




## **ADVOCACIA NA TERAPIA INTENSIVA DIANTE DA INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL: QUAL A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS?**

Kely Regina da Luz<sup>1</sup>   
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas<sup>2</sup>   
Elizabeth Peter<sup>3</sup>  
Edison Barlem<sup>4</sup>   
Renata Andréa Pietro Pereira Viana<sup>5</sup>  
Carla Aparecida Arena Ventura<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>3</sup>University of Toronto, Nursing School - Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing. Toronto, Ontario, Canada.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>5</sup>Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>6</sup>Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar como enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente diante da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial, perante in/viabilidade de leito.

**Método:** pesquisa qualitativa exploratória, analítica. Os dados foram obtidos através da realização de entrevistas com 42 enfermeiros, selecionados mediante amostragem por bola de neve, entre janeiro e dezembro de 2016. As entrevistas foram analisadas mediante elementos da Análise Textual Discursiva.

**Resultados:** emergiram duas categorias: 1) Entre a obediência à lei e o dever ético-moral do enfermeiro intensivista e; 2) A posição dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente que necessita de leito na terapia intensiva.

**Conclusões:** enfermeiros intensivistas exercem a sensibilidade e dever moral do processo de cuidar quando defendem seus pacientes informando-os sobre seus direitos, orientando, agindo e falando sobre e em nome dos pacientes e seus familiares, prezando por um cuidado livre de julgamentos e prejuízos ao paciente que interna através da ordem judicial.

**DESCRITORES:** Advocacia em saúde. Relações enfermeiro-paciente. Enfermagem de cuidados críticos. Judicialização da saúde. Unidades de terapia intensiva.

**COMO CITAR:** Luz KR, Vargas MAO, Peter E, Barlem E, Viana RAPP, Ventura CAA. Advocacia na terapia intensiva diante da internação por ordem judicial: qual a perspectiva dos enfermeiros?. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso MÊS ANO DIA]; 28:e20180157. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0157>

## ADVOCACY IN INTENSIVE CARE AND HOSPITALIZATION BY COURT ORDER: WHAT ARE THE PERSPECTIVES OF NURSES?

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze how intensive care nurses practice patient advocacy in view of the need for hospitalization by court order to an intensive care due to bed unviability.

**Method:** analytical exploratory qualitative research. Data were obtained through interviews with 42 nurses, selected via snowball sampling, between January and December 2016. The interviews were analyzed using elements of the Discursive Textual Analysis.

**Results:** two categories emerged: 1) Between obedience to the law and the ethical-moral duty of the intensive care nurse; 2) The position of nurses in the practice of patient advocacy for patients requiring intensive care beds.

**Conclusions:** intensive care nurses exercise sensitivity and moral duty of the care process when defending their patients by informing them of their rights, guiding, acting and talking to and on behalf of patients and their families, valuing care free of judgment and harm to the patient hospitalized by court order.

**DESCRIPTORS:** Advocacy in health. Nurse-patient relations. Critical care nursing. Judicialization of health. Intensive care units.

## ABOGACIA EN ATENCIÓN INTENSIVA Y HOSPITALIZACIÓN POR ORDEN JUDICIAL: ¿CUÁLES SON LAS PERSPECTIVAS DE LOS ENFERMEROS?

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar cómo los enfermeros de cuidados intensivos practican la defensa del paciente en vista de la necesidad de hospitalización por orden judicial a cuidados intensivos debido a la inviabilidad de la cama.

**Método:** investigación exploratoria, analítica cualitativa. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas con 42 enfermeros, seleccionados mediante muestreo de bola de nieve, entre enero y diciembre de 2016. Las entrevistas se analizaron utilizando elementos del Análisis textual discursivo.

**Resultados:** surgieron dos categorías: 1) Entre la obediencia a la ley y el deber ético-moral del enfermero de cuidados intensivos; 2) La posición de los enfermeros en la práctica de la defensa del paciente para pacientes que requieren camas de cuidados intensivos.

**Conclusiones:** los enfermeros de cuidados intensivos ejercen la sensibilidad y el deber moral del proceso de atención cuando defienden a sus pacientes informándoles sobre sus derechos, guiándoles, actuando y hablando con y en nombre de los pacientes y sus familias, valorando la atención libre de juicio y daños al paciente hospitalizado por orden judicial.

**DESCRIPTORES:** Defensa de la salud. Relaciones enfermero-paciente. Enfermería de cuidados críticos. Judicialización de la salud. Unidades de cuidados intensivos.

## INTRODUÇÃO

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a tecnologia de salvamento impacta na sobrevivência dos pacientes de um modo e em um quantitativo que provavelmente ninguém poderia ter previsto nos primórdios da medicina de cuidados intensivos.<sup>1</sup> Nessa perspectiva, a internação em leitos de UTI se dá mediante a determinação do grau de risco que uma doença específica traz para a vida da pessoa.<sup>2</sup> A indicação de internação na UTI é técnica e respeita protocolos para que seja segura e efetiva para o usuário do sistema de saúde.<sup>3</sup>

Mas, a disponibilidade da alta tecnologia para prevenir e curar doenças não necessariamente é viabilizada para a maioria da população, justamente por seu alto custo.<sup>3-4</sup> Isto é, enquanto alguns pacientes têm acesso por meios próprios aos tratamentos necessários para a recuperação das doenças que ameaçam sua vida, a maioria deve contar com a proteção e o acesso a que tem direito, mas que são limitados pelos recursos escassos e fragilidades do sistema de saúde.<sup>3,5</sup>

No Brasil, o Ministério da Saúde indica a necessidade de 4 a 10% de leitos de UTI do total de leitos hospitalares (o que corresponde a 1-3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes). Entretanto, as pessoas abrangidas apenas pelo sistema público de saúde têm acesso a 0,9 leitos de UTI por 10.000 habitantes; enquanto os beneficiários do setor privado da saúde têm acesso a 4,14 leitos por 10.000 habitantes. A disparidade do acesso aumenta no interior e nos estados mais carentes do Brasil. Além disso, 44% dos estabelecimentos com UTI são instituições privadas, 26% são filantrópicas (que também oferecem de leitos de UTI para internação pelo sistema privado), resultando em 28% os estabelecimentos públicos com UTI.<sup>6-7</sup> Isso se configura num paradoxo, já que no Brasil a saúde é um bem público inalienável, concretizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como um direito de todo cidadão, brasileiro ou não, em todo o território nacional. Esse direito se efetiva na Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 196, afirma ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado.<sup>8</sup>

Diante da negativa dos direitos constitucionalmente assegurados, os usuários do sistema de saúde buscam alternativas para garantir seu direito à saúde, sendo uma delas a judicialização da saúde.<sup>9</sup> Logo, a judicialização representa uma sentença contemporânea no panorama de assistência à saúde no Brasil, concretizada, essencialmente, pelos mandados judiciais para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, consultas, internações e dispensação de insumos médico-cirúrgicos.<sup>10</sup> No contexto da UTI, a judicialização, também, se dá pela internação por ordem judicial. As internações por decisões judiciais ocorrem quando o município ou o Estado não possui condições ou meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave, em situações de urgência/emergência que representam risco à vida deste indivíduo. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito em outro centro, a família recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para propor uma ação para pedido de tutela antecipada.<sup>11</sup>

Até 2011, no Brasil, foram estimados mais de 240 mil processos judiciais por prestações em saúde. E o procedimento mais requisitado foi internação hospitalar, incluindo internação em UTI, representando as necessidades individuais e coletivas de saúde. Embora as razões que levam os indivíduos a requererem o acesso à assistência à saúde por via judicial não terem sido apontadas, os fatores tempo de diagnóstico e carência de vagas podem indicar a dificuldade de acesso.<sup>12</sup>

Argumenta-se que o processo de judicialização na UTI impacta diretamente na demanda pelo exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro intensivista. Na prática, esses profissionais de saúde presenciam vulnerabilidades extremas e desigualdades sociais, o agravamento de pessoas que não têm acesso a determinados recursos terapêuticos indispensáveis para sua recuperação, a obrigatoriedade de execução imediata de um mandado judicial, nem sempre tecnicamente indicado e muitas vezes repercutindo na alta precoce de outro paciente para a liberação de leito de UTI.

Nesta perspectiva, a presença constante do enfermeiro nos serviços de saúde, o bom relacionamento com os pacientes e familiares e o amplo conhecimento sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, é justificável e, talvez até improvável, que os enfermeiros não atuem defendendo o paciente.<sup>13-14</sup> A ideia de advocacia do paciente na prática de enfermagem está inserida nas tradições filosóficas de enfermagem e reforçada na formação dos enfermeiros. Nos cuidados de saúde, no entanto, a advocacia tem uma gama de definições, que são contextualmente baseadas: na atuação ou defesa do melhor interesse do paciente; na proteção dos seus direitos garantindo o esclarecimento para suas decisões de saúde em apoio à tomada de decisões e na qualidade do cuidado de enfermagem.<sup>15</sup> Ainda, a advocacia pode ser vista como proativa e reativa. É proativa quando motivada pelo direito do paciente à informação, ou seja, ações destinadas a ajudar o paciente esclarecer questões relativas à sua saúde e apoio na tomada de decisões sobre seus cuidados; é reativa quando decorrente do direito do paciente a segurança pessoal, sendo necessária em situações onde os direitos do paciente estão em perigo; e por competência como um princípio filosófico de enfermagem.<sup>16</sup>

Enfim, considera-se a relevância social, política e ético-moral da articulação do conceito de advocacia do paciente pelo enfermeiro intensivista com a emergente discussão da judicialização da saúde. O pressuposto é que os enfermeiros constituem identidade moral situada em um contexto histórico e sociopolítico particular, que reflete responsabilidades, relacionamentos e valores.<sup>17</sup> Logo, constitui-se como objetivo analisar como enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente diante da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial, perante in/viabilidade de leito.

## **METODO**

Pesquisa qualitativa exploratória e analítica, realizada com 42 enfermeiros intensivistas das regiões sul e sudeste do Brasil, selecionados mediante amostragem por bola de neve. Os participantes iniciais foram eleitos em cada uma das capitais dos sete estados selecionados para o estudo (três estados na região Sul e quatro estados na região Sudeste), solicitando-se que, ao final de suas entrevistas, indicassem outros participantes com as características necessárias à pesquisa e, assim, sucessivamente. Os critérios para seleção dos participantes limitaram-se a ser enfermeiro, desenvolver atividade assistencial na terapia intensiva adulto, não se encontrar em férias, afastamento ou licença, possuir um ano ou mais de experiência na terapia intensiva e que tenham vivenciado a experiência da internação por ordem judicial. O contato com o primeiro participante de cada capital deu-se através da escolha pela autora do estudo, devido ao contato em rede com muitos colegas nesta área de investigação e o participante seguinte sucedeu-se pela indicação desse primeiro e assim por diante.

O período de coleta de dados ocorreu entre janeiro e dezembro de 2016, por meio de entrevistas realizadas pelos pesquisadores do macroprojeto, em diferentes locais e horários, indicados de acordo com a preferência dos participantes e com duração média de 45 minutos. Além disso, o roteiro das perguntas foi disponibilizado online para facilitar a coleta de dados.

Observando-se as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foram prestados esclarecimentos aos participantes sobre os objetivos do estudo e os métodos e coletada a assinatura no TCLE. Visando a garantia do anonimato, os participantes da pesquisa estão nomeados pelas letras que identificam os seus estados, seguida do número cardinal na ordem em que aconteceram as entrevistas em cada local, idade; tempo de formação e período de atuação em UTI.

A análise ocorreu mediante elementos da Análise Textual Discursiva (ATD). O processo iniciou-se com a unitarização dos dados, mediante a fragmentação das entrevistas em unidades de significado, o que possibilitou gerar outros conjuntos de unidades, oriundas das interlocuções empírica e teórica, além das interpretações realizadas. Nesse movimento de interpretação de significados, foram

atribuídas vozes aos dados para melhor compreender o texto. Posteriormente à unitarização, passou-se à articulação dos significados entre suas similitudes, em um processo denominado categorização. Durante essa etapa, reuniram-se as unidades de significado por semelhança e aproximação, em categorias intermediárias, gerando as categorias de análise.<sup>18</sup>

## RESULTADOS

Foram participantes da pesquisa 42 enfermeiros intensivistas (nove do Rio Grande do Sul; sete de São Paulo; seis de Minas Gerais e cinco do Espírito Santo, do Paraná, do Rio de Janeiro e de Santa Catarina, respectivamente. Dentre estes, 90% mulheres; 86% com especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva; 38% atuavam entre 6 a 10 anos e 26% entre 11 a 15 anos na terapia intensiva.

Emergiram das entrevistas duas categorias de análise: 1) Entre a obediência à lei e o dever ético-moral do enfermeiro intensivista e; 2) A posição dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente que necessita de leito na terapia intensiva.

A categoria “Entre a obediência à lei e o dever ético-moral do enfermeiro intensivista”, revela as barreiras para exercer a advocacia diante daquele paciente que está internando por ordem judicial. Neste sentido, os participantes utilizaram expressões como: *Não faço ideia de como intervir* (RS3, 35 anos, 10 anos de formada, há 10 anos na UTI). *Não consigo ver a importância do papel do enfermeiro da porta pra lá* (SC1, 38 anos, 13 anos de formado, há 1 ano na UTI). *Todas as situações vivenciadas denotam o cumprimento de uma ordem vinda de superiores, não nos permitindo expressar opinião* (SP1, 34 anos, 12 anos de formada, há 11 anos na UTI).

As falas também expressam que o papel de advogar ou não pelo paciente depende, inclusive, de fatos externos, por vezes inquestionáveis.

*Uma situação marcante foi quando um juiz determinou que internasse um paciente proveniente do pronto socorro, utilizando o critério do paciente que estivesse há mais tempo naquele local. Conclusão: recebemos uma paciente estável, com cateter nasal para oxigenioterapia, enquanto havia pacientes graves no pronto socorro em ventilação mecânica esperando leito* (RS4, 38 anos, 17 anos de formada, há 16 anos na UTI).

*Acho difícil essa questão da ordem judicial porque ao mesmo tempo não sei se o paciente realmente precisa de um cuidado intensivo. O juiz analisou, mas ele tem conhecimento suficiente pra dizer que ele realmente precisa? Na maioria das vezes é acatado quando se tem leito porque ninguém quer se incomodar, mas se fosse avaliado, não sei se o paciente precisaria* (RS6, 29 anos, 5 anos de formado, há 1 ano na UTI).

E, alguns participantes expressaram que quem decide é o médico, o que inviabiliza compartilhar responsabilidades.

*Nesta UTI, e acredito que nas outras também, quem gerencia os leitos é sempre o médico. Eu não tenho interferência direta sobre essa gestão, então não exerço advocacia por nenhum paciente nesse sentido porque eu não tenho autonomia para decidir quem vem pra UTI ou não. Teve um paciente que internou via judicial e era um paciente que não estava tão instável quanto outros dali, mas que o médico que gerencia os leitos optou por internar este paciente* (RJ5, 39 anos, 4 anos de formado, há 1 ano na UTI).

*Aqui temos plantonistas que não querem nem que falemos que tem leito. E não deve ser só aqui. Houve uma época que eram as enfermeiras que davam os leitos. Agora, nós e nossa chefia não temos respaldo para decidir acerca de leito. E com certeza se o familiar disser que foi o médico que orientou para que ele buscasse seus direitos, não tem problema; mas se ele disser que foi o enfermeiro, com certeza isso volta contra o enfermeiro, há uma cobrança; tem que ter postura e cuidado com essas questões* (RS5, 42 anos, 14 anos de formada, há 14 anos na UTI).

Ainda, a reivindicação da sociedade e dos profissionais da saúde por mais leitos em UTI nos estabelecimentos de saúde não é um fato recente. E, os mecanismos utilizados para atender esses pacientes graves transformam-se em uma operação de “resgate à vida”:

*A internação por ordem judicial é uma ideia ainda emergente e pouco difundida (ou difundida pontualmente em UTIs maiores). Logo, isso gera distorções e interpretações equivocadas, além de atitudes pouco ou nada coerentes. É importante, mediante aprofundamento teórico com embasamento deontológico e ético e incorporação desta “nova” forma de cuidar, promover discussão e formação (mesmo em cursos específicos acerca do tema) (SP7, 39 anos, 15 anos de formada, há 10 anos na UTI).*

*Há 10 anos colocávamos leito extra na UTI, de 12 leitos aumentávamos para 24 leitos com um T de oxigênio, então dava pra 2 pacientes. [...] Depois, houve a criação de leitos de observação na emergência e o surgimento da classificação de risco. [Mas] sempre defendi o paciente nesse sentido de que, como conhecia o hospital todo e conhecia a demanda da emergência sempre achei que o paciente ficava melhor assistido num leito extra na UTI do que encher a emergência com pacientes em observação, aguardando leito de UTI. As equipes médica e de enfermagem na emergência não têm a expertise de UTI que abrange olhar as complicações e o tratamento; a equipe da emergência tem uma visão mais imediata, é salvar vidas e mandar adiante! Então, nessa questão de proteger o paciente grave que está na emergência, tem que ir pra UTI, porque isso traz prejuízo pra ele do ponto de vista de atendimento (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI).*

Enfermeiros e médicos, em particular, na UTI trabalham em conjunto, e suas habilidades se complementam. Contudo, a tomada de decisões, diante da determinação de uma internação por ordem judicial é um processo complexo que interage com o estresse, a experiência já vivenciada e o ambiente externo.

*O enfermeiro, juntamente com o médico da UTI e o diretor clínico, deve providenciar o leito solicitado, de maneira segura e coerente (SC4, 33 anos, 10 anos de formada, há 10 anos na UTI).*

*É o enfermeiro que está na linha de frente, na gestão da equipe para o recebimento desse paciente (MG1, 34 anos, 10 anos de formada, há 7 anos na UTI).*

Os discursos, frente à internação por ordem judicial, também, veiculam sensibilidade e dever moral do processo de cuidar, como podemos evidenciar a seguir:

*Lembro-me de uma situação: entra alguém e diz que é uma internação judicial, na porta! E o paciente entra e tu tens que colocar no leito. Para nós, a partir dali o que ficou pra traz não interessa mais. E, pensamos: se fosse meu familiar o cara está mal numa UTI ou está mal numa emergência de uma cidade pequena que não tem recursos. Quem está com o familiar mal faz isso, recorre! É o que o povo tem! Naquela época nem tinha central de leitos (RS5, 42 anos, 14 anos de formada, há 14 anos na UTI).*

Ainda, o exercício da advocacia está relacionado àquele paciente que já está ocupando um leito e não tem condições de sair e, igualmente, àquele que necessita de um leito e não consegue entrar.

*Esse papel de defesa do paciente vai depender da onde eu estiver; eu vou defendê-lo se eu estiver num hospital que não tem recursos e aí quero mais que o juiz dê uma ordem para que o paciente vá para um hospital maior. E quando eu estou aqui, não quero prejudicar aqueles que estão comigo. Então, eu acho que para os profissionais não passarem por essas situações éticas, a central de leitos veio para regular esses leitos, agora tem que ver o quanto éticos são os profissionais que estão à frente disso. Porque o médico da regulação te liga: “quantos leitos de UTI tu tens?” e eu já disse muitas vezes: “eu não posso dar o leito disponível porque a porta do nosso pronto socorro está aberta e até amanhã de manhã eu não tenho mais, então se eu te der esse leito agora, daqui meia*

*hora tu vai ter que procurar uma vaga para um paciente meu que chegou no pronto socorro” (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI).*

A categoria denominada “A posição dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente que necessita de leito na terapia intensiva” releva as atuações dos enfermeiros por meio de orientações direcionadas às informações acerca dos direitos do paciente, do acolhimento e esclarecimentos quanto às condições de tratamento e avaliação da gravidade do paciente.

*Paciente precisava de tratamento qualificado para sua situação de choque séptico ainda de causa ignorada (evoluiu gravemente em menos de 24 horas após início dos sintomas de febre e mal estar em sua casa). Trabalhava em uma UTI com características de pronto socorro e esse paciente precisava de transferência urgente. A família foi orientada [pela equipe] a providenciar leito por ordem judicial para agilizar o processo, pois não estávamos conseguindo leito por telefone (RJ1, 44 anos, 16 anos de formada, há 12 anos na UTI).*

*Paciente precisava de leito de UTI para fazer hemodiálise contínua e de profissionais especialistas. Recebemos o paciente e os familiares informaram que foram orientados por médicos e enfermeiros que estavam na outra instituição com menor estrutura de equipamentos e de especialidade (ES3, 34 anos, 9 anos de formada, há 8 anos na UTI).*

*Paciente necessita de terapia que o serviço não disponibilizava. Orientei a família a procurar promotoria de saúde pública (SC5, 31 anos, 8 anos de formada, há 8 anos na UTI).*

*Se o enfermeiro percebe a necessidade do leito de UTI para o paciente, ele precisa orientar a família para ir atrás de seus direitos. Sempre devemos orientar, tanto para os que precisam realmente do leito, como para os que não precisam (ES1, 37 anos, 16 anos de formada, há 14 anos na UTI).*

As sentenças judiciais passam a ser uma expressão da voz e do poder de decisão do cidadão sobre sua saúde diante de um direito que lhe foi negado.

*Não consigo fingir que não vejo, logo, claro que reconheço o papel de advocacy para conseguir vaga de UTI. Posso falar para a família as boas UTIs que conheço, a estrutura que é oferecida, como conseguir isso, informar sobre seus direitos. Fiz enfermagem e preciso ser um bom enfermeiro trabalhando junto com as pessoas para que consigam melhores condições de saúde (ES4, 29 anos, 6 anos de formado, há 4 anos na UTI).*

O enfermeiro exerce um importante papel de advocacy, pois a maioria da população é leiga e não entende a gravidade da patologia ou acha normal a demora na transferência (MG5, 34 anos, 1 ano de formada, há 1 ano na UTI).

*Acho que, como advogado do paciente e detentor da confiança da família, o enfermeiro pode e deve realizar orientações claras aos familiares, incluindo as indicações de internação na UTI e a exposição aos riscos dessa internação, que incluem: distanciamento de familiares, distúrbios do sono, presença de bactérias multirresistentes, ambiente frio, com ruídos em excesso. Sendo definida a real necessidade de internação na UTI, o enfermeiro busca a vaga da forma que a instituição preconiza, com o objetivo de oferecer o melhor cuidado, nos níveis de complexidade que o paciente necessita (SP6, 33 anos, 8 anos de formada, há 7 anos na UTI).*

O ambiente UTI tem uma configuração adequada para a formação de relações interpessoais, que evidenciam estratégias que se pautam na coletividade, na pluralidade de olhares e ações. Esta afirmação pode ser aplicada tanto na relação enfermeiro/equipe, quanto na relação enfermeiro/paciente.

*O enfermeiro é profissional vital nesse processo, no momento da triagem desse paciente e sensibilização da equipe multidisciplinar (PR3, 39 anos, 15 anos de formada, há 15 anos na UTI).*

*Enfermeiros defendem seus pacientes quando prestam atenção ao que está acontecendo com aquela pessoa. Sendo o melhor que podemos oferecer (ES4, 29 anos, 6 anos de formado, há 4 anos na UTI).*

A prática da advocacia dos entrevistados é manifesta por meios da proteção do paciente e seus familiares de julgamentos da equipe que possam comprometer o atendimento:

*Quando ocorre a internação por ordem judicial, a equipe vê o paciente de uma forma diferente, portanto, o tratamento e o cuidado podem ser menos qualificados e menos seguro. O enfermeiro deve lembrar à equipe, que devemos tratar o paciente com qualidade e respeito, independente da maneira como se deu a internação e da real necessidade de sua internação* (SP3, 34 anos, 13 anos de formada, há 13 anos na UTI).

*Devemos trabalhar o preconceito que se instala na equipe e no recebimento da família* (PR4, 34 anos, 12 anos de formada, há 12 anos na UTI).

## DISCUSSÃO

Estudos evidenciam que enfermeiros mais velhos, com mais experiência e com especialização na área da terapia intensiva ou mais de uma especialização tendem a exercer mais a advocacia do paciente.<sup>19-20</sup> Nesse sentido, um maior nível de educação está associado a uma maior autonomia percebida, produzindo uma maior probabilidade para defesa do paciente, buscando diminuir os erros na prática e fornecer um padrão de cuidados de qualidade para o paciente.<sup>21</sup>

Nesse estudo, as barreiras para exercer a advocacia do paciente, em situações de internação por ordem judicial, manifestam-se de três modos. O primeiro, pelo entendimento de que quem decide é o médico, pois ele é o responsável pela gestão do leito de UTI; o segundo pelo reconhecimento da autoridade e acato da ordem judicial e o terceiro, pela preocupação dos enfermeiros com uma possível exposição e punição. Mas nesse caso, entende-se que estes três aspectos se manifestam em conjunto, justamente pela peculiaridade da questão da internação por ordem judicial. Ou seja, ainda que outros estudos<sup>20,22-24</sup> sinalizem que na UTI agir e falar em nome dos pacientes e seus familiares, é uma responsabilidade comumente adotada pelos enfermeiros, na medida em que a vulnerabilidade do paciente pela doença aguda e a dependência da alta tecnologia é extrema, parece haver mudança nessa situação da internação por ordem judicial.

Nesse sentido, entende-se que a pronta afirmativa de que o poder de decisão é do médico, também, reporta ao aditivo da ameaça de criminalização de sua atuação profissional; o duplo acato – à decisão médica e à decisão do juiz – parece ser a única opção, o que torna a prática desses enfermeiros burocratizada, estressante e permeada por uma “cultura do medo”. As solicitações direcionadas ao judiciário se distinguem pela fugacidade e a decisão pelo magistrado ocorre sem a oportunidade de contrapor as argumentações médicas do demandante com as de outro profissional de área médica.<sup>9</sup>

Também, argumenta-se que nas demais situações cotidianas da UTI, pode haver uma desarmonia no controle das situações entre pacientes e profissionais de saúde. Por sua vez, nas situações de internação por ordem judicial, há um explícito desequilíbrio de poder entre profissionais da saúde e da justiça. Desse modo, esses mesmos profissionais, ao receberem uma notificação judicial para a internação na UTI se veem obrigados a cumprir o que fora determinado pelo juiz, independente da aprovação do teor da sentença. O descumprimento da determinação pode ser caracterizado como crime de desobediência, previsto no Código Penal, que prevê uma pena de detenção de 15 dias a 6 meses além de multa pessoal.<sup>25</sup>

Enfermeiros que atuam em instituições públicas ou privadas relatam que o cliente que consegue internação em UTI por decisão judicial é tanto aquele cuja família é ciente de seus direitos como cidadãos quanto aqueles que utilizam o serviço público e nem sempre conhecem a existência e a finalidade do Ministério Público e do promotor de justiça. Porém, a atuação de defesa do paciente está presente nesse último caso, na medida em que os enfermeiros ao reconhecerem situações em que é urgente o encaminhamento do paciente acometido por uma gravidade aguda para uma UTI especializada, orientam a família acerca do que consideram um atendimento adequado para o paciente. Nesse sentido, enfermeiros que atuam em emergências e pronto socorro, vivenciam a mesma dificuldade: o ingresso do paciente na UTI; o diagnóstico emergencial; e, devido à indisponibilidade



de leito de UTI, o paciente é cadastrado na Central de Leitos, e, um dos motivos determinantes para a demanda judicial é a morosidade na liberação desse leito, ocasionando desconforto para a equipe de saúde em razão das limitações para oferecer uma assistência efetiva, além do estresse para a família do paciente.<sup>11</sup>

Também pode-se analisar aspectos atinentes à problemática de que o juiz não é o único responsável por determinar a internação por ordem judicial, pois sua decisão é baseada em um parecer médico, ainda que não necessariamente um profissional com *expertise* em terapia intensiva e ao reconhecimento de que o melhor lugar para o paciente grave é a UTI e não, por exemplo, em uma emergência esperando leito de terapia intensiva.

No Brasil, enfrentam-se os usuários do sistema público de saúde e o Estado, e para assegurar que não ocorra uma dissociação entre o texto constitucional e a realidade dos cidadãos, os juízes, emitem sentenças que preservam o direito à saúde, apoiados geralmente no arcabouço jurídico. O conhecimento dos juízes acerca da esfera técnica da saúde juntamente com os comitês executivos em saúde, que subsidiam os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde podem facilitar uma criteriosa análise do litígio. Mas a falta desse apoio técnico pode estar relacionada às respostas automáticas e padronizadas tanto do Poder Judiciário, com deferimento da maioria das solicitações, como do Poder Executivo, com a efetivação do mandado. Isso conduz a um desfecho insatisfatório em relação à gestão dos serviços públicos de saúde e pode acentuar as injustiças sociais.<sup>9</sup>

Importante salientar que, embora o juiz seja um profissional extremamente qualificado e sua atuação compreende a área jurídica, ele sentencia baseado em um laudo médico, ou seja, ele não decide sobre a necessidade clínica, ele decide sobre a comprovação da necessidade clínica e faz cumprir a lei, possibilitando, através do mandado judicial o atendimento desse paciente. Neste caso, se identificada uma demanda injustificada de leito de UTI, questiona-se qual a competência e o interesse do profissional que emitiu o laudo clínico? O tribunal deverá periciar todos os laudos antes da emissão do mandado? Há tempo para isso?

Uma pesquisa realizada com juízes, advogados e servidores da saúde pública indicam perspectivas diferentes em relação ao percurso do litígio, na medida em que o sistema judiciário se configura como mais uma porta de entrada ao sistema de saúde. Neste cenário, muitos juízes reconhecem que estão cumprindo sua função constitucional e respondendo à incapacidade de o Estado oferecer a efetividade do direito fundamental à saúde.<sup>26</sup> Ou seja, o cidadão doente necessita de um tratamento que não tem condições de subsidiar, cuja privação pode levá-lo a morte. Assim, a atuação do Poder Judiciário ganha destaque por representar o único caminho factível para o suprimento daquela privação terapêutica, argumento que é sustentado em uma pesquisa, realizada junto aos profissionais atuantes nos complexos reguladores de leitos hospitalares de uma metrópole do Brasil. Dentre os resultados, são apresentadas duas vertentes: a falta de vagas, revelada como uma barreira ao acesso, e a falta de recursos de especialidades mais complexas, o que representa uma supervalorização da alta complexidade. Sinalizam que a maior demanda reprimida enfrentada pelas centrais é de leitos de UTI. Diante das carências do sistema, os usuários contam com o mandado judicial para “furar a fila”.<sup>8,27–28</sup>

Outra pesquisa ao analisar as ações judiciais, constatou que até 2007, as demandas por UTI respondiam a 32%, a partir do ano seguinte passam a representar 71% do total das demandas. Nessa perspectiva, 95% dos argumentos que fundamentaram os processos se basearam-se no direito à saúde e 50% recorrem ao direito à vida, ambos difíceis de contestar do ponto de vista jurídico, visto que há uma solicitação de vaga em UTI com uma concentração do diagnóstico em doenças de caráter agudo, representando 78% dos casos.<sup>29</sup>

Por fim, contextualiza-se nessa categoria a questão das atitudes e decisões que são ética e moralmente corretas do enfermeiro diante da situação de que, para atender uma demanda de leito por ordem judicial, a assistência e proteção da vida de uma pessoa pode significar o risco de complicação e de sequelas de outra pessoa, então a advocacia se faz necessária nesse contexto.

Revelada na responsabilidade por zelar e defender a integridade física, o tratamento, o cuidado e bem estar, conforme previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seus princípios fundamentais,<sup>11,30</sup> e considerado pela *American Nurses Association*.<sup>31</sup> Logo, como membro de uma equipe multidisciplinar na UTI, um enfermeiro atua junto ao paciente estabilizando a disfunção aguda, prevenindo e gerenciando potenciais complicações que possam surgir durante a hospitalização, tratando as comorbidades pré-existentes, exercendo a prestação de cuidados às famílias como uma extensão do paciente, e colaborando com outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento desses pacientes.<sup>13,23</sup>

A compreensão do valor da equipe para o melhor cuidado fornecido para os pacientes críticos continua sendo um elemento central, embora o conceito de equipe pareça ter valor intuitivo, as contribuições individuais dentro da equipe são mais fortemente apoiadas. Ter um intensivista envolvido no cuidado dos pacientes em UTI é, sem dúvida, a intervenção mais eficaz para melhorar sobrevivência dos doentes críticos.<sup>13</sup>

Na segunda categoria, é possível analisar a defesa do paciente pelo enfermeiro de UTI que se manifesta na orientação dos pacientes e familiares. Um estudo sinaliza que os profissionais admitem já terem instigado familiares a buscar por auxílio judicial em casos em que percebiam que as dificuldades enfrentadas pelo sistema poderiam prejudicar o tratamento do paciente. E, mesmo reconhecendo os malefícios da judicialização, por ser uma estratégia de exercício da cidadania que sobrepõe o direito individual ao coletivo e compromete a eficácia das políticas de saúde, esse comportamento demonstra um compromisso social e ético dos profissionais de saúde com o direito à saúde das pessoas.<sup>3</sup>

O enfermeiro age como elo entre médicos e outros membros da equipe de saúde, fortalecendo a interação e comunicação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde. Uma comunicação que exige respeito mútuo, colaboração, deliberação conjunta e não simplesmente convergência de conhecimentos. Sabe-se que o ato de informar o paciente a respeito de seu diagnóstico e tratamento é dever legal do médico. Mesmo assim, compete ao enfermeiro orientar acerca do cuidado de enfermagem disponibilizado e sua relação com o diagnóstico e tratamento, de modo que seu papel educativo é essencial.<sup>32</sup>

Destaca-se a inserção e valorização do enfermeiro na equipe interdisciplinar, pois, quando inserido neste complexo sistema, assume um papel articulador e de relevância nos processos de mudanças, garantindo a qualidade da assistência, que é oferecida em conjunto com muitas outras disciplinas e que reforçam as relações da tríade enfermeiro/ser humano/equipe de saúde. Nesta perspectiva, uma revisão integrativa da literatura, contextualiza a interdisciplinaridade como importante para a troca de experiências, saberes e fazeres, e para superar a visão fragmentada da realidade.<sup>33</sup>

É vital a composição de equipes de saúde por profissionais de diferentes áreas de formação, dispostos a esclarecer possibilidades para o paciente e seus familiares enfrentarem este momento de suas vidas, amenizando o sofrimento de todos, inclusive da própria equipe. Na verdade, são ressignificados os atributos das relações de cuidado, enfatizando valores éticos, como a confiança e a autonomia.<sup>34</sup>

Essas conversas exigem um diálogo que aborda questões como estas: qual é a sua compreensão da situação?; o que conta como um bom resultado?; o que está em jogo para você?; como você vê suas responsabilidades na situação?; o que é mais importante pra você?; qual será a sua opinião de si ou de outros se a opção A for escolhida ou a opção B?. Este diálogo é um entendimento do discurso moral que possibilita a reflexão crítica dos agentes morais e suas práticas morais, e essa reflexão crítica vem justificar nossas ações. Os espaços morais são necessários para que uma instituição compreenda as necessidades de todos os seus membros, incluindo pacientes, porque todas as pessoas precisam de cuidados.<sup>17</sup> E, por meio desses espaços, outro aspecto passa a ser considerado: conseguir compartilhar com a família a real expectativa de resgate da vida do paciente.

Um estudo realizado nos Estados Unidos, expressa o que pode acontecer quando os espaços morais não são socializados. Isto é, neste estudo o profissional deveria priorizar a internação de um

único leito disponível em uma das duas situações: 1) um determinado paciente com câncer, gravemente doente com pouca chance de sobreviver (5%) e teria um prolongamento de até mais um ano de vida, ou 2) um paciente com morte cerebral, potencial doador de órgãos, para quem a admissão na UTI serviria para beneficiar algumas pessoas que aguardam transplante, seus órgãos proporcionariam um total de 5 anos extras de vida para esses pacientes. Do total dos profissionais que optaram por dar o leito para o paciente oncológico, 65% dos médicos e 75% dos enfermeiros alegaram sobre as obrigações entre o bem de um único paciente conhecido dentre múltiplos receptores de órgãos anônimos. Esse estudo sugere que muitos médicos da UTI se sentem compelidos em fornecer cuidados críticos de salvamento para pacientes com prognósticos graves, que vêm ao encontro com as normas tradicionais de priorização dos próprios pacientes, mas contrasta com os recentes conceitos sobre a responsabilidade de profissionais da saúde.<sup>35</sup>

Percebe-se que existem barreiras à advocacia da enfermagem intensiva frente àquele paciente que necessita de um leito de UTI, e recorre a ordem judicial. E essa situação é revelada de duas perspectivas diferentes: a defesa ocorre em favor do paciente que está internado e ainda não tem condições de ter alta, mas que é provável candidato a ceder o leito para aquele que está necessitando do leito e recorreu à justiça, e o enfermeiro advoga por esse paciente, sob seus cuidados, e que precisa internar na terapia intensiva. No entanto, a ação do enfermeiro na prática profissional deve ser embasada no cuidado ético, e isso exige que o enfermeiro exerça um cuidado individualizado e seguro e busque proteger o paciente de danos e possíveis riscos, sejam eles, físicos, mentais, de deliberação, por inadvertência, por insuficiência de tratamento ou por tratamentos incorretos.<sup>20,24</sup> Além disso, deve proteger o paciente e seus familiares de julgamentos da equipe diante da internação por ordem judicial, que possam comprometer o atendimento.

Justificando a importância, no ano de 2005 foi instituído pelo Ministério da Saúde na Política Nacional do Paciente Crítico, o cuidado centrado à família, com o objetivo de melhorar o atendimento dos familiares e dos pacientes internados na UTI, valorizando o atendimento humanizado para os pacientes e familiares.<sup>36</sup>

Um estudo revela que para muitos familiares a UTI ainda é um local temido, onde a ideia de morte evidenciada por 80% dos entrevistados e os outros 20% relacionaram como um local de atendimento que oferece maior segurança para a recuperação da saúde. Reconhece que cuidar em uma UTI representa o equilíbrio entre a técnica e o cuidado humano que devem constituir cada profissional, neste ínterim a família, dado que esta não é entendida como integrante do processo de cuidar. Porém, também deve receber a atenção e o apoio dos profissionais de saúde, visto se tornarem motivadores e participantes de toda a evolução do paciente, quando bem orientados. Além disso, a família deposita suas expectativas nesses profissionais e espera ajuda para compreender os momentos difíceis por qual estão passando.<sup>37</sup>

Nota-se que este tema não se esgota em um espaço único, devido à sua complexidade e profundidade. Porém, como é escassa a produção científica acerca da temática, tanto da advocacia do paciente, como da internação por ordem judicial as limitações deste estudo podem estar relacionadas à discussão dos resultados com a literatura, considerando que as percepções e particularidades da organização profissional da enfermagem e da estrutura dos sistemas de saúde nos países de origem dos respectivos estudos influenciam, também, a discussão dos dados. Ainda assim, compreende-se que as questões relacionadas à prática no cenário da terapia intensiva, se reproduzem em diferentes países; o que há de divergente é justamente a questão da internação por ordem judicial.

## CONCLUSÃO

O conceito de defesa do paciente é importante para a enfermagem e está sendo resignificado constantemente. Dentro da terapia intensiva, há o benefício direto aos cuidados de saúde e a melhora dos resultados neste tipo de ambiente complexo e requerido por demandas judiciais. A enfermagem, como uma das maiores forças de trabalho de profissionais de saúde, tem um papel chave no apoio a pacientes, além de estar na linha de frente e conhecer os obstáculos que os pacientes enfrentam

para obter o cuidado que eles necessitam, pode compartilhar informações e promover saúde de alta qualidade, preservando os interesses e direitos dos pacientes.

Este artigo destaca a lacuna entre o ideal de defesa do paciente e a realidade da prática de enfermagem diária, diante das dificuldades em reconhecer o papel de advogado do paciente influenciado pela prerrogativa do mandado judicial, sendo o acato a única opção, gerando desconforto pela soberania da decisão e a apreensão de punição. Outro fator desencadeante desse não reconhecimento é em relação ao entendimento de que quem decide sobre a alta, seja ela precoce ou não, e a admissão do paciente na UTI é o médico, desconsiderando um elemento central no cuidado fornecido para os pacientes críticos que a compreensão do valor da equipe e seus processos que podem facilitar ou restringir o trabalho na UTI.

Quando os pacientes experimentam ameaças à sua segurança, também devem ser os enfermeiros os seus defensores. Se isso não acontecer, diversos eventos podem causar danos catastróficos, considerando que para atender uma demanda de leito por ordem judicial, a assistência e proteção da vida de alguém pode representar desamparo e ameaça de morte para outro indivíduo.

Este estudo revela que os enfermeiros de cuidados críticos exercem a sensibilidade e dever moral do processo de cuidar quando defendem seus pacientes informando-os sobre seus direitos, demonstrando preocupação com indivíduos indefesos ou que desconhecem seus direitos e precisam de ajuda nesse sentido. Além disso, agem e falam sobre e em nome dos pacientes e seus familiares, orientando acerca das condições de tratamento e a gravidade do caso e prezando por um cuidado livre de julgamentos e prejuízos ao paciente que interna através da ordem judicial.

## REFERÊNCIAS

1. Viana RAPP, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Tanaka LH, Luz KR, Schmitt PH. Profile of an intensive care nurse in different regions of Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 Mar [acesso 2017 Nov 30]; 23(1):151-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100018>.
2. Wang LH, Goopy S, Lin CC, Barnard A, Han CY, Liu HE. The emergency patient's participation in medical decision-making. *J clin nurs* [Internet]. 2016 Set [acesso 2017 Ago 27]; 25(17-18):2550-8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13296>
3. Ramos RS, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Spindola T, Nogueira VPF. Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. *Rev. Latinoam Enfermagem* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 30]; 24:e2797. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100320&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100320&script=sci_arttext&tlng=es)
4. Garbin PR, Lopes LFD, Corrêa JS, Almeida DM, Goulart SO. Acesso à justiça e o direito à saúde: um estudo de caso na região noroeste do Rio Grande do Sul. *Rev inova ação* [Internet]. 2015 Jul/Dez [acesso 2016 Out 11]; 3(2):70-87. Disponível em: <http://189.43.21.151/revista/index.php/inovaacao/article/view/811>
5. Ventura CAA, Mello DF, Andrade RD, Mendes IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012 Nov/Dez [acesso 2015 Jun 06]; 65(6): 893-8. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38213>
6. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Censo AMIB 2016. São Paulo(BR): AMIB; [Internet]. 2016. [acesso 2017 Mar 5] Disponível em: [http://www.amib.com.br/pdf/Analise\\_de\\_Dados\\_v4\\_1.20.1095\\_AMIB\\_Atualizado\\_by\\_AM\\_24Fev17\\_TemplateAMIB.pdf](http://www.amib.com.br/pdf/Analise_de_Dados_v4_1.20.1095_AMIB_Atualizado_by_AM_24Fev17_TemplateAMIB.pdf)
7. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Consulta leitos. Brasília(BR): Ministério da Saúde; 2017 [acesso 2017 Mai 10]. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp)
8. Vargas CP, Vargas MAO, Schneider DG, Luz KR, Lima DKS, Schmitt PH. Defesa do paciente no contexto da terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vargas MAO, Nascimento ERP, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 1. Porto Alegre(BR): Artmed Panamericana; 2017. p. 125-54.

9. Mocelin CE. Demandas judiciais na saúde pública: instrumentos para a efetivação do direito à saúde e/ou novos arranjos na gestão e organização do SUS. *Rev Gestão Desenv Contexto* [Internet]. 2013 [acesso 2015 Set 04]; 1(1):100-16. Disponível em: <http://www.revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/GEDECON/article/view/311>
10. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Istilli PT, Pereira LHTR, Torquato MTCG. Health judicialization: access to treatment for users with diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2018 [acesso 2018 Abr 09]; 27(1):e0800016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180000800016>
11. Vargas MAO, Ramos FRS, Schneider DG, Schneider N, Santos AC, Leal SMC. Hospitalization by court order: ethical dilemmas. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 Mar [acesso 2014 Mai 06]; 34(1):119-25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100015&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100015&script=sci_arttext&lng=es)
12. Cavalcanti H. Brasil tem mais de 240 mil processos na área da Saúde. Portal CNJ. [Internet]. 2011 [acesso 2015 Fev 15]; Available from: <http://www.cnj.jus.br/component/acymailing/archive/view/listid-4-boletim-do-magistrado/mailid-195-boletim-do-magistrado>
13. Crowe S. A role for nurse practitioners in the ICU: advocating for change. *Dynamics* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Mai 03]; 25(3):26-9. Disponível em: <https://www.caccn.ca/files/CACCN-25-3-2014.pdf#page=26>
14. Galuska L. Advocating for patients: honoring professional trust. *AORN J* [Internet]. 2016 Nov [acesso 2017 Set 07]; 104(5):410-6. Disponível em: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.aorn.2016.09.001>
15. Hanks RG. Social advocacy: a call for nursing action. *Pastor Psychol* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jan 22]; 62(2):163-73. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11089-011-0404-1>
16. Vaartio H, Leino-Kilpi H. Nursing advocacy - a review of the empirical research 1990-2003. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2005 [acesso 2015 Mar 05]; 42(6):705-14. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748904001841>
17. Liaschenko J, Peter E. Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2016 Set/Out [acesso 2018 Fev 26]; 45(S1):S18-S21. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hast.626>
18. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual: discursiva. 2a ed. Ijuí(BR): Editora Unijuí; 2013.
19. 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* [Internet]. 2017 Abr [acesso 2017 Ago 10]; 39:18-27. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339716301021>
20. Gill FJ, Leslie GD, Grech C, Latour JM. Health consumers' experiences in Australian critical care units: postgraduate nurse education implications. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2013 Mar/Abr [acesso 2017 Jun 26]; 18(2):93-102. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1478-5153.2012.00543.x>
21. Gazarian PK, Fernberg LM, Sheehan KD. Effectiveness of narrative pedagogy in developing student nurses' advocacy role. *Nurs Ethics* [Internet]. 2014 Dez [acesso 2015 Out 01]; 23(2):132-41. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014557718>
22. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematizing autonomy and advocacy in nursing. *Nurs. Ethics* [Internet]. 2014 Jan [acesso 2016 Jul 25]; 21(5):576-82. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733013511362>
23. Davoodvand S, Abbaszadeh A, Ahmadi F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*. [Internet]. 2016 [acesso 2018 Fev 02]; 9(5):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958925/>

24. Arbour RB, Wiegand DL. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Dez 15]; 30(4):211-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713001328>
25. Ramos R, Gomes AMT. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. *Rev cuid* [Internet]. 2014 Jul [acesso 2017 Out 15]; 5(2):827-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.124>
26. Biehl, J, Petryna, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* [Internet]. 2016 Jan/Mar [acesso 2017 Abr 12]; 23(1):173-92. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3861/386144717011.pdf>
27. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes, AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2012 [acesso 2014 Dez 04]; 22(1):119-40. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2012.v22n1/119-140/pt/>
28. Penalva J. Judicialização do direito à saúde: o caso do Distrito Federal. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero - Anis. Belo Horizonte(BR): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2011.
29. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso 2015 Nov 20];19(2):591-8. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000200591&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000200591&script=sci_arttext)
30. Al Shammari F, Grande RAN, Vicencio DA, Al Mutairi S. Nurses' professional values on patient care provisions and decisions. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jan 07];7(9):78-84. Disponível em: <http://sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/11096>
31. American Nurses Association (ANA). About code of ethics. Silver Spring(US): ANA; 2017 [acesso 2017 Nov 10]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/codeofethics>
32. Luz KR, Vargas MAO, Schmitt PH, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Rosa LMD. Ethical problems experienced by oncology nurses. *Rev. Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Mai 03]; 23(6):1187-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000601187&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000601187&script=sci_arttext&tlng=es)
33. Silva TP, Leite JL, Teixeira ER, Moreira MC, Alcântara LM, Silva IR. The interdisciplinarity and its contributions to nursing care: integrative review. *J. nurs. UFPE on line* [Internet]. 2013 [acesso 2015 Set 23]; 7(S7):4823-30. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11740>
34. Luz KR, Vargas MAO, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Coping strategies for oncology nurses in high complexity. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Fev [acesso 2017 Out 05]; 69(1):67-71. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100067&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100067&script=sci_arttext)
35. Kohn R, Rubenfeld GD, Levy MM, Ubel PA, Halpern SD. Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians and nurses preferences for allocating ICU beds. *Intensive care med.* [Internet]. 2011 Jul [acesso 2014 Fev 06]; 37(7):1210-7. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-011-2257-6>
36. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1707, 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. *Diário Oficial da União*; 2005 Jul 8; p.1:1.
37. Vasconcelos EV, Freitas KO, Silva SED, Baia RSM, Tavares RS, Araújo JS. The daily life of relatives of patients admitted in ICU: a study with social representations. *J Res: Fundam Care online* [Internet]. 2016 Abr/Jun [acesso 2017 Mar 20]; 8(2):4313-27. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754104011.pdf>

## **NOTAS**

### **ORIGEM DO ARTIGO**

Extraído da tese - o enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente diante da internação por ordem judicial na terapia intensiva, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2018.

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Luz KR, Vargas MAO, Barlem E.

Coleta de dados: Luz KR, Vargas MAO, Viana RAPP.

Análise e interpretação dos dados: Luz KR, Vargas MAO, Peter E, Barlem E.

Discussão dos resultados: Luz KR, Vargas MAO, Peter E, Barlem E, Viana RAPP, Ventura CAA.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Luz KR, Vargas MAO, Peter E, Barlem E, Viana RAPP, Ventura CAA.

Revisão e aprovação final da versão final: Luz KR, Vargas MAO, Barlem E.

### **FINANCIAMENTO**

Esta pesquisa pertence ao macroprojeto intitulado: Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas, financiado pelo Universal - MCTI/CNPq No 14/2014.

### **APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisas Oncológicas, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 36739514.2.0000.5355

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **HISTÓRICO**

Recebido: 07 de maio de 2018.

Aprovado: 06 de setembro de 2018.

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Kely Regina da Luz  
kelydaluz@gmail.com