



Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas*

Patient advocacy actions by intensivist nurses

Acciones de abogacía del paciente por los enfermeros intensivistas

Como citar este artigo:

Vargas CP, Vargas MAO, Tomaszewski-Barlem JG, Ramos FRS, Schneider DG. Patient advocacy actions by intensivist nurses. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03490. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018011703490>

-  Caroline Porcelis Vargas¹
-  Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹
-  Jamila Geri Tomaszewski-Barlem²
-  Flávia Regina Souza Ramos¹
-  Dulcinéia Ghizoni Schneider¹
-  Silviomar Camponogara³

* Extraído da dissertação: “Exercício da advocacia do paciente por enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To explore the actions and factors associated to patient advocacy by intensivist nurses using the Protective Nursing Advocacy Scale. **Method:** A quantitative, descriptive-exploratory, cross-sectional study. The questionnaire was answered by nurses who worked in Intensive Care Units in the South and Southeast regions of Brazil. A factorial exploratory analysis of the data, T-tests and the chi-square test were used for association between factors. **Results:** 451 nurses participated in the study. A greater number of nurses disagreed with the negative consequences that patient advocacy may have or bring to them. Greater dialogue among nursing staff would enhance teamwork results. Nurses with two or more job relationships need more physical and mental effort, which compromises their quality of life and work, leading to them being those who least practice patient advocacy. **Conclusion:** Nurses understand patient advocacy as an important part of their work, as well as factors which may influence their decision to defend their patients, but are still unaware of the benefits of advocacy.

DESCRIPTORS

Patient Advocacy; Critical Care Nursing; Intensive Care Units; Ethics, Nursing.

Autor correspondente:

Caroline Porcelis Vargas
Rua Ruth Pereira, 806, Ingleses
do Rio Vermelho
CEP 88058-640 – Florianópolis, SC, Brasil
k2vargas@gmail.com

Recebido: 02/04/2018
Aprovado: 21/02/2019

INTRODUÇÃO

A enfermagem, cada vez mais, demanda de seus profissionais habilidades éticas, tendo em vista que, muitas vezes, a técnica e o conhecimento teórico não contemplam as questões dos pacientes e familiares. Logo, o cuidado do enfermeiro, também, é avaliado a partir de sua comunicação, proteção, defesa e relacionamento com pacientes e familiares⁽¹⁻²⁾.

A advocacia do paciente, no Brasil, foi proposta como um papel ético do exercício profissional do enfermeiro junto aos pacientes e tem como objetivo assegurar os seus direitos, contribuindo para a sua autonomia. Essa defesa exercida pelo enfermeiro pode ser definida como uma intervenção para ajudar pacientes a obter serviços e benefícios que são de seu direito, facilitando seu cuidado, tratamento e bem-estar⁽³⁻⁵⁾.

Os enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), como membros de uma equipe de cuidado, atuam de forma crucial no cuidado do paciente internado nessas unidades e também dão suporte a seus familiares. Essa atuação na advocacia dos pacientes assegura fatores, como garantia da qualidade e integralidade do cuidado ao paciente, defesa da atuação autônoma na tomada de decisão pelos pacientes e familiares, além de auxiliá-los no entendimento de seus direitos⁽⁶⁻⁷⁾.

Portanto, enfermeiros que atendem esses pacientes devem ser competentes, teórica, técnica e eticamente, ou seja, qualificados para assessorar a melhor tomada de decisão. Entende-se então que a advocacia do paciente é um componente ético do trabalho do enfermeiro, e que requer, além de um aprimoramento da autonomia profissional, a existência de situações que impulsionam a decisão do enfermeiro em defender o paciente⁽⁸⁻¹⁰⁾.

A decisão dos enfermeiros, especialmente os que atuam em UTI, em defender seus pacientes, deve-se ao fato de esses profissionais entenderem que os pacientes apresentam-se em situação de vulnerabilidade, já que nessas unidades existe a necessidade de cuidados especializados em função da condição crítica em que o paciente se encontra e pela grande influência de tecnologias integradas aos cuidados de enfermagem. Ainda, na UTI, o enfermeiro torna-se referência do cuidado tanto para o paciente como para a sua família, devido à maior proximidade entre eles⁽¹¹⁻¹²⁾. Por fim, evidencia-se a importância da comunicação interpessoal do enfermeiro que realiza cuidados de saúde na UTI, seja com médico, equipe de enfermagem, outros profissionais ou com pacientes e seus familiares^(1,12).

A defesa do paciente realizada pelo enfermeiro, apesar de parte relevante de sua atuação, não é bem explorada em estudos, pois esse papel do enfermeiro na advocacia é pouco disseminado entre os enfermeiros e inexistem pesquisas nacionais sobre a temática. No intuito de pesquisar as crenças e ações de enfermeiros na proteção dos pacientes por meio de seu papel na advocacia do paciente, buscou-se utilizar a escala *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS), desenvolvida por Hanks (2010). A escala foi adaptada transculturalmente e validada no Brasil,

sendo essa versão brasileira um instrumento válido e confiável para a avaliação das crenças e ações de advocacia dos enfermeiros brasileiros^(1,13).

O objetivo desta pesquisa foi, portanto, explorar as ações e os fatores associados na defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas, utilizando a escala *Protective Nursing Advocacy Scale* – versão brasileira.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é quantitativa, do tipo descritiva, exploratória e de delineamento transversal.

CENÁRIO

Foi realizada de maio de 2015 a dezembro de 2016, com 451 enfermeiros que atuam em UTI nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, selecionados por amostragem não probabilística, por conveniência, de acordo com sua presença e disponibilidade durante os eventos da Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI) e da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) ou pelo acesso ao questionário *on-line*, pela mídia social utilizada. Foram incluídos no estudo enfermeiros com pelo menos 1 ano de experiência de trabalho em terapia intensiva.

Utilizou-se de um número mínimo amostral para a confiabilidade da amostra e generalização dos resultados para a população do estudo. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em janeiro de 2016 havia um total de 19.927 leitos de UTI no Sul e Sudeste do país, e, considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 7 de 2016, um enfermeiro deve atender no máximo 10 leitos de UTI por turno de trabalho, o que resulta em um total de 1.993 vagas para enfermeiros. Pensando em enfermeiros que trabalham em regime de 30 horas semanais, necessitaríamos de seis enfermeiros para cada uma dessas vagas disponíveis, totalizando 11.958 enfermeiros ocupando esses postos de trabalho na UTI. Considerando o total de 11.958 enfermeiros, com uma perda amostral de 10% e confiabilidade de 95% dos dados coletados, obteve-se um mínimo amostral de 409 enfermeiros⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de duas maneiras diferentes: presencialmente, com enfermeiros que participaram de eventos da ABENTI e AMIB no período da coleta. Para estes, foi entregue envelope pardo, sem identificação, contendo o questionário e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O envelope deveria ser retornado fechado com as questões respondidas ou não. A segunda maneira aconteceu via mídia social, por uma página criada pelas pesquisadoras em uma rede social de alcance internacional, onde o questionário e o TCLE foram disponibilizados *on-line* para serem respondidos.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a versão brasileira da PNAS, composto de duas etapas: 1) dados sociodemográficos e 2) um questionário sobre crenças e ações dos enfermeiros atuando na advocacia do paciente. A PNAS contém 43 questões respondidas por meio de uma escala Likert, em que os participantes assinalam 1 para discordo totalmente, 2 para discordo mais que concordo, 3 para nem discordo nem concordo, 4 para concordo mais que discordo e 5 para concordo totalmente.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

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

Empregou-se o resultado da Análise Fatorial Exploratória (AFE) para identificar a relação entre as variáveis da PNAS, resultando em dois fatores com confiabilidade atestada pela escala de Alfa de Cronbach. Uma análise exploratória e descritiva de medianas e frequências foram desenvolvidas com os dados dos fatores, e também foi realizada análise dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Toda a análise de variáveis qualitativas deve ser feita a partir da mediana, a qual é o valor que divide todos os resultados em dois grupos de igual tamanho. Não é possível a utilização de médias para os fatores encontrados, por não representar a resposta geral dos enfermeiros, uma vez que as respostas foram dadas em variável nominal, e não em escala numérica⁽¹⁶⁾.

A partir das medianas dos fatores, foi realizada a dicotomização dos fatores para a realização de testes estatísticos, dividindo as variáveis em duas categorias, para que fossem encontradas diferenças entre os grupos que são extremos opostos.

O teste-t independente foi aplicado às variáveis quantitativas para comparar as médias, a fim de identificar diferenças significativas (nível de 5%). As variáveis qualitativas nominais foram analisadas com o teste qui-quadrado de independência de Pearson, que testa se duas variáveis categóricas dispostas em uma tabela de contingência estão associadas⁽¹⁶⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Oncológicas sob o Parecer n. 863.112 de 2014, observando-se as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o TCLE ao participarem da pesquisa, dando autorização do uso dos dados coletados.

RESULTADOS

Os participantes da pesquisa foram 451 enfermeiros que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva do Sul e Sudeste do Brasil. A Tabela 1 sumariza alguns dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos enfermeiros de UTI – Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

Variáveis		
Sexo	Feminino	380 (84,3%) ^f
	Masculino	71 (15,7%) ^f
Idade		34,72 (7,84)*
Estado	São Paulo	140 (31%) ^f
	Rio de Janeiro	84 (18,6%) ^f
	Rio Grande do Sul	69 (15,3%) ^f
	Minas Gerais	62 (13,7%) ^f
	Paraná	56 (12,4%) ^f
	Santa Catarina	28 (6,2%) ^f
	Espírito Santo	12 (2,7%) ^f
Possui Especialização	Sim	302 (67%) ^f
	Não	149 (33%) ^f
Tipo de Especialização (n=302)	Intensivista	255 (56,5%) ^f
	Capacitação em UTI	68 (15,1%) ^f
	Mestrado	23 (5,1%) ^f
	Doutorado	10 (2,2%) ^f
Vínculos Empregatícios	1 Vínculo	322 (71,4%) ^f
	+ de 1 Vínculo	120 (26,6%) ^f
Horas de trabalho	Até 30 horas	135(29,9%) ^f
	+ de 30 horas	305 (67,6%) ^f

^fFrequência Total (Frequência Percentual).

*Média (Desvio-Padrão).

Nota: (n= 451).

O tempo de formação foi calculado em anos desde a formatura e variou de 1 a 39 anos, com média de 10,32 anos. O tempo de trabalho na UTI foi calculado em anos, com média de 6,64 anos e variou de 1 a 33 anos de trabalho. Além disso, o número de UTI com até 30 leitos é de 365, ou seja 80,9% das 451 UTI.

O vínculo empregatício principal dos enfermeiros é majoritariamente público (47,5%), 82,3% são efetivos, e 63,9% são de alta complexidade. A comissão de ética está presente em 64,7% das UTI, e em 72,7% acontecem reuniões da equipe de enfermagem.

Foi realizada preliminarmente uma análise fatorial exploratória com os dados coletados dos 451 enfermeiros, possibilitando a identificação de dois fatores que são relevantes para atuar na advocacia do paciente dos enfermeiros de UTI. Esses fatores encontrados proporcionaram o entendimento das ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente e as influências sobre essas ações de advocacia. O Fator 1, intitulado “Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva”, se refere a aspectos que podem ser considerados problemáticos e/ou conflitivos para o exercício da advocacia. O Fator 2, “Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva”, retrata as ações dos enfermeiros intensivistas na advocacia do paciente e os benefícios dessa advocacia.

A escala PNAS, utilizada para a coleta de dados, não nos permite a soma dos escores para análise. Logo, em vez de utilizar a média encontrada, realizou-se a estatística descritiva

dos escores dos fatores a partir de suas medianas. A mediana do Fator 1 teve valor igual a três, e a mediana do Fator 2, valor igual a cinco.

Com o intuito de analisar as variáveis qualitativas e quantitativas do questionário sociodemográfico, as medianas dos fatores foram dicotomizadas. Consideraram-se as medianas dos fatores menores ou iguais a três como discordância com as questões dos fatores analisados, e as medianas maiores do que três, como concordância com as questões dos fatores analisados.

As frequências relativa e percentual das respostas dos enfermeiros de UTI ao Fator 1 foram de 272 (61,3%) enfermeiros que discordavam e 172 (38,7%) de enfermeiros que concordavam com as questões desse fator. Já no Fator 2, foram 66 (14,9%) de enfermeiros que discordavam, e 378 (85,1%) que concordavam com as questões, considerando o percentual de respostas válidas dos enfermeiros (n=451).

Para a comparação entre os grupos de enfermeiros que responderam aos Fatores 1 e 2 e as variáveis quantitativas do questionário sociodemográfico (idade, tempo de graduação e tempo de UTI), foi realizado o teste paramétrico Teste-t. O Teste-t indica se existe ou não igualdade nas médias dos grupos analisados. Para a realização desses testes, consideraram-se as perdas estatísticas, resultando em uma amostra de 444 enfermeiros.

Para o Fator 1, o Teste-t, com nível de significância de 5%, mostrou que a média de idade, de tempo de graduação e de tempo de UTI não apresentaram diferença estatística

entre os enfermeiros que discordavam e os que concordavam com as questões analisadas. O mesmo foi encontrado para o Fator 2 quando analisado o Teste-t para idade, tempo de graduação e tempo de UTI.

Com as variáveis dependentes qualitativas nominais, foi realizado o teste não paramétrico de qui-quadrado para avaliar a associação entre as variáveis independentes e dependentes, analisando-se a dependência dessas variáveis. Os resultados apontaram que apenas o Fator 1, “Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva”, teve p-valor com significância a 5%. O Fator 2, intitulado “Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na Unidade de Terapia Intensiva”, não teve nenhuma associação significativa que pudesse ser mais bem analisada. Consideraram-se as perdas estatísticas, resultando em uma amostra de 444 enfermeiros na realização do teste qui-quadrado.

As variáveis dependentes analisadas em associação com o Fator 1 encontram-se na Tabela 2. Algumas variáveis tiveram de ser dicotomizadas: o número de vínculos empregatícios, classificados em (1) um vínculo ou (2) mais de um vínculo; carga horária semanal, (1) até 30 horas e (2) mais de 30 horas semanais, ressaltando-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda que o enfermeiro trabalhe até 30 horas semanais; número de leitos de UTI (1) até 30 leitos e (2) mais de 30 leitos, sendo 30 leitos a média de leitos encontrados na pesquisa pelo número de enfermeiros respondentes.

Tabela 2 – Associação entre o Fator 1 e os dados sociodemográficos dos enfermeiros de UTI – Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

		Fator 1: Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia				X ²	P
		1		2			
		FA	FR	FA	FR		
Sexo	Feminino	233	61,8	147	38,3	0,003	0,954
	Masculino	39	60,9	25	39,1		
Estado	RS	43	62,3	26	37,7	1,779	0,939
	SC	17	60,7	11	39,3		
	PR	34	60,7	22	39,3		
	SP	91	65,0	49	35,0		
	RJ	49	58,3	35	41,7		
	ES	3	60,0	2	40,0		
	MG	35	56,5	27	43,5		
Cursos	Nenhum	25	59,5	17	40,5	0,871	0,929
	Capacitação	40	58,8	28	41,2		
	Especialização	189	62,6	113	37,4		
	Mestrado	12	54,5	10	45,5		
	Doutorado	6	60,0	4	40,0		
Intensivista	Sim	163	63,9	92	36,1	4,076	0,130
	Não	98	56,6	75	43,4		
Vínculo	Público	134	62,6	80	37,4	1,916	0,590
	Privado	99	60,4	65	39,6		
	Misto	30	55,6	24	44,4		
Tipo do vínculo	Efetivo	230	62,0	141	38,0	0,433	0,805
	Temporário	28	57,1	21	42,9		
Assistência (complexidade)	Baixa	8	72,7	3	27,3	2,404	0,493
	Média	64	57,1	48	42,9		
	Alta	177	61,1	111	38,5		

continua...

...continuação

		Fator 1: Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia				X ²	P
		1		2			
		FA	FR	FA	FR		
Comissão de Ética	Sim	181	62,0	111	38,0	1,338	0,720
	Não	52	57,1	39	42,9		
	Não sei	27	61,4	17	38,6		
Reuniões na UTI	Sim	217	66,2	111	33,8	19,201	<0,001*
	Não	44	43,1	58	56,9		
Número de Vínculos	(1)	212	65,8	110	34,2	10,244	<0,001*
	(2)	59	49,2	61	50,8		
Carga Horária	(1)	75	55,6	60	44,4	2,771	0,096
	(2)	195	63,9	110	36,1		
Número de Leitos	(1)	220	60,3	145	39,7	0,806	0,369
	(2)	50	65,8	26	34,2		

Escore: 1 – Discordo; 2 – Concordo.

X² – Teste qui-quadrado de Pearson para associação entre variáveis.

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

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

FA – Frequência absoluta; % – Frequência relativa ou percentual.

Nota: (n= 444).

Como resultado para os testes qui-quadrado, entre as variáveis sociodemográficas e os Fatores 1 e 2, houve associação ao nível de significância de 5% do Fator 1 e as variáveis Número de vínculos empregatícios (p-valor<0,001) e Realização de reuniões na UTI de trabalho (p-valor<0,001).

A variável Reuniões, realizadas na UTI, apresentou no grupo de enfermeiros que responderam que sim (que ocorrem reuniões na UTI em que trabalham), uma frequência maior do que a esperada de enfermeiros que discordaram das questões sobre Antecedentes, barreiras e implicações negativas, do Fator 1, pois 217 enfermeiros discordaram, quando o esperado era 200,9. Portanto, o número de enfermeiros que concordaram foi menor que o esperado: 111 enfermeiros concordaram, quando o esperado era 127,1.

Ainda nessa variável das Reuniões na UTI, os enfermeiros que responderam não (não ocorrem reuniões na UTI em que trabalham) discordaram menos do que o esperado, ou seja, 44 enfermeiros discordaram, e o esperado seria 62,5. Além disto, os enfermeiros concordaram mais do que o esperado com Antecedentes, barreiras e implicações negativas do Fator 1, neste caso, 58 concordaram, e o esperado seria 39,5.

A variável Número de vínculos também teve frequência diferente da esperada associada ao Fator 1, dos Antecedentes, barreiras e implicações negativas da advocacia. Os enfermeiros que tinham um vínculo empregatício (1) discordaram 212 vezes, quando o esperado era 197,4 vezes, e os enfermeiros que concordaram foi de 110, e o esperado era o total de 124,6. Os enfermeiros que possuíam mais de um vínculo empregatício (2) apresentaram frequência menor que a esperada dos que discordaram do Fator 1, 59 enfermeiros, quando a esperada era 73,6, e frequência maior que a esperada entre os que concordaram: 61, e a esperada, 46,4.

DISCUSSÃO

A partir do cálculo da frequência, constatou-se que um número maior de enfermeiros discorda do fator

“Antecedentes, barreiras e implicações negativas do exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva”. Assim, evidenciou-se que estes profissionais não concordam com as consequências negativas que a advocacia do paciente possa ter ou trazer para o enfermeiro.

Pode-se, então, evidenciar que os enfermeiros da pesquisa não entendem as influências, tanto internas quanto externas, como barreiras para a prática da advocacia e nem enxergam como negativo o insucesso da advocacia prestada ou o impedimento de realizar tal defesa, o que pode ser compreendido como o fato de os enfermeiros não entenderem o motivo do estresse que estão vivenciando, ou pior, não entenderem seu cansaço como estresse. Também é possível evidenciar que os enfermeiros percebem como positivo o exercício da advocacia, pois estudos semelhantes inferem que a realização da advocacia do paciente pode aumentar a satisfação profissional e pessoal do enfermeiro, bem como sua confiança e credibilidade ao exercer enfermagem no local de trabalho^(13,17-18).

A existência de reuniões, na UTI em que o enfermeiro trabalha, teve relevância estatística com o fator que aponta as barreiras e implicações negativas da atuação na defesa do paciente, já que enfermeiros que não tem reuniões em seu local de trabalho concordam mais com essas barreiras e implicações. Apesar de artigos não relatarem experiências de reuniões com a temática da advocacia do paciente, encontra-se na literatura que reuniões no local de trabalho são uma maneira de melhorar a interação entre os profissionais da equipe de enfermagem, possibilitando a troca de ideias sobre os cuidados prestados, novas tecnologias, capacitações técnicas e éticas, informações de rotina para profissionais que não participaram de capacitações ou reuniões anteriores por falta de incentivo ou iniciativa. Questões mais pessoais de cada equipe, também são abordadas nessas reuniões, como o encorajamento do diálogo, além da procura de soluções para problemas éticos vivenciados diariamente pela equipe. Apreende-se que o maior diálogo entre os profissionais da

equipe de enfermagem para solução de problemas éticos, além dos cuidados biomédicos, potencializa os resultados do trabalho em equipe⁽¹⁹⁻²¹⁾.

A enfermagem, com sua responsabilidade gerencial no hospital, deve fazer planejamento do cuidado e também atividades com a sua equipe, sejam estas educacionais, de resolução de problemas ou conflitos e de liderança. Para tanto, são necessárias habilidades de influenciar positivamente sua equipe. Reuniões frequentes na unidade de saúde dão suporte à liderança dos enfermeiros, oportunizando discussões coletivas, reflexões e aproximação entre os profissionais⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Outro ponto relevante estatisticamente é o fato de profissionais com mais de um vínculo empregatício concordarem com os Antecedentes, barreiras e implicações negativas da defesa do paciente na UTI, os quais são apontados no Fator 1. O entendimento ou o enfrentamento dessas barreiras por profissionais de enfermagem com dois vínculos, ou mais, de emprego baseiam-se em um esforço físico e mental maior exercido, o que compromete sua qualidade de vida e sua motivação para o trabalho, o que também pode repercutir na insatisfação dos gerentes das unidades. Essa vinculação, em dois ou mais empregos, é atribuída, principalmente, aos baixos salários, precariedade dos vínculos empregatícios, sobrecarga de trabalho em algumas unidades e escassez de recursos humanos. Os relatos sobre essa sobrecarga de trabalho, vinculada à dupla jornada, mostram a importância da contratação de profissionais em número suficiente para atender às demandas da instituição e de uma remuneração condizente com a qualificação profissional, para que se possa minimizar o acúmulo de vínculos profissionais⁽²²⁻²⁶⁾.

Fatores importantes que podem impor barreiras e implicações negativas no exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro são as mais diversas e bem relatadas na literatura, apesar de não terem sido encontrados nos resultados desta pesquisa com enfermeiros de UTI. Entre eles, sinaliza-se o estresse, o distresse moral encontrado com grande frequência entre enfermeiras de UTI, devido à natureza ética dos problemas vivenciados por essas profissionais, que devem sempre tomar decisões pelos pacientes e equipe em diversas situações. Encontra-se, também, o estresse como implicação negativa do trabalho do enfermeiro na UTI quando o profissional não consegue executar seu trabalho da melhor maneira ou acredita que o paciente não está recebendo o melhor tratamento, cuidado, ou sendo ouvido em suas decisões^(6,10-11,18).

O estresse também pode ser advindo de situações estressoras com a equipe de enfermagem, uma vez que conflitos em equipe devem ser gerenciados pelo enfermeiro, que sempre está lidando com pessoas estressadas em seu trabalho. Conflitos entre pacientes, familiares e profissionais de saúde também são comuns e mediados por enfermeiros. Ao atuar nesse papel de mediador na UTI, o enfermeiro está exposto a situações estressoras diariamente, uma barreira para a efetivação da defesa do paciente por esse profissional, que pode enfrentar o sofrimento moral ou se afastar de suas crenças e valores profissionais^(6,10-11,18).

As lacunas no processo formativo dos enfermeiros, bem como as poucas capacitações na UTI, resultam em uma resistência, por parte dos enfermeiros, a prestar o melhor

atendimento aos seus pacientes. Isso, também, é apontado em estudos como barreira para a atuação na defesa dos pacientes. Logo, sinaliza-se que a formação de enfermeiros deve ser repensada para dar suporte ético a estes profissionais que atuam em unidades com situações estressantes diárias^(7,11).

O Fator 2, "Ações dos enfermeiros e benefícios da advocacia do paciente na UTI", apresentou maior frequência de enfermeiros que concordaram com tais ações e benefícios. Nesse sentido, constata-se que os enfermeiros compreendem o cuidado do paciente na prevenção de agravos, sejam estes físicos, mentais, de deliberação, ou devido à privação de tratamentos e cuidados necessários, como advocacia desse paciente e concordam que tais ações são de sua responsabilidade. Ainda, eles se consideram os profissionais mais próximos à família e aos pacientes, logo, é esperado que os defendam em situações de conflito com médicos ou gerentes de saúde, assegurando, ao paciente, o melhor tratamento e cuidado disponível, desde que seja possível também escutar e atender a seus desejos, garantindo conforto e segurança ao paciente da UTI^(6,11,14-15,17).

A comunicação do enfermeiro no sentido da educação dos pacientes e familiares quanto a seus direitos e deveres durante a internação e a informação sobre o *status* de saúde do paciente, seu prognóstico, tratamentos e potencial recuperação, também são consideradas ações de defesa do paciente pelo enfermeiro. Esse profissional deve ter habilidades de comunicação e interação pessoal e reconhecer o trabalho em equipe como peça essencial de defesa do paciente e da necessidade de a família estar envolvida durante a internação^(6,11,14-15,17).

Não foi encontrada relevância estatística dos fatores com as variáveis idade, tempo de graduação e tempo de serviço na UTI, o que difere de estudos anteriores realizados com a mesma escala (PNAS). Esses estudos mostraram que as barreiras para a advocacia e as implicações negativas do exercício da advocacia são mais evidentes entre enfermeiros graduados há mais tempo e com mais tempo de trabalho na UTI. Isto também é apontado como consequência da maior vivência dos enfermeiros nesses ambientes e maior experiência de advocacia do paciente, o que pode ter acarretado maior tempo de exposição aos estresses e insatisfações por não ter sua advocacia bem-sucedida^(3-4,6,18).

A limitação deste estudo foi a sua realização em apenas duas regiões do país, o que impossibilita a generalização para todo o Brasil. Neste caso, considera-se que existam diferenças estruturais e sistêmicas entre as UTI das regiões Sul e Sudeste e as das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Sinaliza-se a inexistência de estudos sobre a advocacia do paciente em UTI no Brasil – a maior parte da literatura utilizada foi internacional –, o que dificulta a comparação dos achados desta pesquisa com os de outros estudos.

CONCLUSÃO

É possível constatar que os enfermeiros concordam com as questões que expressam as ações dos enfermeiros intensivistas na advocacia do paciente e os benefícios dessa atitude. Ainda, os enfermeiros desta pesquisa discordam de aspectos que podem ser considerados problemáticos e/ou conflitivos para o exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro

da UTI. Isso foi encontrado de maneira diferente em alguns estudos e analogamente em outros, mostrando a importância de estudos mais aprofundados sobre as barreiras ao exercício da advocacia e a insatisfação profissional na privação do enfermeiro em exercer advocacia.

Diferenças estatísticas consideráveis foram encontradas nos itens que se referem às reuniões realizadas na UTI. Neste caso, os enfermeiros de UTI onde ocorrem reuniões têm uma frequência maior de discordância com as questões sobre antecedentes, barreiras e implicações negativas. Outro ponto estatisticamente significativo foi com a variável

Número de vínculos empregatícios, já que enfermeiros com mais de um vínculo tiveram frequência diferente da esperada associada ao Fator 1, Antecedentes, barreiras e implicações negativas da advocacia. O maior número de vínculos causa maior sofrimento, estresse e cansaço nos trabalhadores, ocasionando uma barreira ao exercício da advocacia do paciente por esses enfermeiros.

A advocacia do paciente é uma temática que ainda necessita de muito estudo para que seja possível entender as ações dos enfermeiros nessa defesa, bem como os fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente a atuação deles.

RESUMO

Objetivo: Explorar as ações e os fatores associados à defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas utilizando a escala *Protective Nursing Advocacy Scale*. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo-exploratório, de delineamento transversal. O questionário foi respondido por enfermeiros que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva das regiões Sul e Sudeste do Brasil. Realizaram-se a análise fatorial exploratória dos dados, os testes T e qui-quadrado para associação entre fatores. **Resultados:** Participaram da pesquisa 451 enfermeiros. Um número maior de enfermeiros não concorda com as consequências negativas que a advocacia do paciente possa ter ou trazer para eles. Um maior diálogo entre profissionais da equipe de enfermagem potencializaria os resultados do trabalho em equipe. Enfermeiros com dois vínculos, ou mais, de emprego necessitam de mais esforço físico e mental, o que compromete sua qualidade de vida e de trabalho, sendo esses os que menos exercem a advocacia do paciente. **Conclusão:** Enfermeiros entendem a defesa do paciente como parte importante de seu trabalho, bem como os fatores que podem influenciar a decisão em defender seus pacientes, mas ainda desconhecem os benefícios da advocacia.

DESCRITORES

Defesa do Paciente; Enfermagem de Cuidados Críticos; Unidades de Terapia Intensiva; Ética em Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Explorar las acciones y los factores asociados con la defensa de los derechos del paciente por los enfermeros intensivistas utilizando la escala *Protective Nursing Advocacy Scale*. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio, de corte transversal. El cuestionario fue respondido por enfermeros que actuaban en Unidades de Cuidados Intensivos de las regiones Sur y Sureste de Brasil. Se llevaron a cabo el análisis factorial exploratorio de los datos y las pruebas T y chi cuadrado para asociación entre factores. **Resultados:** Participaron en la investigación 451 enfermeros. Una cifra mayor de enfermeros no está de acuerdo con las consecuencias negativas que la abogacía del paciente pueda tener o resultar para ellos. Un diálogo entre profesionales del equipo de enfermería potenciaría los resultados del trabajo en equipo. Enfermeros con dos vínculos laborales, o más, necesitan más esfuerzo físico y mental, lo que compromete su calidad de vida y trabajo, siendo esos los que menos ejercitan la abogacía del paciente. **Conclusión:** Los enfermeros entienden la defensa del paciente como parte importante de su trabajo, así como los factores que pueden influenciar la decisión en defender a sus pacientes, pero todavía desconocen los beneficios de la abogacía.

DESCRIPTORES

Defensa del Paciente; Enfermería de Cuidados Críticos; Unidades de Cuidados Intensivos; Ética en Enfermería.

REFERÊNCIAS

- Barnhorst AB, Martinez M, Gershengorn HB. Quality Improvement Strategies for critical care nursing. *Am J Crit Care*. 2015;24(1):87-92. DOI: 10.4037/ajcc2015104
- Walker DK, Barton-Burke M, Saria MG, Gosselin T, Ireland A, Norton V et. al. Everyday advocates: nursing advocacy is a full-time job. *Am J Nurs*. 2015;115(8):66-70. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000470409.04919.0f.
- Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010;17(2):255-67. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733009352070>.
- Jansson BS, Nyamathi A, Duan L, Kaplan C, Heidemann G, Ananias D. Validation of the Patient Advocacy Engagement Scale for health professionals. *Res Nurs Health*. 2015;38(2):162-72. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.21638>.
- Josse-Eklund A, Wilde-Larsson B, Petzall K, Sandin-Bojo AK. Individual and organisational factors influencing registered nurses' attitudes towards patient advocacy in Swedish community health care of elders. *Nurs Ethics*. 2014;21(6):673-83. DOI: 10.1111/scs.12073
- Ahluwalia BSC, Schreiber-Baum H, Prendergast TJ, Reinke LF, Lorenz KA. Nurses as intermediaries: how critical care nurses perceive their role in family meetings. *Am J Crit Care*. 2016;25(1):33-9. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2016653>
- Valiee S, Negarandeh R, Nayeri ND. Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2012;17(6):309-15. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00523.x>
- Pattinson N, Carr SM, Turnock C, Dolan S. "Viewing in slow motion": patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of-life care in critical care. *J Clin Nurs*. 2013;22(9-10):1442-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12095>

9. Davoodvand S, Abbaszadeh A, Ahmadi F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 28];9:5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958925/>
10. Gill FJ, Leslie GD, Grech C, Latour JM. Health consumers' experiences in Australian critical care units: postgraduate nurse education implications. *Nurs Crit Care*. 2013;18(2):93-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00543.x>
11. Borowske D. Straddling the Fence: ICU Nurses Advocating for Hospice Care. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012;24(1):105-16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2012.01.006>.
12. Bagherian B, Sabzevari S, Mirzaei T, Ravari A. Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;39:18-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.011>.
13. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Dalmolin GL, Ramos AM. Adaptação transcultural e validação do instrumento Protective Nursing Advocacy Scale para enfermeiros brasileiros. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 28]; 23(4):669-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400669
14. Nassar SM, Wronscki VR, Ohira M. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web [Internet]. Florianópolis: UFSC; 2017 [citado 2018 mar. 28]. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br>
15. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2018 mar. 28]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>
16. Field, A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
17. Arbour RB, Wiegand DL. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30(4):211- 8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.002>
18. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Figueira AB, Fornari NCI. Nursing beliefs and actions in exercising patient advocacy in a hospital context. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 28];49(5):811-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500811&lng=en
19. Amestoy SC, Backes VM, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BH, Trindade LL. Dialogic leadership: strategies for application in the hospital environment. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(1):119-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0120-53072014000100014>.
20. Loro MM, Zeitoune RCG. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2015027403205>
21. Magalhaes AMM, Costa DG, Riboldi CO, Mergen T, Barbosa AS, Moura GMSS. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03255. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016021203255>
22. Mendes DP, Oliveira MM, Matos VG, Mazoni MB, Moraes GFS. Do prescrito ao real: a gestão individual e coletiva dos trabalhadores de enfermagem frente ao risco de acidente de trabalho. *Gest Prod* [Internet]. 2012 [citado 2018 mar. 28];19(4):885-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2012000400016
23. Pioner LM. Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Med Trab* [Internet]. 2012 [citado 2018 mar. 28];10(1):113-20. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/83/pt-BR/trabalho-precario-e-assedio-moral-entre-trabalhadores-da-estrategia-de-saude-da-familia>
24. Rosado IVM, Russo GHA, Maia EMC. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 28];20(10):3021-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003021&script=sci_abstract&tlng=pt
25. Ribeiro MC. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 31]; 19(52):95-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832015000100095&lng=pt&nrm=iso
26. Gomes D, Ramos FRS. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 29];20(8):2591-600. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802591&script=sci_abstract&tlng=pt

