



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

Nursing beliefs and actions in exercising patient advocacy in a hospital context

Creencias y acciones de enfermeros en el ejercicio de la defensa del paciente en el marco hospitalario

Jamila Geri Tomaschewski-Barlem¹, Valéria Lerch Lunardi¹, Edison Luiz Devos Barlem¹, Aline Marcelino Ramos², Aline Belletti Figueira², Nerizane Cerutti Fornari¹

* Extraído da tese “O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros: uma perspectiva foucaultiana”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2014.

¹ Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Analyzing beliefs and actions of nurses in exercising patient advocacy in a hospital context. **Method:** A quantitative cross-sectional exploratory and descriptive study, conducted with 153 nurses from two hospitals in southern Brazil, one public and one philanthropic, by applying *Protective Nursing Advocacy Scale* - Brazilian version. Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of variance. **Results:** Nurses believe they are advocating for patients in their workplaces, and agree that they should advocate, especially when vulnerable patients need their protection. Personal values and professional skills have been identified as major sources of support for the practice of advocacy. **Conclusion:** Nurses do not disagree nor agree that advocating for patients in their working environments can bring them negative consequences. It is necessary to recognize how the characteristics of public and private institutions have helped or not helped in exercising patient advocacy by nurses.

DESCRIPTORS

Patient Advocacy; Patient Rights; Nurse-Patient Relations; Ethics, Nursing; Nurse's Role.

Autor Correspondente:

Jamila Geri Tomaschewski-Barlem
Rua General Osório, SN
CEP 96200-400 – Rio Grande, RS, Brasil
jamilabarlem@furg.br

Recebido: 12/08/2014
Aprovado: 05/05/2015

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 em saúde, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes⁽⁷⁻⁹⁾.

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 expressarem 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⁽¹⁰⁾.

Ao assumirem o compromisso moral de exercer a advocacia do paciente, os enfermeiros podem demonstrar que estão em uma posição única nas relações de saúde, podendo auxiliar os pacientes ao esclarecerem os objetivos dos seus tratamentos e na tomada de decisões de saúde relacionadas, bem como enfrentar os diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder^(7,10-11). 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, nem mesmo modificadas⁽¹²⁾. Assim, o exercício da *parresía*, como uma manifestação do 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⁽¹³⁾.

Contudo, cotidianamente, os enfermeiros podem reconhecer-se 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, consequentemente, o exercício da advocacia do paciente.

As relações de poder apresentam uma dimensão produtiva nas relações humanas, pois há todo um conjunto de ações e reações que podem ser exercidas entre indivíduos⁽¹⁴⁾. 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⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, revelando formas de resistência éticas.

Enquanto no cenário internacional a temática advocacia do paciente já vem sendo amplamente investigada, no contexto brasileiro não são encontrados estudos acerca das crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, o que justifica a realização desse estudo. Identificar as crenças e ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto brasileiro pode contribuir para a compreensão do modo como os enfermeiros vêm realizando enfrentamentos para agir em defesa dos interesses dos pacientes, demonstrando a relevância desse estudo.

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 aos 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⁽¹⁷⁾, 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⁽¹⁷⁾, 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 desta pesquisa⁽¹⁸⁾ a partir do instrumento original *Protective Nursing Advocacy Scale*⁽⁸⁾. O instrumento original⁽⁸⁾ 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*.

O instrumento foi adaptado culturalmente para o contexto brasileiro segundo recomendações internacionais, mediante as etapas de tradução inicial, síntese das traduções, *back translation*, comitê de especialistas, pré-teste e revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores, o que permitiu considerar a validade de face e conteúdo do instrumento como satisfatória. A validação de constructo do instrumento para utilização no contexto brasileiro foi realizada através de análise fatorial e alfa de Cronbach. Das 43 questões propostas pelo instrumento, mediante análise fatorial, 20 foram validadas para este 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 alfa de Cronbach do instrumento apresentou valor 0,78, enquanto os coeficientes dos cinco constructos situaram-se entre 0,70 e 0,87, valores considerados elevados para estudos exploratórios.

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 (TCLE). Após a dis-

tribuição 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 nº 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 sete 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 seis 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, principalmente quando estes estão vulneráveis, precisando de 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 em saúde.

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 em saúde. 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 realizar 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, RS, Brasil, 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 (burnout) 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 tem-

po 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.

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

	n	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	
		m	p	m	p	m	p	m	p	m	P
Sexo			,288		,826		,888		,870		,170
Feminino	135	3,00		3,96		4,27		4,30		1,85	
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	

continua...

...continuação

	n	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	
		m	p	m	p	m	p	m	p	m	p
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 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.

Além disso, 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 aos pacientes do SUS apresentam maior discordância em relação às barreiras para exercer a advocacia quando comparados aos enfermeiros que atendem aos pacientes de unidades mistas (SUS/conveniências/particulares). Destaca-se que não houve diferenças significativas com relação às crenças e ações dos enfermeiros de acordo com as instituições hospitalares pesquisadas, mesmo se tratando de organizações distintas, uma pública e uma filantrópica.

DISCUSSÃO

As crenças dos enfermeiros acerca do 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 os pacientes vulneráveis precisam da sua proteção em situações prejudiciais, concordando que eles apresentam graus variados de habilidade para se defender⁽¹⁹⁾.

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⁽¹⁹⁾. 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 realizá-las⁽¹⁹⁾.

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 têm 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⁽¹⁹⁻²⁰⁾. 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⁽²¹⁾.

Ainda, no que se refere ao constructo *percepções que favorecem o exercício da advocacia*, os enfermeiros concordam que o entendimento dos benefícios da advocacia em saúde 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 *parresia*, 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 *parresia*, mesmo diante de possíveis riscos e conflitos, visto que a atitude de dizer a verdade constitui um dever para auxiliar os outros e a si mesmo⁽¹²⁾.

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, principalmente, 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^(7,15,19).

Estudos realizados acerca da advocacia em saúde 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^(7,15). Desse modo, é necessário que os enfermeiros reconheçam as situações em que os pacientes precisam de um advogado

em saúde, quais os interesses do paciente e que ações devem ser tomadas para preservar, representar ou protegê-los⁽¹⁹⁾.

Nesse sentido, as ações de advocacia em saúde 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 em saúde 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⁽²²⁾.

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 em saúde. 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 provém do seu autovalor profissional^(7,16,23-24).

Do mesmo modo, os conhecimentos e competências dos enfermeiros são considerados fatores determinantes no exercício da advocacia em saúde, podendo ser desenvolvidos na formação e/ou durante a experiência profissional, por meio de programas de educação continuada^(20,24-25), oportunizando-lhes o preparo adequado para lidarem 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.

Não obstante, a eficácia das ações de advocacia do paciente não depende apenas das características, competências e conhecimentos dos enfermeiros como advogados em saúde, mas de um ambiente de receptividade a essa atuação. Por conseguinte, é importante ressaltar que a advocacia do paciente ocorre sempre em um ambiente social, de modo que o exercício da advocacia pode implicar consequências 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 possa 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. Dessa forma, é possível inferir que ao advogarem com sucesso para os pacientes os enfermeiros podem aumentar sua satisfação profissional, autoconfiança, credibilidade e visibilidade da enfermagem⁽¹⁰⁾, 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 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 associadas não ao abandono da profissão pelos enfermeiros, mas ao afastamento de seus valores, crenças e, por fim, dos próprios ideais da profissão^(3,6,26), o que pode comprometer o exercício da advocacia do paciente.

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 do paciente.

Destaca-se que estudos referentes à 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^(7,24). 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 saúde 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 aos pacientes do SUS, quando comparados aos demais que atendem aos 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 aos 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⁾. Todavia, 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 defenderem-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 se

constituir em importantes razões para advogar. Nessa perspectiva, 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⁽²⁷⁻²⁹⁾.

CONCLUSÃO

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 parecem não 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 do paciente.

Destaca-se que não houve diferenças significativas em relação às crenças e ações dos enfermeiros de acordo com as instituições hospitalares pesquisadas, mesmo se tratando 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 particularidades da relação existente entre a estabilidade profissional dos enfermeiros e suas crenças e ações em relação ao exercício da advocacia do paciente.

Como limitação desta 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.

RESUMO

Objetivo: Analisar as crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. **Método:** Estudo quantitativo, 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. Os valores pessoais e a qualificação profissional foram identificados como principais fontes de apoio ao exercício da advocacia. **Conclusão:** Os enfermeiros nem discordam e nem concordam que advogar pelos pacientes em seus ambientes de trabalho possa lhes trazer consequências negativas. Faz-se necessário reconhecer como as características das instituições públicas e privadas vêm favorecendo, ou não, o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros.

DESCRIPTORIOS

Defesa do Paciente; Direitos do Paciente; Relações Enfermeiro-Paciente; Ética em Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las creencias y acciones de enfermeros en el ejercicio de la defensa del paciente en el marco hospitalario. **Método:** Estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo, con corte transversal, realizado con 153 enfermeros de dos instituciones hospitalarias del sur de Brasil, una pública y una filantrópica, mediante aplicación del *Protective Nursing Advocacy Scale* – versión brasileña. Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva y análisis de varianza. **Resultados:** Los enfermeros creen que están luchando por los pacientes en sus ambientes laborales, concordando que deben defenderlos, especialmente cuando los pacientes vulnerables necesitan su protección. Los valores personales y la calificación profesional fueron identificados como las principales fuentes de apoyo al ejercicio de la defensa. **Conclusión:** Los enfermeros no están de acuerdo ni tampoco están de acuerdo que defender a sus pacientes en sus ambientes laborales pueda traerles consecuencias negativas. Se hace necesario reconocer cómo las características de las instituciones públicas y privadas están favoreciendo, o no, el ejercicio de la defensa del paciente por los enfermeros.

DESCRIPTORIOS

Defensa del Paciente; Derechos del Paciente; Relaciones Enfermero-Paciente; Ética en Enfermería; Rol de la Enfermera.

REFERÊNCIAS

1. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 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 [Internet]. 2012 [cited 2014 July 25];46(3):681-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_21.pdf

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;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 21(n.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;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;22(1):35-42.
7. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nurs Forum*. 2010;45(2):97-107.
8. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010;17(2):255-67.
9. Reed FM, Fitzgerald L, Bish MR. District nurse advocacy for choice to live and die at home in rural Australia: a scoping study. *Nurs Ethics*. 2014 Jun 29. [Epub ahead of print]
10. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs Ethics*. 2010;17(2):247-54.
11. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014;21(5):576-82.
12. Foucault M. *Fearless speech*. Los Angeles: SEMIOTEXT(E); 2001.
13. Drought T. Parrhesia as a conceptual metaphor for nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2007;14(2):127-8.
14. Foucault M. *Microfísica do poder*. 26ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2008.
15. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. Nursing advocacy in procedural pain care. *Nurs Ethics*. 2009;16(3): 340-62.
16. Josse-Eklund A, Jossebo M, Sandin-Bojo AK, Wilde-Larsson B, Petzall K. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy. *Nurs Ethics*. 2014;21(6):673-83.
17. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo; 2012.
18. Tomaschewski-Barlem JG. *O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros: uma perspectiva foucaultiana [tese doutorado]*. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2014.
19. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007;57(1):101-10.
20. O'Connor T, Kelly B. Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics*. 2005;12(5):453-67.
21. Zomorodi M1, Foley BJ. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. *J Adv Nurs*. 2009;65(8):1746-52.
22. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*. 2008;15(3):360-70.
23. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikraves M. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. *Nurs Ethics*. 2008;15(4):457-67.
24. Thacker KS. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics*. 2008;15(2):174-85.
25. Gazarian PK, Fernberg LM, Sheehan KD. Effectiveness of narrative pedagogy in developing student nurses advocacy role. *Nurs Ethics*. 2014 Dec 10. [Epub ahead of print]
26. 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;62(4):599-603.
27. Pavlish C, Ho A, Rourke A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. *Nurs Ethics*. 2012;19(4):538-49.
28. 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;12(1):25-32.
29. Toda Y, Sakamoto M, Tagaya A, Takahashi M, Davis AJ. Patient advocacy: Japanese psychiatric nurses recognizing necessity for intervention [abstract]. *Nurs Ethics*. 2014 Sept 22. [Epub ahead of print]