerciendo la defensa del paciente en el contexto hospitalario. El estudio fue desarrollado en dos etapas, una cuantitativa y otra cualitativa. La etapa cuantitativa fue realizada con 153 enfermeros de dos unidades hospitalarias del sur de Brasil, una pública y una filantrópica, a través de la aplicación de la aplicación transcultural de la Escala de Defensa de Enfermería de Protección. Mediante evaluación del comité de especialistas, realización del pre-test y alfa de Cronbach, la validez aparente, el contenido y el constructo del instrumento fue considerado satisfactorio para el uso en el contexto brasileño. A partir de la análisis factorial, fueron identificados cinco constructos: implicaciones negativas del ejercicio de la defensa; acciones de defensa; facilitadores del ejercicio de la defensa; percepciones que favorezcan el ejercicio de la defensa; barreras al ejercicio de la defensa. El análisis descriptivo permitió verificar que los enfermeros creen que están defendiendo sus pacientes en sus ambientes de trabajo, estando de acuerdo que deben defender, especialmente cuando pacientes vulnerables necesitan de su protección en situaciones prejudiciales. Los valores personales y la cualificación profesional fueron identificadas como principales fuentes de apoyo para el ejercicio de la defensa; barreras como el agotamiento y el sufrimiento moral y la falta de dedicación a la enfermería no fueron identificadas como obstáculos para el ejercicio. Los enfermeros también mostraron que ni descuerdan/ni concuerdan que abogar por los pacientes en su ambiente de trabajo pueda les traer consecuencias negativas. En la etapa cualitativa, fueron realizadas encuestas semi-estructuradas con dieciséis enfermeros de una institución pública en el sur de Brasil. Se realizó en análisis textual discursivo de los datos, emergieron dos categorías: el coraje de verdad: el ejercicio de la defensa mediada por el diálogo franco; estrategias de resistencia para el ejercicio de la defensa del paciente. Se cree que las barreras que comúnmente comprometen el ejercicio de la defensa pueden ser afrontadas, especialmente, cuando los enfermeros utilizan su capacidad de ejercer poder y resistir, reconociéndose como parresíastas, reconociendo su relación directa con la verdad y

la comprensión de la defensa del paciente cómo un deber para ayudar a los otros y a si mismo, incluso en posibles implicaciones.

Descriptor: Defensa de la Salud. Enfermería. Ética en Enfermería. Poder. Estudios de Validación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo estrutural de construção das categorias.....	68
Quadro 1 - Definições dos constructos formados (Artigo 1).....	81
Quadro 1 - Modelo estrutural de construção das categorias (Artigo 3).....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) (Artigo 1).....	81
Tabela 1 - Média das crenças e ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente (Artigo 2).....	95
Tabela 2 - Relações entre as características da amostra e os constructos identificados (Artigo 2).....	97

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO.....	20
2 REFERENCIAL FILOSÓFICO.....	26
2.1 PODER: o que é esse exercício?.....	26
2.2 RESISTÊNCIA: uma nova economia nas relações de poder.....	29
2.3 <i>PARRESÍA</i> : a coragem de verdade.....	30
3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS.....	36
3.1 ORIGENS E DEFINIÇÕES DA ADVOCACIA DO PACIENTE: resgatando modelos filosóficos.....	36
3.2 AÇÕES DOS ENFERMEIROS NA ADVOCACIA DO PACIENTE: contribuições das pesquisas científicas.....	39
3.3 ANTECEDENTES DA ADVOCACIA DO PACIENTE: porque advogar?	45
3.4 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EXERCER A ADVOCACIA DO PACIENTE.....	48
3.5 BARREIRAS E FACILITADORES NO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE.....	49
3.6 ADVOGAR OU NÃO ADVOGAR: possíveis implicações.....	53
4 MÉTODO.....	56
4.1 ETAPA QUANTITATIVA.....	56
4.1.1 Tipo de estudo.....	56
4.1.2 Local do estudo.....	57
4.1.3 Sujeitos do estudo.....	58

4.1.4 Instrumento de coleta de dados.....	59
4.1.5 Adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados.....	60
4.1.6 Coleta de dados.....	62
4.1.7 Validação do instrumento.....	62
4.1.8 Análise dos dados.....	63
4.2 ETAPA QUALITATIVA.....	64
4.2.1 Tipo de estudo.....	64
4.2.2 Sujeitos e Local do estudo.....	64
4.2.3 Coleta de dados.....	65
4.2.4 Análise dos dados.....	66
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
5.1 ARTIGO 1 - Adaptação transcultural e validação do instrumento <i>Protective Nursing Advocacy Scale</i> para enfermeiros brasileiros	71
5.2 ARTIGO 2 - Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar	89
5.3 ARTIGO 3 - Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana.....	107
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

A escolha da temática “**O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros: uma perspectiva foucaultiana¹**” emergiu de minha trajetória acadêmica no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), iniciada em 2008, como bolsista de Iniciação Científica. Como integrante do NEPES, participei de inúmeras discussões sobre pesquisas que envolviam os problemas morais vivenciados pela enfermagem no contexto brasileiro, especialmente, o sofrimento moral².

A trajetória de investigações do NEPES sobre o sofrimento moral permitiu constatar que a vivência de situações em que identificamos incoerência entre nossas ações, crenças e conhecimentos (JAMETON, 1984) parece bastante comum no cotidiano de trabalhadores de enfermagem de muitas instituições de saúde (BULHOSA, 2006; DALMOLIN, 2007; LUNARDI et al., 2009; BARLEM, 2009, DALMOLIN, 2009; BARLEM, 2012; DALMOLIN, 2012). Do mesmo modo, constatamos que situações que comumente dão origem ao sofrimento moral remetem à necessidade do exercício da autonomia da enfermagem, e da advocacia como parte integrante de seu trabalho (BARLEM, 2012).

Foi possível perceber, ainda, que o exercício da advocacia do paciente em situações de conflitos éticos pode gerar alívio para os trabalhadores de enfermagem, ou diferentemente, maior intensidade de sofrimento moral quando o profissional de enfermagem não consegue desempenhar esse papel de maneira que corresponda aos seus ideais (BARLEM, 2012).

Assim, acreditamos que o exercício da advocacia do paciente possa constituir uma resposta aos constantes problemas morais vivenciados pela enfermagem nos ambientes de cuidado à saúde, especialmente, pela possibilidade de realizar enfrentamentos em seus ambientes de trabalho que culminem em potenciais benefícios aos pacientes e à profissão.

¹ A presente tese integra o projeto “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral”, Chamada Universal 14/2012 (processo 474761/2012-6); e o projeto “Sofrimento moral e o exercício de poder das trabalhadoras de enfermagem para uma atuação ética” (processo Pq 304436/2010-0).

² O sofrimento moral pode ser entendido como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando os trabalhadores de enfermagem não podem executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências (JAMETON, 1984).

Desse modo, tendo em vista os estudos já realizados no NEPES e o reconhecimento da advocacia do paciente como um componente ético do trabalho da enfermagem, buscamos compreender as questões que envolvem o exercício da advocacia do paciente no contexto da enfermagem brasileira. Em especial, buscamos compreender como os enfermeiros têm exercido a advocacia do paciente, a partir de uma perspectiva foucaultiana.

A escolha pelo referencial filosófico foucaultiano decorreu, especialmente, pelo entendimento de que o exercício da advocacia do paciente está fortemente articulado ao exercício de poder como uma relação de forças, de ação e reação (FOUCAULT, 2008), de que são necessárias estratégias de resistência para enfrentar as barreiras que se apresentam frente à advocacia e, de que a *parresía*, a coragem de falar a verdade, deve permear as ações do enfermeiro.

Assim, a presente tese encontra-se estruturada da seguinte forma: introdução, referencial filosófico, concepções teóricas, método, resultados e discussão e considerações finais, seguidos das referências utilizadas, apêndices e anexos, descritos a seguir.

Na **Introdução**, apresentamos a temática advocacia do paciente na enfermagem, contextualizando-a no contexto brasileiro, e estabelecendo algumas correlações com a perspectiva foucaultiana. Também, são evidenciadas a questão de pesquisa, a tese proposta e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo, apresentamos o **Referencial filosófico** da presente tese, a partir da obra de Michel Foucault, explorando os conceitos de poder, resistência e *parresía*. No capítulo **Concepções teóricas**, abordamos as origens e definições da advocacia do paciente, as ações dos enfermeiros para advogar, seus antecedentes, formação do profissional, fatores facilitadores, barreiras e possíveis consequências do exercício da advocacia.

No **Método**, realizamos uma descrição dos caminhos metodológicos utilizados, explicitando as técnicas realizadas nas etapas quantitativa e qualitativa da tese, assim como os procedimentos éticos seguidos.

No capítulo **Resultados e discussão**, são apresentados e discutidos os resultados no formato de três artigos. O primeiro, denominado “Adaptação transcultural e validação do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros”, apresenta a adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados, segundo recomendações internacionais e sua validação para

utilização no contexto brasileiro. O segundo, intitulado “Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar”, aborda a análise das crenças e ações dos enfermeiros em relação ao exercício da advocacia, através de pesquisa quantitativa realizada em duas instituições hospitalares. O terceiro e último artigo, cujo título é “Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana”, apresenta a etapa qualitativa dessa pesquisa, que buscou conhecer o modo como os enfermeiros vêm exercendo a advocacia nos seus ambientes de trabalho.

O último capítulo, **Considerações finais**, apresenta a síntese dessa tese, destacando seus principais achados e limitações. Finalizamos o presente estudo, com a confirmação da tese proposta, evidenciando que a possibilidade de ultrapassar e romper com as barreiras que comumente comprometem o exercício da advocacia pode se concretizar quando os enfermeiros se utilizarem do diálogo franco e verdadeiro, da crítica e da denúncia, buscando construir formas de resistência diante de situações que reconhecem como moralmente incorretas em seus ambientes de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

A prática da advocacia do paciente pelos enfermeiros surgiu nos Estados Unidos, na década de 1970 (ANNAS, 1974) e, ainda hoje, retrata um papel relativamente novo da profissão (HANKS, 2010a; WARE et al., 2011), especialmente em alguns países, como o Brasil. A advocacia do paciente na enfermagem reflete amplas e diferentes perspectivas, sendo descrita em quadros éticos e legais e, mais recentemente, como um fundamento filosófico e um ideal para a prática da profissão (NEGARANDEH et al., 2006; MAHLIN, 2010).

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

No Brasil, a advocacia tem sido proposta como um papel político do enfermeiro junto aos usuários, objetivando assegurar seus direitos, contribuindo para seu empoderamento e para que se tornem sujeitos ativos (VENTURA et al., 2012). Ainda, investigações do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES) já identificaram que a negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente pode constituir uma das principais fontes de sofrimento moral (BARLEM, 2009; BARLEM, 2012). Contudo, não são encontradas investigações acerca do exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros no cenário brasileiro.

Em âmbito internacional, investigações realizadas com enfermeiros de diferentes contextos evidenciaram que o exercício da advocacia do paciente pode ser influenciado por características pessoais de quem a exerce, bem como pela especificidade das relações, situações clínicas e ambientes de atuação nas organizações de saúde (VAARTIO; LEINO-KILPI, 2005; SIMMONDS, 2008). Nesses contextos, é possível verificar que a advocacia do paciente pode consistir em comportamentos multidimensionais e está associada, principalmente, ao reconhecimento do próprio papel de advogado pelos enfermeiros, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes (BU; WU, 2008; VAARTIO et al., 2006; VAARTIO et al., 2008).

Em termos de ações específicas, o papel dos enfermeiros na advocacia tem sido definido como a voz dos pacientes, como um guia de condutas, como uma forma de enfrentamento dos diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder, como uma forma de capacitar os pacientes para suas decisões e intervir nas falhas de comunicação entre os pacientes e outros profissionais da saúde. Ainda, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, a defender seus direitos, garantindo a qualidade do cuidado e servindo como um elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde (HAMRIC, 2000; NEGARANDEH et al., 2006; HANKS, 2010a; COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014).

Desse modo, o enfermeiro, como advogado do paciente, necessita apoiar ativamente seus direitos e escolhas, auxiliando-o a esclarecer suas decisões, promovendo seus interesses legítimos e protegendo seus direitos fundamentais, como a autonomia na tomada de decisões (HAMRIC, 2000). Destaca-se que os enfermeiros agem como advogados dos pacientes principalmente quando percebem que esses estão vulneráveis, com suas necessidades não satisfeitas (HANKS, 2008), ou ainda, se a qualidade dos serviços diminui e quando os pacientes não recebem cuidados adequados (NEGARANDEH et al., 2008).

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

Contudo, quando os enfermeiros advogam para os pacientes, podem enfrentar certos riscos e obstáculos, relacionados à organização e às relações de poder próprias do ambiente de trabalho, havendo a possibilidade de que a tentativa de advogar por um paciente possa falhar, e que inúmeras barreiras surjam ao abordar os direitos, as escolhas ou o bem-estar dos seus pacientes (NEGARANDEH et al., 2006). Desse modo, os riscos associados ao exercício da advocacia, como a segurança no emprego, conflitos no ambiente de trabalho e o temor de represálias por possíveis resistências implementadas, têm constituído fatores determinantes

para os enfermeiros exercerem ou não o papel de advogados do paciente (NEGARANDEH et al., 2006).

Considerando a enfermagem brasileira, que ainda hoje apresenta fortes características de docilidade, submissão e obediência ao instituído, pode-se questionar: os enfermeiros vêm enfrentando as barreiras e dificuldades para exercer a advocacia do paciente em seus ambientes de trabalho? Essas barreiras e enfrentamentos conduzem à necessidade de se repensar a advocacia do paciente na enfermagem sob a ótica de alguns conceitos de Michel Foucault, como poder, resistência e *parresía*, revendo relações e ações em uma perspectiva ética.

Nesse enfoque, compreender o exercício da advocacia do paciente requer o estudo do indivíduo a partir de suas relações de poder e também de resistência, permitindo um novo olhar sobre os diversos campos relacionais que se apresentam na enfermagem. Pode-se afirmar que o poder está incorporado à prática cotidiana da enfermagem, sendo exercido em relações que não são fixas, sempre demonstrando a possibilidade de resistência (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Poder deve ser entendido, primeiramente, como a multiplicidade de relações de força presentes em todas as ações humanas e em todas as suas organizações sociais. Caracteriza-se como um jogo que “através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte”, apoiando-as ou contrapondo-as uma às outras, criando cadeias de reações ou isolando-as entre si (FOUCAULT, 1988, p. 102).

As relações de poder apresentam uma dimensão produtiva nas relações humanas, de modo que há todo um conjunto de ações e reações que podem ser exercidas entre indivíduos (FOUCAULT, 2003). Nesse sentido, a advocacia do paciente na enfermagem parece ter uma relação estreita com poder, podendo ser vista como um construto motivacional para a própria enfermagem, uma vez que pode oportunizar o enfrentamento das exigências físicas e sociais dos ambientes de saúde (VAARTIO et al., 2009a), revelando formas de resistência éticas.

Situações que comumente dão origem a conflitos éticos nos diferentes ambientes de cuidado requerem dos enfermeiros ações morais, resistências, enfrentamentos e, especialmente, o exercício de advocacia, tendo em vista que suas omissões podem repercutir de forma negativa no cuidado aos pacientes. Logo, o enfermeiro, ao se reconhecer como responsável por advogar pelos direitos do

paciente sente-se encorajado a resistir e enfrentar situações que reconhece como moralmente inadequadas.

Numa perspectiva foucaultiana, não existe relação de poder sem resistência, sem a possibilidade de uma inversão da intensidade das relações de forças. Desse modo, para advogar pelos interesses dos pacientes, é necessário um nível de consciência pessoal que permita compreender as tênues linhas que o poder trama na vida de cada indivíduo em suas múltiplas relações com outros seres, permitindo-lhes uma postura moral mais condizente com a prática a ser exercida (FOUCAULT, 2008).

Assim, pode-se questionar: os enfermeiros estão realmente exercendo a advocacia do paciente ou estão simplesmente subordinados e obedientes aos desejos de outros? (HAMRIC, 2000). É possível perceber que, muitas vezes, a advocacia parece constituir um ideal moral para a prática de enfermagem, mas que pode não ser traduzida em ações, principalmente, pelo frágil exercício de poder do enfermeiro e sua dificuldade para resistir mesmo em situações que reconhece como moralmente incorretas.

Ao mesmo tempo em que as relações de poder não são estáticas, mas dinâmicas, não existe a impossibilidade de transformação ou transposição do que parece uma barreira (FOUCAULT, 1988). Assim, toda relação de poder implica, ao menos, no desejo de luta, do enfrentamento que busca estabelecer uma nova relação de poder, procurando seguir a sua própria linha de conduta para tornar-se uma estratégia vencedora (RABINOW; DREYFUS, 1995).

A advocacia do paciente, como componente ético do trabalho da enfermagem, reforça a necessidade da construção e reconstrução de possibilidades de assumir um fazer autônomo e de trilhar caminhos que potencializem as relações do profissional consigo mesmo, com a profissão, com sua equipe de trabalho e com aqueles que são cuidados, buscando formas de resistência éticas, o que permite que os enfermeiros possam ultrapassar as dimensões do imobilismo que, por vezes, se encontram.

Contudo, como os enfermeiros poderiam exercer a advocacia do paciente mediante as relações de poder presentes nas hierárquicas organizações de saúde? Ao propor a *parresía* como uma metáfora conceitual para as ações de advocacia do paciente na prática de enfermagem, Drought (2007) descreve a advocacia como

uma obrigação moral do enfermeiro, que deve sempre falar a verdade com base na liberdade que possui.

A *parresía* constitui a liberdade da linguagem, a liberdade de falar, o falar aberto e verdadeiro, franco e corajoso. Muito mais que uma intenção conceitual, o termo permite uma articulação entre teoria e prática, entre os discursos e as ações, entre aquilo que nos oprime e as resistências (GROS, 2004). Foucault (2001) propõe a *parresía* como uma ação verbal em que o sujeito evidencia sua relação pessoal com a verdade, e que ao dizer a verdade, coloca-se em situação de risco, uma vez que concebe a atitude de dizer a verdade como um dever para auxiliar os outros e a si mesmo.

Desse modo, o papel do enfermeiro como advogado do paciente pode ser comparado ao de um *parresiasta*, ao se reconhecer que o enfermeiro tem necessidade de franqueza e de verdade ao falar o que sabe, bem como necessidade de percepção do dever incorporado em suas ações e de que é preciso coragem para assumir um papel, muitas vezes, perigoso (DROUGHT, 2007).

Assumir o papel de advogado do paciente constitui um desafio nos diferentes ambientes de atuação da enfermagem, permitindo que os enfermeiros vivenciem novas oportunidades de ação e que compreendam sua própria verdade (DROUGHT, 2007). Trata-se da coragem de verdade, da ruptura e da denúncia, a coragem de desvelar, por sua ação, verdades que estão implícitas no cotidiano de trabalho da enfermagem, mas que não são vivenciadas e nem mesmo questionadas ou modificadas.

Do mesmo modo, o papel do enfermeiro na advocacia do paciente revela em sua essência uma relação direta com a moral, constituindo-se em uma atividade fundamental da enfermagem, apesar de apresentar muitas barreiras em seu exercício, impossibilitando, muitas vezes, que os enfermeiros desempenhem esse papel de maneira que satisfaça seus ideais (HANNA, 2005; BARLEM, 2012).

No contexto brasileiro, é possível perceber que os enfermeiros não parecem realizar suficientes enfrentamentos em seus ambientes de trabalho, convivendo numa aparente normalidade como situações que lhes causam desgaste e sofrimento moral (BARLEM, 2012; DALMOLIN, 2012), o que pode comprometer o exercício da advocacia do paciente. Contudo, acredita-se que se assumindo como *parresiastas* e utilizando-se de formas éticas de resistência aos problemas morais do ambiente de

trabalho, os enfermeiros podem advogar pelos pacientes, mesmo quando as situações aparentam ser de difícil enfrentamento.

Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno da advocacia do paciente na realidade da enfermagem brasileira, emergiu a seguinte **questão de pesquisa**: como os enfermeiros têm exercido a advocacia do paciente?

No intuito de responder a presente questão de pesquisa, teve-se como **objetivo geral**: compreender como os enfermeiros têm exercido a advocacia do paciente.

A fim de subsidiar o alcance do objetivo geral, apresentam-se os seguintes **objetivos específicos**:

1. Adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS) para enfermeiros brasileiros.
2. Analisar crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar.
3. Conhecer como os enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar.

Buscou-se defender a **tese** de que: **os enfermeiros reconhecem suas ações como advogados do paciente e utilizam-se da *parresía* e de estratégias de resistência para enfrentar as barreiras que comprometem seu exercício.**

2 REFERENCIAL FILOSÓFICO

Neste capítulo, será apresentado o referencial filosófico da presente tese, a partir da obra de Michel Foucault. Optou-se por esse referencial, pois, para Foucault, o papel da filosofia não consiste em encontrar verdades ocultas, mas tornar aparente exatamente o que já está visível (GROS, 2004), isto é, fazer aparecer o que está tão imediato, tão próximo, o que parece tão intimamente ligado a nós mesmos que justamente por isso não se percebe (FOUCAULT, 1994). Assim, são abordados, a seguir, os principais conceitos que serão utilizados nesse trabalho: poder, resistência e *parresía*.

2.1 PODER: o que é esse exercício?

Poder na obra de Michel Foucault não se trata de uma teoria, mas de um conjunto conceitual que busca compreender como as práticas sociais atuam. Para tanto, Foucault realizou uma série de análises sobre o poder, ressaltando seu caráter produtivo e relacional (CASTRO, 2009).

Em suas análises, Foucault enfatizou que poder não pode ser considerado um objeto natural, mas sim uma prática social, constituída historicamente, compreendendo forças desiguais, heterogêneas e em constante transformação. Ainda, não pode ser entendido como um objeto que se possui ou uma relação unilateral, mas, sim, como algo que se exerce, ou seja, como luta, como relação de forças (MACHADO, 2008).

Contudo, “se o poder se exerce, o que é este exercício, em que consiste, qual é sua mecânica”? Foucault considera que as relações de poder tem uma extensão consideravelmente grande nas relações humanas, de modo que há todo um conjunto de relações de poder que podem ser exercidas entre indivíduos. Para tanto, essas relações de poder estão atreladas à prática da liberdade, visto que são móveis, reversíveis, instáveis e só são possíveis na medida em que os sujeitos são livres (FOUCAULT, 2003; FOUCAULT, 2008, p. 175).

Em sua essência, o poder pode ser compreendido como a multiplicidade de relações de força que se fazem presentes nas ações humanas e em suas organizações sociais: “o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma

propriedade, que se possui ou não. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder” (MACHADO, 2008, p. XIV).

Considerando-se a especificidade das relações de poder, o exercício de poder não consiste apenas em uma relação entre indivíduos, mas num “modo de ação de alguns sobre outros” (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 242). Essas características evidenciam que:

[...] não há algo como o ‘poder’ ou ‘do poder’ que existiria globalmente, maciçamente ou em estado difuso, concentrado ou distribuído: só há poder exercido por ‘uns’ sobre os ‘outros’; o poder só existe em ato, mesmo que, é claro, se inscreva num campo de possibilidade esparso que se apoia sobre estruturas permanentes (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 242).

O exercício de poder não exige um consentimento, visto que as relações de poder não requerem a manifestação de um consenso, nem mesmo renúncia à liberdade. Assim, o funcionamento das relações de poder exige apenas dois elementos básicos: que o outro “seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis” (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 243).

Ainda, na medida em que o exercício de poder não requer violência ou consentimento evidente, esse se configura como um “conjunto de ações sobre ações possíveis”, inscrevendo-se no comportamento dos sujeitos, ampliando ou limitando condutas e operando sobre o campo das possibilidades ao agir sobre a ação de um ou mais indivíduos (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 243).

Ao definir o exercício de poder como um “modo de ação sobre as ações dos outros”, o que consiste em conduzir condutas, Foucault insere a liberdade com um importante elemento em suas análises sobre a questão do poder. “O poder só se exerce sobre sujeitos livres, enquanto livres”, visto que esses tem diante de si um campo de possibilidades no qual uma série de condutas, reações e comportamentos poderão ocorrer. Desse modo, a liberdade constitui uma “condição de existência do poder”, não há exercício de poder onde as relações estão saturadas, uma vez que não há confronto ou uma relação de exclusão entre poder e liberdade (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 244).

Considerando seu caráter produtivo, em termos negativos, o poder tem a possibilidade de reprimir e censurar. Contudo, pode ser considerado como uma rede

produtiva de positivities, na medida em que produz individualidades e efeitos de saber e verdade (FOUCAULT, 2008).

Ao considerar que o indivíduo é produto do poder e do saber, Foucault estabelece que o sujeito está ligado a sua própria identidade, ao conhecimento de si, estando sujeito a suas práticas cotidianas e a ações que lhe são peculiares e não apenas submetido ao controle, vontade ou dependência dos outros (CASTRO, 2009). Foucault considera que a individualidade está inteiramente atrelada ao poder e que nós somos individualizados pelo próprio poder, visto que a individualidade pode ser considerada efeito e instrumento do poder (FOUCAULT, 2003).

A complexa relação entre poder e saber foi abordada extensivamente por Foucault, e sua tese principal era de que “todo ponto de exercício de poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber”. Diante dessa análise, é fundamental ressaltar que “não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder” (MACHADO, 2008, p. XXI).

Do mesmo modo, Foucault considerou que “a verdade não existe fora do poder, ou mesmo sem poder”, ela é centrada a partir do discurso científico e das instituições que originaram sua existência, tornando-se, assim, objeto de amplo consumo. Ela é produzida a partir do poder, utilizando-se de uma série de coerções e regulamentações, uma vez que cada sociedade tem seu regime da verdade, isto é, os tipos de discurso que aceita e faz funcionar como verdadeiros (FOUCAULT, 2008, p.12).

Compreende-se que a verdade constitui um “conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro, efeitos específicos do poder” (FOUCAULT, 2008, p. 13). Desse modo, “a verdade está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem” (FOUCAULT, 2008, p.14).

Resgatando os conceitos de poder, esse não pode ser compreendido como um bem, uma superestrutura ou parte de um contrato previamente estabelecido, mas, sim, um exercício constante, firmado através de jogos de poder. Assim, o poder se exerce invariavelmente, instituindo ações e resistências em toda parte (CASTRO, 2009). Considerando essas características, cabe enfatizar que, nas relações de poder, há necessariamente possibilidade de resistência, pois se não houvesse formas de resistência não haveria relações de poder (FOUCAULT, 2003).

2.2 RESISTÊNCIA: uma nova economia nas relações de poder

Na perspectiva foucaultiana, toda relação de poder sugere a presença simultânea de resistência, o desejo de luta, de afrontamento, de exercício de forças contrárias. Assim, não é possível efetivarem-se relações de poder sem que haja resistência, sem fuga ou escapatória, sem a possibilidade de inversão da intensidade das relações de força (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Foucault propõe uma “nova economia nas relações de poder”, que consiste em “usar as formas de resistência contra as diferentes formas de poder como um ponto de partida”. Ao considerar a resistência como um “catalisador químico de modo a esclarecer as relações de poder”, Foucault sugere uma análise do poder que ultrapassa os limites de sua racionalidade interna e analisa as “relações de poder através do antagonismo das estratégias” (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 254).

O poder não está localizado ou distribuído em nenhum ponto ou local específico da estrutura social. Funciona como “uma rede de dispositivos ou mecanismos a quem nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limite ou fronteiras”. Do mesmo modo, assim como “onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar da resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social” (MACHADO, 2008, p. XIV).

Considerando seu caráter relacional, as relações de poder somente poderão existir em função de uma multiplicidade de pontos de resistência que cumprem, nessas relações, o papel de apoio, de alvo, de adversário. Logo, as resistências não poderão existir senão no campo das relações de poder (FOUCAULT, 1988).

Essas resistências, distribuídas de maneira irregular, disseminam-se como nós, focos específicos e transitórios, com mais ou menos facilidade em determinados locais ou contextos, “provocando levantes de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento” (FOUCAULT, 1988, p.106).

Contudo, o poder constitui um campo complexo, visto que quando é exercido unilateralmente, sem possibilidade de resistência, podem ser evidenciados estados de dominação e não relações de poder. Assim, as relações de poder, em vez de serem móveis e permitirem, aos diferentes sujeitos, uma estratégia que os modifique, possivelmente se encontrarão bloqueadas ou cristalizadas (FOUCAULT, 2003).

Por conseguinte, uma relação de poder só poderá ser exercida se sempre existir, de ambos os lados, uma determinada forma de liberdade, visto que um poder só poderá ser exercido sobre o outro à medida que ainda reste possibilidade de estratégias que invertam a situação. Desse modo, qualquer luta travada será sempre do domínio das resistências nas relações de poder, das quais ninguém escapa, todos estão envolvidos (RABINOW; DREYFUS, 1995).

2.3 *PARRESÍA*: a coragem de verdade

As análises da noção de *parresía* constituem um objeto de estudo privilegiado de Foucault, de 1982 até 1984. Por definição, o termo grego *parresía* é utilizado para designar a coragem de verdade, o dizer verdadeiro, o falar francamente (GROS, 2004). Mais do que estudar e analisar os significados, dimensões e as características da *parresía*, Foucault enfatizou alguns aspectos da evolução do jogo *parresiástico* na cultura grega, a partir de diferentes problematizações (FOUCAULT, 2001).

Considerando a evolução e o significado do termo, Foucault descreve a *parresía* como uma ação verbal em que o orador evidencia sua relação pessoal direta com a verdade, e põe em risco sua vida, porque concebe a atitude de dizer a verdade como um dever para melhorar ou auxiliar outros indivíduos, bem como a si mesmo (FOUCAULT, 2001). Ainda,

[...] a *parresía* é um tipo de atividade verbal em que o orador tem uma relação específica com a verdade através da franqueza, uma certa relação com sua própria vida através do perigo, um certo tipo de relação consigo mesmo ou outras pessoas através da crítica (crítica de si ou de outrem), e uma relação específica com a lei moral através da liberdade e do dever (FOUCAULT, 2001, p. 19-20, tradução nossa).

O *parresiasta* constitui aquele que diz a verdade e, nessa ação, se expõe ao risco, demonstrando sua coragem. Ressalta-se, ainda, que “a enunciação da verdade é sempre a enunciação de uma crítica que parte da base e visa a um poder” (GROS, 2004, p. 60). Para tanto, Foucault descreve o papel e as obrigações do *parresiasta* a partir de cinco características da *parresía*: a franqueza, a verdade, o perigo, a crítica e o dever (FOUCAULT, 2001).

Considerando a franqueza, o *parresiasta* descreve um relato completo daquilo que tem em mente para que o público possa compreender de forma exata o que ele

pensa e acredita. Desse modo, na *parresía*, aquele que fala está manifestando, de forma clara, que o que diz reflete exatamente suas crenças e opiniões (FOUCAULT, 2001).

No âmbito da verdade, considera-se que o *parresiasta* é aquele que possui determinadas qualidades morais que são fundamentais para, primeiramente, conhecer a verdade e, por conseguinte, comunicar essa verdade aos outros: “o *parresiasta* diz que é verdade, porque ele sabe que é verdade, e ele sabe que é verdade, porque é verdade”, de modo que há sempre uma coincidência exata entre a verdade e a crença daquele que fala (FOUCAULT, 2001, p. 14, tradução nossa).

No que se refere ao perigo, considera-se que o *parresiasta* é aquele que se expõe a um risco ou perigo ao dizer a verdade. Assim, a *parresía* está relacionada à coragem diante do perigo, de modo que o *parresiasta* prefere o risco de morte ao dizer a verdade do que a segurança de uma vida em que a verdade não está explícita e que é falsa em si mesma (FOUCAULT, 2001).

Em relação à crítica, cabe destacar que a *parresía* é um modo de exercer a crítica, tanto para outro como para si mesmo. Assim, a *parresía* pode envolver, por exemplo, um conselho sobre uma determinada forma de comportamento do interlocutor, ou uma crítica sobre o modo como ele pensa ou age (FOUCAULT, 2001).

A última característica do *parresiasta*, retratada pelo dever, compreende que dizer a verdade é sempre um dever. Ninguém pode obrigar o *parresiasta* a falar a verdade, mas ele sabe que é seu dever praticar essa ação, de modo que quem diz a verdade para alguém que não pode aceitar sua verdade, está livre para permanecer em silêncio (FOUCAULT, 2001).

Nessa perspectiva, o sentido da *parresía* descrita nos textos gregos torna evidente que:

[...] o falante usa a sua liberdade e escolhe franqueza em vez de persuasão, a verdade em vez de falsidade ou o silêncio, o risco de morte em vez de vida e segurança, a crítica, em vez de elogios, e o dever moral, em vez do auto interesse e apatia moral (FOUCAULT, 2001, p. 20, tradução nossa).

Em suas análises a partir de textos gregos, Foucault desenvolveu uma problematização acerca do sentido e do valor da *parresía* (GROS, 2004). Sua primeira análise do tema *parresía*, considerando-a como “fala franca, coragem de verdade”, foi realizada “no âmbito da direção de existência antiga” (GROS, 2010, p.

344). Nessa perspectiva foucaultiana, a noção de *parresía* era rica, mas também ambígua, na medida em que designava uma virtude ou uma qualidade, um dever, uma técnica ou procedimento (FOUCAULT, 2010a).

De acordo com essas noções, a *parresía* constituía uma virtude, dever e técnica que deveria ser reconhecida no indivíduo que “dirige a consciência dos outros e os ajuda a construir sua relação consigo” visto que “não se pode cuidar de si mesmo, se preocupar consigo mesmo sem ter relação com o outro” (FOUCAULT, 2010a, p.43). Tem-se, portanto, uma noção de *parresía* que estava fundamentada numa série de temas importantes, como o cuidado de si³, relações de poder, governabilidade⁴ e o dizer a verdade (FOUCAULT, 2006; FOUCAULT, 2010a).

Avançando em suas análises, o segundo grande enfoque de Foucault foi promover uma separação entre *parresía* e retórica, a qual consiste numa técnica de dizer as coisas. A distinção entre essas duas noções ficou clara e evidente ao se definir que a *parresía* não se insere como um elemento pertencente à retórica, visto que a *parresía* se define essencialmente como dizer a verdade, enquanto a retórica consiste em preparar os elementos do discurso com a finalidade de persuadir (FOUCAULT, 2010a).

Por sua vez, a terceira análise de Foucault concentrou-se em situar quatro diferentes modalidades de dizer a verdade, existentes na cultura antiga: modalidade profética, de sabedoria, técnica e de *parresía* (GROS, 2004; FOUCAULT, 2010b). As três primeiras modalidades, profética, de sabedoria e técnica, se opõem a *parresía*, evidenciando-se, em suas análises, importantes considerações que diferenciam o ser *parresiasta* (FOUCAULT, 2010b).

A modalidade profética considera que o profeta diz a verdade, mas que assume uma postura de intermediário na relação entre homens e deuses, de maneira enigmática, proferindo um discurso que não é seu; na modalidade de sabedoria, o sábio diz a verdade, podendo proferir um discurso que é seu, mas prefere manter sua sabedoria num retiro, para si mesmo; no dizer técnico, aquele que transmite o conhecimento é obrigado a dizer a verdade, a formular o que sabe e

³ “Cuidado de si é ressaltado como um conjunto de experiências modificadoras do sujeito, cuja finalidade é estabelecer para si mesmo um modo de vida ético e estético ativo” (PORTOCARRERO, 2009, p. 142).

⁴ A governabilidade compreende o conjunto de procedimentos e técnicas empregadas para conduzir os homens e, também, a si mesmo (PORTOCARRERO, 2009).

a transmitir aos outros, porém, diferentemente do *parresiasta*, não corre nenhum risco na transmissão do saber (FOUCAULT, 2010b).

De tal modo, considerando a modalidade da *parresía*, o *parresiasta* não é o profeta que diz a verdade em nome de outro ao revelar o futuro, nem o sábio que diz a verdade somente quando lhe cabe, ou mesmo o professor, que diz a verdade ao transmitir o que sabe, mas que não corre riscos. Na *parresía*, portanto, o *parresiasta* fala em seu próprio nome e estabelece, com o outro, o conflito de uma possível ruptura, ou seja, arrisca a relação que tem com aquele ao qual se dirige (FOUCAULT, 2010b).

Essas três primeiras análises descritas compreendem, em sua essência, abordagens com ênfase na definição de *parresía*, as quais deram origem a uma análise histórica. Buscando enfatizar alguns aspectos da evolução da *parresía* na cultura antiga, Foucault a analisa a partir de três problematizações: no âmbito da retórica; no contexto político, a partir da democracia grega; e na relação com a filosofia, evidenciando o momento socrático, sobre uma *parresía* concebida como ética e, o momento cínico, com ênfase na verdadeira vida (FOUCAULT, 2001).

Retomando suas análises no campo da retórica, a partir da história grega, Foucault reafirma suas concepções iniciais da forte oposição entre *parresía* e retórica. Ainda, evidencia uma importante distinção com a existência antiga, visto que aquele que pratica a retórica reduz a verdade a uma série de fórmulas, afastando sua relação consigo mesmo e com o outro (FOUCAULT, 2010a).

No contexto político, Foucault analisa a *parresía* como uma característica fundamental da democracia ateniense, constituindo, além de uma diretriz para a democracia, uma atitude ética do bom cidadão. Assim, a *parresía* é descrita como um direito, um dever e um privilégio destinado à existência de um cidadão honroso, permitindo-lhe o acesso à vida política a partir da possibilidade de contribuir em decisões coletivas da cidade (FOUCAULT, 2010b).

Logo, ser *parresiasta* na democracia constituía umas das formas de manifestação da existência de cidadãos livres, com direito igual de fala e participação no exercício do poder (FOUCAULT, 2010b). Do mesmo modo, a *parresía* no contexto político é descrita com uma demonstração pública e arriscada de uma crença própria, expressando o engajamento ontológico daquele que fala a verdade (FOUCAULT, 2010a).

Contudo, a democracia, contexto aparentemente privilegiado para o exercício da *parresía*, passou a apresentar-se como um local onde cada sujeito possui liberdade de dizer qualquer coisa, de qualquer forma. Essa liberdade indiscriminada do dizer verdadeiro evoluiu para uma incompatibilidade com a democracia, tendo em vista que se tornou um risco de vida, uma prática perigosa e de efeitos ambíguos, tanto para a cidade como para quem apresentava a coragem de exercê-la (FOUCAULT, 2010b).

É possível perceber que esse momento crítico do dizer verdadeiro, na democracia, significou para Foucault o surgimento de uma análise direcionada à inserção da *parresía* no campo da filosofia, evidenciando um princípio de diferenciação ética. A partir de Sócrates, Foucault propõe um retorno às suas primeiras análises na relação da *parresía* com o cuidado de si e as técnicas de existência (FOUCAULT, 2010b).

Para Foucault (2010b), Sócrates era um *parresiasta* por excelência, visto que ele sabia se ocupar de si mesmo e, ocupando-se de si mesmo, estabelecia uma relação moral com a verdade, aceitando o risco de morrer para dizer o verdadeiro. Além disso, o cuidado de si aparece como o objetivo maior da *parresía*, na medida em que se articula na relação com os outros e com a verdade (GROS, 2004).

Nesse sentido, o cuidado de si representa dar forma à própria existência, colocar a própria vida diante de regras e técnicas de existência, estabelecendo uma prática de verdade que seja, também, uma prática de si (GROS, 2004). Assim, a *parresía* constitui-se como técnica de si, na medida em que o cuidado de si não se traduz em algo abstrato e inatingível, mas resulta em uma trama de obrigações e num método de descoberta das verdades da alma (FOUCAULT, 2006).

Essas concepções em torno da estética da existência e das práticas de dizer a verdade suscitaram o interesse de Foucault pelos cínicos gregos. A articulação do dizer a verdade com a verdadeira vida constituiu um vínculo fundamental no cinismo, uma vez que a prática cínica exige uma forma de vida com regras, condições e modos que estão diretamente ligados com o princípio de dizer a verdade, um dizer a verdade que se reflete em coragem de verdade (FOUCAULT, 2010b).

Desse modo, o cinismo constitui uma forma de filosofia na qual o modo de viver e a coragem de dizer a verdade eram indissociáveis (FOUCAULT, 2010b). O modo de vida constitui, portanto, condição de possibilidade para o exercício da *parresía*, redução das opiniões supérfluas para dar lugar à verdade e a um papel de

provação, na medida em que manifesta as únicas coisas indispensáveis para a vida humana (FOUCAULT, 2010b).

Assim, em comparação à *parresía* socrática, o cinismo estabelece uma relação muito mais estreita e precisa entre o modo de vida e o dizer a verdade, fazendo da forma de existência uma condição essencial para a coragem de verdade. Em resumo, os cínicos faziam de sua existência uma manifestação da verdade. Tratava-se de explodir a verdade na vida como um escândalo, expor-se à vida, arriscar a vida, não somente ao dizer ou para dizer a verdade, mas pela maneira como se vive (FOUCAULT, 2010b).

Considerando a existência uma forma de provocação do escândalo da verdade, Foucault propõe que a verdadeira vida é, ao mesmo tempo, uma vida escandalosa, uma vida atrelada à verdade, que não está oculta, que é pura, reta e imutável. Ao analisar a *parresía* na perspectiva cínica, Foucault (2010b) considerou que a verdade põe a vida à prova, permitindo visualizar “até que ponto as verdades suportam ser vividas” e “fazer da existência o ponto intolerável da verdade” (GROS, 2004, p.165).

Ainda, a partir de tal perspectiva, é possível perceber dois sentidos distintos de verdade, de coragem de verdade, frente aos quais, Foucault se manteve insistente:

[...] a coragem de se transformar lentamente, de fazer manter um estilo em uma existência movente, de durar e de persistir; a coragem mais pontual e mais intensa, da provocação, a de fazer aflorar por sua ação verdades que todo mundo conhece, mas que ninguém diz, ou que todo mundo repete, mas que ninguém se dá ao trabalho de fazer viver, a coragem da ruptura, da recusa, da denúncia (GROS, 2004, p.166).

Em ambos os casos, Foucault não propõe a fundação de uma moral que busca o bem e, por conseguinte, afasta-se do mal, mas, sim, a exigência de uma ética que busca a verdade e denuncia a mentira. Trata-se da *parresía* que produz eticamente o sujeito, visto que traduz não somente a obrigação e o dever moral de dizer a verdade, mas também uma ética ativa da verdade (GROS, 2004; FOUCAULT, 2010a).

3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS

3.1 ORIGENS E DEFINIÇÕES DA ADVOCACIA DO PACIENTE: resgatando modelos filosóficos

As discussões sobre advocacia do paciente iniciaram na década de 1970, emergindo de circunstâncias sociais mais amplas que levaram os consumidores dos cuidados de saúde a rejeitar práticas de saúde paternalistas e a exigir sua autonomia em situações de tomada de decisão clínica acerca dos cuidados nos seus processos de saúde e doença (ANNAS; HEALEY, 1974; MAHLIN, 2010). Esse movimento pelos direitos do paciente suscitou uma maior ênfase para as ações dos enfermeiros como advogados do paciente (ANNAS, 1974), tendo em vista a proximidade da relação enfermeiro-paciente e o tempo constante de permanência desse profissional nas unidades de saúde (HANKS, 2007).

Em 1973, o Conselho Internacional de Enfermeiros introduziu o termo advocacia em seus códigos profissionais, evidenciando um princípio fundamental da ética em enfermagem (VAARTIO; LEINO-KILPI, 2005). Contudo, a advocacia foi reconhecida abertamente na prática de enfermagem apenas na década de 1980, nos Estados Unidos da América e, ainda hoje, pode ser considerada um papel relativamente novo para a enfermagem (HAMRIC, 2000; HANKS, 2010a).

O termo advocacia é derivado do latim “*advocatus*”, ou seja, aquele que é convocado a depor, e está diretamente relacionado ao termo “advogado”, aquele que suplica, intercede e fala por, ou em nome de outra pessoa; um defensor; um intercessor (GRACE, 2001; HANKS, 2010a). Considerando que as definições tradicionais do termo advocacia têm suas origens históricas na lei, a adoção do termo advogado para designar a atuação profissional em ambientes não jurídicos pode suscitar contradições, de modo que definir os alcances e limites da advocacia, fora do seu significado na área jurídica, representa um desafio para qualquer disciplina (GRACE, 2001).

Embora a advocacia do paciente não seja uma atividade exclusiva para a profissão de enfermagem, pois é praticada por outros profissionais de saúde, a advocacia é claramente uma atividade importante para a prática de enfermagem, evidenciada na literatura filosófica e científica, em códigos de ética, tais como, o

Código de Ética da Associação Americana de Enfermeiros e em competências de ensino (HANKS, 2010a).

É possível perceber que a advocacia do paciente tem sido cada vez mais discutida como um componente essencial e uma obrigação moral na prática de enfermagem e, desde seu surgimento, muitas definições tem sido propostas na literatura de enfermagem (BU; JEZEWSKI, 2007; HANKS, 2010a), o que pode ocasionar ambiguidades e promover dificuldades no seu exercício nos diferentes ambientes de saúde.

As primeiras tentativas de conceituar e fornecer modelos para a advocacia do paciente são derivadas de definições filosóficas do conceito, enfatizando a natureza e o propósito da relação enfermeiro-paciente, em detrimento de um conjunto específico de ações e comportamentos (GRACE, 2001). Entre os modelos filosóficos de advocacia, mais discutidos na literatura, estão: o modelo de advocacia humana (CURTIN, 1979), o modelo da advocacia existencial (GADOW, 1980), o modelo funcional de advocacia do paciente (KOHNKE, 1980) e o modelo de advocacia social (FOWLER, 1989).

No modelo de advocacia humana, Curtin (1979) refere que tanto profissionais de saúde quanto pacientes são seres humanos, e essa condição humana é que deve formar a base da relação entre enfermeiros e pacientes. A ênfase está em agir em nome dos pacientes devido ao sentimento de humanidade em comum. Para tanto, os enfermeiros devem conhecer os pacientes e cuidá-los como seres humanos distintos e únicos, demonstrando sensibilidade a suas necessidades provocadas pela doença e auxiliando-os a descobrirem o significado de seus processos vitais (CURTIN, 1979).

Gadow (1980), ao propor o modelo de advocacia existencial, evidencia que a advocacia do paciente tem por objetivo garantir o direito do paciente à autodeterminação. Os enfermeiros são responsáveis por auxiliar os pacientes a esclarecerem seus desejos e a discernirem seus valores em uma determinada situação, para que tomem decisões, expressando e reafirmando esses valores. A ênfase está em investigar e descobrir o que os pacientes pretendem e querem fazer em relação à sua saúde, visto que somente eles podem decidir o que é do seu próprio interesse (GADOW, 1980).

Já o modelo funcional de advocacia do paciente, proposto por Kohnke (1980), é mais simples e pragmático, na medida em que compreende informar os pacientes

e apoiar suas decisões, baseado na crença central de que os indivíduos tem direito à autodeterminação e devem ser capazes de fazer escolhas informadas.

De modo geral, os modelos de Curtin (1979), Gadow (1980) e Kohnke (1980) estão baseados em uma crença em comum, ou seja, de que os indivíduos devem ter liberdade para determinar suas próprias ações e fazer suas escolhas. Contudo, cada um dos três modelos tem sua própria conotação. O modelo de Curtin (1979) é considerado um modelo humanista, enquanto os modelos de Gadow (1980) e Kohnke (1980) estão mais próximos, visto que enfatizam o direito do paciente à autodeterminação.

Embora os modelos de Gadow (1980) e Kohnke (1980) estejam voltados para um objetivo em comum, o modelo de advocacia existencial exige que os enfermeiros estejam mais envolvidos pessoalmente com as decisões dos pacientes, visto que os enfermeiros devem auxiliá-los a discernir e a esclarecer os seus próprios valores. Já o modelo funcional de advocacia do paciente exige um menor envolvimento pessoal por parte dos enfermeiros, pois esses devem apenas proporcionar a informação suficiente para que os pacientes tomem suas próprias decisões (BU; JEZEWSKI, 2007).

Ao discorrer sobre o modelo de advocacia social, Fowler (1989) mantém as preocupações dos enfermeiros com a defesa para pacientes individuais, mas avança para além das instituições de saúde, suscitando a participação na crítica e na mudança social. A advocacia social está sustentada na justiça social, buscando acesso equitativo aos cuidados de saúde e corrigindo injustiças clínicas e sociais que desrespeitem a dignidade dos pacientes, seus direitos e valores.

Embora todos os modelos descritos sejam amplamente utilizados e discutidos na literatura, esses não refletem as atribuições do enfermeiro na advocacia do paciente, não explicitando suficientemente que ações devem ser desenvolvidas por esse profissional. Além disso, os modelos não abordam o contexto e as situações em que os enfermeiros precisam agir como advogados dos pacientes, dificultando o reconhecimento das barreiras, facilitadores e dos riscos que o enfermeiro pode enfrentar no exercício da advocacia do paciente (GRACE, 2001; BU; WU, 2008).

Contudo, os modelos descritos anteriormente forneceram uma base filosófica para a construção de modelos mais atuais, como a Esfera de Advocacia em Enfermagem (HANKS, 2008) e a Teoria de Médio Alcance de Advocacia do Paciente

(BU; JEZEWSKI, 2007), os quais visam orientar a prática da advocacia na enfermagem e fornecer bases para a pesquisa nessa área.

A Esfera de Advocacia em Enfermagem sugere que o enfermeiro provê uma esfera semipermeável de proteção entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde, permitindo que o paciente advogue para si, quando em condições para tal, e que possa ser defendido pelo enfermeiro, se está incapaz de se defender. Podem, ainda, enfermeiro e paciente atuarem como advogados, se o paciente está em condições de advogar para si e o enfermeiro, simultaneamente, fornece a esfera de proteção (HANKS, 2005).

A Teoria de Médio Alcance de Advocacia do Paciente compreende três princípios fundamentais: salvaguardar a autonomia dos pacientes, agir em nome dos pacientes e defender a justiça social na prestação dos cuidados de saúde. Para tanto, é necessário que os enfermeiros reconheçam as situações em que os pacientes precisam de um advogado, quais os interesses do paciente e que ações devem ser tomadas para preservar, representar ou protegê-los (BU; JEZEWSKI, 2007).

Esses últimos modelos objetivam representar claramente o conceito de advocacia para enfermeiros e pacientes, fornecendo uma base para a prática de enfermagem, mas excluem a identificação dos fatores que explicam as ações dos enfermeiros na advocacia do paciente e suas consequências (HANKS, 2005; BU; JEZEWSKI, 2007).

Desse modo, as lacunas e dificuldades para interpretar o conceito de advocacia do paciente na enfermagem podem constituir as principais barreiras para o seu exercício nos diferentes ambientes de saúde e para o avanço das pesquisas na área. Estudos empíricos sugerem que ainda existem contradições e diferentes interpretações acerca da advocacia do paciente entre enfermeiros e pesquisadores em enfermagem (BU; JEZEWSKI, 2007).

3.2 AÇÕES DOS ENFERMEIROS NA ADVOCACIA DO PACIENTE: contribuições das pesquisas científicas

As contradições que envolvem o conceito da advocacia na enfermagem vêm sendo amplamente retomadas através de pesquisas científicas, que descrevem as ações dos enfermeiros a partir de suas experiências e percepções no exercício da

advocacia do paciente (O'CONNOR; KELLY, 2005; BU; JEZEWSKI, 2007). Em contraste com a literatura filosófica, os pesquisadores vêm descrevendo o conceito de advocacia do paciente de acordo com sua percepção pelos enfermeiros, em diferentes contextos, clínicos ou culturais, e em diferentes situações.

Assim, a advocacia do paciente tem sido objeto de vários estudos em diferentes nações e culturas, como, por exemplo, Estados Unidos da América (BOYLE, 2005; McSTEEN; PEDEN-McALPINE, 2006; GOSSELIN-ACOMB et al., 2007; THACKER, 2008; HANKS, 2008; HANKS, 2010a; HANKS, 2010b), Finlândia (VAARTIO et al., 2006; VAARTIO et al., 2008; VAARTIO et al., 2009a; VAARTIO et al., 2009b), Irlanda (O'CONNOR; KELLY, 2005; CAWLEY; MCNAMARA, 2011), Reino Unido (LLEWELLYN; NORTWHAY, 2007a; LLEWELLYN; NORTWHAY, 2007b), República da Ruanda (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012), Austrália (BULL; FITZGERALD, 2004; McGRATH; HOLEWA; McGRATH, 2006; SORENSEN; IEDEMA, 2007; SEAL, 2007), Irã (NEGARANDEH et al., 2006; NEGARANDEH et al., 2008) Turquia (ALTUN; ERSOY, 2003) e Japão (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003). Alguns desses estudos investigaram o significado da advocacia do paciente na percepção de enfermeiros, de acordo com seus contextos culturais, elucidando importantes contribuições tanto para o conceito de advocacia do paciente quanto para o seu exercício nos ambientes de prática.

No Japão, a advocacia do paciente, derivada dos conceitos ocidentais, tornou-se um ideal ético para os enfermeiros japoneses, os quais, muitas vezes, têm enfrentado dificuldades para colocá-la em prática, devido às relações de poder existentes entre profissionais de saúde. Os enfermeiros japoneses acreditam que estão advogando pelos pacientes quando lhes fornecem informações e a seus familiares, quando veiculam informações dos pacientes para outros profissionais de saúde e quando assumem comportamentos arriscados para defendê-los em situações antiéticas (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003).

O significado da advocacia do paciente para enfermeiros iranianos está traduzido nas ações de informar e educar, valorizar e respeitar; apoiar, proteger e promover a continuidade dos seus cuidados. Do mesmo modo, os enfermeiros são responsáveis por proteger os pacientes da incompetência de outros profissionais da saúde. Essas ações só podem ser desempenhadas em ambientes onde exista respeito pela individualidade e dignidade dos pacientes (NEGARANDEH et al., 2008).

No contexto da Irlanda, a principal atribuição do enfermeiro como advogado está em agir como um intermediário entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde, existindo uma distinção entre advocacia clínica e organizacional. A advocacia clínica compreende ações específicas para agir em nome de um paciente, enquanto a advocacia organizacional envolve ações que visem mudanças e melhorias em um nível institucional, beneficiando pacientes em geral (O'CONNOR; KELLY, 2005).

De acordo com enfermeiros finlandeses, a advocacia do paciente não pode ser considerada um evento único, mas um processo de análise de situações clínicas, aconselhamento, proteção e denúncia, o qual decorre da avaliação contínua das necessidades e desejos do paciente. Ainda, quando essa avaliação não é realizada, as ações de advocacia podem ser distorcidas e facilmente interpretadas como atos paternalistas (VAARTIO et al., 2006).

No contexto dos ambientes de saúde dos Estados Unidos da América, precursor do reconhecimento das ações de advocacia na prática de enfermagem, enfermeiros médico-cirúrgicos desempenham a atitude de advogados, especialmente, quando falam e agem em nome dos pacientes e atuam sobre suas necessidades não satisfeitas (HANKS, 2008; HANKS, 2010a). Outras ações no exercício da advocacia do paciente compreendem: educar o paciente e a família, comunicar seus desejos para outros membros da equipe de saúde, garantir cuidados adequados, avaliar desejos e garantir sua segurança (HANKS, 2010a).

Em relação aos ambientes de atuação da enfermagem e a advocacia do paciente, podem ser observadas investigações e discussões acerca de seu exercício, principalmente, em unidades médico-cirúrgicas (HANKS, 2008; HANKS, 2010a), oncológicas (GOSSELIN-ACOMB et al., 2007) perioperatórias (BOYLE, 2005; BULL; FITZGERALD, 2004), perinatais (SIMMONDS, 2008), de cuidados paliativos (McSTEEN; PEDEN-McALPINE, 2006; SEAL, 2007; SORENSEN; IEDEMA, 2007; THACKER, 2008; HEBERT; MOORE; ROONEY, 2011), saúde mental (ROSSETTI; FOX; BURNS, 2005); saúde comunitária (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012; CAWLEY; MCNAMARA, 2011), nos cuidados a pacientes com dor (VAARTIO et al., 2008; VAARTIO et al., 2009a; VAARTIO et al., 2009b WARE et al., 2011), nos cuidados a pacientes com deficiência cognitiva (LLEWELLYN; NORTHWAY, 2007a; LLEWELLYN; NORTHWAY, 2007b) e no nível político (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006).

Enfermeiros que atuam na prestação de cuidados em tratamentos oncológicos, frequentemente, exercem a advocacia motivados pela complexidade das necessidades dos pacientes. Enfermeiros oncológicos acreditam que estão exercendo a advocacia, especialmente, quando ensinam estratégias de autocuidado para pacientes e familiares e comunicam os cuidados necessários para outros membros da equipe de saúde (GOSSELIN-ACOMB et al., 2007).

Já no que se refere aos cuidados paliativos, as situações éticas que cercam o processo de morte e morrer, como a oferta de tratamentos sem possibilidade de cura, que não oferecem benefícios para o paciente, despertam a necessidade do exercício da advocacia (SEAL, 2007; HEBERT; MOORE; ROONEY, 2011). A advocacia do paciente nos cuidados paliativos pode ser visualizada a partir de uma perspectiva emancipatória, definida como um meio de remover o sofrimento desnecessário por meio da transformação de práticas e pessoas (SORENSEN; IEDEMA, 2007).

Ainda, as ações de advocacia na prática de enfermagem nos cuidados paliativos podem ser definidas como auxiliar os pacientes e familiares a superar as barreiras que impedem o caminho do cuidado (THACKER, 2008) e representar os desejos individuais dos pacientes nos assuntos relacionados à sua morte (SORENSEN; IEDEMA, 2007). Um estudo fenomenológico acerca das atividades dos enfermeiros que atuam em situações eticamente difíceis nos cuidados paliativos identificou três ações principais retratando as atribuições do enfermeiro como advogado do paciente: agir como um guia, informando, educando e esclarecendo pacientes e familiares; agir como um elo entre a equipe de saúde e a família do paciente, comunicando e representando as metas e desejos do paciente para a equipe; e apoiar o significado da doença para o paciente e seus familiares, defendendo suas escolhas de acordo com seus valores (McSTEEN; PEDEN-McALPINE, 2006).

Gadow (1989), em trabalhos posteriores ao desenvolvimento do conceito de advocacia existencial, reconheceu que quando pacientes com câncer foram confrontados com decisões difíceis acerca da qualidade *versus* quantidade de vida, os enfermeiros estavam em uma posição única para fornecer-lhes informações clínicas e auxiliá-los no esclarecimento de suas metas e valores. Desse modo, o papel do enfermeiro está em auxiliar o paciente a se autodeterminar, ao invés de se conformar com sua falta de autonomia.

Pacientes com dor representam outro grupo que, muitas vezes, necessitam de enfermeiros para advogar em seu nome para melhorar o manejo da dor, visto que podem desconhecer as medidas terapêuticas disponíveis e seus direitos. Assim, educar os pacientes para requisitar medicações, para ter sua dor tratada e defender suas necessidades não satisfeitas constituem importantes responsabilidades dos enfermeiros (WARE et al., 2011).

Em algumas situações, é necessário agir em nome do paciente que necessita de um melhor tratamento para o manejo da dor, enquanto, em outras, há necessidade de uma parceria entre enfermeiro e paciente para atingir as metas de cuidado com a dor. Destaca-se que, mesmo quando o paciente opta por ter o enfermeiro agindo em seu nome, ele está exercendo sua liberdade de escolha e autonomia. Para tanto, é necessário analisar e responder as preferências do paciente nos cuidados com sua dor e esclarecê-lo acerca desses cuidados (VAARTIO et al., 2008; VAARTIO et al., 2009a, VAARTIO et al., 2009b).

No ambiente de cuidados perioperatórios, mesmo que os enfermeiros tenham apenas um breve envolvimento com seus pacientes, o exercício da advocacia deve se fazer presente, uma vez que muitos estão inconscientes ou em um ambiente particularmente estranho e, muitas vezes, embora preparados fisicamente, não parecem ter fornecido o consentimento informado para a realização do procedimento cirúrgico (BULL; FITZGERALD, 2004). As ações de advocacia no contexto perioperatório compreendem, especialmente, o auxílio a pacientes desinformados ou que não deram consentimento adequado para procedimentos cirúrgicos e a proteção dos pacientes da incompetência de outros profissionais da saúde (BOYLE, 2005).

Uma abordagem fenomenológica identificou que enfermeiros que desenvolvem suas ações no contexto perioperatório definem a advocacia do paciente como a proteção dos seus direitos, certificando-se que eles são cuidados e estão seguros; informando pacientes e familiares sobre seus direitos, fornecendo dados sobre seus cuidados de saúde, agindo em seu nome, intervindo e auxiliando-os para um melhor resultado. Para tanto, devem ser realizadas algumas ações de responsabilidade do enfermeiro: verificação de informações no prontuário do paciente, verificação do correto posicionamento do paciente durante o ato anestésico-cirúrgico, comunicação de informações do paciente para os membros da equipe de saúde, orientações acerca do procedimento cirúrgico para pacientes e

familiares, bem como acerca de seus riscos e benefícios, prevenção de danos e promoção de um ambiente seguro (BOYLE, 2005).

Ações de advocacia na prática de enfermagem perinatal são decretadas pela relação enfermeiro-paciente, envolvendo o fortalecimento da autonomia da gestante para que suas escolhas sejam respeitadas. Os enfermeiros devem estar dispostos a remover obstáculos que possam impedir as mulheres de agirem de acordo com seus valores e a fornecer os recursos necessários para que elas possam ter suas decisões mantidas. Contudo, destaca-se que, algumas vezes, os enfermeiros conhecem e compreendem os desejos das mulheres, mas não são capazes de defendê-los em virtude das práticas e políticas restritivas das instituições de saúde (SIMMONDS, 2008).

Nas questões que compreendem a saúde mental, ações de advocacia do paciente estão atreladas à proteção dos direitos humanos⁵, requerendo que os enfermeiros tenham uma compreensão clara e completa de como eles podem defender os direitos de seus pacientes, através da educação em saúde, do apoio à autonomia na tomada de decisões e da participação na efetivação de políticas (ROSSETTI; FOZ; BURNS, 2005). Já as ações de advocacia no cuidado a pessoas com deficiências cognitivas podem incluir o ato de agir em nome do paciente, quando esses não apresentam comunicação verbal adequada, ou apoiar a sua autodefesa, sempre que possível (LLEWELLYN; NORTHWAY, 2007a; LLEWELLYN; NORTHWAY, 2007b).

Semelhante ao foco das ações de advocacia na saúde mental, o exercício da advocacia na saúde comunitária também enfatiza a defesa dos direitos humanos, buscando criar condições de autonomia, igualdade e justiça nas relações sociais, acesso igualitário às oportunidades para todas as pessoas (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012), bem como capacitar e contribuir para empoderar os pacientes (CAWLEY; McNAMARA, 2011).

Já a advocacia em nível político, que ainda permanece ausente ou, pelo menos, invisível na prática da enfermagem, consiste em influenciar decisões políticas a fim de melhorar a saúde e condições de vida da população (SPENCELEY, REUTTER, ALLEN, 2006; VENTURA et al, 2012). No Brasil, a

⁵Os direitos humanos são entendidos como as garantias legais e universais que protegem o indivíduo e a sociedade contra ações e omissões que interferem nas liberdades fundamentais, na seguridade social e na dignidade humana (ROSSETTI; FOZ; BURNS, 2005).

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) tem promovido esforços para conscientizar os enfermeiros acerca de sua atuação política junto aos usuários. Para tanto, a advocacia é reconhecida como um processo que utiliza estratégias políticas no intuito de promover os direitos não respeitados dos usuários, contribuir para seu empoderamento para o cuidado, bem como sensibilizar as autoridades para as carências e necessidades da população (VENTURA et al., 2012)

Nesse sentido, Grace (2001) afirma que o objetivo da advocacia decorre principalmente do propósito da enfermagem e da promessa para a sociedade de se engajar para melhorar o nível de saúde no âmbito individual e no coletivo, evidenciando um discurso mais amplo acerca da advocacia e suscitando a participação dos enfermeiros nas decisões políticas.

Destaca-se que o desafio de definir e descrever as ações dos enfermeiros na advocacia é ainda mais complexo em virtude de que essas ações não são estáticas e fixas, mas influenciadas por características particulares de indivíduos, organizações, relações, situações clínicas e ambientes de atuação (SIMMONDS, 2008). Por conseguinte, a advocacia pode estar atrelada ao reconhecimento da própria atuação do enfermeiro como advogado, tendo em vista suas crenças e valores na prestação de cuidados aos pacientes (VAARTIO et al., 2008).

Assim, o conceito de advocacia do paciente na enfermagem deve ser examinado sempre a partir das diferentes perspectivas e nos diferentes contextos, buscando conhecer como as ações de advocacia são afetadas por seus antecedentes, formação do profissional, fatores facilitadores para o seu exercício, bem como pelas barreiras e possíveis consequências (HANKS, 2008; VVARTIO et al., 2008).

3.3 ANTECEDENTES DA ADVOCACIA DO PACIENTE: porque advogar?

Ao discutir e refletir acerca das ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, considerando os diferentes contextos e situações, podem emergir alguns questionamentos: porque é preciso advogar pelos pacientes? Porque os pacientes necessitam que os enfermeiros advoguem por eles? O que antecede o exercício da advocacia do paciente na enfermagem?

Bu e Jezewski (2007) descrevem que os antecedentes da advocacia do paciente na enfermagem podem ocorrer em níveis macrossociais e microssociais no

sistema de saúde. No nível macrossocial, as disparidades de saúde, motivadas por fatores como a pobreza e o acesso aos serviços de saúde, constituem as principais razões para advogar. Ainda, o ambiente hospitalar pode compreender um importante antecedente macrossocial na medida em que o uso da tecnologia avançada e os custos de saúde têm ignorado a autonomia e os valores dos pacientes. Desse modo, a advocacia do paciente vem se consolidando como uma resposta aos problemas no sistema de saúde e às disparidades decorrentes (MAHLIN, 2010).

No que se refere ao nível microssocial, as condições clínicas dos pacientes constituem os principais antecedentes de advocacia, destacando-se, entre essas, a vulnerabilidade do paciente (BU; JEZEWSKI, 2007). Pacientes ou populações são consideradas vulneráveis, especialmente, quando não podem se representar plenamente e proteger seus próprios direitos, necessidades, benefícios e desejos; e quando são incapazes de tomar decisões apropriadas ou de realizar as suas decisões (BU; JEZEWSKI, 2007).

A vulnerabilidade dos pacientes pode decorrer de situações clínicas específicas, como a perda de consciência, câncer, dor, doença mental, deficiências cognitivas, ou, ainda, quando não tem conhecimento suficiente para tomar decisões. A própria hospitalização pode aumentar a vulnerabilidade dos pacientes, em virtude de seus conhecimentos limitados sobre os cuidados de saúde nesses ambientes e pela sua sujeição aos cuidados dos profissionais de saúde (O'CONNOR; KELLY, 2005; BU; JEZEWSKI, 2007).

Contudo, mesmo em posições vulneráveis, são os pacientes que determinam o sentido dos seus desejos e interesses, de modo que o enfermeiro deve auxiliá-los para que exerçam sua liberdade de escolha. No entanto, muitas vezes, a advocacia do paciente representa um desafio para os enfermeiros, pois pode ser vista como um ato paternalista (VVARTIO et al., 2006; VAARTIO et al., 2009a), especialmente, quando o paciente não está em condições adequadas de se comunicar (ZOMORODI; FOLEY, 2009).

Quando os pacientes são capazes de comunicar seus desejos e estão capacitados para tal, as ações de advocacia são claras e bem definidas. Porém, quando os pacientes são incapazes de se comunicar e necessitam que o enfermeiro aja em seu nome, uma linha tênue entre advocacia e paternalismo pode ser atravessada. Desse modo, é necessário que os enfermeiros constantemente

examinem seus atos e reconheçam os anseios e necessidades de cada paciente, a fim de distinguirem advocacia e paternalismo (ZOMORODI; FOLEY, 2009).

De acordo com O'Connor e Kelly (2005), algumas circunstâncias agem como um “gatilho” para que a advocacia do paciente ocorra. Entre essas circunstâncias, estão: a vulnerabilidade do paciente, a responsabilidade profissional e a obrigação moral do enfermeiro. Pode-se perceber que o exercício da advocacia na enfermagem pode decorrer tanto de um senso de responsabilidade profissional, como de uma estreita relação com a moral, o que envolve julgamentos éticos constantes e, frequentemente, implica confrontar valores, normas ou princípios (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012).

Destaca-se que os conflitos éticos que permeiam as situações clínicas também despertam nos enfermeiros o desejo de advogar pelos pacientes e auxiliá-los na tomada de decisões, especialmente, quando esses se encontram em posição de vulnerabilidade (BU; JEZEWSKI, 2007; SCHLAIRET, 2009). Além disso, situações de sofrimento moral, em que os enfermeiros reconhecem qual a conduta ética apropriada a ser seguida, porém por pressões externas, tornam-se incapazes de prosseguir com o curso da ação entendida como correta (JAMETON, 1984), reforçam a necessidade de atuação do enfermeiro como advogado do paciente (HANKS, 2010a; BARLEM, 2012; BARLEM et al., 2013a).

Diversos estudos indicam que situações que comumente dão origem ao sofrimento moral, como tratamentos agressivos de pacientes terminais, exames desnecessários, tratamento inadequado, desequilíbrios nas relações de poder entre profissionais da saúde e falta de apoio institucional aos profissionais, remetem à necessidade do exercício da autonomia da enfermagem e do exercício da advocacia como parte integrante de seu trabalho (HAMRIC, 2000; CORLEY, 2002; HAM, 2004; HARDINGHAM, 2004; CORLEY et al., 2005; MOBLEY et al., 2007; BARLEM et al., 2013b; BARLEM et al., 2013c).

Contudo, é possível perceber que, embora haja desejo e necessidade de advogar pelos direitos e interesses dos pacientes, muitas vezes, os enfermeiros não apresentam um preparo adequado para exercer a advocacia, como na falta de entendimento de situações éticas ou por limitações pessoais e técnicas (HANKS, 2010a). Dessa forma, é necessário explorar as relações existentes entre o preparo educacional para exercer o papel de advogado do paciente, as habilidades necessárias e as competências profissionais específicas para essa tarefa.

3.4 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EXERCER A ADVOCACIA DO PACIENTE

A formação profissional para o papel de advogado do paciente vem sendo amplamente discutida em diversos estudos (ALTUN; ERSOY, 2003; DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003; LLEWELLYN; NORTHWAY, 2007b; HANKS, 2008; HANKS, 2010b; WARE et al., 2011). A maior parte desses estudos identificou que, apesar dos cursos de graduação em enfermagem fornecerem bases para o desenvolvimento das ações de advogado entre os estudantes, a formação profissional não tem sido suficiente para que os enfermeiros advoguem em seus ambientes de prática. Dessa forma, muitas vezes, o papel de advogado tem sido desenvolvido após a graduação.

Altun e Ersoy (2003), ao realizarem um estudo longitudinal com estudantes de enfermagem, evidenciaram que, ao final do curso, os estudantes estavam aptos e dispostos a advogar pelos pacientes. Os estudantes que participaram dessa pesquisa acreditavam que os pacientes tem o direito de participar no processo de tomada de decisões sobre seus tratamentos, exercendo sua autodeterminação. Contudo, para atingir esses resultados, é necessário que os docentes em enfermagem integrem discussões e reflexões acerca da advocacia do paciente e da ética em enfermagem em suas disciplinas.

Hanks (2008) percebeu que a preparação educacional para o exercício da advocacia do paciente, muitas vezes, é aprendida no trabalho, observando-se essa prática em enfermeiros, ou após o enfermeiro vivenciar uma experiência de advocacia do paciente na sua prática profissional. Desse modo, pode-se destacar que as experiências profissionais na advocacia do paciente contribuem para aumentar a confiança do enfermeiro no exercício de suas ações como advogados.

De modo semelhante, enfermeiros japoneses identificaram que as experiências práticas na advocacia do paciente contribuíram para o desenvolvimento e fortalecimento do seu exercício como advogados. Diferentemente do estudo de Altun e Ersoy (2003), os enfermeiros japoneses evidenciaram que não tinham recebido qualquer tipo de educação formal para exercer a advocacia, o que impossibilita que muitos assumam a atitude de advogar nos seus ambientes de prática (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003).

Outro estudo, acerca da formação de enfermeiros para advogar para pacientes, identificou que, apesar dos enfermeiros receberem educação formal para esse papel, há uma diferença entre aprender sobre advocacia e aprender a advogar. Desse modo, os enfermeiros manifestaram a necessidade de educação contínua sobre advocacia do paciente nos seus ambientes de trabalho (LLEWELLYN; NORTHWAY, 2007b).

Ainda, os enfermeiros ressaltaram que colocar a advocacia em prática pode dar origem a uma série de questões éticas e profissionais que, muitas vezes, não estavam previstas na formação teórica recebida. Assim, a utilização de estratégias como dramatizações, oficinas e estudos de caso na formação dos enfermeiros parece contribuir para que os problemas que os enfermeiros possam vir a experimentar, ao advogar pelos pacientes, sejam previamente abordados na formação (LLEWELLYN; NORTHWAY, 2007b; WARE et al., 2011).

Essas diferenças entre aspectos teóricos e práticos da advocacia podem sugerir a necessidade de uma formação permeada por discussões e reflexões acerca de situações e experiências práticas, as quais devem oportunizar aos enfermeiros vivenciarem as barreiras e facilitadores no exercício da advocacia, assim como as suas possíveis consequências.

3.5 BARREIRAS E FACILITADORES NO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE

Embora a advocacia do paciente assuma um papel crucial para os enfermeiros, sua extensão é muitas vezes limitada na prática profissional, o que requer a identificação e o reconhecimento das barreiras e facilitadores para o seu exercício. Nessa perspectiva, poderão ser desenvolvidas estratégias que contribuam para a efetivação da advocacia nos diferentes ambientes de atuação da enfermagem (NEGARANDEH et al., 2006).

Hanks (2007) evidencia que as barreiras podem impedir os enfermeiros de realizar plenamente o seu papel de advogados do paciente, além de contribuírem para que não percebam seu papel na advocacia e para que tenham dificuldades para tomar decisões no seu trabalho (CAWLEY T, MCNAMARA, 2011; JOSSE-EKLUND et al., 2014).

Entre as principais barreiras encontradas para o exercício da advocacia do paciente na enfermagem, podem ser destacadas: a equipe médica, falta de tempo, elevada carga de trabalho, falhas de comunicação, falta de conhecimento, impotência do enfermeiro e medo de assumir riscos e conflitos, falta de autonomia e o frágil exercício de poder para tomar decisões e falta de suporte por parte da instituição (BULL; FITZGERALD, 2004; O'CONNOR; KELLY, 2005; NEGARANDEH et al., 2006; SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006; GOSSELIN-ACOMB et al., 2007; LLEWELLYN; NORTHWAY, 2007a; SORENSEN; IEDEMA, 2007; THACKER, 2008; CAWLEY; MCNAMARA, 2011; WARE et al., 2011; JOSSE-EKLUND et al., 2014).

No que se refere à barreira imposta pela equipe médica, Sorensen e Iedema (2007) afirmam ser necessário que os enfermeiros, para exercer a advocacia do paciente de maneira eficaz, desafiem decisões baseadas na autoridade médica estabelecida. Entretanto, apesar da equipe médica ser amplamente reconhecida como a principal barreira à advocacia do paciente, os próprios enfermeiros não questionam ou desafiam decisões inaceitáveis, assim como não buscam formar alianças com a equipe médica para construir estratégias conjuntas de advocacia, apesar das implicações para os pacientes.

Inúmeras vezes, observa-se que enfermeiros se esquivam de examinar as decisões e ações da equipe médica, abdicando de sua responsabilidade como profissionais de saúde, o que reforça a concepção de que as barreiras à advocacia não residem apenas no desrespeito médico pelo conhecimento da enfermagem, mas também nas atitudes e práticas da própria profissão. Logo, no cotidiano da enfermagem, a impotência, a falta de autonomia e o frágil exercício de poder do enfermeiro para tomar decisões fortalecem o desequilíbrio de forças com a equipe médica (SORENSEN, IEDEMA, 2007).

Destaca-se que a advocacia sempre implica numa tomada de posição que geralmente gera conflitos. Por sua própria natureza, a advocacia desencadeia diferenças de opinião acerca dos melhores interesses do paciente, o que desequilibra as relações de poder entre a medicina e a enfermagem. Quando não resolvidas, essas diferenças podem gerar conflitos que compreendem mais um obstáculo à advocacia do paciente (SORENSEN, IEDEMA, 2007).

Esses conflitos podem trazer riscos aos enfermeiros, como perder o emprego ou serem rotulados com uma imagem negativa, contribuindo para que se sintam

inibidos para exercer poder e advogar pelos interesses do paciente nos seus ambientes de trabalho (NEGARANDEH et al., 2006; SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006). É possível perceber que, muitas vezes, os enfermeiros permanecem imersos na aversão ao risco, na aculturação do silêncio e na conformidade em detrimento do conflito ou confronto. Essas características constituem importantes obstáculos a serem observados e superados para a efetivação da advocacia na enfermagem (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006).

No que se refere a barreiras como falta de tempo e sobrecarga de trabalho, pode-se afirmar que quando os enfermeiros exigem melhores condições organizacionais de trabalho, estão indiretamente advogando pelos pacientes (LUNARDI et al., 2007). Ainda, ao reivindicarem que suas responsabilidades éticas e profissionais sejam apoiadas pela instituição de saúde podem estar desempenhando importantes ações para advogarem pelos pacientes (SIMMONDS, 2008).

Diversas vezes, os enfermeiros estão aptos e preparados para advogar por seus pacientes, mas não são capazes de defendê-los em virtude do modo como se organizam as instituições de saúde, frequentemente, pautadas no quantitativo em detrimento da qualidade do cuidado e, possivelmente, pelo desequilíbrio de poder vivenciado nos ambientes de trabalho (ERLEN, 2001) e na própria equipe de enfermagem. Desse modo, para atuarem como advogados eficazes, os enfermeiros precisam reconhecer-se como parceiros iguais na equipe de saúde e buscar o apoio de seus empregadores e das instituições de trabalho (HYLAND, 2002; SIMMONDS, 2008).

O ambiente de trabalho tem sido considerado o fator de maior influência para a eficácia das ações de enfermagem na advocacia do paciente (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003; SEAL, 2007; HANKS, 2010a; HANKS 2010b). Logo, o apoio da instituição de saúde pode proporcionar uma maior autonomia aos enfermeiros para que possam advogar pelos direitos dos pacientes e encorajá-los a garantir que estejam capacitados para tomar decisões (SEAL, 2007; HANKS, 2010a; CAWLEY; MCNAMARA, 2011).

Conforme identificado por Seal (2007), a eficácia das ações de advocacia do paciente não depende apenas das características, habilidades e conhecimentos dos enfermeiros como advogados, mas de um ambiente de receptividade. Por conseguinte, é importante ressaltar que a advocacia ocorre sempre em um ambiente social, de modo que se torna relevante conhecer as características do ambiente que

atuam como fatores facilitadores da advocacia (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003; SEAL, 2007; HANKS, 2010a; HANKS 2010b).

Entre os facilitadores para o exercício da advocacia do paciente, podem ser destacados: os conhecimentos e competências dos enfermeiros, bem como suas características pessoais, o médico como colega, as equipes multidisciplinares, a comunicação, o relacionamento com o paciente e a família, o reconhecimento das necessidades e desejos do paciente, a equipe e a gerência de enfermagem (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003; BULL; FITZGERALD, 2004; O'CONNOR; KELLY, 2005; SEAL, 2007; THACKER, 2008; HANKS, 2010a; HANKS, 2010b).

As características dos enfermeiros podem influenciar, diretamente e de modo positivo, o exercício da advocacia do paciente, como quando os enfermeiros apresentam maior senso de confiança que provêm do seu autovalor profissional (BULL; FITZGERALD, 2004; NEGARANDEH et al., 2006; THACKER, 2008; HANKS, 2010a). Além disso, os conhecimentos e competências dos enfermeiros são considerados fatores determinantes no exercício da advocacia, podendo ser desenvolvidos na formação ou durante a experiência profissional, por meio de programas de educação continuada, oportunizando-lhes o preparo adequado para liderem com situações que necessitem da defesa dos interesses dos pacientes (O'CONNOR; KELLY, 2005; THACKER, 2008).

A equipe e a gerência de enfermagem também são consideradas importantes facilitadores da advocacia do paciente, na medida em que reforçam e apoiam as ações desenvolvidas pelos enfermeiros no exercício da advocacia (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003; THACKER, 2008). Do mesmo modo, a natureza da relação com os outros membros da equipe de saúde constitui uma poderosa influência sobre o papel dos enfermeiros como advogados, principalmente quando os valores e metas para os cuidados são compartilhados, o que limita o modelo medicocêntrico e potencializa o cuidado centrado no paciente, evidenciando a importância das equipes multidisciplinares e da comunicação efetiva (McGARTH; HOLEWA; McGARTH, 2006; THACKER, 2008).

Por fim, a relação enfermeiro-paciente, a comunicação efetiva e o reconhecimento das necessidades do paciente são fundamentais no exercício da advocacia. Estabelecer uma relação adequada com os pacientes possibilita compreender de forma mais abrangente suas reais necessidades e ser mais eficaz

na defesa de seus desejos e interesses, evitando atos paternalistas (O'CONNOR; KELLY, 2005; NEGARANDEH et al., 2006, THACKER, 2008).

Considera-se que, quando bem-sucedido, o exercício da advocacia pode trazer inúmeros benefícios aos pacientes e enfermeiros. Entretanto, diversas vezes, mesmo buscando superar barreiras e reconhecer fatores facilitadores em seus ambientes de prática, os enfermeiros podem falhar ao tentarem advogar por um paciente, o que pode lhes desencadear sentimentos de frustração, raiva, impotência e, possivelmente, a vivência do sofrimento moral. Tais circunstâncias devem ser retomadas e gerenciadas a fim de evitar consequências que podem se apresentar para enfermeiros e pacientes (WELCHMAN; GRIENER, 2005).

3.6 ADVOGAR OU NÃO ADVOGAR: possíveis implicações

As implicações do exercício da advocacia do paciente podem ser consideradas positivas ou negativas, ocorrendo tanto em níveis macrossociais como em níveis microssociais. Mahlin (2010) afirma que há razões práticas para que a advocacia do paciente, muitas vezes, seja a exceção e não a regra nas instituições de saúde. Embora as consequências positivas da advocacia sejam abertamente reconhecidas ao garantirem que os direitos, valores e interesses dos pacientes sejam protegidos e preservados, os enfermeiros podem enfrentar diversas consequências ao desafiarem o sistema de saúde.

Diversos estudos evidenciam que os resultados para os pacientes após intervenções que compreendam ações de advocacia são sempre positivos. No nível microssocial, os pacientes têm sua liberdade de autodeterminação e sua autonomia garantidas; recebem informações adequadas sobre suas condições clínicas e são capacitados para tomarem suas próprias decisões, além de receberem tratamentos rápidos e adequados. Já no nível macrossocial, as ações de advocacia podem provocar mudanças nas políticas e na organização das instituições de saúde, garantindo melhorias no cuidado para a sociedade em geral (O'CONNOR; KELLY, 2005; McSTEEN; PEDEN-McALPINE, 2006; BU; JEZEWSKI, 2007; HANKS, 2008; MAHLIN, 2010).

Do ponto de vista dos enfermeiros, é possível perceber que, ao advogarem com sucesso para os pacientes, podem aumentar sua satisfação profissional, autoconfiança, credibilidade e visibilidade da enfermagem. Contudo, considera-se

que há sempre implicações pessoais para qualquer enfermeiro que, ao advogar por um paciente, questione práticas de outros profissionais e a política da instituição de saúde (BU; JEZEWSKI, 2007; MAHLIN, 2010).

Em algumas situações, os enfermeiros podem ser acusados de insubordinação e sofrem perda da reputação profissional, podendo, até mesmo, serem rotulados como péssimos colegas de trabalho, perderem o emprego e experimentarem perturbações em suas vidas pessoais; em outras, podem experimentar conflitos extremos na forma de sofrimento moral, sentindo-se impotentes para tomarem a atitude correta. Diante de todas essas implicações, porque os enfermeiros aceitam o ônus da advocacia, se essa é potencialmente perigosa para eles? (MAHLIN, 2010).

A advocacia do paciente evidencia em sua essência uma relação direta com a moral, constituindo a atividade fundamental da enfermagem, mas, em contrapartida, pode gerar sofrimento moral quando o profissional de enfermagem não consegue desempenhar esse papel de maneira que satisfaça seus ideais (HANNA, 2005; SIMMONDS, 2008; BARLEM, 2012).

A experiência do sofrimento moral e *burnout*, após tentativas fracassadas de advocacia do paciente, podem ser consideradas uma das principais razões para o abandono da profissão pelos enfermeiros, resultado da insatisfação com o trabalho e com a carreira escolhida. Por isso, incentivar e promover ações de advocacia na prática dos enfermeiros tem potencial para um impacto positivo na satisfação com o trabalho e no fortalecimento da identidade profissional (McSTEEN; PEDEN-McALPINE, 2006).

Na realidade brasileira, investigações do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (LUNARDI et al., 2009; BARLEM, 2012; BARLEM et al., 2013a; BARLEM et al., 2013b) constataram que trabalhadores de enfermagem, ao optarem por não realizar o enfrentamento de situações potencialmente geradoras de sofrimento moral, optam não por abandonar a profissão, mas por afastar-se de seus valores, crenças e, por fim, dos próprios ideais da profissão.

A aplicação da escala *Moral Distress Scale* para verificar a vivência de sofrimento em enfermeiros no contexto brasileiro, permitiu identificar e validar quatro constructos relacionados à percepção do sofrimento moral, definidos como: negação do papel da enfermeira como advogada do paciente; falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; e obstinação terapêutica. A falta

de competência na equipe de trabalho foi o constructo que mais influenciou a percepção de sofrimento moral, seguido pela negação do papel da enfermeira como advogada do paciente (BARLEM, 2009).

Em estudos subsequentes, Barlem (2012) identificou que novamente a negação do papel da enfermagem como advogada do paciente, definido como o potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes, constituiu uma importante fonte para a vivência do sofrimento moral. Qualitativamente, foi possível perceber que o exercício da advocacia do paciente em situações de conflitos éticos pode gerar alívio aos trabalhadores de enfermagem, ou, diferentemente, maior intensidade de sofrimento moral quando o profissional de enfermagem não consegue desempenhar esse papel de maneira que corresponda aos seus ideais.

No cotidiano de trabalho, os enfermeiros de maneira individual são capazes de reconhecer e advogar por problemas locais de seus pacientes, mas é praticamente impossível que enfrentem e promovam mudanças em problemas sistêmicos que afetam seus pacientes, o que pode ocasionar um sofrimento desnecessário. A compreensão da advocacia como uma responsabilidade individual do enfermeiro parece afastar as associações profissionais de enfermagem de suas funções de liderança mais importantes, resultando no abandono de enfermeiros e de seus pacientes (WELCHMAN; GRIENER, 2005; MAHLIN, 2010).

Contudo, reconhecer que a enfermagem tem uma responsabilidade coletiva na advocacia não significa negar que o enfermeiro individual tem um papel a desempenhar na mudança sistêmica. A expressão da advocacia como uma responsabilidade coletiva, sustentada pela participação de associações profissionais e entidades de classe representantes da enfermagem, ao invés de constituir-se somente num dever dos enfermeiros individualmente, poderá estimular a prática da advocacia nos ambientes de atuação da enfermagem, beneficiando pacientes e profissionais e, evitando implicações, como o sofrimento moral (WELCHMAN; GRIENER, 2005; MAHLIN, 2010; VENTURA et al., 2012).

4 MÉTODO

A pesquisa foi operacionalizada em momentos distintos: uma etapa quantitativa e uma etapa qualitativa, com o propósito de “expandir o âmbito da investigação ao acessar uma variedade maior de dados”, proporcionando maior diversidade e relevância aos possíveis achados (CATHAIN; THOMAS, 2009, p.117).

4.1 ETAPA QUANTITATIVA

Optou-se por uma pesquisa de caráter quantitativo pela possibilidade de responder aos objetivos de analisar crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente e adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros.

A pesquisa quantitativa é tipicamente dedutiva, visto que a maioria das ideias ou conceitos pode ser reduzida a variáveis, tornando possível testar e estabelecer relações entre essas. Compreende-se que o conhecimento resultante de uma pesquisa quantitativa é sempre baseado numa cuidadosa observação, medição e interpretação da realidade objetiva, o que oportuniza a análise de causas e suas influências nos resultados (CRESWELL, 2008).

4.1.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo do tipo descritivo-exploratório, o qual “demarca características ou delinea o perfil de determinado grupo ou população”. Por conseguinte, esse tipo de estudo direciona investigações que visam analisar determinados fenômenos, definindo sua estrutura e pressupostos, caracterizando variáveis envolvidas e esclarecendo relações entre essas (GAYA, 2008, p. 152).

Desse modo, optou-se por um estudo dessa natureza pela necessidade de caracterizar precisamente as variáveis que envolvem o fenômeno da advocacia do paciente na enfermagem, no contexto brasileiro, o que permitiu propor relações entre essas variáveis e a construção de quadros conceituais para o fenômeno em estudo.

Estudos descritivo-exploratórios são utilizados, especialmente, quando pouco se sabe sobre determinado fenômeno, o que permite definir o que existe de fato em

um contexto particular (GAYA, 2008). A aplicação de um estudo com essas especificidades foi relevante, considerando-se que a advocacia do paciente na enfermagem ainda se constitui em temática pouco explorada no contexto brasileiro.

O delineamento desse estudo é reconhecido como transversal, uma vez que todas as medições foram realizadas em um único momento, oportunizando a descrição de variáveis e seus padrões de distribuição (GAYA, 2008; HULLEY et al., 2008). Os estudos transversais mostram-se apropriados, especialmente, para descrever a situação de um fenômeno em um ponto fixo, o que torna possível o estabelecimento de conclusões com maior prontidão (HULLEY et al., 2008).

4.1.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida junto a duas instituições hospitalares, denominadas neste estudo como “H1” e “H2”, localizadas em um município do extremo sul do Brasil. Esse município possui cerca de 200 mil habitantes e caracteriza-se como um polo naval, com um porto que movimenta grande parte das exportações e importações do Brasil. O município conta ainda com uma universidade federal e outra particular, ambas com uma ampla variedade de cursos, atraindo estudantes de diversas localidades.

A primeira instituição, denominada “H1”, é caracterizada como um hospital universitário, público, que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 195 leitos, divididos em 51 leitos cirúrgicos, 49 leitos de internação clínica, 24 leitos de UTI’s (adulta, pediátrica, neonatal e intermediárias), 35 leitos obstétricos, 26 leitos pediátricos, 4 leitos referentes a outras especialidades e 6 leitos do hospital dia (CNES, 2013).

Nessa instituição, atuam 67 enfermeiros, 51 técnicos de enfermagem e 175 auxiliares de enfermagem, em sua maioria, servidores públicos concursados (Regime Jurídico Único), com carga horária semanal de 30h; atuam também trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com igual carga horária semanal (CNES, 2013).

A segunda instituição, denominada “H2”, caracteriza-se como uma entidade filantrópica, atendendo a pacientes do SUS, de convênios e particulares. A instituição “H2” compõe-se de três unidades hospitalares distintas: hospital geral, hospital de cardiologia e oncologia e hospital psiquiátrico. O hospital geral conta com

um total de 384 leitos, sendo 134 leitos cirúrgicos, 166 leitos de internação clínica, 26 leitos de UTI's (adulta e intermediária), 24 leitos de internação obstétrica, 20 leitos de internação pediátrica e 14 leitos destinados à internação de outras especialidades. A unidade de cardiologia e oncologia conta com 130 leitos, sendo 14 desses destinados as UTI's (adulta e pré-operatória), 16 para o serviço de pronto atendimento e 100 leitos de internação médico-cirúrgicas. Por fim, a unidade psiquiátrica possui 130 leitos, 100 desses para internações clínicas e 30 leitos do hospital dia (CNES, 2013).

Essa instituição possui um quadro de 174 enfermeiros, 413 técnicos de enfermagem e 32 auxiliares de enfermagem, regidos pela CLT, com carga horária de 36h ou 40h semanais, de acordo com os locais de atuação (CNES, 2013).

4.1.3 Sujeitos do estudo

Foram sujeitos da etapa quantitativa 153 enfermeiros selecionados através da amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta de dados foi implementado (GAYA, 2008; HULLEY et al., 2008). Desse modo, todos os enfermeiros atuantes nas referidas instituições, que se encontravam em seus locais de atuação durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa.

Os critérios para a seleção dos sujeitos restringiram-se a ser enfermeiro, atuar profissionalmente nos respectivos hospitais, ter disponibilidade e interesse para responder ao instrumento de coleta de dados. Os critérios de exclusão dos sujeitos limitaram-se à ausência do trabalhador no local e no momento de coleta de dados devido a férias, afastamento ou licença.

Para a seleção do tamanho amostral, adotou-se o critério proposto por Hill e Hill (2012), que prevê uma fórmula específica. A seguir apresenta-se a fórmula:

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2 (N - 1) + X^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

Onde: **n**= tamanho da amostra

X²= valor do Qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado)

N= o tamanho da população

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral)

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05)

O objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos, uma vez que procedimentos diferentes apresentam necessidades específicas de número de sujeitos. Conhecendo previamente o total da população, composta por 241 enfermeiros, e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 150 informantes.

4.1.4 Instrumento de coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados, foi realizada a adaptação transcultural do *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS)⁶, escala original proposta e validada por Hanks (2010b) (ANEXO I). A escala, composta por 43 questões, objetiva medir crenças e ações de advocacia do paciente na enfermagem, sendo respondida por meio de uma escala de frequência do tipo *Likert* de cinco pontos, utilizando-se 1 para “discordo totalmente”, 2 para “discordo parcialmente”, 3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo parcialmente” e 5 para “concordo totalmente”.

A partir da aplicação da PNAS em uma amostra de 419 enfermeiros médico-cirúrgicos, Hanks (2010b) validou 37 questões da escala em quatro constructos: *atuando como advogado*, que reflete ações tomadas pelos enfermeiros quando advogam para os pacientes; *situações de trabalho e ações de advocacia*, que reflete as possíveis consequências da advocacia de pacientes no ambiente de trabalho; *ambiente e influências educacionais*, que inclui itens que medem a influência do conhecimento e ambiente interno dos enfermeiros, como valores pessoais, confiança e crenças para atuarem como advogados; *suporte e barreiras para a advocacia*, que consiste de itens que indicam os facilitadores e as barreiras para a

⁶ Foi concedida autorização da SAGE publicações para a adaptação transcultural do instrumento “Protective Nursing Advocacy Scale”, elaborado e validado por Robert Hanks, publicado no artigo “Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy”, na revista *Nursing Ethics*, v. 17, n. 2, p. 255-67, 2010.

advocacia do paciente na enfermagem, incluindo o ambiente de trabalho como um todo. A consistência interna do instrumento original, medida pelo alfa de *Cronbach*, foi de 0,80 para o instrumento e variou de 0,93 a 0,70 para os quatro construtos (HANKS, 2010b).

4.1.5 Adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados

Para adaptar culturalmente a escala PNAS, foram utilizadas as orientações para o processo de adaptação transcultural de medidas de auto relato, propostas por Beaton et al (2000). A adaptação transcultural compreende um processo que contempla dois idiomas e a utilização do instrumento em um ambiente que se diferencie culturalmente daquele em que o mesmo foi proposto, visando garantir sua validade de conteúdo e de face (BEATON, 2000).

Desse modo, são propostas diretrizes que visam uma adaptação completa, projetada para maximizar a obtenção semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o instrumento adaptado. Essas diretrizes compreendem seis etapas: *tradução inicial; síntese das traduções; backtranslation; comitê de especialistas; pré-teste; revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores* (BEATON, 2000).

Na primeira etapa, tradução inicial, a escala PNAS foi enviada a dois tradutores bilíngues, de forma independente, a fim de traduzi-la do inglês para o português. Esses tradutores possuíam perfis distintos, de modo que um deles estava familiarizado com traduções de materiais relacionados à área da saúde e ciente dos conceitos que seriam analisados na escala; já, o outro não foi informado acerca dos objetivos da tradução e não possuía experiências com traduções da área da saúde (BEATON, 2000).

Após a tradução inicial, o relatório originado da síntese das traduções foi submetido ao processo de *backtranslation* (BEATON, 2000). Nessa etapa, a escala produzida a partir da síntese das traduções foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores. Esses tradutores não foram informados dos objetivos da tradução e não possuíam experiência em traduções da área da saúde, buscando evitar significados equivocados nos itens da escala traduzida. Após a compilação dos dois documentos resultantes da *backtranslation*, foi realizada a versão retrotraduzida da escala (BEATON, 2000).

A fim de desenvolver a versão pré-final da PNAS para testes de campo, a versão retrotraduzida da escala foi submetida a um comitê de especialistas, mediante encontros individuais. Esse comitê, composto por quatro professores doutores em enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil, com ampla experiência na temática da ética em enfermagem, avaliou as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste. A validade de face objetivou verificar se as questões da escala apresentavam-se com forma e vocabulários adequados ao propósito da mensuração (BEATON, 2000).

Na etapa do pré-teste, a versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada a 30 enfermeiros, estudantes de Cursos de Mestrado ou Doutorado em enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil, que aceitaram participar desse processo. O pré-teste visou garantir a validade de conteúdo da escala, tendo por objetivo confirmar se os seus itens representavam o conteúdo que se desejava analisar. A escala foi aplicada de forma individual para que cada sujeito relatasse suas dificuldades e facilidades no seu preenchimento e sugerisse modificações na redação das questões, caso necessário (BEATON, 2000).

Após a finalização do pré-teste, foi realizada a revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação transcultural da escala. Essa revisão teve por objetivo efetuar modificações na escala, facilitando sua compreensão e viabilizando, assim, a aplicação da escala na amostra selecionada para a etapa quantitativa do estudo (BEATON, 2000).

Após os procedimentos para adaptação transcultural do instrumento, a versão final do *Protective Nursing advocacy Scale* - versão brasileira (APÊNDICE A) foi considerada aprovada para aplicação na amostra selecionada para validação de construto e obtenção de seus resultados psicométricos, bem como para analisar as crenças e ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente.

Junto ao instrumento, foi inserida uma parte inicial de caracterização dos sujeitos, contendo características sociodemográficas, que pudessem ser significativas para a correlação com a advocacia do paciente, tais como: idade, sexo, tempo de formação, instituição de trabalho, carga horária de trabalho, unidade de trabalho, tipo de unidade (SUS, convênios, particular, mista), tempo de atuação profissional, outros cursos concluídos (especialização, mestrado, doutorado),

comissão de ética na instituição e realização de reuniões na unidade de trabalho (HANKS, 2010a, HANKS, 2010b; BARLEM, 2012).

4.1.6 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2014, por quatro bolsistas de iniciação científica previamente treinados, mediante visita às unidades dos dois hospitais selecionados, de forma que os enfermeiros foram convidados a participar do estudo no próprio local e turno de trabalho. Os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foi informado que qualquer dúvida poderia ser esclarecida pessoalmente, por telefone ou mesmo por e-mail, sendo explicitados todos esses dados no TCLE. Também, foi explicitado ao trabalhador a possibilidade de participar ou não da pesquisa, de acordo com a sua vontade, podendo, também, retirar sua permissão de participação a qualquer momento, sem nenhuma necessidade de justificativa. O TCLE foi entregue aos sujeitos e assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o informante.

Mediante a distribuição dos instrumentos e consentimentos, foi realizado o agendamento do seu recolhimento. Nessa etapa, foi definido um máximo de três tentativas aos diferentes locais para o recolhimento dos instrumentos previamente entregues. Foram entregues 198 instrumentos aos enfermeiros das instituições hospitalares selecionadas, retornando 165, o que representou 83,33% de retorno. Excluíram-se doze instrumentos, por se apresentarem em branco, sendo a amostra final constituída por 153 questionários.

4.1.7 Validação do instrumento

Instrumentos compostos por multi-itens, representados por diferentes questões, como o instrumento que foi utilizado nessa pesquisa, devem ser analisados quanto à sua precisão e aplicabilidade, o que abrange uma avaliação da confiabilidade, da validade e da sua possibilidade de generalização (GAYA, 2008). A validade de um instrumento de coleta de dados pode ser compreendida como a

evidência de que o instrumento “mede o que se propõe a medir” (VIEIRA, 2009, p. 149), constituindo um tipo especial de acurácia, verificando se os dados obtidos realmente permitem a compreensão do fenômeno estudado com clareza e confiabilidade (FLETCHER; FLETCHER, 2006; HULLEY et al., 2008).

Dessa forma, a validação do instrumento utilizado nessa pesquisa foi realizada após a aplicação do instrumento de coleta de dados na amostra selecionada, sendo realizados dois testes estatísticos para garantir a validade de construto: a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*.

A análise fatorial trata-se de uma técnica multivariada que se aplica na busca de identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas, sendo uma etapa estatística destinada principalmente à redução e sumarização dos dados, formando, assim, grupos de variáveis associadas entre si (GAYA, 2008). Nesse estudo, a análise fatorial foi realizada a fim de reduzir e sumarizar os dados, objetivando a formação de fatores. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais ($> ,400$); e o seu grau de subjetividade.

Já o alfa de *Cronbach* foi utilizado para testar a confiabilidade do instrumento ao verificar a consistência de diferentes características de cada um dos fatores, medidas através de questões do instrumento. Para garantir a confiabilidade do instrumento, sugerem-se valores entre 0,60 e 0,80 para estudos exploratórios (GAYA, 2008).

4.1.8 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0, facilitando o seu processo de organização em tabelas que permitiram uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação. Duas diferentes análises foram realizadas: estatística descritiva e análise de variância (ANOVA).

A estatística descritiva constitui-se de um conjunto de técnicas que objetiva descrever, resumir, totalizar e apresentar dados de pesquisa por meio de técnicas de distribuição de frequência, medidas de tendência central (média, mediana e

moda), medidas de dispersão e correlações. Nesse estudo, a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores permitiu verificar as crenças e ações dos enfermeiros relacionadas à advocacia do paciente, de acordo com a ocorrência de diferentes resultados (GAYA, 2008).

Já a análise de variância permitiu que vários grupos fossem comparados por meio da diferença entre as médias. Essa análise foi utilizada para verificar diferenças significativas entre os grupos de sujeitos de acordo com as características da amostra, como: instituição, unidade de trabalho, tempo de atuação profissional, tempo de formação, idade, sexo, entre outros. Para realização da análise de variância, os dados foram submetidos ao teste de normalidade, verificando-se distribuição normal (GAYA, 2008).

4.2 ETAPA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa busca aprofundar a compreensão dos fenômenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa de materiais textuais, de modo que não tem por finalidade testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final de uma investigação, mas, sim, compreender fenômenos. A pesquisa qualitativa foi empregada nesse estudo como uma possibilidade de aprofundar a compreensão da advocacia do paciente na enfermagem, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos sujeitos (MORAES, GALIAZZI, 2013).

4.2.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. O caráter exploratório teve por finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para estudos posteriores. Já o caráter descritivo teve como propósito a descrição das características da população e do fenômeno em estudo, por meio da precisão dos detalhes (DESLAURIERS JP, KÉRISIT, 2008).

4.2.2 Sujeitos e local do estudo

A etapa qualitativa do estudo foi realizada na instituição “H1”, com dezesseis enfermeiros servidores públicos concursados. Os critérios de inclusão restringiram-se a: a ser profissional enfermeiro; atuar profissionalmente há pelo menos um ano; desejar participar da pesquisa; ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista; não se encontrar em férias, afastamento ou licença; e possuir vínculo empregatício de Regime Jurídico Único, uma vez que se acredita que esses enfermeiros têm maior possibilidade de exercer a advocacia do paciente em seus ambientes de trabalho, visto que apresentam estabilidade no emprego, favorecendo, assim, o exercício de sua liberdade para advogar pelos pacientes.

Os enfermeiros foram selecionados intencionalmente por meio da amostragem não probabilística por conveniência, do tipo bola de neve (APPOLINÁRIO, 2012). Desse modo, a partir da identificação de um enfermeiro que, aparentemente, era reconhecido por advogar pelos pacientes, lhe foi solicitado, após sua entrevista, que indicasse outro enfermeiro com as características necessárias à população de interesse, e assim, sucessivamente, até o momento em que se esgotaram as possibilidades de indicação de novos sujeitos pelos entrevistados no ambiente selecionado para a pesquisa (APPOLINÁRIO, 2012).

4.2.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados, realizada no período de janeiro de 2014, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE C), com duração média de 40 minutos, contendo questões fechadas, para a caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados ao exercício da advocacia do paciente na enfermagem, especialmente, no que se referem às estratégias utilizadas pelos enfermeiros para advogar pelos pacientes, barreiras, facilitadores e possíveis implicações desse exercício.

As entrevistas foram agendadas previamente com os sujeitos da pesquisa em seus locais de trabalho e realizadas em local e horário de acordo com a preferência dos enfermeiros. As entrevistas foram registradas por gravador de voz, buscando assim uma maior fidedignidade das falas, mediante a autorização dos sujeitos e assinatura do TCLE (APÊNDICE D), sendo, logo após, transcritas. Para garantir o anonimato, os depoimentos dos sujeitos foram identificados pela letra E (enfermeiro), seguido de um número sequencial (E1 a E16).

4.2.4 Análise dos dados

O processo de análise dos dados, obtidos através das entrevistas, foi realizado a partir da Análise Textual Discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos, representando um movimento de caráter hermenêutico e inserindo-se entre os extremos da análise de conteúdo e análise de discurso. Partindo de suas raízes hermenêuticas, a análise textual discursiva valoriza os sujeitos em seus momentos de expressão dos fenômenos, buscando redes coletivas de construção subjetiva de significados, os quais são compreendidos, descritos e interpretados (MORAES, GALIAZZI, 2013).

Mais do que expressar realidades já existentes, a análise textual discursiva envolve-se em movimentos de constante produção e reconstrução das realidades que investiga, acrescentando um caráter dialético à perspectiva hermenêutica. Assim, objetiva também a transformação das realidades que pesquisa por meio da construção de novas compreensões dos fenômenos e discursos com que se envolve (MORAES, GALIAZZI, 2013).

A análise textual discursiva pode ser entendida como um processo de desconstrução e reconstrução de um conjunto de textos denominado *corpus*, constituído nessa pesquisa das transcrições das entrevistas realizadas. Por conseguinte, a análise dos dados ocorreu em três etapas fundamentais: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações; e a captação do novo emergente, focalizando a construção de um processo auto-organizado (MORAES, GALIAZZI, 2013).

A primeira etapa, unitarização, consistiu na imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, em um processo desconstrutivo das próprias ideias. Os textos, por não possibilitarem um significado único em si próprios, foram desvelados, requerendo do pesquisador a necessidade de se assumir como verdadeiro autor (MORAES, GALIAZZI, 2013).

Destaca-se ainda que a análise textual discursiva afirma que toda leitura é feita a partir de uma perspectiva teórica, seja esta explícita ou não, visto que é “impossível ver sem teoria; impossível ler e interpretar sem ela” (MORAES; GALIAZZI, 2013, p. 15). Desse modo, foram fundamentalmente utilizados os

conceitos de poder, resistência e *parresía*, propostos por Michel Foucault, como referencial filosófico do presente estudo.

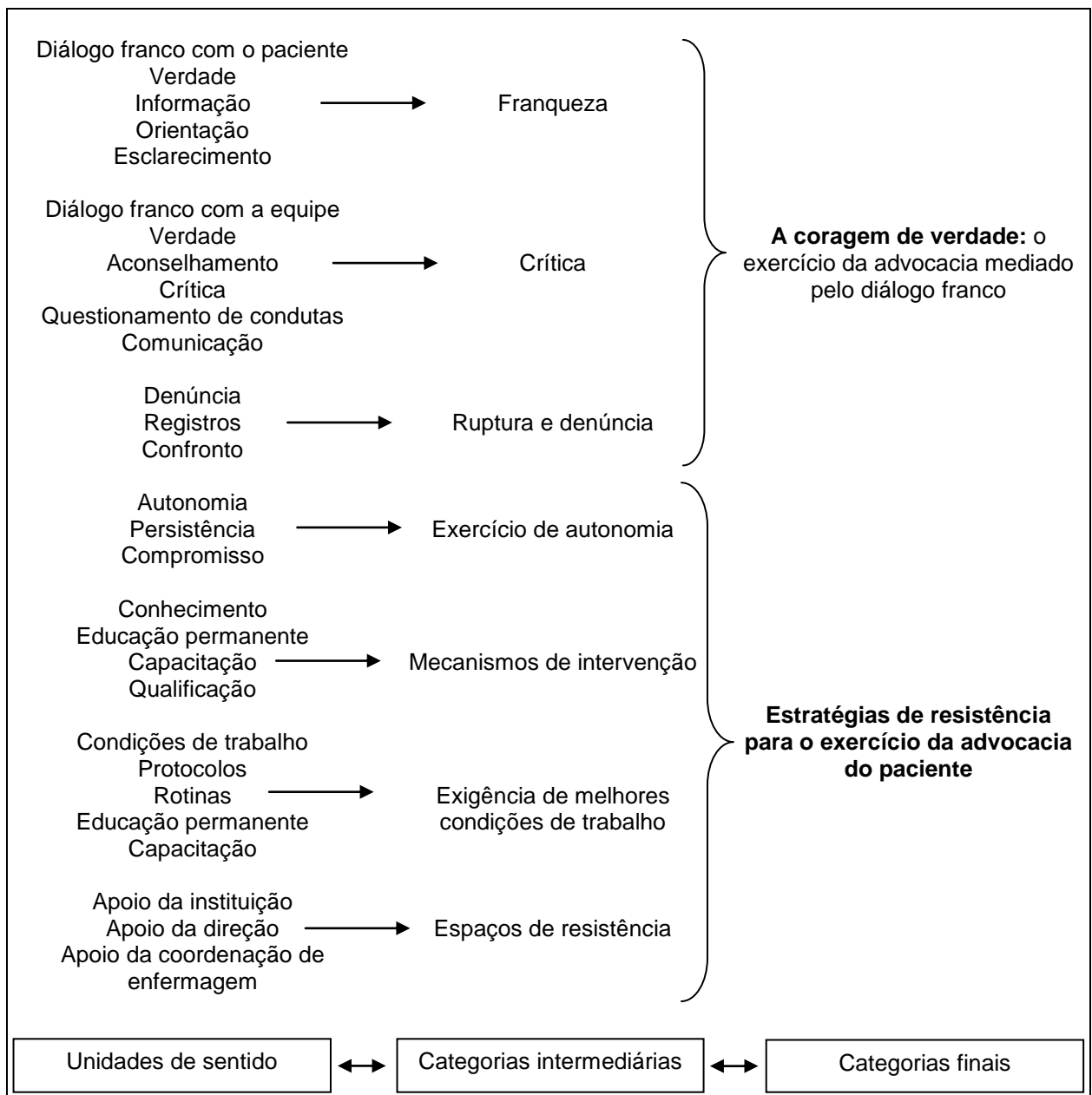
O processo de unitarização foi dividido em: 1) fragmentação do *corpus* e codificação de cada unidade; 2) reescrita de cada unidade de modo que assumissem um significado atribuído, o mais completo e profundo possível; 3) atribuição de um nome ou título para cada unidade estabelecida (MORAES, GALIAZZI, 2013). Esse processo não teve como foco exclusivo o que já estava expresso nos textos de forma explícita, de modo que os sentidos emergiram das interpretações do pesquisador, implícitas nos textos (MORAES, 2003).

Após a realização da unitarização, a segunda etapa compreendeu a articulação de significados semelhantes, o que constitui o processo de estabelecimento de relações ou categorização. Durante a categorização, foram identificadas relações entre as unidades de significado, comparando-as e realizando o agrupamento de elementos de significação próximos em categorias intermediárias, e após, em duas categorias finais (Quadro 1). Desse modo, emergiram duas categorias apresentadas a seguir: a coragem de verdade: o exercício da advocacia mediado pelo diálogo franco; e estratégias de resistência para o exercício da advocacia do paciente.

A categorização implicou na construção de estruturas compreensivas do fenômeno investigado, expressa na forma do texto descritivo e interpretativo, o *metatexto*. Nesse sentido, a captação do novo emergente constituiu-se na terceira etapa do processo da análise textual discursiva, caracterizado pela obtenção do *metatexto*, que permitiu criar, a partir de vozes emergentes nos textos analisados, a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno da advocacia do paciente na enfermagem (MORAES, GALIAZZI, 2013).

Por fim, a construção de um processo auto-organizado consistiu na emergente compreensão que se iniciou na primeira etapa da análise, com um movimento de desconstrução do *corpus*, seguindo ao final do processo analítico com a emergência de novas compreensões que foram comunicadas e validadas sob a forma escrita (MORAES, GALIAZZI, 2013). Da mesma forma, a produção escrita na análise textual discursiva caracteriza-se por uma permanente incompletude e pela necessidade de crítica constante (MORAES; GALIAZZI, 2006).

Quadro 1 - Modelo estrutural de construção das categorias. Rio Grande, RS, Brasil, 2014.



4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo-se a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após avaliação do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EEenf), o projeto “Advocacia do paciente e *coping* na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral”, do qual esse estudo é parte integrante, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local e recebeu parecer favorável (Parecer Nº 97/2013) (ANEXO II). Foi encaminhado à direção dos hospitais um documento, solicitando a permissão para a execução do projeto (APÊNDICE E), especificando os objetivos do estudo, bem como os possíveis riscos e benefícios envolvidos.

Ocorrerá a devolução dos resultados obtidos às instituições nas quais os dados foram coletados e à comunidade científica, através do comprometimento em encaminhar artigos científicos a periódicos de reconhecimento e relevância internacional. Após a pesquisa, os instrumentos e demais materiais utilizados foram guardados em arquivos específicos para esse fim, e serão mantidos por um período mínimo de cinco anos após a publicação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os três artigos que compuseram essa tese, sendo os dois primeiros artigos derivados da etapa quantitativa da pesquisa e o terceiro da etapa qualitativa.

O primeiro, intitulado "Adaptação transcultural e validação do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros", refere-se à adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados, segundo recomendações internacionais e sua validação para utilização no contexto brasileiro, através de análise fatorial e alfa de *Cronbach*.

O segundo artigo, cujo título é " Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar", aborda a análise das crenças e ações dos enfermeiros em relação ao exercício da advocacia, através de pesquisa quantitativa realizada em duas instituições hospitalares do sul do Brasil, mediante aplicação do *Protective Nursing Advocacy Scale* - versão brasileira.

Já o terceiro artigo, intitulado "Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana" apresenta resultados referentes ao modo como os enfermeiros veêm exercendo a advocacia nos seus ambientes de trabalho, mediante pesquisa qualitativa realizada em um hospital universitário do sul do Brasil.

5.1 ARTIGO 1

Adaptação transcultural e validação do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros⁷

Objetivo: Adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros. **Método:** Estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, com delineamento transversal, realizado com 153 enfermeiros de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Realizou-se a adaptação transcultural do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale*, segundo recomendações internacionais e sua validação para utilização no contexto brasileiro, através de análise fatorial e alfa de *Cronbach*. **Resultados:** Mediante avaliação de comitê de especialistas e realização do pré-teste, a validade de face e conteúdo do instrumento foi considerada satisfatória. A partir da análise fatorial, foram identificados cinco constructos: implicações negativas do exercício da advocacia; ações de advocacia; facilitadores ao exercício da advocacia; percepções que favorecem o exercício da advocacia; barreiras ao exercício da advocacia. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com valores de alfa de *Cronbach* entre 0,70 e 0,87. **Conclusão:** Conclui-se que o *Protective Nursing Advocacy Scale* - versão brasileira é um instrumento válido e fidedigno para ser utilizado na avaliação das crenças e ações da advocacia do paciente de enfermeiros brasileiros.

Descritores em português: Advocacia em Saúde; Enfermagem; Ética em Enfermagem; Estudos de Validação.

Descritores em inglês: Health Advocacy; Nursing; Ethics, Nursing; Validation Studies.

Descritores em espanhol: Defensa de la Salud; Enfermería; Ética en Enfermería; Estudios de Validación.

⁷ Artigo a ser encaminhado para a Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE). Normas disponíveis em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/media/preparo-do-artigo.pdf>

Introdução

A prática da advocacia do paciente pelos enfermeiros tem suas raízes na década de 1970, emergindo de movimentos sociais que contribuíram para a rejeição de práticas de saúde paternalistas por parte dos consumidores dos cuidados de saúde e para a exigência do exercício de sua autonomia em situações de tomada de decisão clínica acerca dos cuidados nos seus processos de saúde e doença⁽¹⁻²⁾. A partir de 1980, a advocacia do paciente passou a ser reconhecida nos ambientes de prática dos enfermeiros e considerada como um elemento inerente à ética profissional de enfermagem, tendo em vista a proximidade da relação enfermeiro-paciente e o tempo constante de permanência desse profissional nas unidades de saúde⁽³⁻⁴⁾.

No cenário internacional, investigações realizadas com enfermeiros de diferentes contextos evidenciaram que a advocacia do paciente pode consistir em comportamentos multidimensionais e está associada, principalmente, ao reconhecimento do próprio papel de advogado pelos enfermeiros, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes⁽⁵⁻⁶⁾. Não obstante, a advocacia do paciente tem sido definida como parte integrante dos esforços do enfermeiro para promover o bem-estar e os interesses de seus pacientes, assegurando que eles estejam cientes de seus direitos e que tenham acesso a informações para tomada de decisões⁽⁶⁻⁹⁾.

Contudo, destaca-se que o desafio de definir e descrever as ações dos enfermeiros na advocacia constitui-se de uma tarefa complexa, em virtude de que essas ações não são estáticas e fixas, mas influenciadas por características particulares de indivíduos, organizações, relações, situações clínicas e ambientes de atuação⁽¹⁰⁾. Estudos empíricos sugerem que ainda existem contradições e diferentes interpretações acerca da advocacia do paciente, principalmente, entre enfermeiros e pesquisadores em enfermagem⁽¹¹⁾. Desse modo, as lacunas e dificuldades para interpretar o conceito de advocacia do paciente na enfermagem

podem constituir as principais barreiras para o seu exercício nos diferentes ambientes de saúde e para o avanço das pesquisas na área.

Nesse sentido, o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS) foi desenvolvido para ser aplicado em estudos quantitativos, objetivando medir crenças e ações de advocacia do paciente na enfermagem, visando completar lacunas relacionadas ao seu conceito⁽¹²⁾. O instrumento, validado nos Estados Unidos com uma amostra de enfermeiros médico-cirúrgicos, compreende questões que englobam ações exercidas pelos enfermeiros quando advogam para os pacientes, suas possíveis consequências no ambiente de trabalho, a influência do conhecimento e dos valores pessoais dos enfermeiros para atuarem como advogados, bem como os facilitadores e barreiras para a advocacia do paciente na enfermagem⁽¹²⁾.

No contexto brasileiro, não são encontrados estudos acerca do exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros, de modo que se faz necessário o desenvolvimento de instrumentos capazes de contribuir no reconhecimento de ações de advocacia exercidas pelos enfermeiros, além de contribuir para o fortalecimento desse exercício em seus ambientes de trabalho. Desse modo, esse estudo justifica-se pela necessidade de analisar a prática da advocacia do paciente no contexto dos enfermeiros brasileiros, explorando suas crenças e ações nesse exercício, bem como suas possíveis barreiras, facilitadores e implicações.

Assim, objetivou-se adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS) para enfermeiros brasileiros.

Método

Tratou-se de um estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, com delineamento transversal. Realizou-se a adaptação transcultural do instrumento PNAS segundo recomendações internacionais⁽¹³⁾ e sua validação para utilização no contexto brasileiro, envolvendo a tradução e retrotradução dos itens da versão original do instrumento

em inglês para o português do Brasil, sua validade de face e conteúdo, bem como a descrição das propriedades psicométricas relacionadas a sua validade de construto e confiabilidade, mediante análise fatorial e alfa de *Cronbach*.

Foi concedida autorização da SAGE publicações e do autor Robert Hanks para a adaptação transcultural do instrumento PNAS, por meio de contato eletrônico. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 97/2013).

Instrumento original

A PNAS original é composta por 43 questões, sendo respondida por meio de uma escala de frequência do tipo *Likert* de cinco pontos, utilizando-se 1 para “discordo totalmente”, 2 para “discordo parcialmente”, 3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo parcialmente” e 5 para “concordo totalmente”.

A partir da aplicação da PNAS em uma amostra de 419 enfermeiros médicos-cirúrgicos, nos Estados Unidos, foram validadas 37 questões em quatro constructos: *atuando como advogado*, que reflete ações tomadas pelos enfermeiros quando advogam para os pacientes; *situações de trabalho e ações de advocacia*, que reflete as possíveis consequências da advocacia de pacientes no ambiente de trabalho; *ambiente e influências educacionais*, que inclui itens que medem a influência do conhecimento e ambiente interno dos enfermeiros, como valores pessoais, confiança e crenças para atuarem como advogados; *suporte e barreiras para a advocacia*, que consiste de itens que indicam os facilitadores e as barreiras para a advocacia do paciente na enfermagem, incluindo o ambiente de trabalho como um todo (12).

Adaptação transcultural: validação de face e conteúdo do instrumento

Foram seguidas seis etapas que objetivaram uma adaptação completa do instrumento, maximizando a obtenção semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o instrumento adaptado: *tradução inicial; síntese das traduções; backtranslation; comitê de especialistas; pré-teste; revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores*⁽¹³⁾.

Na primeira etapa, tradução inicial, a escala PNAS foi enviada a dois tradutores bilíngues, de forma independente, a fim de traduzi-la do inglês para o português. Esses tradutores possuíam perfis distintos, de modo que um deles estava familiarizado com traduções de materiais relacionados à área da saúde e ciente dos conceitos que seriam analisados na escala; já, o outro não foi informado acerca dos objetivos da tradução e não possuía experiência com traduções da área da saúde⁽¹³⁾.

Após a tradução inicial, o relatório originado da síntese das traduções foi submetido ao processo de *backtranslation*⁽¹³⁾. Nessa etapa, a escala produzida a partir da síntese das traduções foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores. Esses tradutores não foram informados dos objetivos da tradução e não possuíam experiência em traduções da área da saúde, buscando-se evitar significados equivocados nos itens da escala traduzida. Após a compilação dos dois documentos resultantes da *backtranslation*, foi realizada a versão retrotraduzida da escala⁽¹³⁾.

A fim de desenvolver a versão pré-final da PNAS para testes de campo, a versão retrotraduzida da escala foi submetida a um comitê de especialistas, mediante encontros individuais. Esse comitê, composto por quatro professores doutores em enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil, com ampla experiência na temática da ética em enfermagem, avaliou as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste. A validade de face objetivou verificar se as questões da escala apresentavam-se com forma e vocabulários adequados ao propósito da mensuração⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Na etapa do pré-teste, a versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada a 30 enfermeiros, estudantes de cursos de mestrado ou doutorado em enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil, que aceitaram participar desse processo. O pré-teste visou garantir a validade de conteúdo da escala, tendo por objetivo confirmar se os seus itens representavam o conteúdo que se desejava analisar. A escala foi aplicada de forma individual para que cada sujeito relatasse suas dificuldades e facilidades no seu preenchimento e sugerisse modificações na redação das questões, caso necessário⁽¹³⁾.

Após a finalização do pré-teste, foi realizada a revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação transcultural da escala. Essa revisão teve por objetivo efetuar modificações na escala, facilitando sua compreensão e viabilizando, assim, a aplicação da escala na amostra selecionada para a etapa quantitativa do estudo⁽¹³⁾.

Local e sujeitos do estudo

A aplicação da versão final do instrumento de coleta de dados foi realizada em duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. A primeira instituição hospitalar, denominada “H1”, é caracterizada como um hospital universitário, público, que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 195 leitos e conta com a atuação de 67 enfermeiros, em sua maioria, servidores públicos concursados e, em menor quantitativo, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, ambos com carga horária semanal de 30h. Já a segunda instituição hospitalar, denominada “H2”, caracteriza-se como uma entidade filantrópica, atendendo a pacientes do SUS, de convênios e particulares, constituindo-se de três unidades hospitalares distintas: hospital geral, hospital de cardiologia e oncologia e hospital psiquiátrico, compreendendo um total de 644 leitos. Possui um quadro de 174 enfermeiros, regidos pela CLT, com carga horária de 36h ou 40h semanais, de acordo com os seus locais de atuação.

Os critérios para a seleção dos sujeitos limitaram-se a ser enfermeiro, atuar profissionalmente nas respectivas instituições hospitalares, ter disponibilidade e interesse para responder ao instrumento de coleta de dados. Para a seleção dos sujeitos, utilizou-se a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de modo que todos os enfermeiros atuantes nas referidas instituições, que se encontravam em seus locais de atuação durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa⁽¹⁴⁾. Para seleção do tamanho amostral, adotou-se uma fórmula específica, que objetivou estimar o mínimo tamanho amostral para que fosse possível a realização de determinados procedimentos estatísticos⁽¹⁵⁾. Conhecendo previamente o total da população, composta por 241 enfermeiros, e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 150 informantes.

Coleta de dados

Para aplicação do instrumento de coleta de dados, adotou-se como procedimento de entrega, a visita às unidades dos dois hospitais selecionados, de forma que os enfermeiros foram convidados a participar do estudo no próprio local e turno de trabalho. Os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido. Mediante a distribuição dos instrumentos e consentimentos, foi realizado o agendamento do seu recolhimento, definindo-se um máximo de três tentativas aos diferentes locais para a coleta dos instrumentos previamente entregues.

Foram entregues 198 instrumentos aos enfermeiros das unidades hospitalares selecionadas, retornando 165, o que representou 83,33% de retorno. Excluíram-se doze instrumentos, por se apresentarem em branco, sendo a amostra final constituída por 153 questionários.

Validação de constructo do instrumento

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados na amostra selecionada, foram realizados dois testes estatísticos para garantir sua validade de construto: a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*. Para realização dos testes estatísticos, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0, facilitando o processo de organização dos dados em tabelas que permitiram uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação.

A análise fatorial foi realizada a fim de reduzir e sumarizar os dados, objetivando a formação de fatores. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais ($> ,400$); e o seu grau de subjetividade. Já o alfa de *Cronbach* foi utilizado para testar a confiabilidade do instrumento ao verificar a consistência de diferentes características de cada um dos fatores, medidas através de questões do instrumento⁽¹⁴⁾.

Resultados

No que se refere à validade de face do instrumento, o comitê de especialistas indicou consenso entre todos os itens da escala, avaliando-os como pertinentes e assegurando sua coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual. Houve compreensão de todos os itens, da maneira como estes foram formulados, de modo que as questões sofreram poucas modificações, limitando-se a sua forma de escrita.

Na questão 41, "Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (*burnout*)", foi sugerido acrescentar também o termo "sofrimento moral", tendo em vista a forte relação entre esse fenômeno, o *burnout* e a advocacia do paciente⁽¹⁵⁾. Desse modo, a questão 41 foi proposta da seguinte forma: "Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (*burnout*) e/ou sofrimento

moral". Ainda, na escala *likert*, as opções "discordo parcialmente" e "concordo parcialmente" foram substituídas, respectivamente, por "discordo mais do que concordo" e "concordo mais do que discordo".

Outra orientação recebida foi de se atentar que os enfermeiros tivessem conhecimento, mesmo que de maneira geral, do termo "advocacia do paciente", tendo em vista sua reduzida utilização no Brasil. Assim, junto às instruções acerca do preenchimento do instrumento, foi apresentada uma breve definição do termo advocacia com base na literatura⁽¹²⁾. No que se refere ao título da escala para o português, essa foi intitulada "Escala de advocacia do paciente para enfermeiros" ou "*Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS) - versão brasileira*" (PNAS-VB).

Em relação à validade de conteúdo, o pré-teste realizado com 30 enfermeiros, estudantes dos cursos de mestrado e doutorado, permitiu confirmar que os itens da escala representavam o conteúdo analisado, de modo que não foram necessárias modificações na redação das questões. Quando questionados acerca das dificuldades e facilidades no preenchimento do instrumento, 24 participantes consideraram os itens do instrumento como sendo de fácil compreensão. Contudo, seis participantes evidenciaram pequenas dificuldades, tendo em vista, especialmente, a repetição de algumas palavras e ideias. O tempo para preenchimento do instrumento variou entre 12 e 20 minutos.

Após a avaliação do comitê de especialistas e realização do pré-teste, o instrumento, já adaptado culturalmente, foi aplicado na amostra selecionada para validação de construto e obtenção de seus resultados psicométricos. Em relação às características da amostra estudada, verificou-se que os 153 enfermeiros possuíam em média 33,13 anos e a maioria pertencia ao sexo feminino (89,5%). Dos 153 enfermeiros, 51 (33,3%) atuavam no hospital "H1" e 102 (66,7%) no hospital "H2". A média de tempo de formação profissional foi de 7 anos (7,04) enquanto que a média de tempo de atuação profissional foi de 6 anos (6,49).

No que se refere à validade de constructo, as 43 questões do instrumento foram submetidas à análise fatorial exploratória (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante do instrumento. O primeiro agrupamento sugeriu a formação de doze constructos, dificultando a categorização de acordo com o referencial proposto. Assim, realizou-se o processo de exclusão gradual de cada uma das questões que apresentavam baixas correlações em seus blocos ou que não aderiam conceitualmente aos constructos formados, de modo a facilitar o agrupamento das questões, considerando-se como ponto de corte cargas fatoriais inferiores a 0,400.

À medida que questões foram sendo eliminadas e os constructos tornaram-se mais claros, obteve-se como solução de extração a formação pentafatorial. Ao final dessa análise, 22 questões foram excluídas do instrumento por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,400) ou ainda formarem blocos isolados (formados por uma única questão) e uma questão foi excluída por não apresentar coerência conceitual com o bloco proposto. As cinco dimensões do instrumento explicam 66,27% da variação das questões originais, o que representa um adequado grau de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação.

Assim, em sua versão final, o instrumento, constituído por 20 itens, apresentou cinco construtos: implicações negativas do exercício da advocacia; ações de advocacia; facilitadores ao exercício da advocacia; percepções que favorecem o exercício da advocacia; barreiras ao exercício da advocacia. O quadro 1 apresenta a definição de cada constructo formado.

A fidedignidade dos cinco constructos do instrumento foi testada através do cálculo do alfa de *Cronbach*. O alfa de *Cronbach* do instrumento apresentou valor 0,78, enquanto que os coeficientes dos cinco constructos situaram-se entre 0,70 e 0,87, valores considerados elevados para estudos exploratórios, evidenciando, assim, a fidedignidade do instrumento na amostra selecionada. A Tabela 1 apresenta as cargas fatoriais de cada constructo, de acordo

com sua formação nos fatores, a variância explicada, bem como os valores do alfa de *Cronbach*.

Quadro 1 – Definições dos constructos formados - Rio Grande – 2014.

Constructo	Definição do constructo
Implicações negativas do exercício da advocacia	Consequências do exercício da advocacia que podem levar os enfermeiros a serem acusados de insubordinação e sofrerem perda da reputação profissional, podendo, até mesmo, serem rotulados como péssimos colegas de trabalho, perderem o emprego e experimentarem perturbações em suas vidas pessoais ⁽¹⁷⁾ .
Ações de advocacia	Ações multidimensionais dos enfermeiros para advogar pelos pacientes, variando de acordo com diferentes situações clínicas, ambientes e relações ⁽⁵⁻⁶⁾ .
Facilitadores ao exercício da advocacia	Características e competências dos enfermeiros que podem facilitar o exercício da advocacia do paciente, como quando os enfermeiros apresentam maior senso de confiança que provêm do seu autovalor profissional ⁽³⁾ .
Percepções que favorecem o exercício da advocacia	Percepções dos enfermeiros em relação à advocacia e aos cuidados que prestam aos pacientes, que podem favorecer seu exercício nos ambientes de trabalho ⁽¹¹⁾ .
Barreiras ao exercício da advocacia	Barreiras que podem impedir os enfermeiros de realizarem plenamente o seu papel de advogados do paciente, além de contribuírem para que não percebam seu papel na advocacia e para que tenham dificuldades para tomar decisões no seu trabalho ⁽¹⁸⁾ .

Tabela 1 – Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) – Rio Grande - 2014

Indicadores	Bloco	F1	F2	F3	F4	F5
Implicações negativas do exercício da advocacia						
q30 Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente	,644	,743	0,04	-,222	-,056	,198
q31 Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores	,641	,778	-,033	,081	,134	,097
q32 Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos	,701	,812	,014	,011	-,095	,181
q33 Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores	,715	,824	-,032	-,016	,136	,126
q34 Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco	,690	,820	,041	,094	,009	-,086
Ações de advocacia						
q5 Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	,591	-,092	,748	,081	,131	,019
q6 Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	,811	,012	,899	,044	,013	,026
q7 Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente	,766	,024	,861	,149	-,036	-,003

q8 Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado	,565	,073	,699	,149	,212	-,052
Facilitadores ao exercício da advocacia						
q19 Eu consigo ser um melhor advogado do paciente porque tenho mais autoconfiança	,517	,115	,299	,640	,064	,017
q20 Enfermeiros que estão comprometidos a fornecer um bom cuidado ao paciente são melhores advogados do paciente	,754	,036	-,041	,851	,167	,006
q21 Uma maior dedicação à enfermagem aumenta a habilidade do enfermeiro de ser um advogado do paciente	,714	-,033	,092	,832	,109	,028
q22 Uma maior qualificação em enfermagem melhora a eficácia do enfermeiro na advocacia do paciente	,705	-,075	,148	,811	,135	-,030
Percepções que favorecem o exercício da advocacia						
q4 Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes	,584	-,186	,394	,398	,439	-,207
q26 Enfermeiros que fornecem informações aos pacientes sobre seus cuidados estão agindo como seus advogados	,612	-,094	,139	,180	,737	,090
q27 Os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender	,566	,180	-,061	,107	,719	-,042
q28 Pacientes vulneráveis precisam da minha proteção em situações prejudiciais	,671	0,66	,188	,106	,785	-,069
Barreiras ao exercício da advocacia						
q41 Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (<i>burnout</i>) e/ou sofrimento moral	,644	,323	-,069	,086	-,026	,726
q42 Porque eu não gosto de trabalhar como enfermeiro, eu tenho menos vontade de agir como advogado do paciente	,719	,059	,121	,044	,031	,835
q43 Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente	,644	,079	-,079	-,108	-,063	,785
Intitial Eigenvalue		4,35	3,72	2,08	1,71	1,38
% variância explicada – rotated (66,27%)		21,77	18,62	10,40	8,54	6,9
Alfa de Cronbach (instrumento 0,78)		0,87	0,84	0,81	0,70	0,70
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,76)						
Teste de Bartlet: qui-quadrado = 1245,737						

Discussão

Conforme evidenciado nos resultados apresentados, a aplicação da PNAS-VB em enfermeiros de duas instituições hospitalares apresentou cinco constructos que, em relação à estrutura e definição conceitual, apresentam pequenas diferenças dos resultados obtidos no estudo de validação do instrumento original⁽¹²⁾, com solução tetrafatorial. No entanto, levando-se em consideração a fundamentação teórica da advocacia do paciente, o instrumento validado nesta pesquisa apresentou aderência teórica, evidenciando cinco dimensões

associadas ao exercício da advocacia do paciente. Destaca-se ainda que a versão brasileira é a primeira a ser disponibilizada, de modo que não são encontradas na literatura outras versões do instrumento para diferentes países.

Na PNAS original, foram validadas 37 questões em quatro constructos: atuando como advogado; situações de trabalho e ações de advocacia; ambiente e influências educacionais; suporte e barreiras para a advocacia⁽¹²⁾. No instrumento validado para o contexto brasileiro, foram validadas 20 questões em cinco constructos: implicações negativas do exercício da advocacia; ações de advocacia; facilitadores ao exercício da advocacia; percepções que favorecem o exercício da advocacia; barreiras ao exercício da advocacia. As diferenças entre os estudos evidenciam singularidades na aplicação da PNAS em diferentes ambientes e culturas, demonstrando que o modo como os enfermeiros exercem a advocacia do paciente pode variar em diferentes contextos.

Em relação aos constructos, o primeiro constructo da PNAS-VB, *implicações negativas do exercício da advocacia*, está constituído pelos mesmos itens que formam a segunda subescala da PNAS original⁽¹²⁾, "situação de trabalho e ações de advocacia". Embora as consequências positivas da advocacia sejam abertamente reconhecidas ao garantirem que direitos, valores e interesses dos pacientes sejam protegidos e preservados, os enfermeiros podem enfrentar diversas consequências na sua situação de trabalhador ao desafiarem o sistema de saúde⁽¹⁷⁾. Desse modo, os itens desse constructo correspondem aos achados na literatura, tendo em vista que o ato de advogar pode resultar em riscos para os enfermeiros, sendo rotulados como perturbadores por seus colegas de trabalho e empregadores ou, até mesmo, perderem o emprego⁽¹⁷⁾.

Já o constructo *ações de advocacia* está diretamente relacionado à subescala "atuando como advogado" da PNAS original⁽¹²⁾, representada pela ações exercidas pelos enfermeiros quando advogam para os pacientes. Contudo, na PNAS original, essa subescala também

contem itens que refletem as percepções dos enfermeiros em relação aos cuidados que prestam aos pacientes e ao exercício da advocacia, enquanto que na PNAS-VB os itens que formam esse constructo estão restritos apenas às ações exercidas pelos enfermeiros.

O constructo *facilitadores ao exercício da advocacia* compreende itens relacionados às características pessoais e profissionais dos enfermeiros, os quais podem ser considerados os principais facilitadores para o exercício da advocacia no ambiente de trabalho^(3,19). Esse constructo corresponde à subescala "ambiente e as influências educacionais" proposto pela PNAS original, também formado por itens que se referem à utilização da experiência pessoal e profissional para atuar como advogado e, ainda, ao ambiente interno dos enfermeiros, compreendendo características intrínsecas como confiança, valores pessoais e crenças⁽¹²⁾.

Essa subescala é de extrema importância para a compreensão do exercício da advocacia pelos enfermeiros, uma vez que, embora haja desejo e necessidade de advogar pelos direitos e interesses dos pacientes, muitas vezes, os enfermeiros não apresentam um preparo adequado para exercer a advocacia, como na falta de entendimento de situações éticas ou por limitações pessoais e técnicas^(3,12,19).

O quarto constructo, *percepções que favorecem o exercício da advocacia*, pode estar atrelado a algumas circunstâncias que agem como um “gatilho” para que a advocacia do paciente ocorra, como: a vulnerabilidade do paciente, a responsabilidade profissional e a obrigação moral do enfermeiro⁽²⁰⁾. Desse modo, é possível perceber que o exercício da advocacia pode decorrer das próprias percepções dos enfermeiros em relação aos cuidados que prestam aos pacientes, perpassando o senso de responsabilidade profissional, o reconhecimento dos benefícios da advocacia do paciente, o estabelecimento de uma adequada relação com os pacientes e de possíveis confrontos com os interesses institucionais, ao informá-los sobre seus direitos, contribuindo para que exerçam sua autonomia na tomada de decisões⁽²⁾.

Em relação ao último constructo, *barreiras ao exercício da advocacia*, foi possível identificar que os itens validados compreendem barreiras que atuam desencorajando os enfermeiros a agirem de acordo com seus conhecimentos e valores, como por exemplo, em situações reconhecidas como de insatisfação com o trabalho e com a carreira escolhida, *burnout* e/ou sofrimento moral, dificultando que os enfermeiros realizem plenamente o seu papel de advogados do paciente⁽²¹⁾. Desse modo, os enfermeiros, ao optarem por não realizar o enfrentamento de barreiras que podem impedir o exercício da advocacia, podem estar optando, também, não por abandonar a profissão, mas por se afastarem de seus valores, crenças e, por fim, dos próprios ideais da profissão⁽²²⁻²³⁾.

Na PNAS original⁽¹²⁾, foi validada a subescala "suporte e barreiras para a advocacia", o que difere do constructo formado nesse estudo, uma vez que os itens referentes ao apoio para a advocacia foram validados no terceiro constructo, *facilitadores ao exercício da advocacia*, e estão relacionados apenas aos valores pessoais e à formação profissional dos enfermeiros. Desse modo, os enfermeiros brasileiros parecem compreender os valores e a formação profissional como principais fontes de apoio às ações de advocacia. Ainda, na PNAS original, as subescalas "ambiente e influências educacionais" e "suporte e barreiras para advocacia" apresentam algumas semelhanças entre seus itens, tendo em vista que foram formadas por questões que refletiam as características internas dos enfermeiros que contribuem para a sua capacidade de advogar, como a confiança⁽¹²⁾.

Com relação a confiabilidade do instrumento, os resultados obtidos representam índices bastante satisfatórios, especialmente quando comparados à validação do instrumento original⁽¹²⁾, garantindo dessa forma a fidedignidade do instrumento validado para estudos posteriores. O alfa de *Cronbach* da PNAS-VB apresentou valor 0,78, enquanto que os coeficientes dos cinco constructos situaram-se entre 0,70 e 0,87. Esse resultado se assemelha ao do PNAS original, que obteve alfa de *Cronbach* de 0,80 para o instrumento e variou de

0,93 a 0,70 para os quatro construtos⁽¹²⁾, representando alta consistência interna entre as respostas.

Conclusão

Os resultados encontrados evidenciam que a *Protective Nursing Advocacy Scale* - versão brasileira se constitui em um instrumento válido e confiável para avaliação das crenças e ações da advocacia do paciente de enfermeiros brasileiros, contribuindo para orientar a prática da advocacia na enfermagem e fornecer bases para a pesquisa nessa área.

Foi possível identificar cinco constructos que explicam de maneira ampla o exercício da advocacia do paciente no contexto brasileiro: implicações negativas do exercício da advocacia; ações de advocacia; facilitadores ao exercício da advocacia; percepções que favorecem o exercício da advocacia; barreiras ao exercício da advocacia. Desse modo, a validação da versão em português do instrumento apresenta-se como mais um recurso a ser disponibilizado aos pesquisadores que objetivam melhor compreender o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros nas inúmeras instituições de saúde do contexto brasileiro.

Como limitação desse estudo, destaca-se a ausência da PNAS adaptada e validada para outras países, o que impossibilitou o estabelecimento de maiores comparações. Por fim, sugere-se a aplicação do instrumento adaptado nesta pesquisa em outras localidades do Brasil, verificando se existem, ou não, diferenças significativas que afetem a compreensão das crenças e ações da advocacia do paciente de enfermeiros brasileiros.

Referências

1. Annas GJ. The patient rights advocate: can nurses effectively fill the role? *Superv Nurse*. 1974 Jul; 5(7): 20-5.

2. Pavlish C, Ho A, Rounkle A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. *Nurs Ethics*. 2012 Jul; 19(4): 538-49.
3. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nurs Forum*. 2010 Apr-Jun; 45 (2): 97-107.
4. Josse-Eklund A, Jossebo M, Sandin-Bojo AK, Wilde-Larsson B, Petzall K. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy. *Nurs Ethics*. 2014 Jan 29. In Press.
5. Bu X, Wu YB. Development and psychometric evaluation of the instrument: attitude toward patient advocacy. *Res Nurs Health*. 2008 Feb; 31(1): 63-75.
6. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. *Nurs Ethics*. 2009 May; 16(3): 340-62.
7. Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Manag Nurs*. 2011 Mar; 12(1): 25-32.
8. Cawley T, Mcnamara PM. Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. *Public Health Nurs*. 2011 Mar-Apr; 28(2): 150-
9. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014 Jan 7. In press.
10. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*. 2008 May; 15(3): 360-70.
11. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007 Jan; 57(1): 101-10
12. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010 Mar; 17(2): 255-67.
13. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000 Dec; 25(24): 3186-91.

14. Gaya A. Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed; 2008.
15. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. Lisboa: Editora Sílabo; 2012.
16. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Feb; 22(1): 35-42.
17. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs Ethics*. 2010 Mar; 17(2): 247-54.
18. Hanks RG. The lived experience of nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2008 Jul; 15(4): 468-77.
19. Thacker KS. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics*. 2008 Mar; 15(2): 174-85.
20. O'Connor T, Kelly B. Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics*. 2005 Sep; 12(5): 453-67.
21. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Moral distress in nursing personnel. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Feb; 21(spe): 79-87.
22. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Feb; 21(1): 293-9.
23. Lunardi VL, Barlem EL, Bulhosa MS, Santos SS, Lunardi Filho WD, Silveira RS, et al. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jul-Aug; 62(4): 599-603.

5.2 ARTIGO 2

Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar⁸

Objetivo: Analisar crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. **Método:** Estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, com delineamento transversal, realizado com 153 enfermeiros de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica, mediante aplicação do *Protective Nursing Advocacy Scale* - versão brasileira. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e análises de variância. **Resultados:** Os enfermeiros acreditam que estão advogando pelos pacientes em seus ambientes de trabalho, concordando que devem advogar, especialmente, quando pacientes vulneráveis precisam da sua proteção em situações prejudiciais. Os valores pessoais e a qualificação profissional foram identificados como principais fontes de apoio ao exercício da advocacia; barreiras como *burnout* e sofrimento moral e a falta de dedicação à enfermagem não foram identificadas como obstáculos ao seu exercício. Os enfermeiros evidenciaram, ainda, que nem discordam/nem concordam que advogar pelos pacientes em seus ambientes de trabalho possa lhes trazer consequências negativas. **Conclusão:** Faz-se necessário reconhecer como as características das instituições públicas e privadas vêm favorecendo, ou não, o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros.

Descritores em português: Advocacia em Saúde; Enfermagem; Ética em Enfermagem.

Descritores em inglês: Health Advocacy; Nursing; Ethics, Nursing.

Descritores em espanhol: Defensa de la Salud; Enfermería; Ética en Enfermería

⁸ Artigo a ser encaminhado para a Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE). Normas disponíveis em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/media/preparo-do-artigo.pdf>

Introdução

No contexto brasileiro, investigações acerca do sofrimento moral já permitiram evidenciar que situações em que identificamos incoerência entre nossas ações, crenças e conhecimentos⁽¹⁾, parecem bastante comuns no cotidiano de trabalhadores de enfermagem de muitas instituições de saúde⁽²⁻⁶⁾. Do mesmo modo, situações que comumente dão origem ao sofrimento moral remetem à necessidade do exercício da autonomia da enfermagem e da advocacia do paciente como parte integrante de seu trabalho⁽²⁾.

A advocacia do paciente, exercida pelo enfermeiro, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, defender seus direitos, garantir a qualidade do cuidado e servir como um elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde. Está associada, principalmente, ao reconhecimento, pelos enfermeiros, do seu papel como advogados, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes⁽⁷⁻⁸⁾.

Embora os pacientes não sejam sempre considerados como vulneráveis, a combinação de hospitalização, doença e sujeição aos cuidados da equipe de saúde pode constituir uma situação difícil para que possam expressar plenamente suas opiniões e escolhas. Ainda, na medida em que o uso de tecnologia avançada e os custos de saúde têm ignorado a autonomia e os valores dos pacientes, a advocacia vem se consolidando como um propósito dos enfermeiros de se engajarem na resolução dos problemas do sistema de saúde e das possíveis disparidades decorrentes⁽⁹⁾.

Ao assumirem o compromisso moral de exercer a advocacia do paciente, os enfermeiros podem demonstrar que estão em uma posição única nas relações em saúde, podendo auxiliar os pacientes a esclarecerem os objetivos dos seus tratamentos e na tomada de decisões de saúde relacionadas, bem como a enfrentar os diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder^(7,9-10). Assim, a advocacia do paciente

pode ser considerada uma resposta aos constantes problemas morais vivenciados pela enfermagem nos ambientes de cuidado à saúde, especialmente, pela possibilidade de realizar enfrentamentos em seus ambientes de trabalho que culminem em potenciais benefícios aos pacientes e à profissão⁽⁵⁾.

Assumir o papel de advogado do paciente pode estar diretamente relacionado ao exercício da *parresía* pelos enfermeiros, da coragem de verdade, da ruptura e da denúncia, da coragem de desvelar, por sua ação, verdades que comumente estão implícitas no cotidiano de trabalho da enfermagem, mas que não são questionadas e nem mesmo modificadas⁽¹¹⁾. Assim, o exercício da *parresía*, como uma manifestação de exercício de poder, pode contribuir para que os enfermeiros advoguem pelos pacientes em seus ambientes de trabalho, permitindo que vivenciem novas oportunidades de ação e que compreendam sua própria verdade⁽¹²⁾.

Contudo, cotidianamente, os enfermeiros podem reconhecer-se como se estivessem imersos em estados de dominação, tendo em vista que, em diversas situações da prática profissional, sua capacidade de exercer resistência, de contrapor-se a quem exerce poder não se faz presente, o que pode lhes trazer grande sofrimento, pois mesmo acreditando que deveriam implementar determinadas ações moralmente corretas, optam por desistir de lutar frente à imposição de forças externas. Desse modo, é possível perceber que, muitas vezes, os enfermeiros não parecem realizar suficientes enfrentamentos em seus ambientes de trabalho, convivendo numa aparente normalidade com situações que lhes causam desgaste, *burnout* e sofrimento moral^(3,6), o que pode comprometer, conseqüentemente, o exercício da advocacia do paciente.

As relações de poder apresentam uma dimensão produtiva nas relações humanas, de modo que nas relações humanas há todo um conjunto de ações e reações que podem ser exercidas entre indivíduos⁽¹³⁾. Nesse sentido, a advocacia do paciente na enfermagem parece ter uma relação estreita com o exercício de poder, podendo ser vista como um construto

motivacional para a própria enfermagem, uma vez que pode oportunizar o enfrentamento das exigências físicas e sociais dos ambientes de saúde^(14,15), revelando formas de resistência éticas.

Diante do exposto, questiona-se: quais as crenças e ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar? Assim, tem-se como objetivo: analisar crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar.

Método

Estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, com delineamento transversal, realizado em duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. A primeira instituição, denominada “H1”, é caracterizada como um hospital universitário, que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 195 leitos e conta com a atuação de 67 enfermeiros, em sua maioria, servidores públicos concursados e, em menor quantitativo, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ambos com carga horária semanal de 30h. Já a segunda instituição, denominada “H2”, caracteriza-se como uma entidade filantrópica, atendendo a pacientes do SUS, de convênios e particulares, constituindo-se de três unidades hospitalares distintas: hospital geral, hospital de cardiologia e oncologia e hospital psiquiátrico, compreendendo um total de 644 leitos. Possui um quadro de 174 enfermeiros, regidos pela CLT, com carga horária de 36h ou 40h semanais, de acordo com os locais de atuação.

O estudo foi operacionalizado com uma amostra de 153 enfermeiros, adotando-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar profissionalmente nas respectivas instituições hospitalares, ter disponibilidade e interesse para responder ao instrumento de coleta de dados. Para a seleção dos sujeitos, utilizou-se a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de modo que todos os enfermeiros atuantes nas referidas instituições hospitalares, que se encontravam em seus locais de atuação durante o período de

coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa. O tamanho amostral foi definido por fórmula matemática específica⁽¹⁶⁾, cujo objetivo é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos, garantindo-se a confiabilidade do estudo. Conhecendo-se previamente o total da população, composta por 241 enfermeiros, e aplicando-se a fórmula⁽¹⁶⁾, chegou-se ao número mínimo de 150 informantes.

Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* - versão brasileira, adaptado transculturalmente e validado pelos autores dessa pesquisa a partir do instrumento original *Protective Nursing Advocacy Scale*⁽⁸⁾. O instrumento é composto por 43 questões, sendo respondido por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, utilizando-se 1 para “discordo totalmente”, 2 para “discordo mais do que concordo”, 3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo mais do que discordo” e 5 para “concordo totalmente”. Das 43 questões propostas pelo instrumento, mediante análise fatorial, 20 foram validadas para esse estudo, em cinco constructos: implicações negativas do exercício da advocacia; ações de advocacia; facilitadores ao exercício da advocacia; percepções que favorecem o exercício da advocacia; barreiras ao exercício da advocacia.

O instrumento aplicado apresentava, ainda, uma parte inicial de caracterização dos sujeitos, contendo características sociodemográficas, que pudessem ser significativas para a correlação com a advocacia do paciente, tais como: idade, sexo, tempo de formação, instituição de trabalho, carga horária de trabalho, tempo de atuação profissional, outros cursos concluídos (especialização, mestrado, doutorado), modalidade de atendimento (SUS ou mista, envolvendo SUS, convênios e particulares) e realização de reuniões na unidade de trabalho⁽⁸⁾.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2014, por quatro bolsistas de iniciação científica previamente treinados. Mediante visita às unidades dos dois hospitais selecionados, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em

um envelope de papel pardo, sem identificação, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido. Após a distribuição dos instrumentos e consentimentos, foi realizado o agendamento do recolhimento, definindo-se um máximo de três tentativas aos diferentes locais para o recolhimento dos instrumentos previamente entregues.

Os resultados referentes à amostra estudada foram obtidos por meio de estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores; e análises de variância (ANOVA) entre os diferentes grupos de respondentes, de acordo com características da amostra, para verificar possíveis diferenças significativas. Os dados foram submetidos ao teste de normalidade, verificando-se distribuição normal. Para análise dos dados, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0, facilitando o processo de organização dos dados em tabelas que permitiram uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 97/2013).

Resultados

Em relação às características da amostra estudada, verificou-se que os 153 enfermeiros possuíam em média 33 anos (33,13) e a maioria pertencia ao sexo feminino (89,5%). Dos 153 enfermeiros, 51 (33,3%) atuavam no hospital "H1" e 102 (66,7%) no hospital "H2". A média de tempo de formação profissional foi de 7 anos (7,04), variando de três meses até 44 anos de formados. Já o tempo de atuação profissional variou entre um mês e 43 anos, sendo 6 anos (6,49) a média de tempo de atuação profissional. Ao serem questionados sobre a realização de reuniões na unidade de trabalho, 76,3% dos sujeitos afirmaram realizar reuniões.

No que se refere aos resultados da avaliação das crenças e ações dos enfermeiros em relação à advocacia do paciente, a análise descritiva (Tabela 1) permitiu verificar que o

constructo *percepções que favorecem o exercício da advocacia* apresentou a maior média do instrumento (4,33), assinalando que os enfermeiros concordam que devem advogar pelos pacientes, especialmente, quando pacientes vulneráveis precisam da sua proteção em situações prejudiciais (4,44). Do mesmo modo, os enfermeiros concordam que entender os benefícios da advocacia (4,40), fornecer informações aos pacientes sobre seus cuidados (4,23) e reconhecer que os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender (4,24) favorecem o exercício da advocacia.

No constructo *ações de advocacia*, a média correspondente foi igual a 3,99, assinalando que os enfermeiros concordam que estão advogando pelos pacientes em seus ambientes de trabalho. Nesse constructo, a questão "Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado" apresentou a maior média (4,18).

O constructo *facilitadores ao exercício da advocacia* apresentou média 4,26, evidenciando que os enfermeiros concordam que os valores pessoais e a qualificação profissional constituem as principais fontes de apoio às ações de advocacia. Não obstante, a questão "enfermeiros que estão comprometidos a fornecer um bom cuidado ao paciente são melhores advogados do paciente", apresentou a maior média nesse constructo (4,42).

Já o constructo *barreiras ao exercício da advocacia* apresentou a menor média do instrumento (1,86), assinalando que os enfermeiros discordam que barreiras como *burnout* e sofrimento moral e a falta de dedicação à enfermagem, possam impedi-los de realizarem plenamente o seu papel de advogados do paciente. Em relação às *implicações negativas do exercício da advocacia*, os enfermeiros evidenciaram que nem discordam/nem concordam (3,00) que advogar pelos pacientes em seus ambientes de trabalho possa lhes trazer consequências negativas.

Tabela 1 – Média das crenças e ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente - Rio Grande - 2014

Fatores	n	Média
---------	---	-------

Implicações negativas do exercício da advocacia	151	(3,00)
q30 Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente	149	2,93
q31 Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores	150	3,37
q32 Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos	149	2,81
q33 Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores	151	3,17
q34 Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco	151	2,74
Ações de advocacia	153	(3,99)
q5 Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	153	4,18
q6 Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	151	3,91
q7 Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente	151	3,75
q8 Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado	153	4,10
Facilitadores ao exercício da advocacia	153	(4,26)
q19 Eu consigo ser um melhor advogado do paciente porque tenho mais autoconfiança	152	3,93
q20 Enfermeiros que estão comprometidos a fornecer um bom cuidado ao paciente são melhores advogados do paciente	151	4,42
q21 Uma maior dedicação à enfermagem aumenta a habilidade do enfermeiro de ser um advogado do paciente	152	4,35
q22 Uma maior qualificação em enfermagem melhora a eficácia do enfermeiro na advocacia do paciente	152	4,37
Percepções que favorecem o exercício da advocacia	153	(4,33)
q4 Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes	152	4,40
q26 Enfermeiros que fornecem informações aos pacientes sobre seus cuidados estão agindo como seus advogados	150	4,23
q27 Os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender	147	4,24
q28 Pacientes vulneráveis precisam da minha proteção em situações prejudiciais	149	4,44
Barreiras ao exercício da advocacia	151	(1,86)
q41 Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (<i>burnout</i>) e/ou sofrimento moral	150	2,43
q42 Porque eu não gosto de trabalhar como enfermeiro, eu tenho menos vontade de agir como advogado do paciente	150	1,79
q43 Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente	151	1,36

A ANOVA (Tabela 2) permitiu analisar a existência de possíveis diferenças nas médias dos constructos das crenças e ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, considerando suas características sociodemográficas. Foram verificadas diferenças significativas quanto às variáveis tempo de formação e tempo de atuação profissional, ambas no constructo *implicações negativas do exercício da advocacia*. Enfermeiros graduados há

menos tempo e com menor tempo de atuação profissional, evidenciaram maior discordância em relação às implicações negativas do exercício da advocacia.

Também, foi identificada diferença significativa entre a variável modalidade de atendimento e o constructo *barreiras ao exercício da advocacia*, constatando-se que enfermeiros que atendem exclusivamente pacientes do SUS apresentam maior discordância em relação às barreiras para exercer a advocacia quando comparados aos enfermeiros que atendem pacientes de unidades mistas (SUS/Convênios/particulares). Destaca-se que não houve diferenças significativas em relação às crenças e ações dos enfermeiros, de acordo com as instituições hospitalares pesquisadas, mesmo tratando-se de organizações distintas, uma pública e uma filantrópica.

Tabela 2 - Relações entre as características da amostra e os constructos identificados – Rio Grande, RS, 2014.

		Implicações negativas do exercício da advocacia		Ações de advocacia		Facilitadores ao exercício da advocacia		Percepções que favorecem o exercício da advocacia		Barreiras ao exercício da advocacia	
	n	m	p	m	p	m	p	m	p	m	p
Sexo											
Feminino	135	3,00	,288	3,96	,826	4,27	,888	4,30	,870	1,85	,170
Masculino	16	2,99		4,17		4,20		4,51		1,95	
Idade			,615		,080		,091		,919		,268
≤ 30 anos	81	2,91		4,14		4,23		4,37		1,83	
> 30 anos	70	3,06		3,78		4,30		4,28		1,83	
Tempo de formação			,030*		,462		,598		,473		,947
≤ 3 anos	85	2,92		4,04		4,30		4,39		1,93	
> 3 anos	68	3,09		3,91		4,22		4,25		1,77	
Tempo de atuação			,045*		,355		,811		,329		,816
≤ 3 anos	75	2,92		4,07		4,29		4,38		1,94	
> 3 anos	78	3,07		3,90		4,24		4,27		1,78	
Instituição			,648		,329		,679		,211		,746
H1	51	3,04		3,88		4,24		4,38		1,82	
H2	102	2,98		4,04		4,28		4,30		1,88	
Reuniões			,539		,835		,814		,602		,376
Sim	106	3,37		3,75		4,21		4,25		2,02	
Não	33	2,87		4,02		4,29		4,36		1,81	
Modalidade de atendimento			,741		,121		,734		,417		,038*
SUS	70	3,11		3,82		4,26		4,37		1,79	
Misto	67	2,98		4,22		4,30		4,33		1,98	

*significação ao nível de 5

Discussão

As crenças dos enfermeiros em relação ao exercício da advocacia do paciente permitiram evidenciar que o constructo *percepções que favorecem o exercício da advocacia* obteve a maior média do instrumento, evidenciando que os enfermeiros necessitam advogar, especialmente, quando pacientes vulneráveis precisam da sua proteção em situações prejudiciais, concordando que os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender.

À semelhança dos achados desse estudo, já foi constatado que as condições clínicas dos pacientes constituem os principais antecedentes de advocacia, destacando-se, entre essas, a vulnerabilidade do paciente⁽¹⁷⁾. Pacientes ou populações são consideradas vulneráveis, especialmente, quando não podem se representar plenamente e proteger seus próprios direitos, necessidades, benefícios e desejos; e quando são incapazes de tomar decisões apropriadas ou de realizar as suas decisões⁽¹⁷⁾.

A vulnerabilidade dos pacientes pode decorrer de situações clínicas específicas, como a perda de consciência, câncer, dor, doença mental, deficiências cognitivas, ou, ainda, quando não tem conhecimento suficiente para tomar decisões. A própria hospitalização pode aumentar a vulnerabilidade dos pacientes, em virtude de seus conhecimentos limitados sobre os cuidados de saúde nesses ambientes e pela sua sujeição aos cuidados dos profissionais de saúde⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Contudo, mesmo em posições vulneráveis, são os pacientes que determinam o sentido dos seus desejos e interesses, de modo que o enfermeiro deve auxiliá-los para que exerçam sua liberdade de escolha, evitando atos paternalistas⁽¹⁹⁾.

Ainda, no que se refere ao constructo *percepções que favorecem o exercício da advocacia*, os enfermeiros concordam que o entendimento dos benefícios da advocacia e o fornecimento de informações aos pacientes sobre seus cuidados podem favorecer ações de advocacia em seus ambientes de trabalho. Essas crenças podem estar fortemente relacionadas à prática da *parresía*, tendo em vista que os enfermeiros devem utilizar o diálogo franco e

verdadeiro com os pacientes para informá-los sobre seus direitos e assegurar que exerçam sua autonomia, uma vez que podem não se mostrar suficientemente informados e esclarecidos em virtude das práticas e políticas restritivas das instituições de saúde. Do mesmo modo, entender os benefícios da advocacia do paciente pode contribuir para que os enfermeiros pratiquem a *parresía*, mesmo diante de possíveis riscos e conflitos, uma vez que a atitude de dizer a verdade constitui um dever para auxiliar os outros e a si mesmo⁽¹¹⁾.

Já em relação ao constructo *ações de advocacia*, foi possível evidenciar que os enfermeiros concordam que estão advogando pelos pacientes em seus ambientes de trabalho. Essas ações de advocacia compreendem, especialmente, agir em nome dos pacientes em relação aos cuidados com sua saúde, corroborando com os resultados de outros estudos acerca das ações dos enfermeiros para advogar pelos pacientes^(7,14,17).

Estudos realizados acerca da advocacia em diferentes contextos já evidenciaram que, mesmo quando o paciente opta por ter o enfermeiro agindo em seu nome, ele está exercendo sua liberdade de escolha e autonomia^(7,14). Desse modo, é necessário que os enfermeiros reconheçam as situações em que os pacientes precisam de um advogado, quais os interesses do paciente e que ações devem ser tomadas para preservar, representar ou protegê-los⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, as ações de advocacia parecem estar fortemente associadas à necessidade de exercício de poder dos enfermeiros, o que pode representar a necessidade de enfrentamentos de conflitos com os demais profissionais e a instituição, de modo a defender os pacientes e garantir a qualidade do seu cuidado. Destaca-se, ainda, que o desafio de definir e descrever as ações dos enfermeiros na advocacia constitui uma tarefa complexa em virtude de que essas ações não são estáticas e fixas, mas influenciadas por características particulares de indivíduos, organizações, relações, situações clínicas e ambientes de atuação⁽²⁰⁾.

No constructo *facilitadores ao exercício da advocacia*, os valores pessoais e a qualificação profissional foram evidenciados como principais fontes de apoio às ações de

advocacia. Assim, as características dos enfermeiros podem influenciar, diretamente e de modo positivo, o exercício da advocacia do paciente, como quando os enfermeiros apresentam maior senso de confiança que provêm do seu autovalor profissional^(7,15,21-22).

Do mesmo modo, os conhecimentos e competências dos enfermeiros são considerados fatores determinantes no exercício da advocacia, podendo ser desenvolvidos na formação e/ou durante a experiência profissional, por meio de programas de educação continuada^(18,22), oportunizando-lhes o preparo adequado para liderem com situações que necessitem da defesa dos direitos dos pacientes. Ainda, o conhecimento, mediado pela qualificação profissional, pode possibilitar que os enfermeiros resistam em situações que reconhecem como moralmente inadequadas, favorecendo o seu exercício de poder nos ambientes em que atuam e potencializando as ações de advocacia do paciente.

Contudo, a eficácia das ações de advocacia do paciente não depende apenas das características, competências e conhecimentos dos enfermeiros como advogados, mas de um ambiente de receptividade a essa atuação. Por conseguinte, é importante ressaltar que a advocacia ocorre sempre em um ambiente social, de modo que o exercício da advocacia pode implicar em consequência negativas para os enfermeiros^(7,8).

Nesse sentido, em relação ao constructo *implicações negativas do exercício da advocacia*, os enfermeiros evidenciaram que nem discordam/nem concordam que advogar pelos pacientes pode lhes trazer consequências negativas, o que possivelmente está relacionado ao fato de que os enfermeiros pesquisados não percebem as consequências negativas ao advogar pelos pacientes em seus ambientes de trabalho. Desse modo, é possível inferir que, ao advogarem com sucesso para os pacientes, os enfermeiros podem aumentar sua satisfação profissional, autoconfiança, credibilidade e visibilidade da enfermagem⁽⁹⁾, minimizando possíveis consequências negativas.

No que se refere ao constructo *barreiras ao exercício da advocacia*, foi possível perceber que os enfermeiros discordam que barreiras como *burnout* e sofrimento moral e a falta de dedicação à enfermagem, possam impedi-los de realizar plenamente o seu papel de advogados do paciente. Resultados semelhantes foram evidenciados em estudos acerca do sofrimento moral, uma vez que, possivelmente sem compreenderem suficientemente as relações de poder em que estão imersos, os enfermeiros vivenciam os efeitos do sofrimento moral, mesmo podendo não identificá-lo como tal⁽⁴⁾.

Desse modo, já foi identificado que os fenômenos sofrimento moral e *burnout*, separadamente, apresentam manifestações que podem estar associados não ao abandono da profissão pelos enfermeiros, mas pelo afastamento de seus valores, crenças e, por fim, dos próprios ideais da profissão^(3,6,23), o que pode comprometer o exercício da advocacia.

A relação existente entre as variáveis tempo de formação e tempo de atuação profissional e o constructo *implicações negativas do exercício da advocacia*, assinalou que enfermeiros formados há menos tempo e que apresentam menor tempo de atuação profissional evidenciaram maior discordância em relação às consequências negativas do exercício da advocacia.

Destaca-se que estudos acerca da preparação educacional para o exercício da advocacia do paciente evidenciaram que essa prática, muitas vezes, é aprendida no trabalho, observando-se outros enfermeiros, ou após o próprio enfermeiro vivenciar uma experiência de advocacia do paciente na sua prática profissional^(7,22). Dessa forma, pode-se inferir que os enfermeiros formados há menos tempo e com menor tempo de atuação profissional podem não reconhecer as implicações negativas do exercício da advocacia em virtude de não terem vivenciado suficientes experiências na defesa dos pacientes ou por não terem vivenciado situações de advocacia com implicações negativas para si.

Em relação à modalidade de atendimento dos pacientes, foi possível evidenciar que enfermeiros que atendem exclusivamente pacientes do SUS, quando comparados aos demais que atendem pacientes de unidades mistas, apresentam maior discordância em relação às barreiras que podem comprometer o exercício da advocacia. Desse modo, na percepção de enfermeiros que atendem exclusivamente pacientes do SUS, barreiras como *burnout* e sofrimento moral e a falta de dedicação à enfermagem não parecem impedi-los de realizar plenamente o seu papel de advogados do paciente.

Em um estudo acerca do sofrimento moral em duas instituições hospitalares, foi possível identificar que enfermeiros que atuavam em unidades SUS apresentavam uma percepção mais intensificada do sofrimento moral em comparação aos que atuavam em unidades mistas⁽⁴⁾. Contudo, a percepção mais intensificada do sofrimento moral pode estar associada ao exercício mais pleno do papel da enfermagem na advocacia do paciente, principalmente quando, em unidades SUS, o atendimento se destina a pacientes cujas condições sociais e econômicas podem ser menos favoráveis, portanto, mais vulneráveis socialmente, o que pode dificultar ou diminuir tanto seu acesso a melhores esclarecimentos quanto suas possibilidades de defender-se, se comparados a pacientes de unidades privadas^(2,4).

Assim, as disparidades de saúde, motivadas por fatores como a pobreza e o acesso aos serviços de saúde, podem constituir-se em importantes razões para advogar. Desse modo, o exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar também pode estar associado à criação de condições de autonomia, igualdade e justiça nas relações sociais, bem como ao acesso igualitário às oportunidades para todas as pessoas⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Considerações finais

O estudo evidenciou que os enfermeiros da amostra pesquisada acreditam que estão advogando pelos pacientes em seus ambientes de trabalho, concordando que devem advogar,

especialmente, quando pacientes vulneráveis precisam da sua proteção em situações prejudiciais. Os valores pessoais e a qualificação profissional foram identificados como principais fontes de apoio ao exercício da advocacia; barreiras como *burnout* e sofrimento moral e a falta de dedicação à enfermagem não foram identificadas como obstáculos ao seu exercício.

Foi possível verificar, ainda, que os enfermeiros não parecem reconhecer as implicações negativas do exercício da advocacia, uma vez que nem discordam/nem concordam que advogar pelos pacientes possa lhes trazer consequências negativas. Desse modo, acredita-se que quando os enfermeiros advogam pelos pacientes, pautam suas ações em valores reconhecidos como éticos na área da saúde, reconhecendo-se como mais protegidos em suas decisões e sentindo-se aliviados, mesmo diante das possíveis implicações do exercício da advocacia.

Destaca-se que não houve diferenças significativas em relação às crenças e ações dos enfermeiros de acordo com as instituições hospitalares pesquisadas, mesmo tratando-se de organizações distintas, uma pública e uma filantrópica. Esse achado se mostra relevante uma vez que instituições hospitalares que proporcionam maior abertura ao diálogo, liberdade para agir e estabilidade profissional, contribuem de forma mais efetiva para que os enfermeiros advoguem pelos interesses dos pacientes. Assim, questiona-se: de que modo as características das instituições públicas e privadas vêm favorecendo, ou não, o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros?

Para responder tal questionamento, torna-se relevante a realização de novas investigações acerca do exercício da advocacia do paciente frente à relevância de se aprofundar, entre outros, particularidades da relação existente entre a estabilidade profissional dos enfermeiros e suas crenças e ações em relação ao exercício da advocacia do paciente. Como limitações dessa pesquisa, destaca-se que ela foi conduzida em uma amostra específica

de enfermeiros de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, o que não permite a generalização dos seus resultados, uma vez que a amostra, apesar de representativa, possivelmente não se assemelha aos múltiplos contextos de saúde existentes no Brasil.

Referências

1. Jameton A. *Nursing Practice: the Ethical Issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
2. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev esc enferm USP*. 2012 Jun; 46(3):681-8.
3. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Feb; 21(1): 293-9.
4. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Moral distress in nursing personnel. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Feb; 21(spe): 79-87.
5. Barlem ELD, Lunardi VL, Tomaschewski JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CRGB. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev esc enferm USP*. 2013 Apr; 47(2): 506-10.
6. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 Feb; 22(1): 35-42.
7. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nurs Forum*. 2010 Apr-Jun; 45(2): 97-107.
8. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010 Mar; 17(2): 255-67.
9. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs Ethics*. 2010 Mar; 17(2): 247-54.

10. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematizing autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014 Jan 7. In press.
11. Foucault M. *Fearless Speech*. Pearson J, editor. Los Angeles: Semiotext(e); 2001.
12. Drought T. Editorial Comment. Parrhesia as a conceptual metaphor for nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2007 Mar; 14(2): 127-8.
13. Foucault M. *Microfísica do poder*. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2008.
14. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. Nursing advocacy in procedural pain care. *Nurs Ethics*. 2009 May; 16(3): 340-62.
15. Josse-Eklund A, Jossebo M, Sandin-Bojo AK, Wilde-Larsson B, Petzall K. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy. *Nurs Ethics*. 2014 Jan 29. In Press.
16. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílabo; 2012.
17. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007 Jan; 57(1): 101-10.
18. O'Connor T, Kelly B. Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics*. 2005 Sep; 12(5): 453-67.
19. Zomorodi M1, Foley BJ. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. *J Adv Nurs*. 2009 Aug;65(8):1746-52.
20. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*. 2008 May; 15(3): 360-70.
21. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikraves M.. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. *Nurs Ethics*. 2008 Jul; 15(4): 457-67.
22. Thacker KS. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics*. 2008 Mar; 15(2): 174-85.

23. Lunardi VL, Barlem EL, Bulhosa MS, Santos SS, Lunardi Filho WD, Silveira RS, et al. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. *Rev Bras Enferm.* 2009 Jul-Aug; 62(4): 599-603.
24. Pavlish C, Ho A, Rounkle A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. *Nurs Ethics.* 2012 Jul; 19(4): 538-49.
25. Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Manag Nurs.* 2011 Mar; 12(1): 25-32.

5.3 ARTIGO 3

COMO ENFERMEIROS VÊM EXERCENDO A ADVOCACIA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR? - UMA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA⁹

Jamila Geri Tomaschewski-Barlem¹, Valéria Lerch Lunardi²

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande do Sul, Brasil. Email: jamila_tomaschewski@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem. Docente do PPGENf/FURG. Rio Grande do Sul, Brasil. Email: vlunardi@terra.com.br

Correspondência: Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Rua Doutor Nascimento, 367, apto 701

96200-300 – Rio Grande, RS, Brasil

E-mail: jamila_tomaschewski@hotmail.com

⁹ Artigo a ser encaminhado para a Texto & Contexto Enfermagem. Normas disponíveis em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos/>.

COMO ENFERMEIROS VÊM EXERCENDO A ADVOCACIA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR? - UMA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

RESUMO: Objetivou-se conhecer como os enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar. Realizou-se pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, em um hospital universitário do sul do Brasil. Foram respondentes da pesquisa 16 enfermeiros, selecionados por meio de amostragem não probabilística, do tipo bola de neve. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, analisadas mediante análise textual discursiva e referencial teórico foucaultiano. Como resultados, emergiram duas categorias: a coragem de verdade: o exercício da advocacia mediado pelo diálogo franco; estratégias de resistência para o exercício da advocacia do paciente. Conclui-se que a estabilidade profissional e o apoio da instituição contribuem para que os enfermeiros se sintam encorajados a exercer a advocacia, mesmo diante de situações de difícil enfrentamento, utilizando-se da *parresía* e de estratégias de resistência para garantir a defesa efetiva dos interesses dos pacientes.

DESCRITORES: Advocacia em Saúde. Enfermagem. Ética em Enfermagem. Poder.

HOW HAVE NURSES EXERCISED PATIENT ADVOCACY IN THE HOSPITAL CONTEXT? - A FOUCAULDIAN PERSPECTIVE

ABSTRACT: This study aimed at learning how nurses have exercised patient advocacy in the hospital context. A qualitative, exploratory-descriptive research was carried out in a university hospital in southern Brazil. The respondents of the research were 16 nurses, chosen through a snowball non probability sampling. For data collection, semi-structured interviews were conducted, recorded, transcribed, and analyzed by discursive textual analysis and the Foucauldian philosophical referential. Two categories resulted from the discursive textual analysis: the true courage: the exercise of advocacy mediated by frank dialogue; resistance strategies for the exercise of patient advocacy. It is concluded that professional stability and the institution's support help nurses to feel encouraged to exercise advocacy, even when faced with situations that are hard to deal with, and use parrhesia and resistance strategies to ensure the effective defense of the patients' interests.

DESCRIPTORS: Health Advocacy. Nursing. Nursing; Ethics. Power.

CÓMO ENFERMEROS VEEN EJERCENDO LA DEFENSA DEL PACIENTE EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL? – UNA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo conocer cómo los enfermeros están practicando la defensa del paciente en el contexto del hospital. Se realizó una investigación cualitativa, exploratorio- descriptiva, en un hospital universitario en el sur de Brasil. Los encuestados fueron 16 enfermeros, seleccionados mediante muestreo no probalístico, del tipo bola de nieve. Para recopilar los datos, fueron realizadas encuestas semi-estructuradas, grabadas y transcritas, analizadas mediante análisis textual discursivo y referencial teórico foucaultiano. Como resultados, emergieron dos categorías: el coraje de verdad: el ejercicio de la defensa mediada por el diálogo franco; estrategias de resistencias para el ejercicio de la defensa de los pacientes. Se concluye que la estabilidad profesional y el apoyo de la institución contribuyen para que los enfermeros se sientan encorajados a practicar la defensa, mismo en situaciones difíciles de enfrentamiento, utilizándose de la *parresia* y de estrategias de resistencia para asegurar la defensa efectiva de los intereses de los pacientes.

DESCRIPTORES: Defensa de la Salud. Enfermería. Ética en Enfermería. Poder.

INTRODUÇÃO

A prática da advocacia do paciente pelos enfermeiros foi reconhecida nos Estados Unidos na década de 1970 e,¹ ainda hoje, retrata um papel relativamente novo da profissão,^{2,3} especialmente em alguns países, como o Brasil, onde não são encontradas investigações acerca do exercício da advocacia do paciente por enfermeiros.

Já no cenário internacional, a advocacia do paciente na enfermagem reflete amplas e diferentes perspectivas, sendo descrita em quadros éticos e legais e, mais recentemente, como um fundamento filosófico e um ideal para a prática da profissão.^{4,5} No contexto brasileiro, investigações do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES) identificaram que a negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente pode constituir uma das principais fontes de sofrimento moral.⁶⁻⁸

Em termos de ações específicas, o papel dos enfermeiros na advocacia tem sido definido como a voz dos pacientes, como um guia de condutas, como uma forma de enfrentamento dos diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder, como uma forma de capacitar os pacientes para suas decisões e intervir nas falhas de comunicação entre os pacientes e outros profissionais da saúde.^{4,9-12} Ainda, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, defender seus direitos, garantir a qualidade do cuidado e servir como um elo entre o paciente e o ambiente de saúde,^{4,9,11} podendo contribuir para o reconhecimento e valorização da enfermagem.

Contudo, quando os enfermeiros advogam para os pacientes, podem enfrentar certos riscos e obstáculos, relacionados à organização e às relações de poder próprias do ambiente de trabalho. Assim, a tentativa de advogar por um paciente pode falhar, e inúmeras barreiras podem surgir ao abordar os direitos, as escolhas ou o bem-estar dos pacientes.^{4,13}

Considerando a enfermagem brasileira, que ainda hoje apresenta fortes características de submissão e obediência ao instituído,⁷ pode-se questionar: como os enfermeiros vêm enfrentando as barreiras e dificuldades para exercer a advocacia do paciente em seus ambientes de trabalho? Essas barreiras e enfrentamentos conduzem ao entendimento de que o exercício da advocacia do paciente está fortemente articulado ao exercício de poder dos enfermeiros como uma relação de forças, de ação e reação,¹⁴ pois o exercício da advocacia requer a coragem de falar a verdade, ou seja, a *parresía*,¹⁵ do mesmo modo como são necessárias estratégias de resistência para enfrentar possíveis barreiras que se apresentam.

A partir da compreensão de que as relações de poder estão incorporadas à prática cotidiana da enfermagem, como às demais práticas sociais, como relações de forças, assimétricas, não fixas, com permanente possibilidade de resistência,¹⁴ questiona-se: os

enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente?⁹ É possível perceber que, apesar da advocacia constituir um ideal moral para a prática de enfermagem, muitas vezes, não se traduz em ações, principalmente, pelo frágil exercício de poder do enfermeiro e sua dificuldade para resistir mesmo em situações que reconhece como moralmente incorretas.

Contudo, considerando-se a *parresía* como uma metáfora conceitual para as ações de advocacia do paciente na prática de enfermagem, o exercício da advocacia pode ser compreendido como uma obrigação moral do enfermeiro, que deve sempre falar a verdade baseado na franqueza e no exercício da sua liberdade.¹⁶ A *parresía* constitui uma ação verbal em que o sujeito evidencia sua relação pessoal com a verdade e, ao dizê-la, coloca-se em situação de risco, uma vez que concebe a atitude de dizer a verdade como um dever para auxiliar os outros e a si mesmo.¹⁵

Situações que comumente originam conflitos éticos nos diferentes ambientes de cuidado requerem dos enfermeiros ações morais, a expressão da verdade, resistências, enfrentamentos e, especialmente, o exercício de advocacia, tendo em vista que suas omissões podem repercutir de forma negativa no cuidado aos pacientes. Logo, essa pesquisa justifica-se em virtude da necessidade de explorar como os enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente em seus ambientes de trabalho, o que pode culminar em potenciais benefícios aos pacientes e à profissão.

Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno da advocacia do paciente na realidade da enfermagem brasileira, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? Teve-se como objetivo: conhecer como os enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida em um hospital universitário do sul do Brasil, o qual atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 195 leitos e conta com a atuação de 67 enfermeiros, em sua maioria, servidores públicos concursados (Regime Jurídico Único) e, em menor quantitativo, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, ambos com carga horária semanal de 30h.

Os critérios para a seleção dos sujeitos limitaram-se a ser profissional enfermeiro; atuar profissionalmente há pelo menos um ano; desejar participar da pesquisa; ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista; não se encontrar em férias, afastamento ou licença; e possuir vínculo empregatício de Regime Jurídico Único, uma vez que se acredita

que esses enfermeiros têm maior possibilidade de exercer a advocacia do paciente em seus ambientes de trabalho, visto que apresentam estabilidade no emprego, favorecendo, assim, o exercício de sua liberdade para advogar pelos pacientes.

Foram respondentes da pesquisa 16 enfermeiros, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência, do tipo bola de neve. Desse modo, a partir da identificação de um enfermeiro que, aparentemente, era reconhecido por advogar pelos pacientes, lhe foi solicitado, após sua entrevista, que indicasse outro enfermeiro com as características necessárias à população de interesse, e assim, sucessivamente, até o momento em que não houve indicação de novos sujeitos pelos entrevistados no ambiente selecionado para a pesquisa.

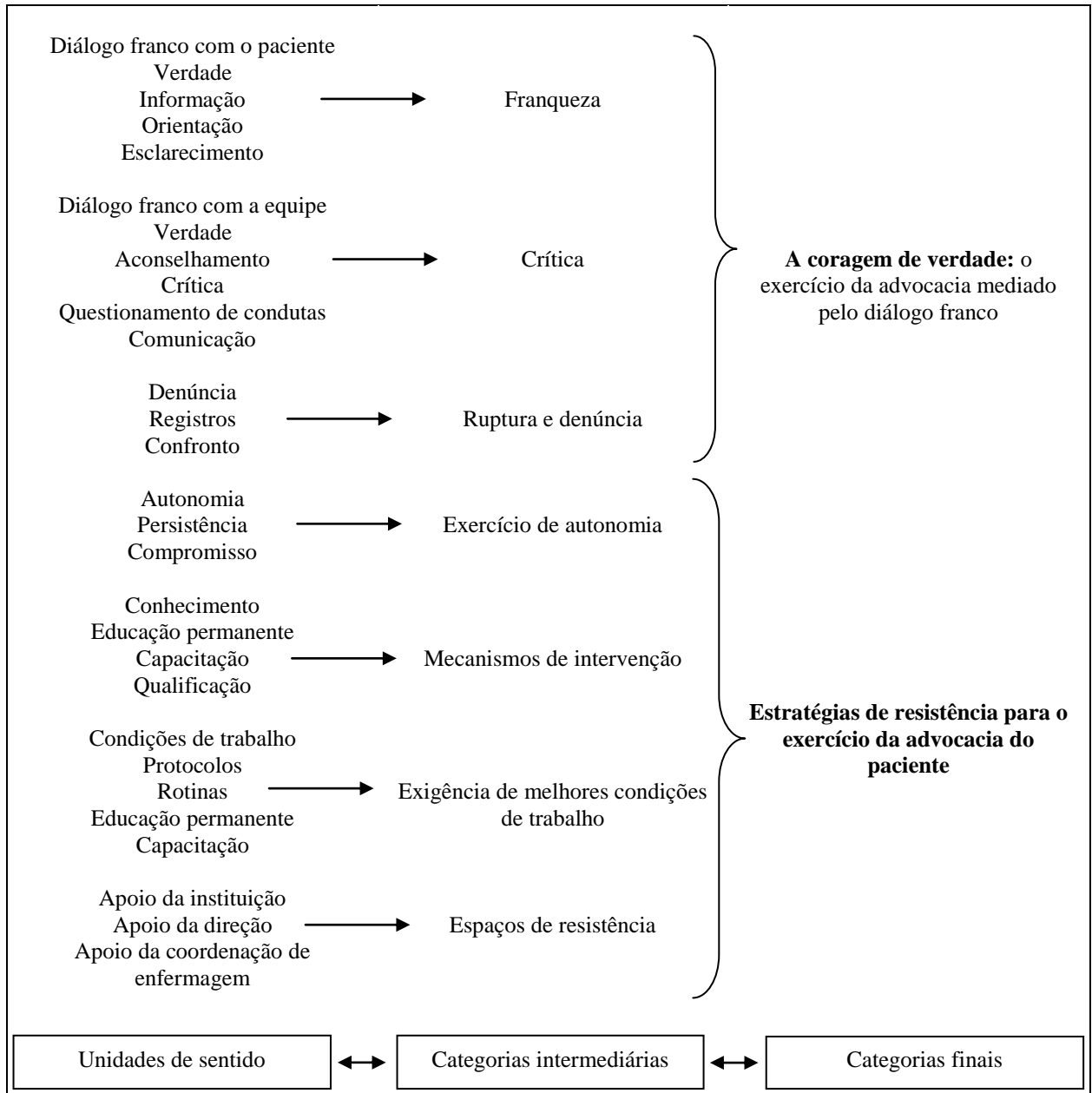
A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2014, em diferentes locais e horários, indicados de acordo com a preferência dos participantes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 40 minutos, contendo questões fechadas, para a caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados ao exercício da advocacia do paciente na enfermagem, especialmente, no que se referem às estratégias utilizadas pelos enfermeiros para advogar pelos pacientes, barreiras, facilitadores e possíveis implicações desse exercício.

O processo de análise dos dados, obtidos através das transcrições das entrevistas, foi realizado a partir da análise textual discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos, inserindo-se entre os extremos da análise de conteúdo e análise de discurso.¹⁷ Foram seguidas três etapas: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações; e a captação do novo emergente, focalizando a construção de um processo auto-organizado.¹⁷

A unitarização consistiu na imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, mediante a desconstrução do texto e sua fragmentação em unidades de significado, as quais foram reescritas de modo que assumissem um significado mais completo possível. Após a realização da unitarização, realizou-se a articulação de significados semelhantes, o que constitui o processo de estabelecimento de relações ou categorização.¹⁷

Durante a categorização, foram identificadas relações entre as unidades de significado, comparando-as e realizando o agrupamento de elementos de significação próximos em categorias intermediárias, e após, em duas categorias finais (Quadro 1). A última etapa da análise, captação do novo emergente, englobou a descrição e interpretação dos sentidos e significados construídos a partir do texto, o que permitiu a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno da advocacia do paciente na enfermagem.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 97/2013). Os depoimentos dos enfermeiros estão identificados pela letra E, seguida de um número sequencial (E1 a E16).



Quadro 1 - Modelo estrutural de construção das categorias. Rio Grande, RS, Brasil, 2014.

RESULTADOS

A partir da caracterização dos dezesseis enfermeiros, constatou-se que: sua idade variou entre 30 e 56 anos; 14 eram mulheres; sete enfermeiros possuíam o curso de especialização como titulação mais elevada, quatro eram mestres e apenas um enfermeiro possuía o curso de doutorado; o tempo de atuação profissional variou entre seis e 30 anos.

A partir da análise dos dados, em resposta às questões abertas, emergiram duas categorias apresentadas a seguir: A coragem de verdade: o exercício da advocacia mediado pelo diálogo franco; e Estratégias de resistência para o exercício da advocacia do paciente.

A coragem de verdade: o exercício da advocacia mediado pelo diálogo franco

Nessa categoria, foi possível evidenciar que a advocacia do paciente é exercida pelos enfermeiros, especialmente, através do diálogo franco e verdadeiro, seja com os pacientes, seja com profissionais de saúde, numa tentativa de auxiliar os pacientes nas suas decisões e garantir a qualidade do cuidado, mesmo com o risco de possíveis rupturas em suas relações profissionais.

Desse modo, os enfermeiros parecem advogar pelo paciente em seus ambientes de trabalho, principalmente, quando identificam que os pacientes não se mostram suficientemente informados e esclarecidos sobre os cuidados com sua saúde para exercerem sua autonomia. Assim, mediados pelo diálogo franco que, diversas vezes, pode contrariar os interesses da equipe ou instituição de saúde, os enfermeiros optam por dizer a verdade e advogar pelos pacientes, cumprindo o dever moral de garantir sua autonomia e auxiliá-los nas suas tomadas de decisão.

Muitas vezes, o paciente está sendo empurrado para um caminho que não é o único, e tu podes orientá-lo para que ele decida o que ele quer dentro daquilo que ele possui de possibilidades; então eu acho que eu exerço a advocacia quando eu deixo o paciente plenamente ciente das possibilidades para decidir o que ele quer (E2).

Oriento todos os pacientes acerca dos direitos deles e das nossas obrigações, mesmo que eu tenha que ir contra o sistema [de trabalho], mas eu consigo colocar em prática aquilo que eu acredito que deve ser feito; vou para casa com a minha consciência tranquila, porque, o sistema, ele é feito para acomodar a instituição, para acomodar os trabalhadores, mas nem sempre visa o melhor para o paciente (E16).

Ao compreenderem o ato de dizer a verdade como um dever moral inerente às suas ações, os enfermeiros também utilizam o diálogo franco e corajoso com a própria equipe de saúde para exercer a advocacia do paciente, numa manifestação de exercício de poder, seja na ênfase e na priorização de ações benéficas ao paciente, seja no enfrentamento de situações reconhecidas como moralmente inadequadas. Desse modo, ao manifestarem claramente suas crenças em relação aos cuidados que prestam e aos que são prestados aos pacientes, ou mesmo, ao aconselharem ou criticarem um membro da equipe de saúde sobre sua forma de

agir, os enfermeiros advogam pelos interesses dos pacientes, optando por exercer poder e não permanecer indiferentes e coniventes com o que presenciam.

A gente procura o profissional ou a categoria envolvida e tenta conversar, tenta esclarecer aquilo que não está sendo desenvolvido da forma correta, bem como quando identificamos que o paciente precisa de esclarecimentos; precisamos falar tudo que está acontecendo de forma clara (E13).

Eu advogo diariamente quando, por exemplo, eu questiono uma prescrição médica, quando acredito que ela não está de acordo com aquilo que o paciente precisa, quando se discute a questão de continuar ou não investindo naquele paciente; eu sempre passo para a equipe o meu ponto de vista em relação a um determinado paciente (E14).

Os enfermeiros, ao optarem por estabelecer uma relação de verdade com o paciente ou com os demais membros da equipe de saúde, em defesa dos interesses do paciente, mesmo numa dimensão dialógica, reconhecem seu exercício de poder e, conseqüentemente, a possibilidade de desencadear um conflito em suas relações profissionais, com o risco de desconfortos e rupturas.

O fato de tu falares para alguém da equipe que ele está errado, executando práticas inadequadas e que precisa mudar, sempre gera indiferença, mas é preciso falar, para que ele próprio internalize que precisa melhorar suas práticas de cuidado. O fato de sair com a consciência limpa por ter advogado por um paciente ultrapassa qualquer desentendimento passageiro (E5).

Não obstante, quando situações reconhecidas como inadequadas não são resolvidas por meio do diálogo franco com a equipe de saúde, os enfermeiros afirmam advogar pelos pacientes, principalmente, através da denúncia, demonstrando coragem para tentar romper com situações cotidianas que, muitas vezes, não são modificadas ou mesmo questionadas em seus ambientes de trabalho. Ao romperem com tais situações, os enfermeiros referem sentir-se aliviados, apesar dos conflitos e do aparente desgaste provocado.

Tinha um colega que negligenciava os cuidados de enfermagem e eu registrei uma queixa como manda o figurino, mas eu não me arrependo de ter advogado, porque eu estava com a razão e faria tudo novamente se eu percebesse que os pacientes estão sendo mal atendidos (E13).

Se eu tiver que encaminhar alguém para o Ministério Público, pra procuradoria, eu vou fazer e inclusive eu já fui nesses órgãos (...) mas eu vou para casa e durmo tranquila por ter feito o melhor pelo paciente, independente do desgaste que isso me cause; se tu me

perguntares agora se estou cansada, eu vou te responder que estou muito cansada, porque advogar pelo paciente envolve um conflito constante (E16).

Estratégias de resistência para o exercício da advocacia do paciente

Nessa categoria, encontram-se as estratégias de resistência adotadas pelos enfermeiros para exercer a advocacia do paciente, especialmente, os caminhos de enfrentamento utilizados diante das barreiras que se apresentam ao exercício da advocacia. Ao utilizarem estratégias e encontrarem espaços para resistir em seus ambientes de trabalho, os enfermeiros pretendem fortalecer seu exercício de poder, potencializando as ações em defesa dos interesses do paciente.

O exercício da autonomia e a opção de persistir em advogar pelos pacientes foram evidenciadas como importantes estratégias de resistência utilizadas pelos enfermeiros, mesmo diante das barreiras que possam dificultar ou impedir o exercício da advocacia. Ao exercerem sua autonomia e demonstrarem coragem para persistir, os enfermeiros buscam, principalmente, auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários e garantir a qualidade desses cuidados.

Existe muita resistência de profissionais quando eu advogo pelos pacientes, eles reclamam de tudo que eu peço a mais pelo conforto do paciente. Alguns médicos reclamam quando tu sugeres alguma avaliação ou pedido de exame, mas eu vou conseguindo enfrentar essas situações por meio da persistência. Eu não desisto e continuo a advogar da melhor forma possível com as disponibilidades que encontro (E12).

Eu me sinto com autonomia e me coloco por aquilo que considero correto, se eu vou ser ouvido já é diferente, mas exercer a advocacia não é um problema; eu não posso deixar de tentar, eu sempre argumento e, assim, eu advogo pelo paciente (E14).

Do mesmo modo, a busca e ampliação do conhecimento, mediadas pelas capacitação e qualificação profissional, possibilitam que os enfermeiros resistam em situações que reconhecem como inadequadas, argumentando em defesa dos pacientes, construindo estratégias capazes de favorecer o exercício de poder nos ambientes em que atuam. Logo, ao utilizarem o conhecimento como estratégia para advogar pelos pacientes, os enfermeiros fortalecem o exercício de sua autonomia e o exercício de poder, desafiando, comumente, decisões baseadas na autoridade médica.

Precisamos estar sempre estudando, nos capacitando, porque eu vejo alguns profissionais dizendo que não podem falar determinadas coisas para o paciente porque quem conversa é o médico, numa posição muito subalterna, não assumindo sua função. Então, eu

saber que o paciente tem direito de saber das coisas, direito de ser esclarecido, isso tudo vai me construindo para que eu exerça a advocacia do paciente (E6). Quando tu mostras o conhecimento para a equipe, ela passa a depositar confiança em ti e, a partir disso, fica mais fácil realizar ações em benefício do paciente, mesmo porque, quem não tem conhecimento não advoga (E2).

Outra estratégia de resistência utilizada pelos enfermeiros para advogar pelos pacientes refere-se à exigência de melhores condições de trabalho, seja em decorrência do número reduzido de profissionais nas equipes, da escassez e precariedade dos recursos materiais, ou mesmo, da ausência de protocolos, normas e rotinas. Assim, os enfermeiros afirmam realizar enfrentamentos numa tentativa de modificar e qualificar os ambientes em que atuam, advogando indiretamente pelos pacientes através da busca pela garantia da qualidade do cuidado prestado.

Enquanto estamos brigando para que as coisas tenham um bom andamento, por melhores condições de trabalho, nós estamos advogando pelo paciente; afinal de contas, o nosso trabalho é para os pacientes, a melhor ou pior resposta desse serviço é para clientela (E4).

Em qualquer setor que tu estejas, o enfermeiro está sempre em função de algum problema identificado em que o paciente está sendo prejudicado, não está sendo bem atendido ou está correndo algum risco, e nós interferimos nessa realidade de alguma maneira, tentando mudar comportamentos, procedimentos, protocolos e formas de trabalhar (...) então nessas situações eu estou advogando pelo paciente. Eu vejo a advocacia no sentido de buscar caminhos para resolver determinadas situações, no sentido de procurar implementar protocolos, capacitar profissionais, instituir uma cultura de cuidado, para que o paciente seja beneficiado, e isso é o que mais eu tenho trabalhado no momento (E7).

Desse modo, frequentemente, os enfermeiros recorrem à coordenação de enfermagem ou à direção da instituição, seja para exigir melhores condições de trabalho, seja para reivindicar que suas responsabilidades e decisões sejam apoiadas, especialmente, quando o diálogo franco não se mostra suficiente ou quando não conseguem ultrapassar as barreiras que comprometem o exercício da advocacia do paciente. Logo, o apoio da chefia, bem como da instituição de saúde, foram evidenciados como importantes espaços de contribuição para o fortalecimento da resistência, ao possibilitar que os enfermeiros se sintam encorajados para exercer a advocacia do paciente.

Eu sei que eu vou ter enfrentamentos que eu não consigo solucionar sozinha, porque são questões institucionais; uma andorinha só não faz verão, tu podes te posicionar, mas isso

vai indo até o momento que tu vai te desgastando; então, alguns enfrentamentos precisam ser resolvidos institucionalmente (E6).

Quando não consigo advogar pelo paciente seja por limitações médicas, da equipe de enfermagem ou de outros trabalhadores, minha estratégia é ir atrás da gestão ou da coordenação para resolver o problema, sempre buscando resolver a situação (...) e além disso, possuímos estabilidade, temos apoio da chefia, abertura para o diálogo e isso me deixa mais segura para advogar pelo paciente (E5).

DISCUSSÃO

Foi possível perceber que o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros em seus ambientes de trabalho compreende ações que envolvem coragem para dizer a verdade e resistir diante de situações moralmente inadequadas que comumente repercutem de forma negativa no cuidado aos pacientes. Desse modo, advogar pelos interesses dos pacientes requer dos enfermeiros o exercício da *parresía*, como uma manifestação de exercício de poder, tornando aparentes verdades que, muitas vezes, permanecem ocultas em seus ambientes de trabalho,^{7,15} o que pode contrariar interesses da equipe ou da instituição de saúde.

Nesse sentido, considerando que os enfermeiros pesquisados vem exercendo a advocacia do paciente, especialmente, mediada pelo diálogo franco e verdadeiro, é possível afirmar que o papel do enfermeiro como advogado do paciente pode ser comparado ao de um *parresiasta*, ao se reconhecer que tem necessidade de franqueza e de verdade ao falar o que sabe, bem como de percepção do dever incorporado em suas ações e de que é preciso coragem para assumir um papel, muitas vezes, perigoso.¹⁶

Observou-se que, diversas vezes, os enfermeiros referem utilizar o diálogo franco e verdadeiro com os pacientes para informá-los sobre seus direitos e assegurar que exerçam sua autonomia na tomada de decisões, visto que podem não se mostrar suficientemente informados em virtude das práticas e políticas restritivas das instituições de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos acerca do exercício da advocacia em diferentes nações e culturas, evidenciando-se que ações de advocacia compreendem, especialmente, informar e esclarecer os pacientes visando garantir seu direito à autodeterminação e a qualidade do cuidado.^{2,18-20}

Ainda, o reconhecimento da condição dos pacientes como sujeitos com direito ao exercício de sua autonomia e a omissão da enfermagem quanto à não reivindicação dos direitos dos pacientes pode resultar em sofrimento moral, conforme já constatado em estudos brasileiros.^{7,8} Assim, ao optar pela verdade e pela franqueza nas suas relações com os

pacientes, os enfermeiros exercem poder e desafiam práticas institucionais que, muitas vezes, não são questionadas, mas que, se modificadas, podem repercutir em benefícios para os pacientes, assegurando sua autonomia e minimizando a possível ocorrência do sofrimento moral entre enfermeiros.

O reconhecimento de práticas inadequadas realizadas por outros profissionais de saúde também pareceu desencadear nos enfermeiros a necessidade do exercício da *parresía*, manifestada pela crítica às condutas desses profissionais ou mesmo pela denúncia de tais práticas. Conforme evidenciado em estudos com enfermeiros japoneses e iranianos, o exercício da advocacia do paciente ocorre, especialmente, quando os enfermeiros lhe protegem da incompetência de outros profissionais da saúde, assumindo comportamentos arriscados para defendê-lo em situações antiéticas.^{18,20} Desse modo, é possível perceber que exercer a advocacia envolve julgamentos éticos constantes e, frequentemente, implica questionar e confrontar valores, normas e práticas, de modo a garantir que os direitos dos pacientes sejam respeitados.

A crítica e a denúncia de situações reconhecidas como moralmente inadequadas constituem-se em exercício de poder, evidenciando que a *parresía* pode ser considerada uma importante ferramenta para romper com tais situações, beneficiando pacientes e a profissão da enfermagem. Contudo, destaca-se que o exercício da advocacia mediado pela *parresía* sempre implica numa tomada de posição que geralmente gera riscos e conflitos, visto que desencadeia diferenças de opinião acerca dos melhores interesses do paciente, desequilibrando as relações de poder entre enfermeiros e demais profissionais de saúde.²¹

Esses conflitos podem trazer riscos aos enfermeiros, como perder o emprego ou serem rotulados com uma imagem negativa, contribuindo para que se sintam inibidos para exercer poder e advogar pelos direitos do paciente nos seus ambientes de trabalho.^{4,20} No entanto, para os enfermeiros do presente estudo, que possuem estabilidade profissional, os riscos associados ao exercício da advocacia estão relacionados aos possíveis desconfortos em suas relações profissionais, o que não foi evidenciado como uma barreira à advocacia, visto que os enfermeiros refiram sentir-se aliviados ao defender os interesses dos pacientes.

Considera-se que há sempre implicações pessoais para qualquer enfermeiro que, ao advogar por um paciente, questione práticas de outros profissionais e a política da instituição de saúde.⁵ Contudo, à semelhança dos achados desse estudo, é possível perceber que, ao advogarem com sucesso para os pacientes, os enfermeiros podem aumentar sua satisfação profissional, autoconfiança e visibilidade da enfermagem,⁵ bem como, minimizar a possibilidade da ocorrência do sofrimento moral em suas vivências profissionais.

Desse modo, conforme identificado em estudos brasileiros acerca da vivência do sofrimento moral, o exercício da advocacia do paciente, em situações de conflitos éticos, pode gerar alívio para os trabalhadores de enfermagem, ou diferentemente, maior intensidade de sofrimento moral quando o profissional de enfermagem não consegue desempenhar esse papel de maneira que corresponda aos seus ideais.^{6-8,22-24}

Destaca-se que, mesmo que a *parresía* se faça presente nas ações cotidianas dos enfermeiros, o exercício da advocacia do paciente carrega consigo, inevitavelmente, o risco do insucesso, visto que as barreiras diante desse exercício são notórias, pautando-se na própria estrutura organizacional das instituições de saúde e nas relações de poder entre equipes médica e de enfermagem. Essas barreiras atuam desafiando e desencorajando os enfermeiros a agirem de acordo com seus conhecimentos e valores, implicando, muitas vezes, também, em situações reconhecidas como de sofrimento moral.

Contudo, numa perspectiva foucaultiana, não existe relação de poder sem resistência, sem a possibilidade de uma inversão da intensidade das relações de forças.¹⁴ Assim, toda relação de poder implica, ao menos, no desejo de luta, do enfrentamento que busca estabelecer uma nova relação de poder, transformando barreiras por meio de estratégias de resistência.^{14,23}

Não obstante, a dificuldade de exercer poder e de estabelecer pontos de resistência nas relações de poder também podem conduzir os enfermeiros ao sofrimento moral,^{14,23} comprometendo o exercício da advocacia do paciente. Nesse sentido, os enfermeiros pesquisados evidenciaram importantes estratégias e espaços de resistência diante de barreiras que podem comprometer o exercício da advocacia em seus ambientes de trabalho, demonstrando que optam não por permanecer indiferentes, mas por exercer poder e advogar pelos interesses dos pacientes.

Em relação à autonomia e à persistência em advogar pelos interesses do paciente, verificadas como estratégias de resistência, destaca-se que a impotência e a falta de autonomia do enfermeiro para tomar decisões fortalecem o desequilíbrio de forças com a equipe médica e podem constituir as principais barreiras ao exercício da advocacia.²⁰ Contrapondo os resultados deste estudo, é possível perceber que, em muitos contextos, os enfermeiros ainda permanecem imersos na aversão ao risco, na aculturação do silêncio e na conformidade em detrimento do conflito ou confronto,²⁰ o que possivelmente está relacionado ao fato de que os sujeitos deste estudo possuíam estabilidade profissional, favorecendo o exercício de sua autonomia e de sua liberdade para exercer poder e advogar pelos pacientes.

Ainda, inúmeras vezes, observa-se que enfermeiros se esquivam de examinar as decisões e ações da equipe médica, abdicando de sua responsabilidade como profissionais de saúde, o que reforça a concepção de que as barreiras à advocacia não residem apenas no desrespeito médico pelo conhecimento da enfermagem, mas também nas atitudes e práticas da própria profissão, comprometendo o exercício da advocacia. Contudo, conforme constatado nesse estudo, os conhecimentos e competências dos enfermeiros são considerados fatores determinantes no exercício da advocacia, podendo ser desenvolvidos na formação ou durante a experiência profissional, por meio de programas de educação continuada,¹⁹ oportunizando-lhes o preparo adequado para liderem com situações que necessitem da defesa dos direitos dos pacientes e favorecendo o exercício de poder e da advocacia nos ambientes em que atuam.

No que se refere a exigências de melhores condições de trabalho, também verificada como estratégia de resistência, pode-se afirmar que quando os enfermeiros exigem melhores condições organizacionais de trabalho, estão indiretamente advogando pelos pacientes.²⁵ Ainda, ao reivindicarem que suas responsabilidades éticas e profissionais sejam apoiadas pela instituição de saúde podem estar desempenhando importantes ações para advogar pelos pacientes.⁵

Nesse sentido, conforme constatado neste estudo, a direção da instituição e a coordenação de enfermagem podem ser consideradas importantes espaços de resistência, na medida em que reforçam e apoiam as ações desenvolvidas pelos enfermeiros, encorajando-os no exercício da advocacia.¹⁸ Diferentemente, em outros contextos, diversas vezes, os enfermeiros estão aptos e preparados para advogar por seus pacientes, mas não são capazes de defendê-los em virtude do modo como se organizam as instituições de saúde e, possivelmente, pelo desequilíbrio de poder vivenciado nos ambientes de trabalho e com a própria chefia.²⁵

Desse modo, para atuarem como advogados eficazes, os enfermeiros precisam buscar o apoio de seus empregadores e das instituições de trabalho, visto que os enfermeiros de maneira individual são capazes de reconhecer e advogar por problemas locais de seus pacientes, mas é praticamente impossível que enfrentem e promovam mudanças em problemas sistêmicos que afetam seus pacientes, o que poderia lhes ocasionar um sofrimento desnecessário.⁵ Desse modo, a expressão da advocacia do paciente como elemento coletivo, de ordem institucional, concreto e indissociável da prática profissional do enfermeiro poderá possibilitar o enfrentamento das barreiras que atualmente impedem a enfermagem de realmente fazer a diferença no contexto de saúde, culminando em potenciais benefícios aos pacientes e à profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros entrevistados, ao usufruírem de estabilidade profissional e vivenciarem maior abertura ao diálogo com a instituição, parecem sentir-se encorajados a advogar pelos interesses dos pacientes, mesmo quando as situações aparentam ser de difícil enfrentamento, utilizando-se da *parresía* e de estratégias de resistência para garantir a defesa dos interesses dos pacientes.

A *parresía*, manifestada pelo diálogo franco, pela coragem de falar a verdade e de romper com situações aparentemente percebidas como inquestionáveis nos ambientes de trabalhos dos enfermeiros parece contribuir para que pacientes sejam suficientemente informados para exercer sua autonomia e para defendê-los de práticas inadequadas executadas por outros profissionais de saúde. Contudo, quando a *parresía* não se mostra suficiente para exercer a advocacia, os enfermeiros parecem utilizar estratégias de resistência como caminhos de fortalecimento de seu exercício de poder, enfrentando barreiras que podem comprometer o exercício da advocacia, pautando-se, principalmente, na autonomia profissional, no conhecimento, na exigência de melhores condições de trabalho e no apoio da instituição e da coordenação de enfermagem para advogar de forma efetiva pelos interesses dos pacientes.

Destaca-se ainda que a estabilidade profissional e a abertura ao diálogo com a instituição, além de favorecer o exercício de poder dos enfermeiros e sua liberdade para advogar pelos pacientes, pode minimizar a ocorrência de sofrimento moral decorrente das dificuldades para resistir e enfrentar quem representa poder em seus ambientes de trabalho. Desse modo, o apoio das chefias e o reconhecimento da advocacia do paciente como parte integrante do trabalho, poderá estimular a prática da advocacia nos ambientes de atuação dos enfermeiros, beneficiando pacientes e profissionais e, evitando implicações, como o sofrimento moral.

Por fim, parece relevante questionar: os resultados desse estudo seriam semelhantes em outras instituições hospitalares? Como enfermeiros sem estabilidade profissional vêm exercendo a advocacia do paciente em seus ambientes de trabalho? Esses questionamentos conduzem à necessidade e à importância de prosseguir realizando estudos acerca do exercício da advocacia do paciente em outros contextos, especialmente, investigando se enfermeiros sem estabilidade profissional também são capazes de exercer poder e advogar pelos pacientes, pautando-se na *parresía* e na adoção de estratégias de resistência para enfrentar as barreiras que podem comprometer o exercício da advocacia.

REFERÊNCIAS

1. Annas GJ. The patient rights advocate: can nurses effectively fill the role? *Superv Nurse*. 1974 Jul; 5(7): 20-5.
2. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nurs Forum*. 2010 Apr-Jun; 45(2): 97-107.
3. Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Manag Nurs*. 2011 Mar;12(1): 25-32.
4. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M, Hallberg IR. Patient advocacy: barriers and facilitators. *BMC Nurs*. 2006 Mar; 5(3): 1-8.
5. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs Ethics*. 2010 Mar; 17(2): 247-54.
6. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev esc enferm USP*. 2012 Jun; 46(3):681-8.
7. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Feb; 21(1): 293-9.
8. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Moral distress in nursing personnel. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Feb; 21(spe): 79-87.
9. Hamric AB. What is happening to advocacy? *Nurs Outlook*. 2000 May-Jun; 48(3): 103-4.
10. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. Nursing advocacy in procedural pain care. *Nurs Ethics*. 2009 May; 16(3): 340-62.
11. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010 Mar; 17(2): 255-67.
12. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014 Jan 7. In press.
13. Josse-Eklund A, Jossebo M, Sandin-Bojo AK, Wilde-Larsson B, Petzall K. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy. *Nurs Ethics*. 2014 Jan 29. In Press.
14. Foucault M. *Microfísica do poder*. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2008.
15. Foucault M. *Fearless Speech*. Pearson J, editor. Los Angeles: Semiotext(e); 2001.
16. Drought T. Editorial Comment. Parrhesia as a conceptual metaphor for nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2007 Mar; 14(2): 127-8.
17. Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí; 2013.

18. Davis AJ, Konishi E, Tashiro M. A pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. *Nurs Ethics*. 2003 Jul; 10(4): 404-13.
19. O'Connor T, Kelly B. Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics*. 2005 Sep; 12(5): 453-67.
20. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M.. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. *Nurs Ethics*. 2008 Jul; 15(4): 457-67.
21. Sorensen R, Iedema R. Advocacy at end-of-life research design: an ethnographic study of an ICU. *Int J Nurs Stud*. 2007 Nov; 44(8): 1343-53.
22. Barlem ELD, Lunardi VL, Tomaschewski JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CRGB. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev esc enferm USP*. 2013 Apr; 47(2): 506-10.
23. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 Feb; 22(1): 35-42.
24. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implications of moral distress on nurses and its similarities with Burnout. *Texto contexto enferm*. 2012 Mar; 21(1): 200-28.
25. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva MRS, Dei Svaldi JS, Bulhosa MS. Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007 Jun; 15(3): 493-7.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa tese, apresentados sob forma de três artigos, permitiram compreender o fenômeno da advocacia do paciente no contexto da enfermagem brasileira, especificamente em relação aos enfermeiros, revelando que seu exercício está fortemente atrelado à coragem de exercer poder, de modo que os enfermeiros pesquisados parecem se utilizar da *parresía* e de estratégias de resistência para enfrentar os problemas cotidianos das realidades em que estão inseridos, garantindo a defesa efetiva dos interesses dos pacientes. Esses achados revelam o quanto a advocacia do paciente e as questões associadas ao seu exercício constituem uma temática a ser discutida, repensada e problematizada no ambiente de trabalho dos enfermeiros das inúmeras instituições de saúde do contexto brasileiro.

No primeiro artigo, intitulado "Adaptação transcultural e validação do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros", foi possível evidenciar que o *Protective Nursing Advocacy Scale* - versão brasileira, se constitui em um instrumento válido e confiável para avaliação das crenças e ações dos enfermeiros acerca da advocacia do paciente, contribuindo para orientar a prática da advocacia na enfermagem e fornecer bases para a pesquisa nessa área.

Mediante análise fatorial, foram identificados cinco constructos que explicam de maneira ampla o exercício da advocacia do paciente no contexto brasileiro: implicações negativas do exercício da advocacia; ações de advocacia; facilitadores ao exercício da advocacia; percepções que favorecem o exercício da advocacia; barreiras ao exercício da advocacia. Nesse sentido, a validação da versão brasileira do instrumento permitiu analisar as crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente em duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica.

Assim, utilizando-se de uma abordagem quantitativa, o segundo artigo da presente tese, denominado "Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar", permitiu evidenciar que os enfermeiros da amostra pesquisada acreditam que estão advogando pelos pacientes em seus ambientes de trabalho, concordando que devem advogar, especialmente, quando pacientes vulneráveis precisam da sua proteção em situações percebidas como prejudiciais. Os valores pessoais e a qualificação profissional foram identificados como principais fontes de apoio ao exercício da advocacia; barreiras

como *burnout* e sofrimento moral e a falta de dedicação à enfermagem não foram identificadas como obstáculos ao seu exercício.

Foi possível verificar, ainda, que os enfermeiros não parecem reconhecer implicações negativas do exercício da advocacia, uma vez que nem discordam/nem concordam que advogar pelos pacientes possa lhes trazer consequências negativas. Desse modo, acredita-se que quando os enfermeiros advogam pelos pacientes, pautam suas ações em valores reconhecidos como éticos na área da saúde, reconhecendo-se como mais protegidos em suas decisões e sentindo-se aliviados, mesmo diante das possíveis implicações do exercício da advocacia.

Destaca-se que não houve diferenças significativas em relação às crenças e ações dos enfermeiros de acordo com as instituições hospitalares pesquisadas, mesmo tratando-se de organizações distintas, uma pública e uma filantrópica. Esse achado se mostra relevante, uma vez que instituições hospitalares que proporcionam maior abertura ao diálogo, liberdade para agir e estabilidade profissional, contribuem de forma mais efetiva para que os enfermeiros advoguem pelos interesses dos pacientes. Assim, questiona-se: de que modo as características das instituições públicas e privadas vem favorecendo, ou não, o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros?

Na tentativa de aprofundar esses achados, a partir de uma abordagem qualitativa, no terceiro artigo, intitulado "Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana", foi possível evidenciar que os enfermeiros entrevistados, ao usufruírem de estabilidade profissional e vivenciarem maior abertura ao diálogo com a instituição, parecem sentir-se encorajados a advogar pelos interesses dos pacientes, mesmo quando as situações aparentam ser de difícil enfrentamento. Logo, utilizam-se da *parresía* e de estratégias de resistência para garantir a defesa dos interesses dos pacientes.

A *parresía*, manifestada pelo diálogo franco, pela coragem de falar a verdade e de romper com situações aparentemente percebidas como inquestionáveis nos ambientes de trabalhos dos enfermeiros parece contribuir para que pacientes sejam suficientemente informados para exercer sua autonomia e para defendê-los de práticas inadequadas executadas por outros profissionais de saúde. Contudo, quando a *parresía* não se mostra suficiente para exercer a advocacia, os enfermeiros parecem utilizar estratégias de resistência como caminhos de fortalecimento de seu exercício de poder, enfrentando barreiras que podem

comprometer o exercício da advocacia, pautando-se, principalmente, na autonomia profissional, no conhecimento, na exigência de melhores condições de trabalho e no apoio da instituição e da coordenação de enfermagem para advogar de forma efetiva pelos interesses dos pacientes.

Destaca-se ainda que a estabilidade profissional e a abertura ao diálogo com a instituição, além de favorecer o exercício de poder dos enfermeiros e sua liberdade para advogar pelos pacientes, pode minimizar a ocorrência de sofrimento moral decorrente das dificuldades para resistir e enfrentar quem representa poder em seus ambientes de trabalho. Desse modo, o apoio das chefias e o reconhecimento da advocacia do paciente como parte integrante do trabalho, poderá estimular a prática da advocacia nos ambientes de atuação dos enfermeiros, beneficiando pacientes e profissionais e, evitando implicações, como o sofrimento moral.

Buscando identificar possíveis relações entre os resultados das duas etapas dessa pesquisa, parece coerente afirmar que, apesar dos achados qualitativos demonstrarem que o apoio da instituição e a estabilidade profissional podem contribuir para o exercício efetivo da advocacia do paciente, os dados quantitativos não revelaram diferenças significativas entre a instituição hospitalar de caráter público e a filantrópica em relação às crenças e ações de enfermeiros acerca da advocacia do paciente.

Embora se considere que os enfermeiros que atuam em instituições públicas, que vivenciam uma maior abertura ao diálogo, com estabilidade profissional e menor carga de trabalho semanal possam realizar mais enfrentamentos e apresentar um exercício mais efetivo na defesa dos interesses dos pacientes, os enfermeiros que atuam em instituições privadas também parecem encontrar espaços para resistir e exercer a advocacia.

Desse modo, apesar de se reconhecer que as barreiras diante do exercício da advocacia do paciente são notórias, pautando-se na própria estrutura organizacional das instituições de saúde, desafiando e desencorajando os enfermeiros a agirem de acordo com seus conhecimentos e valores, é possível que, independentemente do caráter da instituição em que atuam, mediante manifestações de exercício poder, os enfermeiros resistam e enfrentem quem representa poder em seus ambientes de atuação, ultrapassando as barreiras para advogar pelos pacientes e evitando implicações, como sofrimento moral.

Tal constatação, permite confirmar a tese de que:

Os enfermeiros reconhecem suas ações como advogados do paciente e utilizam-se da *parresía* e de estratégias de resistência para enfrentar as barreiras que comprometem seu exercício.

Assim, as barreiras que comumente comprometem o exercício da advocacia podem ser enfrentadas, especialmente, quando os enfermeiros utilizam sua capacidade de exercer poder e resistir, reconhecendo-se como *parresíastas*, evidenciando sua relação direta com a verdade e compreendendo a advocacia do paciente como um dever para auxiliar os outros e a si mesmos, apesar das suas possíveis implicações. Esses resultados reforçam, ainda, que diferenças em relação ao exercício da advocacia do paciente, assim como das possibilidades de exercer a *parresía* e resistir, estão atrelados mais ao âmbito dos sujeitos do que de suas instituições, em uma relação de si para consigo próprios, com os outros e com a verdade.

Acredita-se que a possibilidade de ultrapassar e romper com barreiras que podem comprometer o exercício da advocacia pode se concretizar sempre que os enfermeiros se utilizarem do diálogo franco e verdadeiro, da crítica e da denúncia, buscando construir formas de resistência diante de situações que reconhecem como moralmente incorretas em seus ambientes de trabalho. Considera-se, ainda, que a adoção da advocacia do paciente como elemento coletivo, de ordem institucional, concreto e indissociável da prática profissional do enfermeiro, possibilitará o enfrentamento de barreiras que atualmente impedem a enfermagem de realmente fazer a diferença no contexto de saúde, culminando em potenciais benefícios aos pacientes e à profissão.

Além disso, acredita-se que a priorização de espaços para discussões e reflexões acerca da advocacia do paciente, tanto nos cursos de graduação em enfermagem como nos serviços de educação permanente, com ênfase na problematização das situações que os enfermeiros possam vir a experimentar ao advogar pelos pacientes, pode contribuir para o exercício efetivo da advocacia do paciente pelos enfermeiros em seus ambientes de trabalho. Logo, sugere-se novas investigações que busquem explorar as relações existentes entre a formação profissional para exercer o papel de advogado do paciente, as habilidades necessárias e as competências específicas para essa tarefa.

Por fim, parece relevante questionar: os resultados desse estudo seriam semelhantes em outras instituições hospitalares? Como enfermeiros sem estabilidade profissional vêm exercendo a advocacia do paciente em seus ambientes de trabalho? Esses questionamentos conduzem à necessidade e a importância de prosseguir realizando estudos acerca do exercício da advocacia do paciente em outros contextos institucionais frente à relevância de se aprofundar, entre outros, particularidades da relação existente entre a estabilidade profissional dos enfermeiros e suas crenças e ações em relação ao exercício da advocacia do paciente.

Como limitações dessa pesquisa, destaca-se que ela foi conduzida em uma amostra específica de enfermeiros de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, o que não permite a generalização dos seus resultados, uma vez que a amostra, apesar de representativa, possivelmente não se assemelha aos múltiplos contextos de saúde existentes no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALTUN, I.; ERSOY, N. Undertaking the role of patient advocate: a longitudinal study of nursing students. **Nursing Ethics**, v. 10, n. 5, p. 462-71, 2003.

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

ANNAS, G. J. The patient rights advocate: can nurses effectively fill the role? **Supervisor Nurse**, v. 5, n. 7, p. 20–5, 1974.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

BARLEM, E. L. D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira**. 2009. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.

_____. **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana**. 2012. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

BARLEM, E. L. D. et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. esp, p. 79-87, 2013a.

BARLEM, E. L. D. et al. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 293-9, 2013b.

BARLEM, E. L. D. et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 506-10, 2013c.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000.

BOYLE, H. J. Patient advocacy in the perioperative setting. **AORN Journal**, v. 82, n. 2, p. 250-62, 2005.

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

BU, X.; JEZEWSKI, M. A. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 57, n. 1, p. 101-10, 2007.

BU, X.; WU, Y. B. Development and psychometric evaluation of the instrument: attitude toward patient advocacy. **Research in Nursing & Health**, v. 31, n.1, p. 63-75, 2008.

BULHOSA, M. S. **Sofrimento moral no trabalho da enfermagem**. 2006. 82 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2006.

BULL, R.; FITZGERALD, M. Nurses' Advocacy in an Australian Operating Department. **AORN Journal**, v. 79, n. 6, p. 1265-74, 2004.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Relatórios**. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 05 de novembro de 2013.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CATHAIN, A. O.; THOMAS, K. Combinando métodos qualitativos e quantitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

CAWLEY, T.; MCNAMARA, P. M. Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. **Public Health Nursing**, v. 28, n. 2, p. 150-8.

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nursing Ethics*. 2014 Jan 7. In press.

CORLEY, M. C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v. 9, n. 6, p. 636-50, 2002.

CORLEY, M. C. et al. Nurse moral distress and ethical work environment. **Nursing Ethics**, v.12, n.4, p.381-90, 2005.

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

CURTIN L. L. The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. **Advances in nursing science**, v. 1, n. 3, p. 1-10, 1979.

DALMOLIN, G. L. **O sofrimento moral para os trabalhadores de enfermagem no desempenho profissional**: aproximações e distanciamentos de duas realidades. 2007. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia) - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2007.

_____. **Sufrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras**: uma revisão integrativa. 2009. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.

_____. **Sufrimento moral e síndrome de *burnout***: relações nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem. 2012. 174f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

DALMOLIN, G. L. et al. Implications of moral distress on nurses and its similarities with Burnout. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n.1, p.200-28, 2012.

DALMOLIN, G. L. et al. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014.

DAVIS, A. J.; KONISHI, E.; TASHIRO, M. A pilot study of selected japanese nurses' ideas on patient advocacy. **Nursing Ethics**, v. 10, n. 4, p. 404-13, 2003.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DROUGHT, T. Editorial Comment. Parrhesia as a conceptual metaphor for nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v. 14, n. 2, p. 127-8, 2007.

ERLEN, J. A. Moral distress: a pervasive problem. **Orthopaedic Nursing**, v. 20, n. 2, p. 76-80, 2001.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOUCAULT, M. **La philosophie analytique de la politique**. In: Dits et Ecrits III. Paris: Galimard, 1994.

_____. **O uso dos prazeres**. História da Sexualidade II. Rio de Janeiro: Graal, 1984

_____. **A vontade de saber**. História da sexualidade. 1. ed. São Paulo: Graal, 1988.

_____. **Fearless Speech**. PEARSON, J, editor. Los Angeles: Semiotext(e), 2001.

_____. **Ditos e escritos IV**. Estratégia, Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Microfísica do poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

_____. **O governo de si e dos outros**. GROS, F, editor. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

_____. **El coraj de la verdad**: el gobierno de sí e de los otros II. GROS, F, editor. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010b.

FOWLER, M. D. Social advocacy: ethical issues in critical care. **Heart & lung**: the journal of critical care, v. 18, n. 1, p. 97-9, 1989.

GADOW, S. Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In: SPICKER, S. F; GADOW, S. (Ed.) **Nursing**: images and ideals. New York: Springer, 1980. p. 79-101.

_____. An ethical case for patient self-determination. **Seminars in oncology nursing**, v. 5, n. 2, p 99-101, 1989.

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

GOSSELIN-ACOMB, T. K. et al. Nursing advocacy in North Carolina. **Oncology nursing forum**, v. 34, n. 5, p. 1070-4, 2007.

GRACE, P. J. Professional advocacy: widening the scope of accountability. **Nursing Philosophy**, v.2, n.2, p. 151-62, 2001.

GROS, F. (org). **Foucault: a coragem da verdade**. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.

HAM, K. Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 35, n. 2, p. 66-73, 2004.

HAMRIC, A. B. What is happening to advocacy? **Nursing Outlook**, v. 48, n. 3, p. 103-4, 2000.

HANNA, D. R. The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortions. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 19, n. 1, p. 95-124, 2005.

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

_____. Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. **Nursing Forum**, v. 42, n. 4, p. 171-7, 2007.

_____. The lived experience of nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 4, p. 468-77, 2008.

_____. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. **Nursing Forum**, v. 45, n. 2, p. 97-107, 2010a.

_____. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 2, p. 255-67, 2010b.

HARDINGHAM, L. B. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. **Nursing Philosophy**, v. 5, n. 1, p. 127-34, 2004.

HEBERT, K; MOORE H; ROONEY J. The nurse advocate in end-of-Life care. **The Ochsner Journal**, v. 11, n. 4, p. 325-9, 2011.

HILL, M. M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. Lisboa: Editora Sílabo, 2012.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HYLAND, D. An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice. **Nursing Ethics**, v. 9, n. 5, p. 472-82, 2002.

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

JOSSE-EKLUND, A. et al. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy. *Nursing Ethics*. 2014 Jan 29. In Press.

KOHNKE, M. F. The nurse as advocate. **American Journal of Nursing**, v. 80, n.11, p. 2038-40, 1980.

LLEWELLYN, P.; NORTHWAY, R. An investigation into the advocacy role of the learning disability nurse. **Journal of Research in Nursing**, v. 12, n. 2, p. 147-61, 2007a.

LLEWELLYN, P.; NORTHWAY, R. The views and experiences of learning disability nurses concerning their advocacy education. **Nurse Education Today**, v. 27, n.8, p. 955–63, 2007b.

LUNARDI, V. L. et al. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 599-603, 2009.

LUNARDI, V. L. et al. Nursing ethics and its relation with power and work organization. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 493-7, 2007.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26. ed. São Paulo: Edições Graal, 2008.

MAHLIN, M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 2, p. 247–54, 2010.

McGRATH, P.; HOLEWA, H.; MCGRATH, Z. Nursing advocacy in an Australian multidisciplinary context: findings on medico-centrism. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 20, n. 4, p. 394-402, 2006.

McSTEEN, K.; PEDEN-McALPINE, C. The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. **Journal of hospice and palliative nursing**, v. 8, n. 5, p. 259-68, 2006.

MOBLEY, M. J. et al. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 23, n. 1, p. 256-63, 2007.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência e educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência e educação**, v. 12, n. 1, p. 117-28, 2006.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2013.

NEGARANDEH, R. et al. Patient advocacy: barriers and facilitators. **BMC Nursing**, v. 5, n. 3, p. 1-8, 2006.

NEGARANDEH, R. et al. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 4, p. 457-67, 2008.

O'CONNOR, T.; KELLY, B. Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. **Nursing Ethics**, v. 12, n. 5, p. 453-67, 2005.

PAVLISH, C.; HO, A.; ROUNKLE, A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. **Nursing Ethics**, v. 19, n. 4, p. 538-49, 2012.

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida**: de Canguilhem a Foucault. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SCHLAIRET, M. C. Bioethics mediation: The role and importance of nursing advocacy. **Nursing Outlook**, v. 57, n. 4, p. 185-93, 2009.

SEAL, M. Patient advocacy and advance care planning in the acute hospital setting. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 4, p. 29-36, 2007.

SIMMONDS, A. H. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 3, p. 360-70, 2008.

SORENSEN, R.; IEDEMA, R. Advocacy at end-of-life research design: an ethnographic study of an ICU. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 8, p. 1343-53, 2007.

SPENCELEY, S. M.; REUTTER, L.; ALLEN, M. N. The road less traveled: nursing advocacy at the policy level. **Policy, politics and nursing practice**, v. 7, n. 3, p 180-94, 2006.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ROSSETTI, J.; FOX, P. G.; BURNS, K. Advocating for the Rights of the Mentally Ill: A Global Issue. **The international journal of psychiatric nursing research**, v. 11, n. 1, p. 1211-7, 2005.

THACKER, K. S. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 2, p. 174-85, 2008.

VAARTIO, H.; LEINO-KILPI, H. Nursing advocacy: a review of the empirical research 1990–2003. **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, n.6, p. 705–14, 2005.

VAARTIO, H. et al. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 20, n. 3, p. 282-92, 2006.

VAARTIO, H. et al. The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 5, p. 504–13, 2008.

VAARTIO, H. et al. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. **Nursing Ethics**, v. 16, n. 3, p. 340-62, 2009a.

VAARTIO, H. et al. Measuring nursing advocacy in procedural pain care. Development and validation of an instrument. **Pain management nursing**, v. 10, n. 4, p. 206-19, 2009b.

VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 893-8, 2012.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009.

ZOMORODI, M.; FOLEY, B. J. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 8, p. 1746-52, 2009.

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 management nursing**, v. 12, n. 1, p. 25-32, 2011.

WELCHMAN, J.; GRIENER, G. G. Patient advocacy and professional associations: individual and collective responsibilities. **Nursing Ethics**, v. 12, n. 3, p. 296-304, 2005.

APÊNDICE A
ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PARA ENFERMEIROS¹⁰

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de formação: _____ Tempo de atuação profissional: _____

Instituição de trabalho: () HU/FURG () A.C. Santa Casa do Rio Grande

Unidade de trabalho: _____

Tipo de unidade: () SUS () Privada () Mista

Carga horária de trabalho semanal: () 30h () 36h () 40h

Outros cursos concluídos: () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado

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

Ocorrem reuniões na sua unidade de trabalho? () Não () Sim

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

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

Questões		Discordo totalmente	Discordo mais que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais que discordo	Concordo totalmente
1	Os pacientes precisam de enfermeiros que ajam nos seus interesses					

¹⁰ Protective Nursing advocacy Scale (PNAS) - Versão Brasileira" (PNAS-VB), adaptada transculturalmente do instrumento original Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS) (HANKS, 2010b).

2	É legalmente exigido que os enfermeiros ajam como advogados dos pacientes quando se percebe que esses estão em perigo					
3	Como enfermeiro, mantenho o melhor interesse do paciente como o principal foco da advocacia em enfermagem					
4	Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes					
5	Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado					
6	Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado					
7	Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente					
8	Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado					
9	Eu estou advogando para o paciente quando eu protejo os seus direitos no ambiente de cuidados de saúde					
10	Estou agindo como advogado do paciente quando estou protegendo pacientes vulneráveis de ameaças					
11	Eu ofereço advocacia do paciente para proteger os pacientes somente quando necessário no ambiente de cuidados de saúde					
12	Enfermeiros que agem em nome do paciente estão preservando a dignidade do mesmo					
13	Eu examino detalhadamente as circunstâncias que me fazem agir como advogado do paciente					
14	Eu utilizo canais organizacionais para agir como advogado do paciente					
15	Eu me beneficiaria dos conselhos de comissões de ética para ser um advogado do paciente mais eficaz					
16	Falta de tempo inibe a minha habilidade de agir como advogado do paciente					
17	Enfermeiros praticam mais a advocacia do paciente quando estão em um ambiente de trabalho tolerante					
18	Enfermeiros que são apoiados pelos médicos são melhores advogados dos pacientes					
19	Eu consigo ser um melhor advogado do paciente porque tenho mais autoconfiança					
20	Enfermeiros que estão comprometidos a fornecer um bom cuidado ao paciente são melhores advogados do paciente					
21	Uma maior dedicação à enfermagem aumenta a habilidade do enfermeiro de ser um advogado do paciente					
22	Uma maior qualificação em enfermagem melhora a eficácia do enfermeiro na advocacia do paciente					
23	Eu duvido das minhas próprias habilidades de oferecer advocacia aos pacientes					

24	Enfermeiros não oferecem advocacia aos pacientes no ambiente clínico					
25	Eu sou eticamente obrigado a falar pelos pacientes quando eles são ameaçados					
26	Enfermeiros que fornecem informações aos pacientes sobre seus cuidados estão agindo como seus advogados					
27	Os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender					
28	Pacientes vulneráveis precisam da minha proteção em situações prejudiciais					
29	Uma maior experiência em enfermagem não aumenta a habilidade do enfermeiro de agir como advogado do paciente					
30	Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente					
31	Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores					
32	Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos					
33	Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores					
34	Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco					
35	Quando os enfermeiros agem como advogados dos pacientes, eles não estão apoiando os pacientes					
36	Os enfermeiros podem proteger os pacientes de situações prejudiciais impedindo que um procedimento ocorra					
37	Os enfermeiros estão agindo como advogados dos pacientes quando protegem os direitos dos pacientes de tomar suas próprias decisões					
38	Os enfermeiros devem advogar pelos pacientes quando os tratamentos causam sofrimento sem benefício					
39	Quanto mais anos eu trabalho na enfermagem, menos eficaz eu sou na advocacia para os pacientes					
40	Eu sou menos eficaz em falar pelos pacientes quando estou cansado					
41	Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (<i>burnout</i>) e/ou sofrimento moral					
42	Porque eu não gosto de trabalhar como enfermeiro, eu tenho menos vontade de agir como advogado do paciente					
43	Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente					

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Etapa quantitativa

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa intitulada: O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS: UMA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA. Fui esclarecido (a) também, sobre o objetivo geral do estudo: compreender como os enfermeiros tem exercido a advocacia do paciente; e sobre os objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros; analisar crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar.

A metodologia do estudo prevê, para a coleta dos dados, a aplicação do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale*, adaptado transculturalmente para o contexto brasileiro, contendo uma parte inicial de caracterização dos sujeitos.

Obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos à integridade física dos (as) participantes. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para o trabalho da enfermagem, uma vez que o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros constitui um tema pouco explorado no contexto brasileiro e, o seu reconhecimento poderá trazer benefícios para pacientes, profissionais e instituições de saúde.

Estou ciente, ainda, da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; da garantia de ter minhas dúvidas esclarecidas antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da segurança de ter privacidade individual, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização dessa pesquisa; da garantia de retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo, assegurando-me condições de acompanhar esses processos e também a garantia de que serão sustentados os preceitos Éticos e Legais conforme a Resolução 466/12 da CONEP/MS (Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Jamila Geri Tomaschewski-Barlem

Valéria Lerch Lunardi
Responsável pela pesquisa:
Rua General Osório, SN
96201-040 / Rio Grande - RS
Tel: (053) 3233.0302

APÊNDICE C

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados de Identificação:

1. Idade:
2. Sexo:
3. Ano de formação:
4. Unidade de trabalho:
5. Tempo de atuação profissional:
6. Outros cursos realizados (especialização, mestrado, doutorado):

Questões Norteadoras da Entrevista:

1. Como vês teu trabalho como enfermeiro no dia a dia? Consegues desenvolver aquilo que acreditas que deve ser feito no teu cotidiano de trabalho? Exemplifique.
2. Poderias descrever situações vivenciadas em teu ambiente de trabalho, em que acreditas que advogou por um paciente.
3. Nessa(s) situação(ões), enfrentaste dificuldades para exercer a advocacia? Existiram resistências frente as tuas ações?
4. Quais fatores contribuíram para o exercício da advocacia na(s) situação(ões) que vivenciaste?
5. O fato de teres advogado pelo paciente te trouxe alguma consequência no ambiente de trabalho? Em caso afirmativo, como reagiste frente a isso? Acreditas que quando advogas por um paciente, poderás sofrer consequências em teu ambiente de trabalho? Poderias falar sobre isso.
6. Quando identificas uma situação em que é necessário advogar pelo paciente, mas não consegue exercer a advocacia, como te sentes? O que costumás fazer nessas situações?
7. Consideras que algo deveria ser implementado no intuito de auxiliar os enfermeiros a exercerem a advocacia do paciente? Poderias falar sobre isso.
8. O que significa para ti exercer a advocacia do paciente na enfermagem?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Etapa qualitativa

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa intitulada: O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE PELOS ENFERMEIROS: UMA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA. Fui esclarecido (a) também, sobre o objetivo geral do estudo: Compreender como os enfermeiros tem exercido a advocacia do paciente; e sobre o objetivo específico: conhecer como os enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar

A metodologia utilizada no estudo está baseada numa abordagem qualitativa, com caráter exploratório descritivo, prevendo a utilização de entrevista semiestruturada gravada.

Obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos à integridade física dos (as) participantes. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para o trabalho da enfermagem, uma vez que o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros constitui um tema pouco explorado no contexto brasileiro e, o seu reconhecimento poderá trazer benefícios para pacientes, profissionais e instituições de saúde.

Estou ciente, ainda da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; garantia de ter minhas dúvidas esclarecidas antes e durante o desenvolvimento deste estudo; segurança de ter privacidade individual, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização dessa pesquisa; garantia de retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo assegurando-me condições de acompanhar esses processos e também a garantia de que serão sustentados os preceitos Éticos e Legais conforme a Resolução 466/12 da CONEP/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Jamila Geri Tomaschewski-Barlem

Valéria Lerch Lunardi
Responsável pela pesquisa:
Rua General Osório, SN
96201-040 / Rio Grande - RS
Tel: (053) 3233.0302

APÊNDICE E
SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezados diretores,

Como estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem da FURG, orientada pela Professora Dra. Valéria Lerch Lunardi, venho por meio deste solicitar a sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “**O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros: uma perspectiva foucaultiana**”, junto aos enfermeiros de sua instituição.

Tenho como **objetivo geral**: compreender como os enfermeiros tem exercido a advocacia do paciente; e como **objetivos específicos**: adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros; analisar crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar; conhecer como os enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar. A metodologia utilizada no estudo consiste na realização de uma etapa quantitativa e uma etapa qualitativa. A etapa quantitativa prevê a aplicação do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para a coleta dos dados. A etapa qualitativa, com caráter exploratório descritivo, prevê a utilização de entrevista semiestruturada gravada.

Fica assegurado, pelo compromisso ético, manter o anonimato de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como resguardar a instituição, conforme a Resolução 466/12 do CONEP/MS.

Contando, desde já com vosso apoio, agradeço pela oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Cordialmente
Jamila Geri Tomaschewski-Barlem
Valéria Lerch Lunardi
Contato: e-mail: jamila_tomaschewski@hotmail.com

Ciente. De acordo

Data:

Responsável pela Instituição: _____

Coordenação de enfermagem: _____

ANEXO I

ITENS DA *PROTECTIVE NURSING ADVOCACY SCALE* - PNAS

ESCALA PROPOSTA E VALIDADA POR HANKS (2010B)

- 1 Patients need nurses to act on the patients' behalf
- 2 Nurses are legally required to act as patient advocates when patients are perceived to be in danger
- 3 As the nurse, I keep my patient's best interest as the main focus of nursing advocacy
- 4 Nurses who understand the benefits of patient advocacy are better patient advocates
- 5 I am acting on my patient's behalf when I am acting as my patient's advocate
- 6 I speak out on my patient's behalf when I am acting as my patient's advocate
- 7 I am acting as my patient's voice when I am advocating for my patient
- 8 I am acting as the patient's representative when I am acting as the patient's advocate
- 9 I am advocating for my patient when I protect my patient's rights in the health care environment
- 10 I am acting as a patient advocate when I am protecting vulnerable patients from harm
- 11 I provide patient advocacy to protect my patients only when necessary in the health care environment
- 12 Nurses that act on a patient's behalf are preserving the patient's dignity
- 13 I scrutinize circumstances that cause me to act as a patient advocate
- 14 I utilize organizational channels to act as a patient advocate
- 15 I would benefit from the advice of ethics committees to be a more effective patient advocate
- 16 Lack of time inhibits my ability to act as a patient advocate
- 17 Nurses practice patient advocacy more when they are working in a tolerant work environment
- 18 Nurses who are supported by physicians are better patient advocates
- 19 I am able to be a better patient advocate because I have more self-confidence
- 20 Nurses that are committed to providing good patient care are better patient advocates
- 21 Increased dedication to nursing increases the nurse's ability to act as a patient advocate
- 22 Increased nursing education enhances the nurse's effectiveness in patient advocacy

- 23 I doubt my own abilities to provide advocacy for my patients
- 24 Nurses do not provide advocacy for their patients in the clinical setting
- 25 I am ethically obligated to speak out for my patients when they are threatened by harm
- 26 Nurses that provide information to patients about patient care are acting as patient advocates
- 27 Patients have varying degrees of ability to advocate for themselves
- 28 Vulnerable patients need my protection in harmful situations
- 29 Increased nursing experience does not increase the nurse's ability to act as a patient advocate
- 30 I may suffer risks to my employment when acting as a patient advocate
- 31 Nurses that speak out on behalf of patients may face retribution from employers
- 32 I may be punished for my actions by my employer when I inform my patients of their own rights
- 33 Nurses that speak out on behalf of vulnerable patients may be labeled as disruptive by employers
- 34 When nurses inform and educate patients about patients' rights in the clinical setting, the nurses may place their employment at risk
- 35 When nurses act as patient advocates, they are not supporting patients
- 36 Nurses can protect patients from harmful situations by physically barring a procedure from occurring
- 37 Nurses are acting as advocates when nurses protect the right of patients to make their own decisions
- 38 Nurses should not advocate for patients when treatments cause suffering without patient benefit
- 39 The more years that I work in nursing, the less effective I am at advocating for my patients
- 40 I am less effective at speaking out for my patients when I am tired
- 41 I am not an effective advocate because I am suffering burnout
- 42 Because I don't like working as a nurse, I am less willing to act as a patient advocate
- 43 I lack the dedication to the nursing profession to act as a patient advocate

ANEXO II**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 097/ 2013**CEPAS 53/2013**

23116.003456/2013-52

ADVOCACIA DO PACIENTE E COPING NA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE EXERCÍCIO DE PODER MEDIANTE VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL

Pesq. Resp.: Edison Luiz Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**ADVOCACIA DO PACIENTE E COPING NA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE EXERCÍCIO DE PODER MEDIANTE VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL**".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório semestral de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/07/2015

Rio Grande, RS, 18 de junho de 2013.

Prof^a. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG