



**ALINE BELLETTI FIGUEIRA**

**O ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS NA  
ADVOCACIA POLÍTICA**

**RIO GRANDE  
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**O ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS NA**  
**ADVOCACIA POLÍTICA**

**ALINE BELLETTI FIGUEIRA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande/RS, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de Concentração: Ética, Educação e Saúde.

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

**RIO GRANDE**

**2019**

### Ficha catalográfica

F475e Figueira, Aline Belletti.  
O engajamento dos enfermeiros na advocacia política / Aline  
Belletti Figueira. – 2019.  
158 f.

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

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

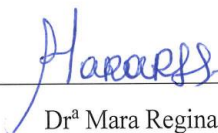
1. Enfermeiro 2. Políticas Públicas 3. Engajamento no Trabalho  
4. Ética 5. Advocacia em Saúde I. Barlem, Edison Luiz Devos  
II. Título.

CDU 616:34

ALINE BELLETTI FIGUEIRA

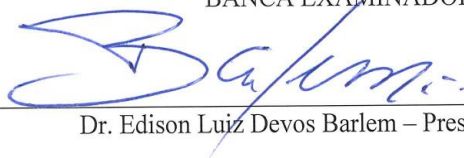
O ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS NA ADVOCACIA POLÍTICA

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 15 de abril de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



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

BANCA EXAMINADORA



Dr. Edison Luiz Devos Barlem – Presidente (FURG)



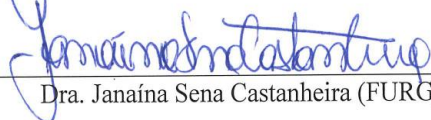
Dra. Grazielle de Lima Dalmolin – Membro Externo (UFSM)



Dra. Aline Neutzling Brum – Membro Interno (FURG)



Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem (FURG)



Dra. Janaína Sena Castanheira (FURG)

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

Dra. Rafaela Adolhe – Suplente Externo (UFSM)

## RESUMO

FIGUEIRA, Aline Belletti. **O engajamento dos enfermeiros na advocacia política**. 2019. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A advocacia política é uma forma dos profissionais de saúde, enfermeiros em especial, promoverem saúde de forma ampla e sistematizada nos espaços onde atuam. Se difere da advocacia do paciente ao buscar defender número considerável de pessoas a partir da interação entre diferentes profissionais unidos com a finalidade de influenciar decisores políticos a promoverem melhorias na saúde. Enquanto na advocacia do paciente profissionais defendem fatos isolados, situações específicas. Na advocacia política, os profissionais traçam estratégias e ações políticas a fim de favorecer os direitos não respeitados dos usuários com relação a cuidados de saúde. O presente estudo teve como objetivo geral: analisar o engajamento dos enfermeiros na advocacia política. O mesmo foi desenvolvido em três etapas: metodológica, quantitativa e qualitativa. Todas as etapas foram realizadas com enfermeiros que trabalham numa cidade do sul do Brasil. As duas primeiras contaram com a participação de 184 enfermeiros e tiveram como objetivos: adaptar culturalmente e validar o instrumento Policy Advocacy Engagement Scale; analisar o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política a partir da clusterização dos dados e descrever o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política, a partir da aplicação da versão adaptada do instrumento Policy Advocacy Engagement Scale. A validade de face e conteúdo do instrumento foram consideradas satisfatórias para utilização no contexto brasileiro, sendo realizada mediante avaliação do comitê de especialistas, pré-teste e alfa de Cronbach. Para a análise dos dados foi utilizada a análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória, alfa de Cronbach, estatística descritiva e análise de Cluster a partir do software estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 22.0. A etapa qualitativa, realizada com 19 enfermeiros ocorreu a partir das entrevistas com cada participante tendo apoio de um instrumento semiestruturado, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas para a realização da análise textual discursiva. Os preceitos éticos foram respeitados conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nos resultados foram identificados sete constructos: direitos dos usuários; defesa dos cuidados de qualidade; defesa de cuidados culturalmente competentes; defesa de cuidados preventivos; defesa de cuidados acessíveis; defesa de cuidados em saúde mental e defesa de cuidados as famílias e comunidade. Como preditor do engajamento dos enfermeiros na advocacia política foi identificado o fator: defesa de cuidados as famílias e comunidade. Com os resultados da etapa qualitativa, foi elaborado um modelo teórico que teve como foco central enfermeiros e as interações nos diferentes espaços onde atuam objetivando defender a saúde. Enfermeiros engajados tornam-se mais propensos a lutar por melhorias nos cuidados em saúde, bem como interagir de forma proativa com outras pessoas a fim de buscar melhorias na saúde. Por fim, o rigor científico aplicado em cada etapa da tese contribuiu para elaboração de um modelo teórico que pode ser aplicado em diferentes momentos de atuação dos enfermeiros brasileiros. Além de possibilitar inferir que ambas as etapas demonstram grande influência na capacidade do enfermeiro se empoderar de saberes a fim de trocas positivas entre diferentes atores na defesa política, com consequente ganho na saúde. Assim, o estudo defendeu a tese “Enfermeiros engajados desenvolvem a advocacia política em suas ações de cuidado através do reconhecimento das políticas públicas, das necessidades de saúde da população e do exercício da profissão”.

**Descritores:** Enfermeiro; Políticas Públicas; Engajamento no Trabalho; Ética; Advocacia em Saúde.

## ABSTRACT

FIGUEIRA, Aline Belletti. **The engagement of nurses in political advocacy**. 2019. 158p. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Political advocacy is a way for health professionals, especially nurses, to promote health in a broad and systematic way in the spaces where they work. It differs from the patient's advocacy by seeking to defend a considerable number of people from the interaction between different professionals united with the purpose of influencing policy makers to promote improvements in health. While in patient advocacy professionals advocate isolated facts, specific situations. In political advocacy, practitioners devise strategies and policy actions to promote the non-respected rights of users in relation to health care. The present study had as general objective: to analyze the engagement of nurses in political advocacy. It was developed in three stages: methodological, quantitative and qualitative. All steps were performed with nurses working in a city in southern Brazil. The first two counted on the participation of 184 nurses and had as objectives: to adapt culturally and to validate the instrument Policy Advocacy Engajament Scale; to analyze the level of engagement of nurses in political advocacy through the clustering of data and to describe the level of engagement of nurses in political advocacy, based on the application of the adapted Policy Advocacy Engajament Scale instrument. The validity of the face and content of the instrument were considered satisfactory for use in the Brazilian context, and it was carried out through the evaluation of the expert committee, pre-test and Cronbach's alpha. For the analysis of the data we used the exploratory factorial analysis, confirmatory factorial analysis, Cronbach's alpha, descriptive statistics and Cluster analysis from Statistical Package for Social Sciences, version 22.0. The qualitative stage, performed with 19 nurses, took place from interviews with each participant, with the support of a semistructured instrument, which were recorded and later transcribed for the discursive textual analysis. The ethical precepts were respected according to Resolution 466/2012 of the National Health Council. In the results, seven constructs were identified: users' rights; defense of quality care; defense of culturally competent care; defense of preventive care; defense of accessible care; advocacy for mental health care and advocacy for families and the community. As a predictor of nurses' engagement in political advocacy, the following factor was identified: advocacy for family and community care. With the results of the qualitative step, a theoretical model was developed that focused on nurses and the interactions in the different spaces where they act aiming to defend health. Engaged nurses are more likely to fight for improvements in health care as well as proactively interact with others to seek improvements in health. Finally, the scientific rigor applied at each stage of the thesis contributed to the elaboration of a theoretical model that can be applied in different moments of Brazilian nurses' performance. In addition to making it possible to infer that both stages demonstrate a great influence on nurses' capacity to empower themselves in order to make positive exchanges between different actors in the political defense, with consequent health gains. Thus, the study defended the thesis "Engaged nurses develop political advocacy in their care actions through the recognition of public policies, the health needs of the population and the exercise of the profession."

**Descriptors:** Nurses; Public Policy; Work Engajament; Ethics; Health Advocacy.

## RESUMEN

FIGUEIRA, Aline Belletti. **El compromiso de los enfermeros en la defensa política**. 2019. 158h. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La abogacía política es una forma de los profesionales de salud, enfermeros en especial, promover salud de forma amplia y sistematizada en los espacios donde actúan. Se diferencia de la abogacía del paciente al buscar defender un número considerable de personas a partir de la interacción entre diferentes profesionales unidos con la finalidad de influenciar a los responsables políticos a promover mejoras en la salud. Mientras que en la abogacía del paciente profesionales defienden hechos aislados, situaciones específicas. En la defensa política, los profesionales trazan estrategias y acciones políticas para favorecer los derechos no respetados de los usuarios con relación a la atención de salud. El presente estudio tuvo como objetivo general: analizar el compromiso de los enfermeros en la abogacía política. El mismo fue desarrollado en tres etapas: metodológica, cuantitativa y cualitativa. Todas las etapas se realizaron con enfermeros que trabajan en una ciudad del sur de Brasil. Las dos primeras contaron con la participación de 184 enfermeros y tuvieron como objetivos: adaptar culturalmente y validar el instrumento Policy Advocacy Engajament Scale; analizar el nivel de compromiso de los enfermeros en la abogacía política a partir de la clusterización de los datos y describir el nivel de compromiso de los enfermeros en la defensa política a partir de la aplicación de la versión adaptada del instrumento Policy Advocacy Engajament Scale. La validez de cara y contenido del instrumento fueron consideradas satisfactorias para su uso en el contexto brasileño, siendo realizada mediante evaluación del comité de especialistas, pre-test y alfa de Cronbach. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis factorial exploratorio, análisis factorial confirmatorio, alfa de Cronbach, estadística descriptiva y análisis de Cluster a partir del software estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 22.0. La etapa cualitativa, realizada con 19 enfermeros ocurrió a partir de entrevistas con cada participante teniendo apoyo de un instrumento semiestructurado, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas para la realización del análisis textual discursivo. Los preceptos éticos se respetaron conforme a la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. En los resultados se identificaron siete constructos: derechos de los usuarios; defensa de los cuidados de calidad; defensa de los cuidados culturalmente competentes; defensa de los cuidados preventivos; defensa de los cuidados accesibles; la defensa de la atención de salud mental y la protección de las familias y la comunidad. Como predictor del compromiso de los enfermeros en la abogacía política fue identificado el factor: defensa de cuidados a las familias y comunidad. Con los resultados de la etapa cualitativa, se elaboró un modelo teórico que tuvo como foco central enfermeros y las interacciones en los diferentes espacios donde actúan objetivando defender la salud. Enfermeros comprometidos se vuelven más propensos a luchar por mejoras en el cuidado de la salud, así como interactuar de forma proactiva con otras personas para buscar mejoras en la salud. Por último, el rigor científico aplicado en cada etapa de la tesis contribuyó para la elaboración de un modelo teórico que puede aplicarse en diferentes momentos de actuación de los enfermeros brasileños. Además de posibilitar inferir que ambas etapas demuestran gran influencia en la capacidad del enfermero para empoderarse de saberes a fin de intercambios positivos entre diferentes actores en la defensa política, con consecuente ganancia en la salud. Así, el estudio defendió la tesis "Enfermeros comprometidos desarrollan la abogacía política en sus acciones de cuidado a través del reconocimiento de las políticas públicas, de las necesidades de salud de la población y del ejercicio de la profesión".

**Descritores:** Enfermeros; Políticas Públicas; Compromisso Laboral; Ética; Defesa de la Salud.

### **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACSCRG	Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande
ANA	Associação Americana de Enfermagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CLT	Confederação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	Coordenação Regional de Saúde
CENPRE	Centro Regional Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos
CID	Centro Integrado de Diabetes
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
NEPES	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAES	Policy Advocacy Engagement Scale
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RJU	Regime Jurídico da União
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMU	Serviço Móvel de Urgência
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características dos participantes (* = 184). Rio Grande, RS, Brasil, 2019 (Artigo 1) .....	70
<b>Tabela 2</b> - Demonstrativo entre os alfas de Cronbach da PAES original e da PAES versão adaptada, Rio Grande, RS, Brasil, 2019	70
<b>Tabela 3</b> – AFE (rotação Varimax). Rio Grande, RS, Brasil, 2018 (Artigo 1) .....	73
<b>Tabela 1</b> - Comportamento dos 4 clusters organizados por agrupamento de acordo com variáveis selecionadas para comparação (Artigo 2) .....	87
<b>Tabela 2</b> - Média geral para advocacia política entre os clusters (Artigo 2) .....	88
<b>Tabela 3</b> - Comparação da média dos fatores de acordo com cada cluster (Artigo 2).	89
<b>Tabela 4</b> - Questões com maiores médias dentro de cada fator (Artigo 2) .....	90 104
<b>Tabela 1</b> - Características dos participantes (* = 184). Rio Grande, RS, Brasil, 2018 (Artigo 3) .....	105
<b>Tabela 2</b> - Características institucionais (Artigo 3) .....	105
<b>Tabela 3</b> - Média e desvio-padrão dos escores global e de cada fator, além de questões com maiores e menores médias dentro de cada fator (Artigo 3) .....	

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Exposição dos resultados qualitativos da pesquisa de engajamento dos enfermeiros na advocacia política (Artigo 4) .....	122
---	-----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Estrutura da Análise Fatorial Confirmatória (Artigo 1) .....	75
<b>Figura 1</b> - Distribuição da amostra segundo agrupamento definido pela razão de verossimilhança quanto o engajamento dos enfermeiros na advocacia política (Artigo 2) .....	86
<b>Figura 1</b> - Modelo teórico (Artigo 4) .....	126

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>23</b>
3.1 ADVOCACIA EM SAÚDE / NA ENFERMAGEM.....	23
3.2 ADVOCACIA POLÍTICA.....	28
3.3 ENGAJAMENTO DO ENFERMEIRO NA ADVOCACIA POLÍTICA.....	36
<b>3.3.1 Barreiras/facilitadores para o exercício da advocacia política pelos enfermeiros</b> .....	<b>42</b>
3.4 EDUCAÇÃO NA ENFERMAGEM PARA A ADVOCACIA POLÍTICA.....	47
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>51</b>
4.1 ETAPA METODOLÓGICA.....	51
4.1.1 Local do Estudo.....	51
4.1.2 Participantes do estudo.....	53
4.1.3 Policy Advocacy Engagement Scale (PAES): instrumento de coleta de dados.....	55
4.1.4 Adaptação cultural do instrumento de coleta de dados.....	56
4.1.5 Validação do Instrumento.....	57
4.2 ETAPA QUANTITATIVA.....	58
4.2.1 Tipo de estudo.....	59
4.2.2 Local do estudo.....	59
4.2.3 Participantes do estudo.....	59
4.2.4 Coleta de Dados.....	60
4.2.5 Análise dos Dados.....	60
4.3 ETAPA QUALITATIVA.....	61
4.3.1 Tipo de estudo.....	61
4.3.2 Local do estudo.....	61
4.3.3 Participantes do estudo.....	61
4.3.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	62
4.3.5 Coleta de dados.....	62

<b>4.3.4 Análise dos dados.....</b>	<b>63</b>
<b>4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>64</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>65</b>
<b>5.1 ARTIGO 1.....</b>	<b>66</b>
<b>5.2 ARTIGO 2.....</b>	<b>83</b>
<b>5.3 ARTIGO 3.....</b>	<b>102</b>
<b>5.4 ARTIGO 4.....</b>	<b>117</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>135</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO.....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE B - GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICE C – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO ENCAMINHADO ÀS INSTITUIÇÕES.....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO VERSÃO TRADUZIDA.....</b>	<b>156</b>
<b>ANEXO I – INSTRUMENTO VERSÃO ORIGINAL.....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE.....</b>	<b>158</b>

## APRESENTAÇÃO

A escolha por trabalhar com a temática “**O engajamento dos enfermeiros na advocacia política**” surgiu a partir de questionamentos levantados com a elaboração de minha dissertação intitulada “Advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (2015)” numa busca por adquirir novos conhecimentos acerca deste tema. A advocacia política se apresenta enquanto uma forma de advogar por indivíduos diversos, porém com o objetivo de beneficiar o maior número de pessoas possível. Para tanto, deve contar também com o engajamento de outras instituições, outros setores e/ou trabalhadores de saúde em suas ações.

A temática vem sendo discutida no grupo de estudos no qual faço parte “Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NEPES), grupo de Pesquisa do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)”, onde junto aos demais membros, tenho a possibilidade de participar de diferentes discussões sobre pesquisas que envolvem a advocacia política, sendo este, um espaço promotor de reflexões quanto ao conhecimento da enfermagem. Assim, enfermeiros responsáveis e esclarecidos de seus direitos e deveres tornam-se mais capacitados para advogar em favor das pessoas, além de terem maior oportunidade de ampliar sua autonomia nas questões de saúde.

Estudos já realizados no NEPES reforçam a importância dos enfermeiros nos cuidados em saúde, por serem estes profissionais dotados de conhecimento singular nas questões de cuidados em saúde, bem como permanecerem a maior parte do tempo com os usuários, com oportunidade ímpar para a partir das necessidades percebidas atuar em favor da defesa, além de estimular o empoderamento dos usuários e comunidade na luta pela defesa de melhorias na saúde (BARLEM, 2012; FIGUEIRA, 2015).

Dessa forma, ao reconhecer à importância da advocacia política como promotora de melhoria nos cuidados em saúde, buscamos compreender as questões inerentes ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política no contexto da enfermagem brasileira. Em particular, buscamos compreender como ocorre o engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

Assim, a presente tese se estrutura da seguinte forma: introdução, referencial teórico, método, resultados, discussão e considerações finais, seguidos das referências utilizadas, apêndices e anexos, descritos a seguir.

Na “**Introdução**”, é apresentada a temática advocacia política na enfermagem, conceitos e estudos nacionais e internacionais que abordam a temática, bem como a atuação dos

enfermeiros neste contexto. Também, são evidenciadas a questão de pesquisa, a tese defendida e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo é apresentado o “**Referencial Teórico**”; nele são discutidos a advocacia em saúde no contexto da enfermagem; advocacia política; engajamento dos enfermeiros para a advocacia política; barreiras/facilitadores para o exercício da advocacia política pelos enfermeiros; educação na enfermagem para a advocacia política.

Na “**Metodologia**”, realizamos uma descrição dos caminhos metodológicos utilizados, explicitando as técnicas realizadas nas etapas metodológica, quantitativa e qualitativa da tese, assim como os procedimentos éticos seguidos. No capítulo “**Resultados e Discussão**”, são apresentados e discutidos os resultados no formato de quatro artigos. O primeiro artigo, denominado “*Adaptação Cultural e Validação da Policy Advocacy Engagement Scale*”, tem como objetivo adaptar culturalmente e validar o instrumento Policy Advocacy Engagement Scale para enfermeiros brasileiros.

O segundo artigo intitulado “*Clusterização do engajamento dos Enfermeiros na Advocacia Política*”, objetivou analisar o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política a partir da clusterização dos dados obtidos na pesquisa. O terceiro artigo intitulado “*Estudo Avaliativo Quanto ao Nível de Engajamento dos Enfermeiros na Advocacia Política*”, descreve o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política, tendo como fator de maior impacto na advocacia política a defesa dos cuidados as famílias e comunidade.

O quarto artigo, corresponde ao artigo qualitativo desta tese, intitulado “*Engajamento dos Enfermeiros na Advocacia Política: Construção de um Modelo Teórico*”, o qual teve como objetivo compreender os condicionantes do engajamento dos enfermeiros na advocacia política e desenvolver um modelo teórico sobre o engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

O último capítulo, “**Considerações Finais**”, apresenta a síntese dessa tese, com destaque aos principais achados. Finalizamos o presente estudo, com a confirmação da tese proposta, evidenciando que “**os enfermeiros engajados desenvolvem a advocacia política em suas ações de cuidado através do reconhecimento das políticas públicas, das necessidades de saúde da população e do exercício da profissão**”.

## 1 INTRODUÇÃO

A Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) realizada em 1986, diretamente vinculada ao movimento sanitarista brasileiro, tinha como um de seus principais temas a reformulação do sistema nacional de saúde. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida num sentido abrangente, como “resultante das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. Sendo proposta a criação de um sistema unificado de saúde, o qual objetiva a integralização das ações e superação da dicotomia preventivo-curativo”, o Sistema Único de Saúde (SUS) (CHORNY et al., 1987).

A concepção política e ideológica do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada por diferentes atores nos espaços públicos (CONASS, 2009; PAIM et al, 2012). Apresentou como objetivo diminuir situações de desigualdade da população na assistência à saúde ao tornar obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, com oferta de serviços na atenção primária, secundária e terciária de acordo com cada especificidade (VIEGAS; PENNA, 2013).

O Estado, a partir de então, passa a ser responsável pela gestão dos serviços de saúde no país, o qual assegura o direito universal de saúde a todos os brasileiros, fundamentado nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação da comunidade na tomada de decisões (BRASIL, 2001). Essas transformações produziram mudanças nos modos de gerir e cuidar, com aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho em saúde (CECCIM; MERHY, 2009).

Mesmo com a existência de serviços em saúde que compreendam as instituições particulares, a grande demanda dos cuidados em saúde passou a ser vinculada ao SUS, o qual deve prestar assistência integral a saúde. Como exemplo, temos serviços de saúde nos postos de saúde, centros de saúde, ambulatórios, consultórios, pronto-socorro, hospitais, entre outros, fato que torna o Estado referência em saúde pública no mundo, mesmo com todas as dificuldades de financiamento enfrentadas por um país em desenvolvimento como o Brasil (SANTOS et al, 2016).

A fim de ampliar e qualificar os cuidados em saúde, o país conta também com políticas públicas de saúde planejadas por diferentes pessoas com objetivo de melhorar a qualidade de vida da população. Cabe salientar que as políticas precisam se adequar às constantes mudanças e necessidades no perfil de saúde da população (MENDES, 2010; SCHMIDT et al,



2011). Desta forma, o Brasil busca contribuir para minimizar as desigualdades sociais e incentivar a cidadania proativa, a fim de que as pessoas, com direitos reconhecidos e concretizados, possam também multiplicar as formas de cooperação em saúde (RUIZ; GERHARDT, 2012).

Por tratar de problemas de saúde e da organização nos serviços, as políticas de saúde interferem diretamente na vida cotidiana dos cidadãos e profissionais de saúde. Logo, é necessário que os profissionais atuem diretamente na construção social a partir do levantamento dos problemas de saúde; com formulação de políticas; escolha dos problemas mais pertinentes a serem discutidos na agenda de governo; implementação e avaliação das políticas públicas, entre outros (LIMA; D' ASCENZI, 2013; PINTO et al, 2014).

Nestas ações, a enfermagem enquanto profissão em saúde possui características que potencializam sua contribuição na formulação das políticas públicas ao fortalecer a qualidade dos sistemas de saúde e exercer papel fundamental no reconhecimento da necessidade de cobertura e implementação da saúde, consideradas as distintas realidades e necessidades regionais (ANDRADE et al, 2005).

Ainda, a profissão merece destaque e atenção especial por parte dos governos, gestores e lideranças em educação e saúde, pois é considerada a espinha dorsal dos sistemas de saúde, não só por sua representatividade majoritária na força de trabalho em saúde, mas, também, por sua presença, atuação e permanência nas 24 horas nos serviços, ao coordenar a assistência e atuar enquanto meio entre os integrantes da equipe de saúde e população (TREVIZAN et al, 2010). Além dos enfermeiros se diferenciarem dentro da equipe multidisciplinar em saúde por serem profissionais de grande confiança e empatia com o público, visto seu contato permanente com os mesmos. Fato que os torna adequados para a defesa e o desempenho de ações enquanto advogados da população (BEU; MACILATH; DUVAL, 2004).

Como líder no sistema de saúde, o enfermeiro comprometido com as políticas vigentes deve buscar o auto aprimoramento constante e o envolvimento de outros líderes, ao assumir responsabilidades pela sustentabilidade da liderança. Ainda, possui a competência para perceber que bons líderes se tornam ainda melhores quando são conscientes e convictos das mudanças necessárias a fazer (MENDES et al, 2013).

Sendo assim, os profissionais de enfermagem devem contar com o apoio das organizações de enfermagem, para que de fato se sintam seguros ao advogar pela saúde da população (WATSON; O'CONNOR, 2015). Somado a isto, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) tem promovido esforços a fim de conscientizar os enfermeiros acerca de

sua atuação política junto aos usuários e profissionais da saúde para qualificar a saúde (VENTURA et al., 2012).

Ao abordar as competências da advocacia, ênfase é dada ao profissional promotor da saúde enquanto ser capaz de utilizar estratégias e técnicas de advocacia que reflitam os princípios de promoção da saúde; além de se engajar com pessoas chave a fim de promover mudanças positivas na saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; GANDRA, 2014). Dissertação do PPGEnf FURG intitulada “Advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF)”; realizada com enfermeiros que atuam nestes serviços, objetivou conhecer como ocorrem os processos de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros (FIGUEIRA, 2015).

Como resultados deste processo, surgiram as ações percebidas pelos enfermeiros que estimulam a advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários na ESF, como: a participação ativa da comunidade; reuniões de bairro com à comunidade e equipe multiprofissional; participação da equipe nas escolas locais; visitas domiciliares; consultas de enfermagem, além das trocas entre a equipe multiprofissional de ESF que trabalham questões relacionadas a defesa dos usuários. E ainda, as barreiras enfrentadas pelos profissionais enfermeiros ao advogarem pela comunidade, como: a desorganização do trabalho; grande demanda burocrática e limitações no ambiente. Em contrapartida aos aspectos facilitadores para o exercício da advocacia, como: o acolhimento; construção de vínculos entre profissional e usuário; união da equipe multidisciplinar, entre outros. Com evidências de que o comprometimento dos enfermeiros no trabalho é fundamental nas atividades de advocacia em saúde para com os usuários de ESF (FIGUEIRA, 2015).

Desta forma, enfermeiros e demais profissionais de saúde devem utilizar à advocacia em saúde como estratégia para a promoção da saúde, a qual inclui redução das diferenças sociais e econômicas; valorização das pessoas; união de ações intersetoriais; além da reorientação dos serviços de saúde, os quais devem criar ambientes favoráveis a melhoria da saúde. Assim, à advocacia tem como principal objetivo, através da defesa em saúde, de fazer com que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos propiciem à melhoria na qualidade de vida da população (CARTA DE OTAWA, 2001; BRASIL, 2002; GANDRA, 2014).

À advocacia em saúde é um processo que utiliza estratégias políticas com o objetivo de promover direitos não respeitados das pessoas, além de influenciar cidadãos e autoridades, ao sensibiliza-los para carências e necessidades diversas da população (VENTURA et al., 2012).

Assim, a maneira mais bem-sucedida de obter mudanças nas políticas é por meio da criação do senso de unidade entre indivíduos, principalmente ao considerar a crítica pública e a advocacia em saúde como as melhores estratégias para alcançar mudanças positivas na saúde, além de indicar competências necessárias para facilitar as políticas de saúde enquanto parte integrante na melhoria da saúde e qualidade de vida da população (BADOVINAC, 1997).

Neste meio, à advocacia política surge como extensão da advocacia em saúde, baseada em uma forma de promoção da saúde, a qual requer alianças políticas com vistas a promover intervenções em defesa da saúde, com destaque ao potencial das alianças em maximizar o poder das pessoas e grupos através de ações em conjunto. Cumpre ainda, aumentar o poder a partir dos esforços nas comunidades ao demonstrar maior comprometimento nas questões ambientais para a promoção e intervenção em saúde (SCHWARTZ; GOODMAN; STECKLER, 1995), além da mobilização nas comunidades ser um importante meio na advocacia política para a promoção da saúde (SCHWARTZ; GOODMAN; STECKLER, 1995).

Disparidades em saúde são um dos principais antecedentes ao defender a população tanto em nível microssocial quanto macrossocial. A defesa em nível microssocial são inerentes à própria pessoa e não modificáveis, como idade, fatores genéticos e sexo, enquanto os macro, incluem fatores culturais, ambientais e econômicos que determinam as comunidades; alguns deles inclusive agem de modo interligado, de maneira que se tornam influência quando combinados a outros fatores e determinam, assim, os comportamentos de saúde da população (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al, 2018).

Fatores macrossociais também estão associados a pobreza; dificuldade no acesso e uso dos serviços de saúde; racismo (individual, institucional e cultural); diferenças entre o sistema de saúde biomédico e populações menores; ambiente hospitalar, além do uso de grandes tecnologias com elevação dos custos na saúde e mudanças nas políticas de saúde tornarem o ambiente hospitalar extremamente complexo e negligenciar a autonomia e valores dos usuários (BU; JEZEWSKI, 2007; HARRISON; FALCO, 2005). Visto desta forma, mudanças em nível macrossocial irão ocorrer quando as ações de defesa pelos enfermeiros levarem a mudanças desejáveis para o bem-estar de um grupo de pessoas e/ou sociedade (BU; JEZEWSKI, 2007). Ainda no âmbito político, em nível macro, a advocacia irá ocorrer efetivamente por meio de organizações profissionais que podem promover mudanças políticas e apoiar esforços individuais na advocacia (VENTURA et al., 2012).

Enquanto no nível microssocial as condições dos usuários são o principal antecedente para a defesa, como exemplo: vulnerabilidade no cuidado, falta de conhecimento,

inconsciência devido a doença, usuários com transtorno mental e ainda, comportamento negativo por parte dos profissionais de saúde (desrespeito, desumanização no cuidado). Assim, mudanças positivas na defesa em nível microsocial irão ocorrer quando os direitos e valores das pessoas forem preservados e/ou protegidos pelas ações de advocacia específicas dos enfermeiros, com aumento da segurança nos serviços de saúde (BU; JEZEWSKI, 2007).

Enfermeiros ao participarem na formulação de políticas e alteração de políticas inapropriadas no sistema de saúde podem demonstrar a defesa dos usuários e promover a justiça e melhorias na prestação de cuidados em saúde. Destacam-se evidências da importância dos enfermeiros na construção de políticas de saúde e do papel de defesa dos usuários pelos enfermeiros (BU; JEZEWSKI, 2007; GOMES, 2016).

Em nível macrossocial, a compreensão da advocacia política é o principal fator para promover o engajamento político dos enfermeiros, com aumento da capacidade para serem defensores de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas. Também são essenciais características como autoconfiança, assertividade, maturidade e apoio na defesa política, bem como a insatisfação dos enfermeiros com o sistema de saúde impactar na saúde das comunidades, com resultados no envolvimento político dos profissionais enfermeiros nas questões relacionadas à saúde (KILPATRICK et al., 2016).

Ao mostrar seu envolvimento, o enfermeiro reforça sua militância na luta por saúde, a qual amplia a participação política engajada e crítica, onde são desenvolvidas ações voltadas à conscientização política da população em busca de novos valores que possibilitem às pessoas se organizarem e lutarem para a construção de uma sociedade justa, digna e democrática. Na área da enfermagem, em particular, a militância política é compreendida como aspecto essencial para trilhar o caminho da mudança, mediante uma visão integral e comprometida, ética, política e social com o ser humano, e a sociedade (ALMEIDA, 2018).

Engajar é estar envolvido politicamente ou a serviço de uma causa (FERREIRA, 2010). O engajamento é percebido no indivíduo pelo envolvimento e pela eficácia ao desempenhar determinada atividade, uma vez que seus valores são considerados seja no ambiente de trabalho ou nos estudos. As pessoas engajadas se mostram abertas a novas experiências e são capazes de explorar com avidez o ambiente/situação onde estão, se tornando inclusive mais criativas (SILVA et al, 2018).

Assim, enfermeiros devem estar preparados para lidar com os desafios da advocacia política, tendo em vista que problemas em saúde transcendem as barreiras nacionais (HUNTER et al., 2013) e atentar para as suas responsabilidades políticas em um movimento dinâmico e complexo que consiste na capacidade de interagir com diferentes setores em prol

da defesa política. Esta interação ocorre a partir do conhecimento sobre as políticas de saúde, seus determinantes e condicionantes, cuidados primários, secundários e terciários em saúde, questões globais relacionadas à cultura, epidemias, doenças transmissíveis e não transmissíveis, epidemiologia, ações humanitárias, situações emergenciais, além de compreender a complexidade do conceito de saúde que não se limita apenas a ausência de doenças (HUNTER et al., 2013).

Sendo assim, a enfermagem está bem posicionada para participar com sucesso na defesa de políticas públicas em saúde, além de ser percebida como uma das mais confiáveis profissões para a defesa (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006). Somado a isto, a advocacia política avança a profissão da enfermagem e ao mesmo tempo melhora a saúde pública, a partir da participação proativa do profissional na esfera política, o que consiste na chave para a excelência da prática clínica, dos estudos e ensino de enfermagem, e por sua vez, uma estratégia de excelência em enfermagem (HALL-LONG, 2009).

A eficácia dos enfermeiros como defensores dependerá, em grande parte, de sua abertura de espírito, conhecimento de si, da sociedade, instituições de saúde e políticas públicas (MALLIK, 1998). Logo, o envolvimento dos enfermeiros no desenvolvimento de políticas de saúde garante que os direitos a cuidados de saúde sejam seguros, de alta qualidade, acessíveis e disponíveis a todos os que dela necessitam (SHARIFF, 2014).

No âmbito internacional estudos mostram que a advocacia pela enfermagem é melhor desempenhada quando a profissão tem apoio das organizações em saúde, ao demonstrar maior qualidade e força nas iniciativas que motivam os enfermeiros na defesa política, a qual está para além de um único momento (TAYLOR, 2016). Pesquisa americana, de caráter quantitativo objetivou conhecer os fatores que antecedem o envolvimento dos profissionais de saúde na defesa de políticas que melhoram a saúde da população. O estudo centrou-se na defesa de políticas em hospitais especificamente nos Estados Unidos, com evidências de que o bem-estar das pessoas é muito influenciado pelo poder do governo federal, estadual, por políticas locais e órgãos reguladores (JANSSON et al., 2016).

Pesquisa jordaniana de caráter quantitativo avaliou o envolvimento dos enfermeiros jordanianos nas políticas de saúde, os benefícios que a defesa política traz à saúde da população, as barreiras para à prática e os impactos sobre os resultados de saúde que levam as ações do enfermeiro no processo de construção de políticas (ABUALRUB; FOUDEH, 2017). Uma pesquisa canadense, com abordagem qualitativa trata do acesso aos serviços de saúde aos povos indígenas no país. A pesquisa teve como objetivo refletir sobre a necessidade de ampliar o atendimento em enfermagem e serviços de saúde para estes povos; além de analisar

as condições que influenciam a saúde e produzem desigualdades em saúde. Ao fim, o estudo foi capaz de fornecer subsídios para ampliar as ações de enfermagem nas questões sociais, políticas, históricas, além de fatores econômicos quanto ao acesso a serviços de saúde para as populações vulneráveis (CAMERON, 2014).

Estudo qualitativo, realizado com 6 enfermeiros líderes do Reino Unido num período de 5 meses, objetivou explorar as percepções e atitudes dos líderes de enfermagem quanto à adoção do papel de defensor dos pacientes como uma "inovação" na enfermagem. Embora os líderes reconheçam a defesa do paciente como importante para valorizar as ações morais de enfermagem reforçada pelo vínculo enfermeiro/paciente, destacam que essas ações podem ser a intensificação de conflitos inter-profissionais nos cuidados de saúde (MALLIK, 1998).

Pesquisa quantitativa realizada com enfermeiras que trabalham na África Oriental objetivou construir um consenso entre líderes enfermeiros sobre quais os fatores que facilitam ou impedem a sua participação no desenvolvimento de políticas em saúde a partir do contexto local. Os resultados do estudo indicaram como facilitadores: estar envolvido na criação de políticas de saúde, ter conhecimento e competências para aumentar a visibilidade da profissão. Quanto às barreiras, destacaram-se: falta de envolvimento, imagem negativa da profissão e fatores que excluem os profissionais dos processos decisórios, concluindo que existem grandes oportunidades para aumentar a participação de líderes enfermeiros no desenvolvimento de políticas de saúde, além dos profissionais desempenharem papel fundamental na orientação, apoio e desenvolvimento de políticas para os futuros enfermeiros (SHARIFF, 2014).

Pode-se observar que muitos são os estudos internacionais que abordam a defesa política na enfermagem, bastante presente principalmente nos padrões norte-americanos e canadenses de cuidado em saúde. Porém tal prática permanece pouco visível nos países em desenvolvimento como o Brasil, embora as organizações de enfermagem não meçam esforços e desempenhem papel crucial na defesa política (TAYLOR, 2016). No Brasil, um estudo reflexivo indica que a advocacia tem sido proposta como um papel político do enfermeiro junto aos usuários, com objetivo de assegurar seus direitos, fato que contribui para o empoderamento deles e para que se tornem sujeitos ativos nas comunidades (VENTURA et al., 2012).

Dissertação realizada no Brasil com abordagem qualitativa objetivou analisar a advocacia em saúde como competência para a promoção da saúde na formação do enfermeiro em uma escola de enfermagem pública do estado de Minas Gerais. O estudo conclui que são insuficientes as estratégias que desenvolvem a competência política do enfermeiro, uma vez

que os dispositivos reconhecidos como potenciais para esse processo já estão incorporados na formação, sem, contudo, possibilitar o salto de qualidade para uma atuação efetiva e socialmente reconhecida. Assim, há necessidade de serem superadas contradições para avançar em movimentos que reforcem o papel político, crítico e ativo do enfermeiro, desde a sua formação, na defesa da saúde e na garantia da cidadania, como competência central para a promoção da saúde (GANDRA, 2014).

Verifica-se, então, o quão importante é a conscientização do enfermeiro quanto seu papel junto aos usuários. Não se busca aqui minimizar a relevância das ações técnicas específicas da enfermagem, pelo contrário, além da excelência na realização de suas atividades, o enfermeiro desempenha, na prática, um contato direto com situações que o levam a agir também como agente político em busca de mudanças, como "advogados" dos usuários nos serviços de saúde (VENTURA et al., 2012).

Ao perceber a necessidade de qualificar as iniciativas de defesa que motivam os enfermeiros a sustentar a advocacia política para além de um único momento (TAYLOR, 2016), destacam-se evidências de que o envolvimento dos enfermeiros na atuação política é baixo nos países em desenvolvimento. Dessa forma, destaca-se a necessidade desses profissionais estarem envolvidos no desenvolvimento e atuação política para ampliar a qualidade em saúde da população (ABUALRUB; FOUDEH, 2017).

Ressalta-se a necessidade de aprofundar a temática engajamento dos enfermeiros na advocacia política, tendo em vista a repercussão política/social do estudo, de retorno à comunidade diante da efetiva atuação política do profissional enfermeiro, que é bem mais ampla do que centrar exclusivamente na autorreflexão por parte destes profissionais sobre seu trabalho. Para isso, é necessário identificar como as ações dos enfermeiros são desenvolvidas e valorizadas nos diferentes espaços de atuação, o que **justificou** a realização deste estudo.

A **relevância** da pesquisa está em permitir aos enfermeiros uma autorreflexão sobre seu processo de trabalho, enquanto profissional que integra a equipe multidisciplinar em saúde. Ainda, destaca-se a possibilidade de visualizar a defesa política como uma intervenção para ajudar as pessoas a obterem serviços, direitos e benefícios que não seriam recebidos e que avançam seu bem-estar (JANSSON, 2011), dando retorno à comunidade da atuação dos profissionais de saúde, com destaque as contribuições à sociedade no desenvolvimento desse papel pelo enfermeiro.

Desta forma, configurou-se como **problema de pesquisa** o desconhecimento acerca do engajamento dos enfermeiros na advocacia política em suas ações de cuidado. Para tanto, este estudo defenderá a seguinte tese: **Enfermeiros engajados desenvolvem a advocacia**

**política em suas ações de cuidado através do reconhecimento das políticas públicas, das necessidades de saúde da população e do exercício da profissão.**



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Adaptar culturalmente e validar o Policy Advocacy Engagement Scale para enfermeiros brasileiros;
- Analisar o engajamento dos enfermeiros e variáveis associadas na advocacia política a partir da clusterização dos dados;
- Descrever o engajamento na advocacia política por parte dos enfermeiros;
- Compreender os condicionantes do engajamento dos enfermeiros na advocacia política;
- Desenvolver um modelo teórico sobre o engajamento dos enfermeiros na advocacia política;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico a seguir contempla os capítulos: advocacia em saúde / na enfermagem; advocacia política; advocacia política na enfermagem; barreiras / facilitadores para o exercício da advocacia política pelos enfermeiros e educação na enfermagem para à advocacia política. Desta forma, os temas serão abordados no decorrer dos subcapítulos, a fim de proporcionar maior imersão na temática.

#### 3.1 ADVOCACIA EM SAÚDE / NA ENFERMAGEM

A defesa dos direitos para os pacientes está baseada na compreensão das responsabilidades dos profissionais de saúde (MACDONALD, 2007). É bastante utilizada quando há vulnerabilidade envolvida no cuidado, ela busca favorecer pessoas com dificuldades em se defender como idosos, pessoas com menor poder aquisitivo, diferenças raciais, crianças, entre outras (JOSSE et al., 2013; JANSSON et al., 2015).

Logo, ao abordar as competências para o exercício da advocacia em saúde, ênfase é dada ao agente promotor da saúde enquanto ser capaz de utilizar estratégias para à advocacia em saúde que reflitam os princípios de promoção da saúde; além da habilidade ao se engajar com pessoas chave em cada contexto a fim de influenciar no desenvolvimento e manutenção de ações em promoção da saúde. Ainda, tem à necessidade de sensibilizar e influenciar a opinião pública em relação a assuntos de saúde; reivindicar junto aos setores públicos pelo desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente à saúde e reduzam as iniquidades em saúde, além de estimular às comunidades e grupos a articularem suas necessidades e reivindicarem recursos e capacidades exigidas para ações em promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; GANDRA, 2014).

Semelhante às ações de advocacia na saúde mental, o exercício da advocacia na saúde comunitária enfatiza a defesa dos direitos humanos e cria condições para estimular a autonomia, igualdade e justiça nas relações sociais, além do acesso igualitário às oportunidades para todos (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012), bem como capacitar e contribuir no empoderamento dos envolvidos (CAWLEY; McNAMARA, 2011). Desta forma, a advocacia em saúde se apoia em dois objetivos principais que são: proteger pessoas e/ou grupos vulneráveis ou discriminados e capacita-los a “terem voz” e expressarem suas necessidades e tomada de decisão. Esses objetivos são definidores do tipo de advocacia em

saúde, respectivamente advocacia representacional e advocacia facilitadora (CARLISLE, 2000).

A advocacia representacional está relacionada à representação de indivíduos e/ou grupos desfavorecidos ou doentes, com o objetivo de promover seus direitos e/ou corrigir os desequilíbrios de poder, em um sentido de proteção dos vulneráveis, também chamada de *case advocacy*. A advocacia facilitadora representa o empoderamento e a capacitação de indivíduos e/ou grupos desfavorecidos a exercerem sua defesa e seu *lobby* (capacidade de influenciar), com o intuito de enfrentar e corrigir as desigualdades sociais. Semelhante ao defendido pela promoção da saúde, a qual incentiva os valores de participação social, além do desenvolvimento e capacitação comunitária (CARLISLE, 2000).

Sendo assim, a advocacia amplia a visão para mudanças nos sistemas de saúde com a finalidade de melhorar o acesso aos cuidados e a prestação dos serviços (JANSSON et al., 2015). Os primeiros relatos da advocacia em saúde surgiram no início da década de 1970, em meio a disparidades sociais as quais levaram os consumidores de cuidados em saúde a rejeitar práticas de cuidado paternalistas e exigir autonomia na tomada de decisões acerca da situação de saúde (ANNAS; HEALEY, 1974; MAHLIN, 2010). A partir deste momento, passou-se também a valorizar a defesa pelo profissional enfermeiro (ANNAS; HEALEY, 1974), sendo relevante para tal atuação, o tempo de permanência do enfermeiro junto ao paciente devido à possibilidade de maiores interações (HANKS, 2007; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2014).

Neste período a defesa foi incluída no código de ética da profissão pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). O qual afirma que o enfermeiro deve sempre agir de forma a promover e salvaguardar os interesses das pessoas, defendendo-os quando necessário (MALLIK, 1998; HEWITT, 2002; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016). Anterior a este período, pouco se falava sobre os direitos dos pacientes, os quais eram tidos como pessoas privadas de autonomia e conhecimento sobre a própria saúde. Apenas o médico era detentor do saber e como consequência decidia sobre a saúde de cada um, aos quais era esperado apenas confiar e acatar as decisões do médico, como uma prática paternalista do profissional para com o paciente (MALLIK, 1997).

De acordo com o CIE, o enfermeiro possui a ética inerente à profissão de respeito aos direitos humanos, de direito à vida, à dignidade e o de ser tratado/tratar com respeito, sendo escolhidos para estabelecer, manter e melhorar os ambientes de cuidados de saúde e propiciar a prestação de cuidados em saúde com qualidade (VAARTIO; LEINO-KILPI, 2005). Embora com numerosas tentativas de lidar com a defesa dos pacientes na literatura, o conceito manteve-se afastado da enfermagem no decorrer dos anos, passando a ser valorizado enquanto

parte integrante dos cuidados em enfermagem somente no final da década de 1990, sendo objeto de estudo nos mais diferentes países deste então (MALLIK, 1998).

Anterior a este período, permanecia invisível o papel do enfermeiro voltado aos cuidados específicos as necessidades de indivíduos e famílias, os afastando de esforços na advocacia destinados a influenciar mudanças nas estruturas e nas relações políticas que contribuem para a qualificação da saúde (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN; 2006). Mesmo que o ato de defender para os enfermeiros não seja simplesmente uma opção, ele é essencial ao seu futuro enquanto reconhecimento da profissão na saúde (BEU; MACILAITH; DUVAL, 2004; BENEVENTO, 2010; GANDRA, 2014).

A advocacia merece discussão e clareza quanto as atribuições do profissional como defensor dos pacientes a partir da ética presente nas relações e de uma perspectiva moral que ajude a expandir a compreensão da enfermagem na prática da advocacia (MACDONALD, 2007). Assim, a defesa dos direitos e interesses dos pacientes é um conceito amplamente aceito e associado ao papel da enfermagem (WATSON; O'CONNOR, 2015).

Advocacia na enfermagem está inserida em um contexto relacional, ético, que faz referência às experiências dos enfermeiros com a prática da defesa e fornece uma perspectiva significativa a partir da qual se estuda a natureza da defesa na prática da enfermagem (MACDONALD, 2007). Requer o exercício da proteção legal para os enfermeiros que denunciam condições de cuidados inadequados aos pacientes serem o primeiro passo na criação de uma atmosfera no local de trabalho onde os enfermeiros podem realizar seu imperativo moral que é evitar danos aos usuários sempre que possível e denunciar causas reais ou potenciais de danos (BLACK, 2011).

A advocacia em saúde está fundamentada no reconhecimento e valorização dos direitos dos usuários e no papel dos enfermeiros como defensores dos interesses e direitos dos mesmos. Assim, a discussão na advocacia em saúde pressupõe a capacidade de reconhecer os direitos dos usuários e identificar quando a defesa é necessária (MACDONALD, 2007; SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006). Enquanto atividade complexa, o exame da ética relacional é uma base importante para promover a compreensão do conceito de defesa em saúde/enfermagem; além de considerar o desenvolvimento de habilidades na defesa pelos enfermeiros (MACDONALD, 2007).

Desta forma, a definição da advocacia em saúde, de modo algum remete a um simples ato de defesa, mas a várias categorias de conhecimento na defesa que refletem uma interação complexa de conceitos que irão influenciar e orientar as experiências de advogar pelos enfermeiros (MACDONALD, 2007). Ainda, a importância do envolvimento emocional pelo

enfermeiro como forma de compreender a experiência única de advogar pelos usuários tem como consequência uma compreensão significativa de seus valores, crenças e desejos enquanto trabalhador de saúde (GADOW, 1999; MACDONALD, 2007).

O modelo de advocacia facilitadora pela enfermagem advém do desejo profissional de ajudar os próprios pacientes a serem autodeterminados e autônomos, ao agir no apoio a estas metas. Tem sua origem nos ensinamentos e práticas de Florence Nightingale, por sua disposição em prestar o cuidado inerente à profissão e por extensão serem defensores naturais dos pacientes (WATSON; O'CONNOR, 2015). O modelo de advocacia representacional advém da necessidade que algumas pessoas possuem de alguém para defendê-las quando em caso de impossibilidades diversas como quando em estado de coma (CARLISE, 2000). Assim, cabe dizer que a defesa pelos enfermeiros requer comprometimento e compromisso em longo prazo, indo além da área clínica (FOWLER, 1989; ALBARRAN, 1992).

A natureza particular da relação entre usuários e enfermeiros e a dinâmica entre enfermeiros e outros membros da equipe de saúde são elementos chave para influenciar as ações de advocacia em saúde (MACDONALD, 2007). Dessa forma, em estudo que teve como objetivo revisar os fundamentos epistemológicos da defesa na enfermagem, discutiu-se os desafios da enfermagem, no contexto e na interface do mundo da política e da prática de enfermagem. Conclui ao evidenciar que a atuação do enfermeiro na defesa dos cuidados em saúde pode ocorrer de quatro formas distintas. O enfermeiro enquanto protetor dos direitos humanos; enquanto responsável por preservar os valores humanos; defensor das pessoas e, ainda, enquanto defensor na justiça social (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006).

A compreensão do enfermeiro enquanto protetor dos direitos humanos é fundamental para a defesa, à medida que é a enfermagem a profissão mais qualificada para defender a causa dos usuários (FOWLER, 1989; SANCHEZ-SWEATMAN, 1997; GRACE, 2001; FOLEY; MINICK; KEE, 2002; HEWITT, 2002). Neste modelo, os usuários são percebidos como vulneráveis e cabe ao enfermeiro interceder por eles no contexto da equipe de saúde (GRACE, 2001; HEWITT, 2002). O enfermeiro enquanto advogado preserva os valores dos usuários, sua autonomia na tomada de decisões, além de observar a vulnerabilidade que existe dos mesmos, uma incapacidade temporária para desempenhar a tomada de decisões em saúde; parte disso ocorre devido a informações insuficientes para que estes tomem decisões informadas, e preservem o direito à autodeterminação (FOWLER, 1989).

O profissional também busca formas de relacionamento a fim de ajuda-los a terem clareza do que querem fazer. Enfatiza a posição intermediária do enfermeiro entre usuário e equipe de saúde, além do conhecimento que advém desta posição (DES JARDIN, 2001a;

DES JARDIN, 2001b; HEWITT, 2002). Assim, enfermeiros usam seus conhecimentos para negociarem ações em benefício dos usuários (JEZEWSKI, 1993; SNOWBALL, 1996).

Todos os modelos de defesa estão baseados no respeito às pessoas e tratam de advocacia como um ato moral, compartilhado e humano; além de reconhecer as necessidades humanas e os direitos de criar um ambiente propício para apoiar a defesa no contexto de uma relação moral (CURTIN, 1979; SANCHEZ-SWEATMAN, 1997; CHAFEY, 1998).

Na advocacia social o enfermeiro pode agir como um advogado para grupos de pessoas, em vez de indivíduos isolados, além de exigir a participação crítica dos atores nas mudanças sociais, com influência tanto em uma posição gerencial, como em um conselho social. Na saúde mundial, a advocacia social representa uma forma de abordar as desigualdades, as condições políticas e econômicas que impedem o desenvolvimento social dos indivíduos, famílias e comunidades (COHEN; NUZZO, 2001; LEWIS et al., 2011).

Advocacia social chama a atenção para desigualdades e inconsistências na provisão de cuidados tanto no micro quanto macro espaços e insiste nas mudanças. Está enraizada no conceito de justiça social aplicada aos cuidados de saúde que busca acesso equitativo a cuidados de saúde e enfermagem para todos. Desta forma, a advocacia social tenta corrigir as injustiças clínicas e sociais que não respeitam usuários enquanto seres humanos com direitos, valores e dignidade (BU; JEZEWSKI, 2007).

O enfermeiro defensor da justiça social remete a um imperativo moral e ético para defender os marginalizados, defender desigualdades e disparidades na área da saúde e insistir nas mudanças (HARRISON; FALCO, 2005). Na advocacia social, existe a preocupação dos enfermeiros com a defesa das comunidades e avança para além das instituições de saúde, ao suscitar a participação crítica nas mudanças sociais (FOWLER, 1989).

A advocacia social está sustentada na justiça social, a qual busca acesso equitativo aos cuidados de saúde e corrige injustiças clínicas e sociais que desrespeitam a dignidade dos usuários, seus direitos e valores. Nas questões que compreendem a saúde mental, ações de advocacia estão atreladas à proteção dos direitos humanos; o que requer dos enfermeiros uma compreensão clara de como eles podem defender os direitos das pessoas através da educação em saúde, do apoio à autonomia na tomada de decisões e da participação na efetivação de políticas em saúde (ROSSETTI; FOZ; BURNS, 2005).

A American Nurses Association (ANA), por sua vez, define a enfermagem como a profissão capacitada para a proteção, promoção, valorização da saúde; além da prevenção de doenças e lesões, alívio do sofrimento por meio de diagnósticos e tratamentos, e advocacia no atendimento a indivíduos, famílias, comunidades e população em geral (VENTURA et al.,

2012). Assim, a advocacia em saúde é uma competência fundamental para o profissional de saúde desenvolver o papel político e as diretrizes de promoção da saúde enquanto prática de cidadania ativa, com possibilidade para continuar e/ou sustentar suas práticas, ao considerar os diversos contextos e atores envolvidos (CANEL; CASTRO, 2008; BENEVENTO, 2010; GANDRA, 2014).

A enfermagem tem responsabilidade moral e política para abordar questões sociais de saúde, muitas vezes com referência à interpretação ampla da saúde na enfermagem, nos códigos de ética e práticas históricas da profissão (MACDONALD et al., 2012). Além dos enfermeiros serem mais capazes de facilitar as decisões morais em equipe, por compartilharem a posição do prestador de cuidados em saúde com outros profissionais, entenderem as políticas e interesses institucionais e terem o conhecimento mais íntimo da preocupação com a situação dos usuários (BICKENBACH, 2012). Para Hearrell (2011) no hospital, na assistência ao usuário o enfermeiro defende a qualidade do atendimento, porém, fora do ambiente hospitalar, defende questões referentes ao acesso a cuidados de saúde, moradia, bem-estar, entre outros. A advocacia em saúde quando repleta de pessoas comprometidas com a causa, potencialmente engajadas, é capaz de trazer resultados positivos e duradouros, com contribuição efetiva para o sucesso da defesa. Neste sentido, ao perceber a importância do trabalho articulado com outros profissionais de saúde, comunidade e gestores, será apresentado a seguir a advocacia política enquanto faceta da advocacia em saúde, que tem como objetivo a partir da articulação de diferentes pessoas, advogar em uma causa maior e coletiva.

### 3.2 ADVOCACIA POLÍTICA

A advocacia política é extensão da advocacia em saúde, visto que ao advogar pela saúde da população é necessário um trabalho coletivo de articulação na defesa de algo, de alguém. Política, neste contexto, remete ao esforço para dividir o poder ou influenciar a distribuição de poder entre grupos (GANDRA, 2014). A atividade política refere-se a fazer parte de grupos e participar de atividades no intuito de influenciar as políticas de saúde com vistas à melhoria dos cuidados em saúde (SHARIFF, 2014). Por sua vez, políticas de saúde são formuladas para tratar de melhorias na saúde, como redução de custos, qualidade no atendimento e acesso aos cuidados. Com objetivo de qualificar os cuidados em saúde, promover cuidados mais acessíveis e melhorar a qualidade de vida da população (MASON et al., 2007).

Desta forma, a advocacia política é caracterizada por intervenções dos profissionais de saúde com o intuito de mudar políticas ineficazes nas instituições, comunidades, governo que podem criar a necessidade de defesa. É considerada uma forma de intervenção dos profissionais de saúde na busca por mudanças políticas que sejam disfuncionais nas instituições, comunidades, governo e que podem necessitar da defesa dos usuários em primeiro lugar. Conforme o autor, envolver-se na defesa para mudar políticas disfuncionais e promover políticas que aumentem o bem estar dos usuários é um dever moral de quem presta o cuidado e está comprometido com o trabalho (JANSSON et al., 2015).

Assim, a advocacia torna-se requisito necessário para desenvolver o papel político, bem como as diretrizes a promoção da saúde enquanto prática de cidadania, ao fornecer subsídios à continuidade e sustentabilidade das práticas entre os atores envolvidos (CANEL; CASTRO, 2008; BENEVENTO, 2010). É uma forma de influenciar e/ou informar decisões nas instâncias nacionais, estaduais e municipais com a finalidade de promover melhorias nos sistemas de saúde (CRACKEN, 2010). Desta forma, os profissionais de saúde têm a obrigação ética de estarem envolvidos na defesa para mudar as políticas que dificultam os cuidados em saúde, além de promoverem políticas que aumentem o bem-estar da população (BEU; MACILAITH; DUVAL, 2004; JANSSON et al., 20015).

O bem-estar das pessoas é influenciado por uma série de políticas que derivam de políticas federais, estaduais, governos locais, tribunais, reivindicações da comunidade, órgãos reguladores, orçamentos governamentais, qualidade nos serviços hospitalares, custo nos tratamentos, tempo de internação até a alta hospitalar, equipe de saúde, entre outros (JANSSON et al., 2016). Ao visualizar os usuários de forma holística e perceber uma vasta gama de políticas adversas frequentemente enfrentadas pelos mesmos, Jansson (2015) destaca a advocacia política como recurso potencial para prevenir problemas de saúde ligados à violação dos direitos éticos; má qualidade nos serviços de saúde; falta de capacidade de resposta cultural; falta de cuidados preventivos; cuidados onerosos e inacessíveis; incapacidade para resolver problemas dos usuários relacionados à saúde mental e impossibilidade de fornecer cuidados ligados às famílias e à comunidade.

Os profissionais de saúde, quando trabalham na perspectiva da advocacia política, tem a finalidade de desenvolver e manter ações de promoção da saúde; sensibilizar e influenciar a opinião pública em relação a assuntos de saúde; reivindicar junto aos setores responsáveis pelo desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde. E ainda, estimular as comunidades e grupos a



articularem suas necessidades, reivindicarem recursos e capacidades exigidas para ações em promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; GANDRA, 2014).

Com a finalidade de medir o engajamento político do enfermeiro e outros profissionais de saúde em relação à defesa, instrumentos de coleta quantitativos têm sido elaborados. Cita-se como exemplo a escala de Defesa do Paciente, um instrumento com 74 itens que medem as atitudes e fatores hipotéticos para influenciar as profissões de saúde na defesa dos pacientes (BU e WU, 2008). Ainda, destaca-se na literatura a existência da escala de Defesa da Enfermagem Protetora, a qual mede as atitudes e crenças dos enfermeiros em relação a defesa do paciente, composta por 43 itens (HANKS et al, 2010).

O instrumento “Policy Advocacy Engagement Scale” (PAES) foi a primeira escala validada com o objetivo de medir o envolvimento dos profissionais de saúde atuantes na linha de frente com relação à defesa de políticas de saúde (JANSSON et al., 2015). Importante salientar que, sem uma compreensão dos fatores que predizem o nível de envolvimento dos profissionais de saúde na advocacia política, é difícil desenvolver ou até mesmo aumentar mudanças organizacionais a partir de políticas, educação, incentivos e/ou outras abordagens (JANSSON et al., 2016).

Desta forma, a escala elaborada por Jansson (2015) engloba 54 questões agrupadas em 7 constructos, sendo eles: defesa de direitos dos usuários; defesa de cuidados de qualidade; defesa de cuidados culturalmente competentes; defesa de cuidados preventivos; defesa de cuidados acessíveis; defesa de cuidados em saúde mental e defesa de cuidados as famílias e a comunidade nos usuários/pacientes; (JANSSON et al., 2015).

Após as etapas de validação, a escala foi aplicada em 8 hospitais, sendo 1 hospital de base comunitária sem fins lucrativos, um hospital universitário sem fins lucrativos, um hospital público infantil, um hospital geral público, um hospital gerontológico, um hospital para tratamento de câncer sem fins lucrativos e 2 Santas Casas. O estudo validou a escala, o que conforme o autor pode ser útil para medir o grau de participação dos profissionais de saúde que estão na linha de frente com relação à prestação dos cuidados e envolvimento na defesa política. Pode ainda, fornecer conteúdo para a formação do profissional na defesa, além de facilitar a compreensão dos fatores que promovem e/ou desincentivam a defesa de políticas em hospitais pelos profissionais de saúde (JANSSON, 2016).

A escala pode ser útil também para pesquisadores e administradores de saúde em muitos países que desejam saber em que medida os enfermeiros, assistentes sociais e médicos residentes estão comprometidos em trabalhar como defensores de políticas que melhorem os sistemas de cuidados de saúde e à saúde das pessoas em geral. O estudo evidenciou que

quanto maior o engajamento na defesa política pelos profissionais da linha de frente, maiores são os benefícios as pessoas e as instituições. Ao fim da pesquisa, a mesma se mostrou satisfatória para medir o nível de engajamento político dos profissionais de saúde para com os cuidados em saúde (JANSSON et al., 2015). Identificou a capacidade das relações de colaboração com organizações estimularem maior interesse nas políticas de saúde e consequente defesa da saúde, tais como as organizações de enfermagem ou coalizões para tratar de políticas específicas num contexto de defesa maior (WADELL et al., 2016).

Um exemplo da importância na atuação pelos profissionais de saúde na defesa política está relacionado com pessoas pertencentes a zonas mais afastadas, as quais encontram serias dificuldades quando procuram atendimento psicológico, médico, assistencial, de enfermagem, ou outro. Nestas situações, os profissionais de saúde precisam ir além das observações na defesa política, com atuação direta nas reivindicações por melhorias na saúde e qualidade de vida, a fim de garantir o bem-estar desta população (JANSSON et al., 2015).

Ao agir na defesa política, os profissionais de saúde devem ser norteados pelos princípios éticos que regem a prática profissional e têm forte relação com conceitos chave em direitos humanos, incluindo o respeito à autonomia das pessoas (respeito à capacidade de decisão de cada um); o princípio da não maleficência (evitar danos); o princípio da beneficência (o qual consiste em promover benefícios e afastar riscos das pessoas); além da justiça (que diz respeito à igualdade na distribuição de benefícios) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Importante destacar que disparidades em saúde também são interpretadas como disparidades raciais referentes a diferenças biológicas herdadas com relação à suscetibilidade à doença; a raça como determinante da classe social, ou disparidades sociais, disparidades estas bastante comuns nos países em desenvolvimento, o que mostra a necessidade de serem discutidas (KAWACHI; NORMAN; DEAN, 2005). Assim, a seguir será detalhado cada um dos sete fatores propostos por Jansson (2015).

O fator que aborda a **violação dos direitos éticos**, diz respeito à falta de dignidade inerente ao ser humano, como o direito de bem-estar através da proteção dos seus direitos básicos a moradia, alimentação, saneamento, educação, saúde e meios de subsistência e ainda os direitos políticos enquanto cidadão. Num sentido mais amplo, os direitos humanos são um conjunto de direitos iguais e alienáveis de todos os seres humanos que são essenciais ao bem-estar e a dignidade humana (NADKARNI; SINHA, 2016).

Abordar os direitos humanos exige mudança de paradigma a partir de um processo para captar pessoas e autoridades responsáveis, com a implantação da educação em direitos

humanos desde a educação básica, a partir de uma pedagogia crítica que exige transformação estrutural nos espaços de educação (NADKARNI; SINHA, 2016). Desta forma, trabalhar no contexto da violação dos direitos éticos na atualidade torna-se necessário, particularmente com o aumento das desigualdades econômicas, pobreza, diferenças religiosas, conflitos éticos, desastres. Estes agravados em grande parte pela globalização, privatização e liberalização na expansão dos comércios e mercados, além da redução nos investimentos em setores essenciais como saúde, educação e serviços sociais; todos elementares para a saúde e o bem-estar humano (NADKARNI; SINHA, 2016).

Outro fator está relacionado à **falta de capacidade de resposta cultural**. Observa-se que os serviços de saúde precisam ser culturalmente adaptados com inclusão de profissionais fluentes na língua dos usuários, além de os profissionais terem o conhecimento dos desafios de cuidar de um imigrante, cuidar de pessoas sem documentos e conhecer os limites da confidencialidade a fim de não os expor; além da necessidade de incluir as famílias no tratamento. As preocupações mais gerais incluem ajudar as pessoas na compressão de seus direitos e ainda extinguir o estigma e crenças comuns à cultura latina que pode minar os cuidados em saúde por conta do preconceito (CORRIGAN et al., 2016).

As disparidades na prestação de cuidado em saúde ocorrem por questões raciais, situações estas que não estão relacionados especificamente ao cuidado da enfermagem, mas de toda instituição. O racismo institucional que consiste na ocorrência de falha coletiva ao fornecer ou não cuidados adequados com base na raça ou etnia. Neste contexto os profissionais de saúde se diferenciam à medida que compreendem as disparidades raciais na prestação de cuidados em saúde, o que ajuda os profissionais a identificar usuários em risco, reconhecendo as consequências da discriminação na prestação de cuidados de saúde e intervenções inovadoras destinadas a reduzir os gastos com cuidados (HARRISON; FALCO, 2005).

Enfermeiros têm papel singular na prestação de cuidados com os direitos humanos, dignidade e singularidade do indivíduo. Assim, é necessário agir progressivamente e desafiar o racismo a partir do desenvolvimento de novas estruturas de cuidado em enfermagem transparentes com a criação de currículos de enfermagem voltados a refletir responsabilidades como defensores (HARRISON; FALCO, 2005).

Ainda, o profissional enfermeiro tem a responsabilidade de prestar cuidados com respeito aos direitos humanos, dignidade e singularidade do indivíduo. É necessário agir progressivamente e desafiar qualquer racismo através do desenvolvimento de novas estruturas nos cuidados de enfermagem transparentes com formação de currículos de enfermagem que

reflitam as responsabilidades enquanto defensores de saúde e em enfermagem (HARRISON; FALCO, 2005).

Quanto ao fator que aborda a **qualidade nos serviços de saúde**, o mesmo diz respeito a iniciativas com princípios semelhantes ao SUS no Brasil, como a universalidade, integralidade da atenção à saúde, a equidade (que pressupõe justiça social, a qual significa dizer que se existem tecnologias disponíveis no serviço público, elas devem estar acessíveis, e com qualidade para todos os cidadãos). Para humanizar a relação entre trabalhador e usuário nos serviços de saúde, não basta restringir à escuta e ao respeito somente, é preciso ultrapassar essa visão afetuosa do relacionamento, a partir da construção de um processo de gestão do trabalho pautado na autogestão e na responsabilização do trabalhador de saúde com seu objeto de trabalho, a vida e a saúde das pessoas e da coletividade (BRASIL, 2008; SILVA, 2016).

Serviços de saúde com qualidade necessitam de acesso aberto e eficiente aos cuidados de saúde, com diminuição do tempo de espera, continuidade do atendimento, estímulo aos cuidados primários, uso de registros eletrônicos de saúde para a gestão da população e implementação de orientações baseadas em evidências para cuidados preventivos, com foco principal na atenção preventiva e promoção da saúde (ADELMAN et al., 2016).

O fator que avalia a **falta de cuidados preventivos** é mais percebido nas classes menos favorecidas, as quais apresentam menores índices de saúde e maiores probabilidades de morrer prematuramente do que as pessoas que são economicamente favorecidas. Essas disparidades estão com frequência associadas às desvantagens sociais que agravam os índices de saúde nas comunidades, tornando esta situação um problema ético a ser discutido. Esta situação ainda é agravada pelos custos de saúde elevados, com qualidade diminuída dos serviços (DES JARDIN, 2001a; DES JARDIM, 2001b; FALK, 2005).

Cabe reforçar ainda que os cuidados preventivos são essenciais para a melhoria da qualidade de vida e conseqüente resultado positivo em saúde, com evidências da forma eficaz de reduzir a morbidade e mortalidade nas condições evitáveis (EKLUND et al, 2013; MARROCCO, KROUSE, 2017). A **falta de cuidados em saúde mental** está entre os sete fatores propostos por Jansson (2016). Na literatura estudos comprovam a necessidade de valorizar a pessoa com distúrbios mentais, fornecer prestação de serviços em saúde mental aos usuários, bem como a dignidade no tratamento em todos os momentos. A doença mental é definida quando a pessoa tem transtorno psiquiátrico (esquizofrenia, transtornos afetivos, transtornos de personalidade, entre outros) que não permitem as mesmas trabalharem ou viverem de forma independente devido às deficiências resultantes destes distúrbios (BARBOSA, 2016; CORRIGAN et al., 2016).

A dignidade no tratamento ajuda assegurar que todas as decisões garantam ativamente o cuidado aos indivíduos com desordens mentais a exercerem suas capacidades intelectuais, com promoção de seus direitos e proteção da dignidade (WHO, 2005; DEVITT; KELLY, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que os direitos humanos são a base fundamental para a legislação em saúde mental, a qual inclui a igualdade de oportunidades, não discriminação, direito à privacidade, autonomia e liberdade com extinção dos tratamentos degradantes e ambientes restritivos, além da garantia de informação e participação, bem como o acesso aos cuidados de saúde, integração na comunidade e promoção da saúde mental em toda a sociedade (WHO, 2005; DEVITT; KELLY, 2016).

No Brasil, uma visão ampliada sobre a dimensão técnico-assistencial do processo de reforma psiquiátrica revela que a transformação da oferta dos serviços de atenção em saúde mental implica o estabelecimento de estratégias de cuidados que envolvem o reconhecimento do território e seus recursos, assim como a tomada de responsabilidade sobre a demanda desse território. Essa transformação implica estabelecer formas de acolhimento ao sofrer mediante a criação de projetos e estratégias de cuidado diversificadas, articuladas em rede a esse território que insiram estes usuários em seu próprio cuidado (BARBOSA et al., 2016).

Quanto à **incapacidade de prestar cuidados ligados às famílias e comunidades**, observa-se que o cuidado as famílias e comunidades é uma abordagem que visa o planejamento, entrega e avaliação de cuidados na saúde com base em parcerias mutuamente benéficas entre profissionais de saúde, usuários e famílias. As famílias são incluídas nesta definição de relações de cuidados em saúde porque podem ser importante fonte de cuidados e apoio aos doentes (ISRAEL et al., 2010; EKLUND, 2013; PARENT et al., 2016).

No Brasil, o programa ESF ocupa lugar de destaque no SUS por compartilhar dos seus princípios e diretrizes e buscar um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades sociais e de saúde da população. Nesse contexto, o profissional enfermeiro encontra um promissor espaço de trabalho e amplia sua inserção, assumindo a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS (SOUZA; KALINY; MIRANDA, 2016).

No seu ideário, o SUS defende que a assistência à saúde também deve contemplar ações de caráter preventivo e curativo, estruturar os estabelecimentos e ações em saúde de forma regionalizada e hierarquizada com promoção do cuidado a indivíduos, família e coletividade coordenado por profissionais de saúde com formação geral (SOUZA; MIRANDA, 2016). Em seu desenvolvimento, a ESF aponta para a valorização das

necessidades de saúde da população, a preocupação com a capacitação e formação profissional, a incorporação das diretrizes de responsabilização, territorialização, regionalização, a busca da assistência totalizadora do cuidado, a instituição da dimensão subjetiva das práticas em saúde, e a consideração da unidade familiar como campo de intervenção. Elementos diferenciais que rendem bons resultados na viabilidade do processo de descentralização e melhoria do acesso da população às ações de saúde, operando mudanças na organização das práticas e serviços, com vistas à incorporação de diretrizes de reorientação do modelo assistencial, com ênfase na saúde da família (SOUZA; MIRANDA, 2016).

O fator que faz referência aos **cuidados caros e inacessíveis** enfrenta barreiras que afetam desproporcionalmente os grupos mais pobres, negros, pessoas que moram em zonas rurais ou que residem em assentamentos informais. Tais barreiras incluem custos elevados de transporte, grandes distâncias até os serviços de saúde, variações no nível de moradia (HARRIS, et al 2014). Faz-se urgente mudanças nos serviços de saúde em busca da qualidade no atendimento; indo ao contrário de um sistema de saúde fragmentado que cobra altos preços nos tratamentos de saúde; o que inviabiliza o cuidado de qualidade as pessoas mais pobres. Para estas mudanças ocorrerem, são necessárias intervenções estruturais a fim de dismantlar os processos sociais, políticos e econômicos que criam e sustentam essas desigualdades; pois claramente o sistema de saúde sozinho, ou ainda aqueles que trabalham nele não conseguem resolver este complexo grupo de desigualdades que afetam os cuidados em saúde (HARRIS, et al 2014).

Como exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), em 2010 foi promulgada a Lei de Proteção e Cuidados Acessíveis. Esta lei marcou a maior mudança na política de saúde dos EUA, o objetivo central da lei é trazer a eficiência do seguro saúde ao cidadão americano, além de aumentar a qualidade nos cuidados, diminuir custos e promover a saúde da população. A lei dá ênfase a prevenção através de várias medidas de acesso aos serviços preventivos, disponibilização de financiamentos nos custos hospitalares, entre outros recursos que promovam a melhoria dos cuidados em saúde para a população americana (SHAW, 2014).

A evidência sobre o gradiente social na saúde constitui a base do argumento da justiça social, a qual enfatiza a injustiça na distribuição desigual de saúde, em grande parte justificada pelo crescimento econômico desenfreado, que se torna incompatível com o objetivo de equidade na saúde e com a qualidade nos serviços de saúde (DES JARDIN, 2001a). Desta forma, o esforço dos profissionais de saúde ao trabalhar na perspectiva da advocacia política visa o comprometimento com os cuidados em saúde, aliados também com

outros profissionais e esferas municipais, estaduais, nacionais num trabalho coletivo para desempenhar a advocacia política como requisito para buscar melhorias reivindicadas, o que contribui em grande parte para a eficácia da defesa política, além da valorização dos profissionais que a exercem, enfermeiros em especial.

### 3.3 ENGAJAMENTO DO ENFERMEIRO NA ADVOCACIA POLÍTICA

Diversos fatores estimulam a capacidade dos enfermeiros para serem politicamente ativos em influenciar o desenvolvimento de políticas em saúde, tais como, encontrar tempo necessário e possuir conhecimentos e interesses relevantes sobre questões políticas que afetam cuidados de saúde e da profissão (SHARIFF, 2014; SHARIFF, 2015). Dentre as estratégias de defesa que mais fortemente alinham com a profissão estão à capacidade para identificar e comunicar com os decisores políticos, organizar e mobilizar grupos comunitários e recursos, além de pertencer às organizações profissionais. Ainda, características que permitem influenciar as mudanças políticas como serem tanto os consumidores quanto os prestadores de cuidados em saúde; terem a confiança da comunidade e pertencerem às associações de classe (SHARIFF, 2015).

É possível também enfermeiros contemporâneos influenciarem as políticas de saúde alicerçados em fatores que podem melhorar a capacidade de participação no processo de desenvolvimento das políticas, os quais incluem: envolvimento com ganho de experiência no desenvolvimento de políticas; exemplos de outros enfermeiros; conhecimento e informação sobre os sistemas de saúde e processos de desenvolvimento de políticas; ativismo político; realização de pesquisas para ampliar o conhecimento político; apoio das organizações profissionais; desenvolvimento de habilidades em liderança. Observa-se que, quando os enfermeiros estão envolvidos e com sucesso influenciam o desenvolvimento das políticas de saúde, há claros benefícios para a população, à profissão e o próprio profissional (SHARIFF, 2014).

O conhecimento técnico do enfermeiro, o tamanho de seu contingente, sua proximidade com os usuários, além de vivenciar diariamente suas necessidades, fortalezas e fragilidades, legitimam o imperativo de sua participação nos cuidados em saúde (MENDES, 2010). Assim, o objetivo da advocacia política decorre principalmente do propósito da enfermagem que é o cuidado ao ser humano; além da promessa para a sociedade de engajamento político, a fim de promover melhorias nos níveis de saúde no âmbito individual e coletivo, com evidências de um discurso mais amplo acerca da advocacia, fato que suscita a

participação dos enfermeiros nas decisões políticas (GRACE; 2001) e ainda influencia decisões políticas a fim de melhorar a saúde e condições de vida da população (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006; VENTURA et al., 2012).

No nível macro, a advocacia política é desenvolvida de forma efetiva por meio das associações profissionais, que podem promover mudanças políticas e apoiar esforços individuais de advocacia (VENTURA et al., 2012). Assim sendo, as associações de enfermagem adotam uma postura politicamente ativa para a defesa (MAHLIN, 2010). Nestas trocas, o enfermeiro desempenha papel importante enquanto agente político de cidadania, o que não compromete sua atuação técnica (VENTURA et al., 2012). Desta forma, os problemas sistêmicos são melhor tratados coletivamente, quando expressos a partir da responsabilidade coletiva; além da enfermagem ao agir num coletivo, estimular maiores ações e melhorias na defesa; subsídio também necessário para o crescimento da profissão a partir de sua inclusão na defesa política (MAHLIN, 2010).

O tema central e obrigação primária da defesa na enfermagem é advogar pelos usuários, ao invés de hierarquias dentro do hospital. Apesar das dificuldades envolvidas no processo de defesa, é a partir dessa mudança de lealdade e obrigação moral que justificou a expansão das associações de enfermagem para a arena política (MAHLIN, 2010).

Sendo assim, a enfermagem enquanto profissão na saúde está comprometida com questões que são inerentes a advocacia política as quais são destinadas a promover a saúde das pessoas, com base em discussões em nível de sistemas e governo com o intuito de influenciar diferentes pessoas a promoverem melhorias na saúde (GADOW, 1990; SPENCELEY, 2006). Participar na formulação de políticas não só faz aumentar a credibilidade dos enfermeiros, mas também leva a outras oportunidades na formulação de políticas. O aumento da participação na formulação das políticas pode promover a formação de enfermeiros com controle sobre a prática de enfermagem, além de melhorar o respeito dado à enfermagem enquanto profissão (BU; JEZEWSKI, 2007).

Ainda, a advocacia é reconhecida como um processo que utiliza estratégias políticas no intuito de promover os direitos não respeitados dos usuários, além de contribuir para seu empoderamento com relação às questões de cuidado, bem como sensibilizar as autoridades para as carências e necessidades da população. Somado a isto, a ABEn promove esforços para conscientizar os enfermeiros acerca de sua atuação política junto aos usuários (VENTURA et al., 2012).

Para o CIE a enfermagem engloba o cuidado autônomo e colaborativo de indivíduos em todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou não, em todas as suas



configurações. Inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças e os cuidados de pessoas doentes, deficientes e que estão no fim da vida. Somado a isto, a advocacia política visa à promoção de ambientes seguros, pesquisas, participação na formulação das políticas de saúde, no tratamento de usuários e nos sistemas de gestão da saúde e educação, sendo também, papel fundamental da enfermagem (JANSSON et al., 2015).

Como maior provedor da saúde e muitas vezes os primeiros a reconhecerem possíveis problemas desta e a necessidade de mudanças políticas a fim de modificar questões relacionadas à mesma, a enfermagem tem a capacidade de interagir com os demais profissionais e fornecer informações críticas aos líderes políticos com o intuito de tomarem decisões acertadas na melhoria dos cuidados em saúde (MACDONALD et al., 2012; SHARIFF, 2014).

Advocacia a nível político é considerada uma extensão lógica da advocacia a nível do usuário, onde os enfermeiros se comprometem a exercer enquanto parte dos cuidados prestados em saúde (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006). Nos EUA, estudos indicam que o envolvimento dos enfermeiros no desenvolvimento de políticas de saúde e de reformas influenciam positivamente os cuidados de saúde ao qualificar o acesso a serviços de saúde; prevenir suicídio em adolescentes; desenvolver diretrizes para o cuidado das mulheres grávidas e bebês; criação de políticas contra abuso de crianças, entre outros (SHARIFF, 2014).

A inserção da enfermagem na arena política valoriza a profissão, a qual inclui o envolvimento da comunidade, o sucesso a partir dos desafios enfrentados na arena política dos cuidados em saúde e o significado que sua inserção remete para o reconhecimento profissional. Logo, o comprometimento político aperfeiçoa a profissão de enfermagem (BOSWELL; CANNON; MILLER, 2005).

Ao advogar na defesa política, há necessidade de um prévio conhecimento das políticas de saúde e ainda, conhecimento sobre o impacto das mesmas na vida das pessoas a fim de traçar estratégias em defesa dos ideais de cuidado (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006). Quanto maior o engajamento do enfermeiro, maiores são as chances de influenciar mudanças nas estruturas em diferentes níveis de governo (DUNCAN et al., 2012).

Na história da enfermagem, a enfermeira Florence Nightingale trouxe os primeiros relatos de advocacia política ao se preocupar com a insegurança do mundo para as pessoas cuidadas, fato que exigia o comprometimento dos enfermeiros na proteção dos efeitos ambientais e sociais sobre a saúde (NELSON, 1988). Durante a Guerra da Criméia, Florence Nightingale defendeu melhorias no saneamento básico, diminuição na aglomeração de

peças e melhoria nas condições de nutrição; o que teve como consequência a diminuição da mortalidade por infecções. Assim, o nível de envolvimento do enfermeiro é impulsionado por escolhas e compromisso e pode ser tão básico quanto for o comprometimento do enfermeiro, seu nível de engajamento é que determinará o que se pode fazer (HEARRELL, 2011).

Existe a necessidade constante dos enfermeiros ampliarem sua participação política a fim de influenciar legisladores que irão afetar diretamente os cuidados em saúde e a prática de enfermagem (BUERHAUS, 1992, THOMAS; REAGAN, 1994; BROWN, 1996). Em seu trabalho, os enfermeiros estão em uma posição mais favorável para atuar de forma proativa na defesa política, somado ao grande conhecimento acerca dos cuidados em saúde e das necessidades individuais e coletivas; além dos enfermeiros e demais profissionais serem mais fortes ao se unirem na defesa política (MALLIK, 1997; HALL LONG, 2009).

O processo político, bem como o cuidado em enfermagem não é linear, exige conhecimento e compromisso constante na busca de mudanças favoráveis à saúde. Desta forma, a atuação política na enfermagem além de ter seu reconhecimento enquanto profissão em saúde avança na melhoria da saúde da população (HALL LONG, 2009).

O desenvolvimento das políticas de saúde precisa ser pluralista e inclusivo com todos os líderes de enfermagem. Além disso, líderes de enfermagem precisam reexaminar proativamente seu papel com relação ao desenvolvimento de políticas de saúde, e somar esforços para formalizar estas ações com descrição de trabalhos que incluam a participação no desenvolvimento de políticas em saúde. Ainda, é necessário o desenvolvimento de competências por líderes que possam fomentar a inclusão nos processos de decisão (SHARIFF, 2014).

Na enfermagem, líder é um profissional com perfil empreendedor para trabalhar nos serviços de saúde, dotado de características relacionais, capazes de gerenciar o cuidado e exercer a liderança, com vistas à qualificação da assistência prestada e melhorias institucionais (AMESTOY et al., 2015). Além da liderança, várias são as características que permitem os enfermeiros influenciarem nas mudanças políticas: são ambos os consumidores e os prestadores de cuidados de saúde; possuem grande interação com a comunidade; além de unirem forças através dos órgãos de enfermagem (MALLIK, 2000).

A Academia Nacional de Ciências, Engenharia e Medicina dos EUA enfatiza a necessidade dos enfermeiros líderes trabalharem com a advocacia política nas frentes de saúde. Discussões de políticas sólidas são a oportunidade para enfermeiros contribuírem com experiência clínica na melhoria dos cuidados em saúde (WADELL., 2016).

O envolvimento dos enfermeiros no desenvolvimento de políticas de saúde garante que os cuidados de saúde sejam seguros, de alta qualidade, acessível e com menores custos. Logo, existe uma janela de oportunidades para aumentar a participação dos líderes enfermeiros no desenvolvimento de políticas de saúde, ao considerar que estes profissionais têm um papel fundamental na orientação, apoio e desenvolvimento político dos futuros enfermeiros (SHARIFF, 2014). A responsabilidade individual e envolvimento interprofissional são essenciais, somados ao envolvimento da enfermagem com as políticas de saúde, fato crucial na promoção da justiça social e de saúde aos indivíduos, famílias e comunidade (TAYLOR, 2016).

Neste contexto, a enfermagem é a profissão ideal para trabalhar com a advocacia política ao passo que toma medidas para criar melhores ambientes, práticas e condições de saúde, além de reconhecer como trabalhar para definir mudanças significativas na saúde, com impacto positivo na saúde das pessoas através dos processos políticos (GADOW, 1990; PARR, 2015). Assim, enfermeiros ao ingressarem na arena política tem a oportunidade de analisá-las, além de se envolverem efetivamente nas mudanças para promover um cuidado qualificado ao desempenhar a advocacia, com impactos na melhoria tanto dos serviços como na saúde da população. Desenvolver a influência interpessoal ajuda enfermeiros nos cuidados em saúde, além de permitir sua proximidade com a assistência a população enquanto recurso de defesa política (WADELL., 2016).

Condições e experiências dos enfermeiros nas organizações estão entre os fatores que influenciam a forma como os profissionais estabelecem ordens preferenciais para advogar. Igualmente, a literatura está repleta de defesa das políticas tomadas por enfermeiros, bem como os fatores que influenciam seus esforços na defesa política, o que inclui o preparo e conhecimento, oportunidades para advogar, entre outros (MACDONALD et al., 2012).

Como exemplo, a Associação de Enfermeiros dos EUA tem longa trajetória na mobilização de enfermeiros para tratar questões políticas que influenciam diretamente as escolhas políticas do governo para melhorar a saúde e bem-estar das pessoas, ou ainda, quando enfermeiros unem forças ao advogar nas questões de saúde, justiça social, equidade e direitos humanos (MACDONALD et al., 2012). A influência política pelos enfermeiros é a sua capacidade para impactar as decisões que estão relacionadas à saúde através de competências quanto ao conhecimento político, poder, advocacia, comunicação eficiente e colaboração com os membros da equipe de saúde (ARABI, 2014; ABUALRUB; FOUDEH, 2017).

Para desempenhar este trabalho, as organizações de enfermagem precisam promover uma cultura de segurança onde enfermeiros se sintam capazes de defender, livres de sofrimento moral. O trabalho pode ser percebido como um componente de sofrimento manifesto a partir da sensibilidade do profissional a questões morais, em decorrência de situações conflitantes que surgem quando o profissional é colocado frente a questões que lhe exigem posicionamento contrário aos valores pessoais e/ou profissionais e esta decisão não produz os efeitos esperados (SILVEIRA et al., 2016).

Isso pode ser facilitado através de forte liderança por parte das organizações (WATSON; O'CONNOR, 2015), a qual é uma faceta que compreende a habilidade do enfermeiro-líder de influenciar sua equipe, a fim de alcançar objetivos compartilhados pelo grupo, tendo como finalidade, o atendimento das necessidades de saúde da população (AMESTOY et al., 2015).

Logo, a defesa de políticas públicas pelos enfermeiros envolve a utilização de uma variedade de métodos ao se comunicar com os legisladores e formuladores de políticas para influenciar o desenvolvimento de políticas que melhorem os determinantes da saúde. Também podem influenciar a redução das iniquidades em saúde e as condições de risco socioambiental, tais como o acesso deficiente a cuidados de elevada qualidade, qualificação dos fornecedores de saúde, habitação precária, descaso com a educação, e, trabalho insalubre (TAYLOR, 2016).

Prioridades para a defesa de políticas de saúde ainda incluem novos modelos de atenção à saúde, melhoria dos cuidados primários, acesso qualificado aos cuidados, educação em enfermagem, e melhorias nas leis e regulamentos que regem práticas avançadas de cuidado (OLSAN et al., 2011). Logo, enfermeiros não só devem participar nos processos de defesa, mas também devem procurar ser bem sucedidos com impactos positivos nas políticas de saúde (WILLMAN, 2012).

Exemplo de advocacia política pelo enfermeiro envolve enfermeiros americanos na regulamentação de hospitais e implicações das políticas existentes e pendentes na saúde ao mesmo tempo que cria um circuito de *feedback* para a prática de enfermagem (WADELL., 2016). Os enfermeiros que participam nos fóruns formam um conhecimento prático das políticas de saúde e podem articular as realidades da prática com os decisores políticos, a fim de desenvolver habilidades de defesa política e testemunhar na defesa das pessoas (WADELL., 2016).

Apesar das adversidades vislumbradas na prática, muitos enfermeiros buscam soluções e são bastante criativos ao exercerem sua função política enquanto advogados, pois possuem

uma perspectiva única no contexto dos serviços de saúde. Ao estarem mais próximos dos usuários, têm a oportunidade para conhecê-los melhor, estabelecer vínculos e atuar como mediadores em diferentes situações entre os próprios usuários e os outros profissionais de saúde. São também os que conseguem detectar mais facilmente os erros, com oportunidades singulares para preveni-los (VENTURA et al., 2012).

Dentre as estratégias de defesa que mais fortemente alinham com a profissão estão à capacidade para identificar e se comunicar com os decisores políticos, organizar e mobilizar grupos comunitários e recursos pertencentes à organização profissional, o acesso à informação através de organizações profissionais e incentivo a compreensão e disseminação de conhecimento sobre políticas e advocacia (PHILIPS; REAM, 2012).

A partir das diferentes situações elencadas acima com respeito ao exercício da advocacia política pelo profissional enfermeiro, torna-se necessário discutir a respeito das barreiras e/ou facilitadores para a enfermagem exercer a advocacia política. Destaca-se a necessidade de uma formação que esteja voltada para discussões e reflexões acerca da prática profissional, a qual deve oportunizar aos enfermeiros vivenciarem as barreiras e facilitadores no exercício da advocacia, bem como suas possíveis consequências (PHILIPS; REAM, 2012).

### **3.3.1 Barreiras / facilitadores para o exercício da advocacia política pelos enfermeiros**

O trabalho na perspectiva da advocacia política requer dos profissionais de saúde disponibilidade e engajamento, por vezes difícil de ter, como em situações em que os profissionais enfrentam sobrecarga de trabalho, falta de pessoal, falta de tempo, impotência institucional contribuindo para uma pandemia de apatia política entre os enfermeiros (BOSWELL, 2005; SPENCELEY, 2004; SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006). A falta de interesse e colaboração de outros profissionais de saúde (VENTURA et al., 2012), ou mesmo falta de envolvimento de alguns enfermeiros nas políticas de saúde, também dificulta a atuação nos espaços onde a advocacia política necessita ocorrer (ABUALRUB; FOUDEH, 2016; MACDONALD et al., 2012).

Ainda, estudos têm documentado que os enfermeiros muitas vezes se sentem forçados a trair seus próprios valores por conta de sua posição nas organizações com falta de envolvimento no processo de tomada de decisões e falta de autoridade, fato que contribui para experiências de incapacidade em situações de defesa (BICKENBACH, 2012). A advocacia é um papel potencialmente arriscado de se adotar à medida que os sistemas de apoio são inadequados e falhos (MALLIK, 1997; MALLIK; RAFFERTY, 2000).

Porém, ao contrário, quando existe à união da equipe multidisciplinar, a confiança por parte do empregador e o apoio das organizações profissionais, estes profissionais se tornam mais capazes e comprometidos para atuar na defesa política (HYLAND, 2002). Ainda, as experiências positivas com um modelo político, envolvimento em ações políticas e empregos/instituições que encorajem as relações políticas com abertura para discussões a favor de melhorias para a população também estimulam os enfermeiros a se engajarem na defesa política (BOSWELL, 2005).

Destaque também as interações constantes com usuários e familiares, ao possibilitar aos enfermeiros ampla apreciação das necessidades de saúde, de como fatores ambientais afetam a saúde da população, famílias, comunidade e como as pessoas respondem a diferentes estratégias de cuidados e serviços. Observa-se neste meio que enfermeiros detêm conhecimento especializado com base em sua formação e experiência que podem contribuir positivamente para a melhoria dos cuidados em saúde (SHARIFF, 2014).

Barreiras podem vir à tona quando o enfermeiro percebe a impotência na defesa, devido em grande parte à falta de apoio da administração, além do medo de ser visto de forma negativa, levando ao sofrimento moral e pessoal com afastamento, sofrimento e falta de proteção legal na execução de um papel amplamente relatado por enfermeiros (WATSON; O'CONNOR, 2015). Estudo realizado com enfermeiras britânicas identificou medo de repercussões, clima organizacional ruim, rotulagem e culpa como barreiras enfrentadas para a comunicação dos enfermeiros na defesa, ameaças tanto reais quanto potenciais à segurança dos usuários (MALLIK; RAFFERTY, 2000).

Existem muitos fatores adversos interligados e complexos que influenciam e contribuem para a limitada participação dos enfermeiros no desenvolvimento de políticas de saúde. Como o desafio em estar envolvido na criação de políticas em saúde ao nível das bases, bem como a nível de governo. Outros fatores importantes que atuam como limitadores a participação incluem a falta de habilidades no desenvolvimento de políticas e políticas inadequadas; a falta de estatuto das mulheres (frequentemente a imagem da enfermagem); falta de educação e falta de estruturas organizacionais de apoio; falta de envolvimento; imagem negativa da enfermagem; falta de estruturas e recursos, falta de conhecimento e competências relacionadas às políticas de saúde são também barreira para a participação dos enfermeiros líderes nas atividades políticas (SHARIFF, 2014).

Outro estudo destaca como barreira para o ativismo político da enfermagem a histórica falta de envolvimento com as organizações profissionais de enfermagem (TAYLOR, 2016), sendo que a barreira mais percebida para o envolvimento nas políticas de saúde é a falta de

tempo e sobrecarga de trabalho (ABUALRUB; FOUDEH, 2016). Ainda, não só é paternalista, como irrealista, acreditar que a enfermagem possa atuar exclusivamente em nome da defesa de pessoas sem considerar os riscos que podem advir para o enfermeiro como um empregado de uma organização (PARR, 2015), embora estas barreiras possam ser superadas com adequada gestão, poder político e educação em enfermagem (BREGAR; SAVIC, 2013; ABUALRUB; FOUDEH, 2016).

Em contrapartida, o ganho de experiência na atuação política por parte dos enfermeiros é um grande facilitador para o exercício da advocacia política, além dos modelos de enfermeiros, o conhecimento sobre sistemas de saúde, pesquisa e envolvimento nas questões políticas, desenvolvimento de habilidades em liderança, qualificação e apoio das estruturas com ampliação do conhecimento, disponibilidade de recursos e imagem positiva da enfermagem (ABUALRUB; FOUDEH, 2017). Relevante também a formação do enfermeiro em nível de pós-graduação, visto que enfermeiros com mestrado ou níveis mais elevados de educação são politicamente mais ativos do que aqueles com níveis mais baixos (TAYLOR, 2016). Dessa forma, as organizações profissionais de enfermagem dão mais liberdade para profissionais mais qualificados influenciarem na construção de políticas institucionais (SHARIFF, 2014; TAYLOR, 2016).

Apesar de lacunas existentes no conhecimento sobre como defender a nível político, autores sugerem que outros fatores contribuem para a desconexão entre o que se espera dos enfermeiros em termos de defesa política e o que eles realmente fazem (SPENCELEY; REUTTER L; ALLEN, 2006). Incluem por vezes a falta de preparo e conhecimento, oportunidades limitadas e o medo de que a carreira possa ser posta em risco caso a ação política seja tomada (MACDONALD et al., 2012). O impacto em grande parte toma forma de consequências negativas para enfermeiros e população em termos de diminuição de pessoal; aumento da carga de trabalho; diminuição da satisfação com o trabalho; insegurança no trabalho e diminuição da qualidade e quantidade da assistência aos usuários; crescimento no número de profissionais não licenciados; além dos dilemas éticos envolvidos (SHARIFF, 2014).

Sugere-se que outros fatores possam contribuir para a desconexão fundamental entre o que os enfermeiros são esperados a fazer em termos de advocacia política e o que eles realmente fazem (SPENCELEY REUTTER; ALLEN, 2006). Cabe reforçar que existem poucos enfermeiros, apesar da maior força de trabalho na área da saúde, representados na alta administração. Assim sendo, enfermeiros nestas posições muitas vezes adotam a ética da alta administração e presam por representar valores de gestão, em vez de questões relacionadas

aos direitos da enfermagem ou valores dos usuários, sendo uma barreira à advocacia política (SHARIFF, 2014).

Manter o objetivo da saúde na vanguarda pode encorajar a colaboração entre enfermeiros pesquisadores, educadores e assistenciais com trocas de conhecimento e experiências para uma compreensão na defesa das políticas em saúde (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006). Em particular, as relações dos enfermeiros e outros trabalhadores de saúde também irão influenciar significativamente a capacidade de defender em situações necessárias (MACDONALD, 2007). Nesta perspectiva, a enfermagem precisa ampliar seu quadro de defesa através do desenvolvimento de políticas e dos processos políticos bem definidos na profissão com respaldo ético nas suas ações (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006).

É no âmbito das organizações de saúde que se identifica a necessidade e potencialidade de florescer relações de interdependência geradoras de ações efetivas que estreitem vínculos entre os atores envolvidos na assistência à saúde. Como elo entre os serviços do sistema de saúde, o enfermeiro exerce liderança, valoriza a diversidade e potencializa a força de todos os integrantes, com a inclusão dos usuários nas decisões tomadas (MENDES 2010; MENDES et al, 2016).

Ainda, cabe falar que as organizações têm maior propensão ao ativismo político com consequente sucesso se as funções de defesa forem descritas e traçadas com planos estratégicos e metas bem definidas (MACDONALD et al., 2012). A advocacia deve ser reconhecida como possibilidade para prover futuros líderes dotados de conhecimentos que incitem positivamente à elaboração de políticas e habilidades para apoio público, comunicação junto aos decisores políticos promovendo melhorias nos resultados e iniciativas em saúde (HEARNE, 2008).

O direcionamento de políticas para a cobertura universal de saúde aponta o exercício da liderança e atuação inovadora de enfermeiros com foco em sua participação no desenvolvimento de políticas de saúde, na gestão de sistemas e serviços, na valorização de seus recursos humanos, bem como de um ambiente favorável ao trabalho (MENDES, 2010; WHO, 2008). Assim, enfermeiros líderes e administradores que ocupam posições chave devem agir como modelos, capacitar e motivar outros enfermeiros para se envolverem nas políticas de saúde, com criação de ambientes de trabalho saudáveis. Além disso, eles devem organizar ações nas políticas de saúde com treinamento e educação continuada a fim de facilitar a compreensão dos enfermeiros quanto seu papel no desenvolvimento das políticas de



saúde e estratégias para influenciar a tomada de decisão política (ABUALRUB; FOUDEH, 2017).

A liderança deve ser exercida por meio de sistemas de apoio que favorecem o trabalho do enfermeiro em sua capacidade plena; com contribuição para a melhoria dos resultados em saúde, participação no próprio desenvolvimento profissional, satisfação e reconhecimento pelo trabalho desenvolvido (MENDES, 2010; WHO, 2008). A união da enfermagem, com uma voz forte na defesa política em referência a custos nos serviços de saúde, qualidade de atendimento e acesso aos cuidados de saúde produz estratégias e caminhos bem definidos para comunicar evidências científicas aos formuladores de políticas. Assim, enfermeiros devem desempenhar um papel essencial na formação do processo de decisão política e incentivar seus membros a se envolverem na defesa (ABUALRUB; FOUDEH, 2017).

O trabalho em conjunto com outros enfermeiros e o trabalho em equipe, favorece maior compromisso e força para influenciar reformas na saúde a partir do poder político. Assim, enfermeiros vão além de maior consciência nas questões políticas e importância de se tornarem politicamente ativos e, de fato, envolvidos nas políticas (TAYLOR, 2016). Ao somar forças na defesa em saúde, deve existir união entre os profissionais, com desenvolvimento de habilidades que garantam a contribuição destes na cobertura universal de saúde, além de assegurar a participação de enfermeiros na criação de políticas públicas; nas estratégias e metas de acesso e cobertura de saúde e enquanto advogados individuais e sociais com vistas à proteção de riscos evitáveis a saúde (MENDES, 2010; WHO, 2008).

A percepção da sociedade quanto aos enfermeiros proativos, dita como a sociedade valoriza o enfermeiro e sua tomada de decisão política, além de influenciar os enfermeiros a fazerem parte ou não deste processo. Desta forma, quando os enfermeiros se envolvem influenciam o desenvolvimento das políticas de saúde com claros benefícios para a população e a profissão em geral (SHARIFF, 2014), indivíduos e grupos envolvidos na defesa identificam problemas, apresentam soluções, traçam estratégias e tomam atitudes positivas (CRACKEN, 2010).

Assim, para organizar melhor os esforços de defesa perguntas devem ser feitas para articular as estratégias de defesa que incluem: Qual é o objetivo da advocacia? Qual é o público que se destina? O que será necessário para convencer ou mover o público? Que fatores contextuais podem impactar o sucesso das estratégias? Onde é necessário focar as estratégias? O que vai colaborar com as estratégias? Qual será a oposição ou concorrência? Existe um plano de contingência? (CRACKEN, 2010).

Logo, a informação é pré-requisito para se manter a par das questões políticas a fim de tomar medidas para mudanças necessárias. Vários são os meios para o acesso instantâneo à informação a fim de influenciar as políticas de saúde e estes repousam em grande parte sobre a capacidade dos enfermeiros demonstrarem credibilidade na defesa política (OLSAN et al., 2011). Uma gestão adequada, poder e educação política são fundamentais na luta contra os obstáculos que enfrentam os enfermeiros ao se envolverem na formulação de políticas de saúde (BREGAR; SAVIC, 2013; ABUALRUB; FOUDEH, 2017). Tem-se nas organizações de enfermagem um lugar para iniciar o diálogo, seguido pela formação proativa de coalizões estratégicas com outras profissões, com outras organizações relacionadas a saúde ou ainda, com grupos de defesa política para atuarem em um coletivo (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006).

Estudo evidenciou como um dos grandes facilitadores para os enfermeiros ingressarem na atuação política, a educação, principalmente os níveis mais elevados de formação. A mesma aparece enquanto estratégia para aquisição de conhecimento o que mais tarde é utilizado na advocacia política. Assim, com maior conhecimento, pode-se intervir de forma mais efetiva na advocacia política em benefícios do maior número de pessoas (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006). Desta forma, a educação em enfermagem para a advocacia política é requisito necessário para que o profissional atue com responsabilidade e eficiência na defesa política.

### 3.4 EDUCAÇÃO NA ENFERMAGEM PARA A ADVOCACIA POLÍTICA

O ensino de enfermagem está centrado, sobretudo nas competências clínicas e teóricas relacionadas ao cuidado e manejo dos usuários, sendo por vezes falhos nas questões de liderança ou questões políticas (SHARIFF, 2014; BEU; MACILATH; DUVAL, 2004). Desta forma, a educação em enfermagem como um todo precisa estimular o desenvolvimento de políticas de saúde enquanto área central da prática em enfermagem e relacionar o conteúdo prático, educação, pesquisa e liderança clínica para implicações mais amplas nas políticas de saúde. Sendo que o currículo de enfermagem precisa refletir à educação política de saúde como um componente importante no processo educativo (SHARIFF, 2014).

Com frequência à graduação em enfermagem acaba por direcionar a formação dos enfermeiros para as exigências do mercado de trabalho, ou ainda, tomar como eixo de sua formação os princípios e diretrizes do SUS, sem possibilitar reflexões sobre a atuação dos enfermeiros nos espaços de conquistas políticas. Uma articulação entre o saber, o fazer e o

poder incentiva a percepção de que ser enfermeiro transcende os muros institucionais e impõe a necessidade de interação com o mundo ao redor e a responsabilidade pela defesa individual da categoria e do coletivo (BARBOSA et al., 2003; GANDRA, 2014).

Um avanço nas políticas de formação dos profissionais de saúde deve buscar articulação com as políticas de educação em saúde, e com as propostas para adoção de novas metodologias de ensino mediadas por processos mais reflexivos que desenvolvam iniciativas de articulação ensino-serviço na formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; GANDRA, 2014). Enfermeiros mais preparados são capazes de integrar a experiência em ação efetiva na elaboração da arena política e ajudar a população a receber acesso aos cuidados com qualidade e equidade, além de o currículo de enfermagem ser com frequência citado como uma ampla preparação para os enfermeiros atuarem como cidadãos de enfermagem (PRIMONO, 2007).

Ainda, é necessária uma orientação educacional na justiça social ao preparar o futuro enfermeiro para tratar das desigualdades em saúde a nível local, nacional e até global. Educação para os enfermeiros sobre justiça social possibilita o ingresso na profissão com o despertar para serem agentes de mudança em saúde (CAMERON et al., 2014).

A formação do enfermeiro deve estar baseada no compromisso moral de defender à saúde das pessoas, sendo requisito central para a profissão. Assim, se envolver nos processos políticos a fim de promover políticas sólidas e eficazes nas práticas de cuidado em saúde é uma extensão direta de como os enfermeiros podem defender os usuários. Desta forma a advocacia na enfermagem pode beneficiar usuários, comunidade, ou ainda uma população maior ao ampliar a habilidade que os enfermeiros têm a partir de seu envolvimento ativo (WADELL et al., 2016).

Enquanto incentivo para trabalhar com a advocacia política na formação profissional, está a possibilidade de superar a prestação de serviços altamente técnicos na prática em saúde, com capacitação do profissional para desenvolver habilidades que possibilitem um papel mais amplo na defesa política (FLYNN; VERMA, 2008).

Traduz-se aqui a necessidade de engajamento dos enfermeiros desde o início da formação nas políticas de saúde com interesse em influenciar à saúde e as políticas públicas (ABUALRUB; FOUDEH, 2017; ANTROBUS, 2004). Aprender a forma eficaz e coerente de se envolver na defesa política é considerado um componente essencial do papel da enfermagem na educação, tanto em nível de graduação como mestrado e doutorado (TAYLOR, 2016).

Observa-se que com número cada vez maior de enfermeiros graduados e com pós-graduação, a voz dos enfermeiros tem aumentado na influência e no planejamento da saúde. À medida que avançamos para o futuro dos cuidados em saúde, os enfermeiros e demais profissionais devem assumir um papel crítico na definição dessa relação e de suas responsabilidades (BICKENBACH, 2012).

Neste contexto, o enfermeiro, como integrante das equipes de saúde, precisa estar habilitado para lidar com questões diplomáticas, humanitárias, políticas, governamentais e não governamentais. Nessa perspectiva, os currículos acadêmicos devem estar preparados para abordar aspectos relacionados às políticas nacionais e internacionais de diplomacia em saúde, formar e capacitar os profissionais enfermeiros para serem agentes políticos no contexto de saúde mundial (PRETO et al., 2015).

Acredita-se que para a enfermagem avançar ainda mais enquanto profissão no quadro de defesa política deve ocorrer o desenvolvimento pessoal, a ética relacional, empírica e o conhecimento das políticas e processos políticos, visto que os enfermeiros precisam de conhecimento, a fim de ganhar confiança e experiência para defender politicamente suas comunidades (WEST; SCOTT, 2000). Assim, advocacia ao nível político é considerada como uma extensão lógica da relação enfermeiro-usuário (SPENCELEY; REUTTER; ALLEN, 2006).

Pode-se fazer isso por meio do fortalecimento da influência na enfermagem, ensino de políticas e formação dos alunos de pós-graduação para atuarem fora do nível assistencial, com movimentos para além dos hospitais, ao compartilhar conhecimento e experiências com o resto do mundo. É preciso também impactar em outras esferas, nos níveis local, nacional e internacional, com o uso de evidências para melhorar o atendimento, fortalecer nossa posição, garantir que as nossas vozes sejam ouvidas e que exista o reconhecimento da profissão na arena política (SHAMIANI, 2014).

Embora com este diálogo crescente sobre a importância da formação profissional para advocacia em saúde, estudos demonstram que a introdução de conteúdos curriculares direcionados para a advocacia política atualmente ainda é muito escassa (FLYNN; VERMA, 2008), sendo que o maior empecilho ao ensino voltado à advocacia esteja relacionado ao pouco conhecimento sobre como ensinar e avaliar o papel de defensores na saúde (FLYNN; VERMA, 2008; STAFFORD et al. 2010; GANDRA, 2014). Desta forma, faz-se necessário possibilitar o desenvolvimento de recursos humanos na educação em saúde, em especial na enfermagem, a fim de que estes possam ser traduzidos em maior conhecimento aos

acadêmicos e profissionais de saúde, além de estimular espaços de reflexão para crescimento profissional com ampliação da consciência crítica ao advogar em defesa da saúde.

## **4 METODOLOGIA**

A pesquisa foi desenvolvida em três momentos distintos: composta por uma etapa metodológica, uma quantitativa e outra qualitativa. Pesquisas de métodos múltiplos são definidas como uma combinação de recursos quantitativos e qualitativos com o propósito geral de ganhar amplitude e profundidade de compreensão e ainda, corroborar entre eles. Além de proporcionar maior compreensão de um problema em saúde do que somente quando se trata de um tipo específico de abordagem em pesquisa (PLUYE, 2009; MORAES; GALIAZZI, 2011).

Além disso, métodos múltiplos são caracterizados por serem pesquisas únicas com objetivos em comum e que podem utilizar distintos métodos, ou seja, mais de uma estratégia de coleta para responder as questões de pesquisa, ou testar hipóteses referentes a um único estudo (ONWUEGBUZIE; LEECH, 2006). Assim, é possível analisar o fenômeno em investigação e aprofundar a sua compreensão, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos participantes (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Cabe salientar ainda que a pesquisa faz parte do macroprojeto intitulado “Sensibilidade moral, advocacia do paciente e sofrimento moral na enfermagem: desafios da formação e implicações para a atuação profissional”, aprovado com o Parecer CEPAS 67/2016.

### **4.1 ETAPA METODOLÓGICA**

Adaptação cultural, validação e aplicação do instrumento PAES (ANEXO 1).

#### **4.1.1 Local do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida numa cidade localizada em um município do extremo sul do Brasil, especificamente com enfermeiros que atuam na atenção primária, secundária e terciária em saúde. Esse município possui cerca de 200 mil habitantes e tem como característica ser um polo naval, com um porto que movimenta grande parte das exportações e importações do Brasil. O município conta ainda com uma universidade federal e outra particular, ambas com uma ampla variedade de cursos, atraindo estudantes de diversas localidades do estado e do Brasil.

No que tange a Atenção Primária, o município do estudo conta com 24 ESF, 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 Unidades Mistas e 2 Unidades 24 hs (BRASIL, 2017). Tais serviços de saúde, a depender da sua área de abrangência são atendidas por uma ou mais

equipes mínimas de saúde compostas primordialmente por profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos generalistas. Podem ser agregados a essas equipes, profissionais de saúde bucal, psicólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais a depender de suas especificidades (BRASIL, 2017).

Em relação a atenção secundária a cidade possui 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Serviço Móvel de Urgência e Emergência – SAMU, Serviço Municipal de Urgência (SMU) o qual presta atendimento as situações de urgência menos graves; 4 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ( instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiar suas iniciativas de autonomia, possibilitando a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico. Atendidos de acordo com cada Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Com respeito à atenção terciária, a cidade possui dois hospitais. Um Hospital Universitário (HU), referência em nível regional de média complexidade. O qual apresenta-se como veículo, por ser um hospital público federal, certificado como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação, tem com suas ações voltadas no sentido de associar o ensino, a pesquisa e extensão a uma prestação de serviços em saúde qualificada e orientada prioritariamente, aos usuários do SUS.

Encontra-se inserido nas políticas de saúde do Governo Federal, contratualizado junto ao Ministério da Saúde, à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde, para o cumprimento de metas qualitativas e quantitativas que atendam às necessidades de assistência em saúde dos municípios da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, entre outros (FURG, 2011; FURG, 2014).

A partir do ano de 2011, passou a atender os pacientes exclusivamente pelo SUS, sendo financiado por recursos oriundos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários, destinados à infraestrutura e equipamentos de alta tecnologia e obras, com o propósito de proporcionar à população um atendimento de melhor qualidade na saúde. E desde 2015, vinculou-se à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Atualmente dispõe de 216 leitos distribuídos nas áreas básicas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica e Clínica Cirúrgica. Possui Serviço de Pronto Atendimento, UTI Pediátrica, UTI Geral, Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite, Hospital-Dia, Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE), Centro Integrado de Diabetes (CID), Centro Regional Integrado do Trauma Ortopédico, Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em

Gastroenterologia, Centro de Atendimento de Doenças Renais – Diálise e Hemodiálise, Centro Regional Integrado de Tratamento e Reabilitação Pulmonar e Unidade de Educação.

Nessa instituição, a equipe de enfermagem conta com 83 enfermeiros, sendo 60 Consolidado das Leis de Trabalho (CLT) e 23 Regime Jurídico da União (RJU); 129 técnicos de enfermagem, dos quais 31 são CLT e 98 são RJU e 143 auxiliares de enfermagem, dos quais 130 são CLT e 4 são RJU. Estes trabalhadores desenvolvem atividades assistenciais e administrativas com carga horária de 30 horas/semanais, em quatro turnos de trabalho, manhã e tarde (correspondendo seis horas cada), noite I e noite II (esquema de 12 horas de trabalho e 36 horas de descanso). Em sua maioria, são servidores públicos concursados RJU, com carga horária semanal de 30h. Atuam também trabalhadores regidos pela (CLT), com igual carga horária semanal (CNES, 2017).

A segunda instituição hospitalar é um Hospital filantrópico, o qual também é um hospital de ensino que atende pacientes do SUS, conveniados e particulares. O mesmo também desenvolve atividades no campo do ensino e pesquisa, sendo campo de estágio para diferentes cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Corresponde a um complexo hospitalar integrado por quatro unidades hospitalares: Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital de Cardiologia e Hospital de Oncologia.

Apresenta variáveis como atendimento a pessoas de etnias e culturas diferentes (estrangeiros, portuários e trabalhadores do polo Naval provenientes de outros estados do país). Oferece serviços de alta complexidade, sendo referência nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Psiquiatria, Traumatologia, Neurocirurgia, Queimados, Buco-facial e Cirurgia Vascular, totalizando 23 setores. Destes, há três Unidades de Tratamento Intensivo (UTI's), duas emergências, três blocos cirúrgicos, perfazendo um total de aproximadamente 500 leitos. O hospital oferece ainda serviços médicos, de psicologia, assistência social, banco de sangue, laboratório, farmácia, nutrição e dietética, higienização, lavanderia e demais serviços de apoio e de diagnósticos por imagens. Neste universo, a equipe de enfermagem atua com 132 enfermeiras, 433 técnicas de enfermagem e 39 auxiliares de enfermagem, totalizando 604 profissionais de enfermagem.

#### **4.1.2 Participantes do estudo**

A pesquisa teve início após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da área da saúde de cada instituição participante e Secretaria Municipal de Saúde. Foram participantes do estudo 187 enfermeiros que atuam tanto em atenção primária, secundária e terciária em uma



cidade do sul do Brasil, que tiveram interesse e disponibilidade para responder ao instrumento de coleta de dados. Foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, assim, os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que ocorreu a coleta dos dados (HULLEY et al., 2008).

Desta forma, todos os enfermeiros atuantes nas referidas instituições, que se encontravam em seus locais de trabalho durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa.

Os critérios para a inclusão dos participantes foram: ser profissional enfermeiro; atuar profissionalmente nos respectivos locais de coleta; ter disponibilidade e interesse para responder ao instrumento de coleta de dados. Os critérios de exclusão estavam limitados à ausência do trabalhador no local e no momento da coleta de dados devido a férias, afastamento ou licença. Para a seleção do tamanho amostral, foi adotado o critério proposto por (Hill e Hill 2012), que prevê uma fórmula específica. A seguir apresenta-se a fórmula:

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

Onde:

n= tamanho da amostra,  
 $x^2$ = valor do Qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado),  
 N= o tamanho da população,  
 P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral),  
 d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05).

O objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos, uma vez que procedimentos diferentes apresentam necessidades específicas de número de participantes. Tendo como base o conhecimento prévio da população total de enfermeiros (atenção primária, secundária e terciária), obteve-se o correspondente a 337 enfermeiros, e ao aplicar a fórmula, se chegou ao número mínimo de 180 enfermeiros.

Cabe informar que os grupos com menores médias eram grupos numéricos com menor número de participantes, assim sendo, não procuramos a generalização por categorias, buscamos a possibilidade de generalização no total, nos 184 enfermeiros participantes. Buscou-se no estudo a representatividade da população no total, a quantidade de enfermeiros por categoria, atenção primária, secundária e terciária não era nosso objetivo neste momento.

#### **4.1.3 *Policy Advocacy Engagement Scale (PAES): instrumento de coleta de dados***

Trata-se de um instrumento americano, originalmente na língua inglesa, que mede o nível de engajamento dos profissionais de saúde; em especial, médicos residentes, enfermeiros e assistentes sociais na advocacia política.

Para o desenvolvimento do instrumento original, alguns passos foram seguidos por Jansson et al. (2011). Num primeiro momento foi definida a construção do instrumento por meio de uma ampla revisão de literatura em 800 fontes relacionada ao engajamento dos profissionais de saúde na advocacia política. A partir da revisão, sete constructos foram identificados como fundamentais para o engajamento dos profissionais de saúde nas questões de defesa política, são eles: defesa de direitos dos usuários; defesa de cuidados de qualidade; defesa de cuidados culturalmente competentes; defesa de cuidados preventivos; defesa de cuidados acessíveis; defesa de cuidados em saúde mental; defesa de cuidados ligados as famílias e as comunidades. Esses itens foram gerados e mapeados para que auxiliassem na construção do instrumento final (JANSSON et al., 2011).

O segundo momento compreendeu o desenvolvimento e aplicação do instrumento. Inicialmente, foi elaborado o instrumento, levando em consideração a avaliação da validade de face e de conteúdo por meio de testes pilotos do instrumento. Para a validação participaram nove especialistas em advocacia, são eles: um diretor de trabalho social e ciência comportamental de um grande hospital; o diretor de um programa de defesa em saúde de uma faculdade, dois docentes do departamento de pós graduação, um consultor de estratégias de advocacia políticas, e o diretor de saúde comunitária no centro médico de uma universidade.

Todos avaliaram a relevância dos itens e a representação dos constructos identificados, bem como as alterações sugeridas para a formulação, sequenciamento e alteração das respostas de alguns itens. A escala original consistiu de 33 itens, relacionados ao engajamento dos profissionais de saúde na advocacia política. As opções de resposta do instrumento foram classificadas numa escala likert de 5 pontos de “NUNCA a SEMPRE”. Os itens foram

pontuados de 1 a 5, com escores mais altos que indicavam maiores níveis de engajamento na advocacia política (JANSSON et al., 2011).

A partir da aplicação do PAES em uma amostra de 295 profissionais da saúde, sendo 94 assistentes sociais, 97 enfermeiros e 104 médicos residentes, verificou-se a consistência interna das 33 questões do instrumento original, medida pelo alfa de Crombach, para as sete subescalas variou de 0.55 a 0.94. O alfa Cronbach para o instrumento foi de 0,94; suportando a consistência interna do PAES.

#### 4.1.4 Adaptação cultural do instrumento de coleta de dados

A adaptação cultural da escala *Policy Advocacy Engagement Scale* (PAES) ocorreu a partir da metodologia proposta por Beaton (2000), a qual é composta por seis etapas que visam o ajuste completo da escala, através da adequação semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o adaptado. Compreende os estágios de tradução inicial; síntese das traduções; retrotradução; comitê de especialistas; pré-teste; revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores (BEATON, 2000).

**Tradução → Síntese da tradução → Retrotradução → Revisão pelo  
comitê de especialistas → Pré-teste → Revisão final**

Conforme o autor, a adaptação cultural de um questionário para uso em um novo país, cultura e/ou língua requer o uso de método para atingir a equivalência entre a versão original e a versão traduzida. A seguir serão explicitados os 6 estágios do processo de adaptação cultural.

Estágio I - O primeiro estágio na adaptação compreende a tradução inicial do instrumento, a qual deve ser realizada por 2 tradutores para a língua alvo, português, no caso. Após as traduções foram comparadas e possíveis discrepâncias e ambiguidades no processo de tradução foram corrigidos. O primeiro tradutor tinha ciência dos conceitos e objetivos que foram examinados no questionário traduzido, o segundo desconhecia qualquer informação a respeito dos objetivos ou temática da escala (BEATON, 2000).

Estágio II - Síntese das traduções: após a tradução inicial, uma terceira pessoa realizou a síntese das duas versões traduzidas, construindo uma versão única das duas traduções, a qual o autor chama de versão-síntese (BEATON, 2000).

Estágio III - Backtranslation: após os estágios 1 e 2, a versão síntese foi submetida a retro tradução para a versão original em inglês por outros dois tradutores. Nenhum dos dois tradutores havia sido informado do conteúdo e objetivos do instrumento, buscando evitar significados equivocados (BEATON, 2000).

Estágio IV - Comitê de especialistas: a versão retro traduzida foi encaminhada a um comitê de especialistas, composto por quatro professores doutores com ampla experiência na área da ética e da pesquisa em enfermagem. O comitê avaliou as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste a fim de desenvolver a versão pré-final do instrumento.

Estágio V - Fase de pré-teste: a versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada em uma amostra de 30 enfermeiros estudantes do curso de Mestrado e/ou Doutorado em Enfermagem de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, que sugeriram pequenas alterações quanto a modificações linguísticas, semânticas e idiomáticas do instrumento. O pré-teste teve por objetivo confirmar se os itens da escala representam de forma clara e fidedigna o conteúdo que foi analisado (BEATON, 2000).

Estágio VI - Revisão do processo de adaptação: após realizados os 5 estágios iniciais os pesquisadores fizeram as adequações necessárias na escala, visando facilitar a compreensão para aplicação na amostra selecionada. Após realizar todas as etapas do procedimento para a adaptação cultural do instrumento, a versão final da *Policy Advocacy Engagement Scale* - versão brasileira (PAES-VB) foi considerada aprovada para aplicação na amostra selecionada a fim de analisar o engajamento dos enfermeiros na advocacia política (BEATON, 2000).

Ainda, junto à versão final do instrumento, foi inserida uma parte inicial de caracterização dos participantes, contendo algumas questões sociodemográficas que foram significativas para a correlação com o engajamento político pelos enfermeiros, tais como: idade, sexo, ano de formação, tempo de atuação como enfermeiro, entre outros.

#### **4.1.5 Validação do Instrumento**

Instrumentos compostos por multi itens, representados por diferentes questões, que foram analisados quanto à sua precisão e aplicabilidade, e englobam uma avaliação de

confiabilidade, validade e possibilidade de generalização (GAYA, 2008). A validade de um instrumento de coleta de dados pode ser compreendida como evidência de que o instrumento “mede o que se propõe a medir” (VIEIRA, 2009, p. 149). Constitui um tipo especial de acurácia, ao verificar que os dados obtidos realmente permitem a compreensão do fenômeno estudado com clareza e confiabilidade (HULLEY et al., 2008).

Dessa forma, a validação do instrumento utilizado nessa pesquisa foi realizada após a aplicação do instrumento de coleta de dados na amostra selecionada e posterior aplicação do instrumento aos enfermeiros participantes da pesquisa brasileira, com realização de testes estatísticos para garantir a validade de construto: a análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e o alfa de Cronbach. A análise fatorial é uma técnica multivariada que se aplica na busca de identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas, compreende uma etapa estatística destinada principalmente à redução e sumarização dos dados, formando, assim, grupos de variáveis associadas entre si (GAYA, 2008).

Nesse estudo, a análise fatorial exploratória foi realizada a fim de reduzir e sumarizar os dados, com objetivo de formar os fatores. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, com aplicação da rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais ( $> 0,500$ ); e o seu grau de subjetividade. Já o alfa de Cronbach foi utilizado para testar a confiabilidade do instrumento ao verificar a consistência de diferentes características de cada um dos fatores, medidos através de questões do instrumento. Para garantir a confiabilidade do instrumento, sugerem-se valores entre 0,60 e 0,80 para estudos exploratórios (GAYA, 2008). O ponto de corte do instrumento foi 0,500.

Na análise fatorial confirmatória, foram analisados o ajustamento global do modelo e a estimação da magnitude do efeito dos constructos sobre as variáveis mensuradas. O teste de hipótese da composição fatorial da Escala PAES-VB foi realizado via modelo de equações estruturais para variáveis latentes. Para verificar o ajustamento do modelo foram utilizados os índices: Qui quadrado,  $X^2/g.l$ ; *goodness-of-fit index* (GFI), *root mean square error of approximation* (RMSEA); *comparative fit index* (CFI) e *Tucker-Lewis index* (TLI) (Marôco, 2014).

## 4.2 ETAPA QUANTITATIVA

Nos estudos na área da saúde, a pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente. Suas características são: obedecer a um plano pré-estabelecido com o intuito de enumerar ou medir eventos; utilizar a teoria para desenvolver as hipóteses e as variáveis da pesquisa; examinar as relações entre as variáveis por métodos controlados com rigor; confirmar as hipóteses da pesquisa ou descobertas por dedução; utilizar dados que representam uma população específica (amostra); possuir um instrumento para coleta de dados (questionários estruturados), elaborados com questões fechadas, entre outros (HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006).

#### **4.2.1 Tipo de estudo**

Entre os delineamentos da pesquisa quantitativa, os estudos transversais caracterizam-se por examinar relações entre variáveis que não podem ser manipuladas. Em relação à dimensão temporal, nos modelos transversais, os fenômenos estudados são contemplados em um único período de coleta de dados (POLIT; BECK, 2011; APPOLINÁRIO, 2012). Ainda, as pesquisas de caráter quantitativo permitem a classificação e a análise das crenças e ações dos participantes, através da reprodução e generalização dos resultados (WILL, 2012).

Estudo com delineamento transversal, caracterizado pela capacidade em fornecer um retrato de como as variáveis são relacionadas no momento da pesquisa. Este tipo de estudo consiste em observar determinada população ou amostra significativa da mesma em função de apresentar características que possibilitam a investigação. Nesse tipo de estudo as investigações são medidas simultaneamente em um curto período de tempo (ARANGO, 2012).

#### **4.2.2 Local do estudo**

Mesmo local onde foi desenvolvido a etapa metodológico

#### **4.2.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo fora os mesmos da etapa metodológica.

#### **4.2.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados teve início após a autorização das instituições hospitalares e secretaria de saúde do município. E contou com o apoio de uma equipe de bolsistas do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Ética e Saúde vinculado a FURG (NEPES). Anterior à coleta de dados, a equipe passou por encontros de capacitação, onde foram familiarizados com a temática, objetivos da pesquisa, forma de preenchimento do questionário, aspectos éticos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No segundo momento os coletadores foram orientados quanto à abordagem dos profissionais, bem como o estabelecimento de horários que estivessem de acordo com a disponibilidade de cada enfermeiro que participou da pesquisa. Após o período de apresentação do projeto para os bolsistas, ocorreu a apresentação da equipe de pesquisadores às instituições pesquisadas.

A partir da identificação dos enfermeiros, os mesmos foram convidados a participar do estudo, sendo esclarecidos quanto o objetivo da pesquisa, preenchimento do questionário e TCLE. Desta forma, aos enfermeiros que tiveram disponibilidade de participar da pesquisa, foi entregue um envelope de papel pardo contendo os instrumentos de pesquisa e duas vias do TCLE. A devolução do material ocorreu por meio de agendamento conforme disponibilidade do participante em devolvê-los preenchidos, sendo essa busca realizada em até cinco tentativas.

#### **4.2.5 Análise dos Dados**

Para analisar os dados, foi utilizado o software estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - versão 25.0, para facilitar o processo de organização em tabelas que permitiram melhor visualização dos resultados e interpretações. Duas diferentes análises foram realizadas: estatística descritiva e análise de cluster.

A estatística descritiva constitui um conjunto de técnicas que objetiva descrever, resumir, totalizar e apresentar dados de pesquisa por meio de técnicas de distribuição de frequência, medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão e correlações. Nesse estudo, a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores permitiu verificar o engajamento na advocacia política pelos enfermeiros, de acordo com a ocorrência de diferentes resultados (GAYA, 2008).

A análise de cluster é uma técnica multivariada de classificação que tem como objetivo dividir elementos da amostra em grupos, de forma que os elementos pertencentes a um mesmo grupo sejam homogêneos entre si, dadas as características medidas; e os elementos de grupos diferentes sejam heterogêneos em relação a estas mesmas características (CHAEBO, et al, 2015).

### 4.3 ETAPA QUALITATIVA

De acordo com Moraes (2003), a pesquisa qualitativa possibilita compreender os fenômenos que serão averiguados por meio da análise rigorosa e criteriosa de materiais textuais, sem a intenção de testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las no final, mas procurar sua compreensão.

#### 4.3.1 Tipo de estudo

Este estudo apresentou abordagem qualitativa, do tipo descritiva/exploratória. A pesquisa qualitativa tem como foco central à subjetividade do participante e às relações humanas. A pesquisa é descritiva à medida que busca descrever os fatos e fenômenos correspondentes a uma determinada realidade com exatidão. Exploratória, pois o estudo possibilita ao pesquisador ampliar suas experiências frente determinada problemática, obtendo, conseqüentemente, maiores informações sobre determinado assunto (TRIVIÑOS, 2008).

#### 4.3.2 Local do estudo

Os locais de estudo foram os mesmos da etapa quantitativa.

#### 4.3.3 Participantes do estudo

A seleção dos participantes ocorreu pela técnica “bola de neve”, estruturada da seguinte forma: o pesquisador começou por um enfermeiro escolhido por conveniência que indicou outro com características necessárias à pesquisa, e este segundo, por sua vez, indicou um novo participante para compor a amostra. A coleta foi encerrada quando as informações apresentaram repetição nas respostas (APPOLINÁRIO, 2012).



Foram participantes 19 profissionais enfermeiros que atuam profissionalmente na atenção primária, secundária ou terciária. Quanto aos critérios de inclusão se limitaram a ter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde ou hospitais participantes da pesquisa e atuar profissionalmente nestes locais. Ao passo que foram critérios de exclusão: não ser enfermeiro; estar de férias, afastados ou em licença.

#### **4.3.4. Instrumento de Coleta de Dados**

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas com questões elaboradas a partir das situações reconhecidas como relevantes para atender ao objetivo de conhecer os elementos relacionados ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

As entrevistas foram previamente agendadas com os enfermeiros participantes e gravadas em mídia digital, com duração entre 25 a 55 minutos, com tempo médio de 43 minutos. Após, foram transcritas e transformadas em um corpus único de análise, organizado sob a forma textual de discurso dos sujeitos entrevistados.

#### **4.3.5 Coleta de dados**

No primeiro momento, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde do Município e com os dois hospitais com o objetivo de solicitar autorização para realização do estudo. Após, foi realizado contato com os enfermeiros a fim de apresentar os objetivos da pesquisa e solicitar sua participação.

A etapa qualitativa ocorreu de forma simultânea à etapa quantitativa. Os enfermeiros que participaram da pesquisa receberam o convite para as duas etapas. As entrevistas ocorreram em local escolhido pelos participantes, para garantir a privacidade de cada um. Foi utilizado ainda para a entrevista um guia de entrevista semiestruturado gravado como ponto de partida para a coleta de informações. Assim, a etapa qualitativa teve fim no momento em que as respostas dos participantes começaram a se tornar repetidas, sem acrescentar novas informações a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, através de entrevista gravada, com um roteiro semiestruturado (APÊNDICE D), em data e local previamente agendado com os participantes que aceitaram participar da pesquisa.

Ao final de cada entrevista, os participantes foram identificados pela letra E, de enfermeiro, seguida do algarismo arábico correspondente ao número da entrevista, para

garantir o anonimato de cada um. Ao final a identificação dos enfermeiros ficou da seguinte forma: E1, E2, E3, ... E19. Foi adotado o uso de TCLE (APÊNDICE B), assinado em duas vias, uma via ficou com o respondente e outra com o pesquisador, após explicação dos objetivos e demais informações do estudo, como a possibilidade de interromper a participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou implicação ao participante.

#### **4.3.4 Análise dos dados**

Os dados foram analisados a partir da análise textual discursiva para possibilitar um conhecimento aprofundado (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI, 2013). À análise textual é uma abordagem que transita entre dois tipos de análises na pesquisa qualitativa, que são a de conteúdo e a de discurso. É descrita como um processo auto organizado onde os textos são separados por significado, com articulação dos significados semelhantes, momento em que acontece a categorização. O fundamento desta análise é o exercício da escrita, responsável pela produção dos significados e argumentos. Neste processo são gerados metatextos analíticos que compõe os textos interpretativos (MORAES, GALIAZZI, 2013).

Este tipo de análise pode ser compreendida por uma sequência recursiva com três componentes principais: a unitarização que compreende a etapa de imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, o exame detalhado dos textos em seus detalhes, fragmentando-os para atingir unidades constituintes referentes ao fenômeno estudado (MORAES, GALIAZZI, 2013).

Este processo é dividido em: 1) fragmentação do corpus e codificação de cada unidade; 2) reescrita de cada unidade de modo que assumam um significado atribuído, o mais completo e profundo possível; 3) atribuição de um nome ou título para cada unidade estabelecida (MORAES, GALIAZZI, 2013).

A segunda etapa compreendeu a articulação de significados semelhantes, que diz respeito ao processo em estabelecer relações ou categorizar. Implicou em relacionar às unidades formadas, no sentido de reuni-las em conjuntos mais complexos denominados categorias.

A categorização possibilita a construção de estruturas compreensivas do fenômeno investigado, expressas na forma do texto descritivo e interpretativo, o metatexto. Nesse sentido, a captação do novo emergente constitui a terceira etapa do processo da análise textual discursiva, caracterizada pela obtenção do metatexto, o qual permite criar, a partir de vozes

emergentes nos textos a serem analisados a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno da advocacia política pelos enfermeiros (MORAES, GALIAZZI, 2013).

Por fim a construção de um processo auto organizado, o qual diz respeito à compreensão que se inicia na primeira etapa da análise, com um movimento de desconstrução do corpus, seguido ao final do processo analítico com a emergência de novas compreensões que são comunicadas e validadas sob a forma escrita (MORAES, GALIAZZI, 2013).

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

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

Os participantes do estudo receberam as informações sobre o modo como seriam conduzidas as entrevistas, os objetivos do estudo, o caráter anônimo e confidencial dos dados, a natureza voluntária da participação através da assinatura do TCLE, bem como dos riscos e benefícios ao participar da pesquisa. A fim de garantir o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra E seguida do número correspondente à entrevista, por exemplo: E1, E2, E3 e assim sucessivamente.

Após a pesquisa, os resultados obtidos serão devolvidos aos participantes e à comunidade científica, sob a forma de artigos científicos produzidos e encaminhados para publicação. As entrevistas semiestruturadas e consentimentos permaneceram sob a responsabilidade do pesquisador responsável e ao término da pesquisa serão guardados por cinco anos em caixa lacrada, em local sigiloso sob a supervisão do professor coordenador deste projeto.

Ainda, foi encaminhada as instituições de saúde que participaram da pesquisa um documento que solicitava a permissão para a execução do projeto (APÊNDICE C), com explicação do conteúdo do mesmo, bem como seus objetivos, justificativa, participantes e possíveis riscos e benefícios envolvidos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os quatro artigos construídos a partir dos dados obtidos na pesquisa, os quais compõem essa tese. Os três primeiros foram oriundos da etapa quantitativa do estudo e o quarto da etapa qualitativa.

O primeiro, intitulado “Adaptação Cultural e Validação da Policy Advocacy Engagement Scale (PAES)” faz referência à etapa de adaptação e validação do instrumento de coleta de dados, realizadas conforme parâmetros internacionais, através da análise fatorial combinatória e alfa de Crombach, a fim de garantir sua fidedignidade para utilização no contexto brasileiro.

O segundo, denominado “Clusterização do Engajamento dos Enfermeiros na Advocacia Política” trata dos aspectos referentes a analisar o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política a partir da clusterização dos dados obtidos na pesquisa.

O terceiro artigo, intitulado “Estudo Avaliativo quanto ao Nível de Engajamento dos Enfermeiros na Advocacia Política”, descreve o nível de engajamento na advocacia política por parte dos enfermeiros

Por fim, o quarto artigo, intitulado “*Engajamento dos Enfermeiros na Advocacia Política: Construção de um Modelo Teórico*” apresenta os resultados da construção de um modelo teórico, através de uma pesquisa qualitativa realizada nos mesmos locais onde foi realizada a etapa quantitativa.

## 5.1 ARTIGO 1

### ADAPTAÇÃO CULTURAL DA *POLICY ADVOCACY ENGAGEMENT SCALE* PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS

#### **RESUMO**

##### **Objetivo:**

Adaptar culturalmente a Policy Advocacy Engagement Scale para enfermeiros brasileiros.

##### **Método:**

Estudo metodológico, com adaptação do instrumento, segundo recomendações internacionais, bem como sua validação por meio de análise fatorial confirmatória, descritiva e alfa de Cronbach. Foram participantes do estudo 184 enfermeiros que trabalham na atenção primária, secundária e terciária numa cidade do sul do Brasil no período entre novembro de 2017 a março de 2018.

##### **Resultados:**

Mediante avaliação do comitê de especialistas e realização do pré-teste, a validade de face e conteúdo do instrumento foi considerada satisfatória. Foram validadas na análise fatorial confirmatória 50 questões, em 7 constructos. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,957 (variando entre 0,765 e 0,958 nos fatores).

##### **Conclusão:**

O instrumento Policy Advocacy Engagement Scale – versão brasileira é um instrumento válido e fidedigno para ser utilizado na avaliação do engajamento na advocacia política pelos enfermeiros.

**Descritores em português:** Enfermeiros; Ética; Engajamento no Trabalho; Estudos de Validação; Advocacia em Saúde.

**Descritores em inglês:** Nurses; Ethics; Work Engagement; Validation Studies; Health Advocacy.

**Descritores em espanhol:** Enfermeros; Ética; Compromiso Laboral; Estudios de Validación; Defensa de la Salud.

## **INTRODUÇÃO**

A atividade política na saúde refere-se a fazer parte de grupos e participar de atividades no intuito de influenciar as políticas de saúde com vistas à melhoria dos cuidados em saúde<sup>(1)</sup>. Neste agir, o comportamento humano é guiado por crenças comportamentais ou atribuições do engajamento para a defesa política. Sendo que há maior propensão ao engajamento na

advocacia política se os profissionais a perceberem como efetivas para a melhoria na saúde da população<sup>(2)</sup>.

A advocacia política é caracterizada por intervenções dos profissionais de saúde com o intuito de mudar políticas ineficazes nas instituições, comunidades, governos, ações estas que podem criar a necessidade de defesa. A distinção entre a advocacia política e advocacia do paciente está em que defensores dos pacientes ajudam pacientes específicos, defensores de políticas buscam mudanças nas políticas em hospitais, comunidades e legislação a fim de melhorar o bem-estar de um número significativo de pessoas<sup>(3,4)</sup>.

Assim, envolver-se na defesa para mudar políticas disfuncionais e promover políticas que aumentem o bem estar dos pacientes é um dever moral de quem presta o cuidado e está comprometido com o trabalho<sup>(5)</sup>. Em relação aos profissionais enfermeiros, inúmeros fatores estimulam a capacidade destes para serem politicamente ativos e influenciar o desenvolvimento de políticas em saúde, como: encontrar tempo necessário, conhecimentos e interesses relevantes sobre questões políticas que afetam cuidados de saúde e da profissão<sup>(1,6)</sup>. Estudos enfatizam a necessidade dos enfermeiros desempenharem a advocacia política nas frentes de saúde, sendo uma oportunidade para contribuírem com experiência clínica na melhoria dos cuidados em saúde<sup>(8)</sup>.

Ainda, os enfermeiros percebem a necessidade de defender pacientes em situações de prejuízos evitáveis, promovendo melhorias no bem-estar dos mesmos, fato que os encoraja a deixar a zona de conforto e ingressarem na arena política. Suas ações acabam por impactar às políticas públicas através da advocacia política de forma ampla e coletiva, ao passo que ainda fornecem exemplos da vida real para ilustrar as necessidades dos pacientes e os resultados das políticas públicas na saúde da sociedade<sup>(7)</sup>.

Sendo assim, ao aumentar o envolvimento nas políticas em saúde, a profissão de enfermagem tem sua posição política reforçada<sup>(9)</sup>, somado a responsabilidade individual e envolvimento interprofissional, fatores cruciais na promoção da justiça social e da saúde aos indivíduos, famílias e comunidade<sup>(10)</sup>. Esta interação e vínculo com as pessoas favorece as ações de advocacia política<sup>(9)</sup>, ao passo que possibilitam uma ampla apreciação das necessidades de saúde; de como fatores ambientais afetam a saúde e como as pessoas respondem a diferentes estratégias de cuidados e serviços<sup>(1)</sup>.

No âmbito das organizações de saúde são identificadas potencialidades de florescer relações de interdependência geradoras de ações efetivas que estreitam vínculos entre os envolvidos. Como elo entre os serviços de saúde e usuários, o

enfermeiro exerce liderança, valoriza a diversidade e potencializa a força dos integrantes, com inclusão dos usuários nas decisões em saúde<sup>(11)</sup>.

Traduz-se aqui a necessidade de engajamento dos enfermeiros desde o início da formação nas políticas de saúde, com interesse em influenciar à saúde e as políticas públicas<sup>(9)</sup>. Aprender a forma eficaz e coerente de como se envolver na defesa política é um componente essencial dos enfermeiros na educação, tanto em nível de graduação como mestrado e doutorado<sup>(10)</sup>.

Enfermeiros ao participarem na formulação de políticas e alteração de políticas inapropriadas no sistema de saúde, demonstram a defesa do paciente e promovem a justiça, com melhoria na prestação de cuidados em saúde. Evidências científicas mostram a importância dos enfermeiros na construção das políticas em saúde e de seu papel na defesa dos pacientes em especial no nível macrossocial<sup>(1, 12)</sup>.

A compreensão da advocacia política em nível macrossocial é o principal fator para o engajamento político dos enfermeiros, com aumento da capacidade para serem defensores de políticas públicas voltadas à saúde. Também são essenciais autoconfiança, assertividade, maturidade e apoio na defesa política, bem como a insatisfação com o sistema de saúde impactar no envolvimento político dos profissionais<sup>(13,14)</sup>.

No âmbito internacional, estudos mostram que a advocacia política pelos enfermeiros é mais efetiva quando a profissão tem apoio das organizações, ao demonstrar maior qualidade nas iniciativas que motivam os enfermeiros na defesa política, a qual está para além de um único momento<sup>(10)</sup>. Ao contrário, nos países em desenvolvimento há evidências de que o envolvimento dos enfermeiros na atuação política é baixo, mesmo considerando que os profissionais necessitam estar inseridos na atuação política para ampliar a qualidade da saúde como um todo<sup>(9)</sup>.

Dessa forma, torna-se importante a utilização de instrumentos capazes de medir o nível de engajamento político dos profissionais enfermeiros nas questões de saúde, com possibilidade de aprimorarem a ética e a moral que envolvem estas ações. O instrumento “Policy Advocacy Engagement Scale - PAES” original foi validado em Los Angeles – EUA, em uma amostra de 295 profissionais da saúde e objetivou medir o nível de engajamento destes com relação a advocacia política. Não foram encontrados estudos brasileiros que compreendessem o nível de engajamento político dos profissionais de saúde, em especial, enfermeiros. Mesmo sendo de extrema relevância o uso de instrumentos capazes de reconhecer os fatores que elevam o nível de engajamento na defesa político pelos profissionais de saúde no âmbito nacional<sup>(2)</sup>.

Desta forma, a validação e adaptação cultural da PAES, poderá constituir ferramenta com potencial para ampliar os conhecimentos quanto ao engajamento político dos enfermeiros brasileiros, visto que conhecer os fatores relacionados a este processo pode contribuir para o fortalecimento da dimensão ética da enfermagem e da saúde, os quais são elementos preponderantes para **justificar** a realização deste estudo.

## **OBJETIVO**

Adaptar culturalmente e validar a PAES para enfermeiros brasileiros.

## **MÉTODO**

Estudo metodológico com abordagem quantitativa, no qual foi realizada a adaptação cultural do instrumento PAES segundo recomendações da literatura científica internacional e sua validação para utilização no contexto brasileiro <sup>(15)</sup>. O processo envolveu a tradução, retrotradução, validade de face e conteúdo, a descrição das propriedades psicométricas relacionadas a sua validade de constructo e confiabilidade, mediante análise fatorial confirmatória, análise fatorial descritiva e alfa de Cronbach.

### **Aspectos éticos**

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob parecer (67/2016). O estudo faz parte do macroprojeto “Sensibilidade moral, advocacia do paciente e sofrimento moral na enfermagem: desafios da formação e implicações para a atuação profissional”, financiado pelo CNPq.

### **Desenho, local do estudo e período**

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2017 a março de 2018. A aplicação da versão final do instrumento PAES-VB foi realizada em um município do sul do Brasil, com enfermeiros que atuam na atenção primária, secundária e terciária em saúde.

### **População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão**



Para seleção dos participantes adotou-se a amostragem não probabilística por conveniência. Assim, os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que ocorreu a coleta dos dados<sup>(17)</sup>. Para seleção do tamanho amostral, foi adotado uma fórmula que objetivou estimar o mínimo tamanho amostral possível para realização de procedimentos estatísticos<sup>(18)</sup>. Conhecendo previamente o total da população (339 enfermeiros) e aplicando a fórmula, se chegou ao número mínimo de 181 participantes, com nível de confiança de 95%.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional enfermeiro; atuar profissionalmente nos respectivos locais de coleta; ser profissional permanente dos referidos serviços. Os critérios de exclusão se restringiram à ausência do trabalhador no local e momento da coleta de dados devido a férias, afastamento ou licença.

### **Adaptação cultural: validação de face e conteúdo do instrumento**

A adaptação da escala PAES para a cultura brasileira ocorreu após a autorização dos autores. Com objetivo de adequar a escala de forma completa, através da adaptação semântica, idiomática, experimental e conceitual do instrumento original. Para adaptar culturalmente a escala PAES, foi utilizada a metodologia proposta por Beaton<sup>(15)</sup>, realizada em seis etapas: tradução inicial; síntese das traduções; backtranslation; revisão pelo comitê de especialistas; pré-teste e revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores<sup>(15)</sup>.

Na tradução inicial, o instrumento foi enviado a dois tradutores bilíngues para realizarem a tradução do inglês para o português. Os tradutores possuíam características distintas, sendo que um deles foi informado dos objetivos e temática do instrumento, enquanto o outro desconhecia qualquer informação a respeito do mesmo.

Na etapa de síntese, as duas versões traduzidas inicialmente, deram origem a uma versão única (versão-síntese) realizada por um terceiro tradutor. Posterior, ocorreu a retrotradução, onde a versão síntese foi submetida a retro tradução para a versão original em inglês por outros dois tradutores (nenhum dos dois tradutores foi informado do conteúdo e objetivos do instrumento, buscando evitar significados equivocados).

Na quarta etapa, a versão síntese da retrotradução foi enviada a um comitê de especialistas. O qual avaliou as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste. A versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada em uma amostra de 30 enfermeiros

estudantes dos cursos de mestrado e doutorado em Enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil, configurando a etapa de pré-teste. Teve como objetivo confirmar se os itens da escala representavam o conteúdo que se desejava analisar, sendo aplicada de forma individual para que os participantes relatassem dificuldades, facilidades e sugestões no preenchimento do instrumento caso necessário.

Ao fim, foi realizada a revisão do processo de adaptação, onde os pesquisadores responsáveis avaliaram as etapas realizadas, fazendo as adequações finais na versão adaptada da escala, a fim de facilitar sua compreensão e minimizar possíveis erros de interpretação. Sendo aprovada a versão final do Policy Advocacy Engajament Scale - versão brasileira (PAES-VB) para aplicação na amostra selecionada com vistas a medir o nível de engajamento dos profissionais enfermeiros na advocacia política.

### **Análise dos resultados e estatística**

Para a validação de constructo do instrumento, ao fim da aplicação na amostra selecionada, foram realizados testes estatísticos (análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e alfa de Cronbach<sup>(16-19)</sup>). Os testes foram realizados no software estatístico *Estatistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0 e *Analysis of Moment Structures* (AMOS) versão 25.0, a fim de facilitar o processo de organização dos dados para melhor visualização e interpretação dos resultados.

A validade do instrumento buscou verificar se o instrumento conseguiu medir o fenômeno estudado com clareza e confiabilidade, permitindo a compreensão dos objetivos propostos. A análise fatorial exploratória (AFE) visou à redução e sumarização dos dados, formando grupos de variáveis associadas entre si. O alfa de Cronbach, avaliou o nível de confiabilidade através da verificação de características contidas em cada grupo de questões, observando se as questões incluídas no questionário conseguiram medir de maneira consistente o fenômeno <sup>(18)</sup>.

Na análise fatorial confirmatória (AFC), foram analisados o ajustamento global e a estimação da magnitude do efeito dos constructos sobre as variáveis mensuradas. O teste de hipótese da composição fatorial da PAES-VB ocorreu via modelo de equações estruturais para variáveis latentes. Para verificar o ajustamento do modelo foram utilizados os índices: Qui quadrado,  $X^2/g.l$ ; *goodness-of-fit index* (GFI), *root mean square error of approximation* (RMSEA); *comparative fit index* (CFI) e *Tucker-Lewis index* (TLI) <sup>(19)</sup>.

## RESULTADOS

Com relação aos dados sociodemográficos dos 184 enfermeiros, a amostra foi composta por:

**Tabela 1** - características dos participantes (\* = 184). Rio Grande, RS, Brasil, 2019

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	160	87%
Masculino	24	13%
<b>Formação</b>		
Graduação	74	40,2%
Especialização	28	15,2%
Residência	17	9,2%
Mestrado	16	8,7%
Doutorado	49	26,6%
<b>Idade</b>		
22 - 31	60	32,60%
32 - 41	77	41,84%
42 - 51	31	16,84%
52 - 60	16	8,69%
<b>Experiência Profissional (meses)</b>		
03 - 60	91	49,45%
61 - 120	34	18,47%
121 - 240	42	22,82%
241 - 440	17	9,23%

Fonte - dados da pesquisa

Na validade de face, o comitê de especialistas avaliou os itens da escala como pertinentes, sendo assegurado sua coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual, de modo que as questões sofreram poucas modificações, limitando-se a forma escrita, sendo assegurado a validade de face da escala. Em relação à validade de conteúdo, o pré-teste foi realizado com 31 enfermeiros mestrando ou doutorando. Sendo possível confirmar que os itens da escala representam o conteúdo analisado, de modo que foram sugeridas pequenas adequações nas questões, referentes a linguagem e colocação verbal.

Com relação aos alfas de Cronbach do estudo, os mesmos estão expostos na tabela a seguir:

**Tabela 2** - demonstrativo entre os alfas de Cronbach da PAES original e da PAES versão adaptada, Rio Grande, RS, Brasil, 2019

FATOR	Alfa de Cronbachs – Versão Original	Alfa de Cronbachs – Versão Brasileira
Fator 1 – Defesa dos direitos dos usuários	0.95	0.94
Fator 2 – Defesa de cuidados de qualidade	0.86	0.93
Fator 3 – Defesa de cuidados culturalmente competentes	0.87	0.93
Fator 4 – Defesa de cuidados preventivos	0.82	0.93
Fator 5 – Defesa de cuidados acessíveis	0.91	0.95
Fator 6 – Defesa de cuidados em saúde mental	0.74	0.89
Fator 7 – Defesa de cuidados as famílias e comunidade	0.83	0.76
Instrumento	0.95	0,95

Fonte - dados da pesquisa

### Resultado Análise Fatorial Exploratória

**Tabela 3** – AFE (rotação Varimax). Rio Grande, RS, Brasil, 2019

Item (I*)	Bloco	F1+	F2+	F3+	F4+	F5+	F6+	F7+
<b>Defesa de Direitos dos Usuários - F1</b>								
q5.10	0,810	<b>,859</b>	,117	,013	,117	-,028	,073	,186
q5.9	0,790	<b>,840</b>	,139	-,003	,154	-,002	,073	,187
q5.6	0,717	<b>,815</b>	,086	,064	,054	,125	,063	,007
q5.7	0,733	<b>,803</b>	,167	,153	,145	-,002	-,117	-,039
q5.2	0,694	<b>,722</b>	,234	,049	,033	-,038	,315	-,115
q5.14	0,741	<b>,721</b>	,301	,078	,136	,028	,297	-,062
q5.8	0,641	<b>,716</b>	,196	,123	,211	,090	-,008	,117
q5.15	0,643	<b>,710</b>	,265	,094	,024	,059	,199	,023
q5.3	0,674	<b>,642</b>	,314	,144	,070	-,065	,344	-,124
q5.11	0,540	<b>,637</b>	,261	,058	,133	,010	,092	,192
q5.5	0,537	<b>,626</b>	,236	,111	,027	,070	,089	,027
q5.13	0,645	<b>,623</b>	,164	,219	,079	,037	,370	,071
<b>Defesa de Cuidados de Qualidade - F2</b>								
q4.6	0,733	,153	<b>,782</b>	,106	,072	,049	,012	-,022
q4.5	0,793	,185	<b>,780</b>	,058	,089	,119	,078	,032
q4.11	0,749	,246	<b>,772</b>	,184	-,029	,087	,031	,032
q4.8	0,694	,204	<b>,763</b>	,131	,059	,034	,038	,138
q4.7	0,710	,210	<b>,747</b>	-,002	,092	,123	-,008	,168
q4.10	0,714	,218	<b>,744</b>	,208	,074	,000	,150	,098
q4.9	0,728	,269	<b>,742</b>	,210	,009	,193	-,037	,049
q4.2	0,627	,215	<b>,709</b>	,112	,087	,016	,201	,072
q4.12	0,743	,210	<b>,686</b>	,055	,047	,150	,049	-,030
q4.13	0,741	,228	<b>,662</b>	,049	,080	-,004	,157	,094
q4.3	0,543	,032	<b>,652</b>	-,017	,184	-,004	,245	,086
q4.1	0,498	,178	<b>,572</b>	,079	,144	,150	,218	,201
q4.4	0,433	,194	<b>,566</b>	-,047	,079	,016	,237	,087

<b>Defesa de Cuidados Culturalmente Competentes - F3</b>								
q3.6	0,800	,153	,116	<b>,835</b>	,194	,046	,058	-,012
q3.5	0,788	,086	,107	<b>,835</b>	,173	,089	,075	,128
q3.7	0,766	,155	,196	<b>,799</b>	,189	,092	,024	,085
q3.4	0,777	,130	,046	<b>,791</b>	,269	,058	,044	,179
q3.1	0,726	,055	,123	<b>,786</b>	,210	,119	,064	,168
q3.3	0,736	,192	,056	<b>,762</b>	,304	,007	,055	,117
q3.2	0,670	-,020	,087	<b>,696</b>	,268	,223	,070	,224
<b>Defesa de Cuidados Preventivos - F4</b>								
q1.4	0,789	,079	,021	,288	<b>,820</b>	,148	-,035	,011
q1.2	0,720	,083	,064	,174	<b>,810</b>	,033	,047	,126
q1.5	0,784	,100	,061	,205	<b>,805</b>	,082	,083	,038
q1.6	0,721	,159	,075	,244	<b>,787</b>	,075	,045	-,062
q1.3	0,762	,184	,140	,289	<b>,776</b>	,023	-,011	,120
q1.1	0,671	,078	,095	,119	<b>,769</b>	-,030	,115	,135
q1.7	0,688	,181	,185	,182	<b>,763</b>	,058	,047	,029
<b>Defesa de Cuidados Acessíveis - F5</b>								
q7.2	0,938	,013	,141	,130	,102	<b>,923</b>	,135	,143
q7.3	0,896	,061	,125	,173	,084	<b>,904</b>	,124	,086
q7.1	0,898	,024	,160	,167	,107	<b>,869</b>	,252	,106
<b>Defesa de Cuidados em Saúde Mental - F6</b>								
q6.3	0,823	,332	,246	,081	,030	,208	<b>,758</b>	,162
q6.2	0,809	,353	,255	,146	,150	,185	<b>,718</b>	,155
q6.4	0,757	,266	,292	,105	-,018	,243	<b>,711</b>	,091
q6.1	0,609	,256	,230	,054	,249	,303	<b>,520</b>	,196
<b>Defesa de Cuidados as Famílias e Comunidade - F7</b>								
q2.5	0,712	,002	,137	,226	,093	,094	,184	<b>,767</b>
q2.4	0,698	-,033	,137	,306	,116	,184	,072	<b>,728</b>
q2.1	0,599	,152	,213	,210	,059	,255	,151	<b>,626</b>
q2.3	0,575	,408	,151	,093	,102	-,105	-,018	,594

Fonte - dados da pesquisa

Nota: I\* - Item da Escala; +F – Fator

À medida que questões foram eliminadas e os constructos se tornaram mais claros, obteve-se como solução de extração, a formação heptafatorial. Ao final da análise, 4 itens foram excluídos por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,500) e/ou baixa comunalidade (inferiores a 0,500). As sete dimensões do instrumento explicam 64% da variação dos itens, o que representa um adequado grau de sintetização dos dados, com possibilidade de melhor manuseio e interpretação.

Os itens excluídos foram: 2.2 (*Até que ponto você acredita que os membros da sua profissão são obrigados pelo Código de Ética da profissão a envolverem-se na defesa política*); 5.1 (*Até que ponto você foi excluído das discussões sobre questões não resolvidas de pacientes?*); 5.4 (*Até que ponto você enfrenta comportamento hostil de outros*

profissionais?) e 5.12 (Até que ponto as opiniões dos membros da sua equipe, no que diz respeito aos problemas não resolvidos são solicitadas pelos comitês de ética?).

Para validar os fatores, as 54 questões foram submetidas à AFE. Mediante rotação, foram formados sete fatores que evidenciaram elevada comunalidade e carga fatorial, ambas superiores 0,5 em todos os itens. Em relação à fidedignidade dos fatores, foi realizado teste de confiabilidade pelo alfa de Cronbach, que apresentou valor 0,95 para o instrumento. Entre os fatores variou 0,76 e 0,95. Valores considerados adequados para estudos exploratórios, o que evidencia a fidedignidade da escala na amostra selecionada.

Assim, na versão final, a PAES, apresentou 50 questões validadas e sete fatores, seguidos dos valores dos alfas de Cronbach, respectivamente: Defesa dos direitos dos usuários-F1 (0,94); Defesa de cuidados de qualidade-F2 (0,93); Defesa de cuidados culturalmente competentes-F3 (0,93); Defesa de cuidados preventivos-F4 (0,93); Defesa de cuidados acessíveis-F5 (0,95); Defesa de cuidados em saúde mental-F6 (0,89); Defesa de cuidados as famílias e comunidade-F7 (0,76).

Ainda, foi realizada a AFE inicial (nos blocos), de modo a observar a unidimensionalidade dos constructos. A partir dessa análise, foi possível identificar que os itens de cada constructo, analisados conjuntamente, convergiram para um único fator, sugerindo serem todos unidimensionais.

Na análise fatorial confirmatória os parâmetros utilizados foram: para o Teste de Bartlett: teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) com nível de significância maior que 0,05; razão qui-quadrado ( $\chi^2/g.l$ ) com valor de aceitação menor que 2,0 e GFI (*Adjusted for Degrees of Freedom - AGFI*) 0,96 (com valor de aceitação maior ou igual a 0,95); CMIN/DF (Chi square/DF) 2,09 (considerado bom valores inferiores a 3). Nas medidas de parcimônia, obteve-se CFI (*Bentler's Comparative Fit Index*) 0,83 (permissível) e TLI 0,86. SRMR 0,068 (permissível menor que 0,09). O valor de RMSEA (*Root Mean Square Error of Aproximation*) foi de 0,07 (com valor de aceitação menor ou igual a 0,09) o que evidencia a presença de resíduos dentro de um limite aceitável. Tais resultados foram satisfatórios ao considerar a realização da AFC neste estudo.

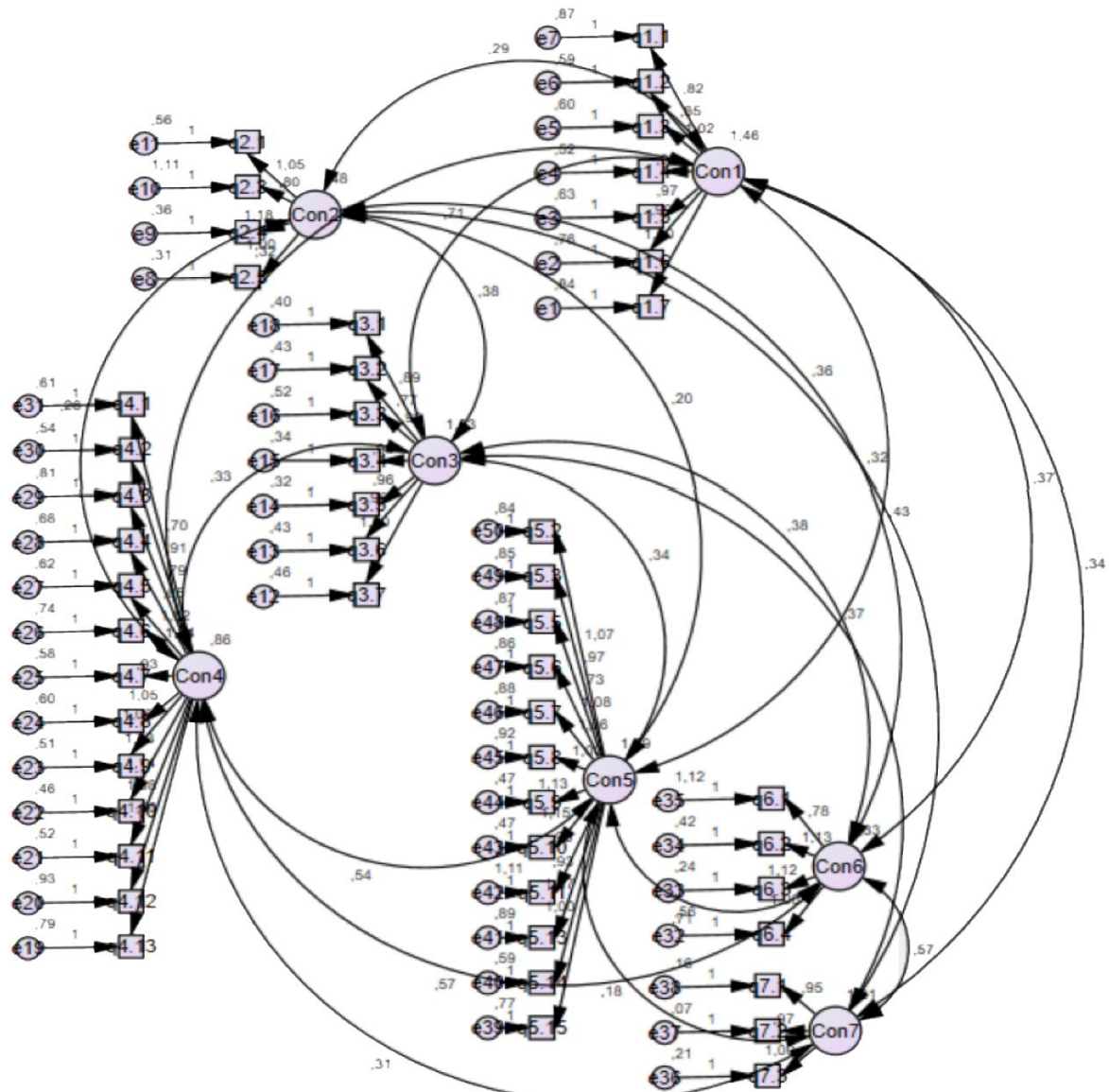
Os índices de ajustamento do modelo obtidos comprovam que o modelo apresenta um bom ajuste. Eles podem ser classificados em índices absolutos e índices relativos. Os índices absolutos avaliam a qualidade do modelo, sem comparar com outros modelos. Os índices mais utilizados foram  $\chi^2/g.l$  quando igual a 1 o ajustamento é perfeito, quando inferior a 2 o ajustamento é bom, aceitável inferior a 5 e inaceitável superior a 5. *Root Mean Square Residual* (RMSR) determinado ao dividir a raiz quadrada da matriz dos erros, pelos graus de

liberdade. Assim, quanto menor for o RMSR melhor será o ajustamento. Quando RMSR for igual a 0 indica que o ajustamento é perfeito.

O *goodness of fit index* (GFI) explica a proporção da covariância observada entre as variáveis manifestas, explicadas pelos modelos ajustados. Com relação ao GFI, considera-se inferior a 0,8 um modelo com mau ajustamento, entre 0,9 e 0,95 indica bom ajustamento, superior a 0,95 indica ajustamento muito bom e igual a 1 ajustamento perfeito. Os índices relativos avaliam a qualidade do modelo sob teste, relativamente ao modelo com pior ajustamento possível e/ou ao modelo com o melhor ajustamento possível.

O *comparative fit index* (CFI) compara o ajustamento do modelo em estudo (X2) com os graus de liberdade (gl), com o ajustamento do modelo basal com os graus de liberdade. Geralmente aceita-se que para CFI inferior a 0,9 indica modelos com mau ajustamento, entre 0,9 e 0,95 indica um bom ajustamento, superior a 0,95 ajustamento muito bom e igual a 1 ajustamento perfeito. O *Tucker-Lewis index* (TLI) ou *Bentler-Bonett-non-normed fit index* (NNFI), onde os valores do TLI variam entre 0 e 1, valores próximos a 1 indicam ajustamento muito bom (19).

Ao analisar a fatorial exploratória e a fatorial confirmatória do instrumento PAES, podemos observar que as duas análises tiveram os mesmos resultados. Com relação ao fator 1: as questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 se mantiveram. Em relação ao fator 2: 1, 3, 4, 5 se mantiveram. No fator 3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 se mantiveram. Com relação ao fator 4: as questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 se mantiveram. No fator 5: as questões 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 e 15 se mantiveram. Em relação ao fator 6: as questões 1, 2, 3, 4 se mantiveram. No fator 7: as questões 1, 2 e 3 se mantiveram. Sendo excluídas das duas análises apenas as questões 2.2; 5.1; 5.4 e 5.12. A estrutura da AFC para a PAES é apresentada na Figura 1.



Todas as questões foram significativas em cada constructo. Os valores acima de 0.8 são considerados altos, entre 0.5 e 0.8 são considerados moderados e os inferiores a 0.5 são considerados fracos. Quanto à análise fatorial confirmatória da escala adaptada, os resultados configuram-se em ajustes satisfatórios para a aceitação da escala brasileira, por meio do teste  $\chi^2$  e de outros três testes de adequação ( $\chi^2/g.l$ , GFI, RMR – RMSEA). As cargas fatoriais apresentaram valores acima de 0,40.

## DISCUSSÃO



O estudo analisou as propriedades psicométricas da PAES numa amostra de 184 enfermeiros brasileiros, confirmando sua estrutura para avaliar o nível de engajamento destes profissionais na advocacia política conforme indicado pelos autores do modelo <sup>(1,2)</sup>. Segundo distinção do instrumento para medir o engajamento dos enfermeiros<sup>(3)</sup>, o presente estudo validou 50 itens divididos em 7 constructos: defesa dos direitos dos usuários com 12 itens; defesa de cuidados de qualidade com 13 itens; defesa de cuidados culturalmente competentes com 7 itens; defesa de cuidados preventivos com 7 itens; defesa de cuidados acessíveis com 3 itens; defesa de cuidados em saúde mental com 4 itens e defesa de cuidados as famílias e a comunidade com 4 itens. Os itens pretendem colaborar numa maior visibilidade dos profissionais enfermeiros para o engajamento na advocacia política, enquanto forma ímpar na obtenção de melhorias na saúde e bem estar das pessoas, sendo também porta de entrada para o desenvolvimento de futuras investigações no campo da saúde/enfermagem a fim de aumentar o reconhecimento profissional e beneficiar quem busca seus serviços.

Ainda, os resultados da pesquisa, alicerçados por uma intensa fundamentação teórica, reforçam à necessidade de adaptar o instrumento da versão Norte-americana para o português. Com origem ao modelo do estudo, o qual obteve melhores resultados que o instrumento original, com a remoção de apenas 4 itens nas duas análises. As distinções entre a escala original e a versão traduzida, possivelmente deve-se aos resultados da análise fatorial combinatória<sup>(3)</sup>.

Infere-se a partir dos resultados que os profissionais de saúde os quais relataram envolvimento em altos níveis de defesa também tinham maior probabilidade de se engajar na defesa política, se comparado aos participantes que relataram baixos níveis de engajamento. Educar os profissionais de saúde sobre a defesa do paciente pode aumentar seu envolvimento na defesa política <sup>(2-4)</sup>. Uma forte relação entre a vontade do profissional de saúde se engajar na defesa política e seus níveis reais de engajamento foi uma das descobertas do estudo original <sup>(4)</sup>.

No presente estudo, se observa que o apoio institucional e da equipe multiprofissional é fator preponderante para o engajamento dos enfermeiros na advocacia política. Os resultados do estudo original também demonstram que os profissionais de saúde que percebem o clima organizacional como receptivo ao engajamento na defesa política, bem como os que recebem altos níveis de apoio para se engajar na defesa política, tinham maior probabilidade de se comprometer com a defesa <sup>(3,4)</sup>.

Estudo americano destaca que os profissionais de saúde da linha de frente precisam aprender a trabalhar com a persistência enquanto atributo importante para os defensores

políticos, a partir de exemplos onde o sucesso foi alcançado somente após grande esforço por um longo período de tempo <sup>(5)</sup>.

Conforme estudo internacional, os enfermeiros mostraram atitudes positivas em relação à defesa dos pacientes, sendo que o nível de formação dos profissionais pode ter um impacto positivo na capacidade para defender os pacientes. É necessário que os enfermeiros deem suporte ao seu papel na defesa, enquanto agente político a fim de melhorar a prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados <sup>(20)</sup>. Além disso, enfermeiros podem ser a direção para mudanças na redução de disparidades em saúde, com aumento do acesso ao cuidado por meio de educação e ação política <sup>(20)</sup>.

### **Limitações do estudo**

O presente estudo teve como limitação o fato de inexistirem estudos nacionais referentes ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política, dificultando as discussões e comparações com realidades de outros estudos nacionais. Ainda, sugere-se a retirada das questões “2.2; 5.1; 5.4 e 5.12” porque de acordo com a análise estatística essas questões podem ser retiradas sem prejuízo para o instrumento.

### **Contribuições para área da enfermagem**

A adaptação para a língua brasileira do instrumento Policy Advocacy Engagement Scale é bastante relevante, uma vez que possibilita aos enfermeiros e gestores medirem o nível de engajamento destes profissionais nos serviços de saúde, e a partir dos resultados fornecer um melhor direcionamento para o exercício da advocacia política pelos enfermeiros a fim de promover melhorias na saúde. Nesse sentido, o envolvimento destes profissionais nas questões de defesa torna-se fundamental para o crescimento da profissão e as melhorias na saúde como um todo. Os resultados desta pesquisa comprovam sua importância para a valorização dos enfermeiros enquanto defensores em saúde.

### **CONCLUSÃO**

A adaptação e validação cultural do PAES-VB, permitiu desenvolver um instrumento capaz de avaliar o nível de engajamento na advocacia política no contexto brasileiro.

Os objetivos propostos foram alcançados na pesquisa. Conclui-se que a PAES VB constitui um instrumento capaz de analisar o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política contribuindo para a compreensão dos fatores que enriquecem esta prática. Ao fim, acredita-se que a escala traduzida contribuirá para a valorização profissional dos enfermeiros nos mais diferentes ambientes em saúde, além de servir de parâmetro para gestores e governo observarem as necessidades de mudança e valorização da profissão a fim de ampliar a defesa dos pacientes. Com vistas ao aprimoramento profissional o que em consequência leva a melhorias na saúde das pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. Shariff NJ. Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. *BMC Nursing*. 2014; 13(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-20>
2. Jansson BS, Nyamathi A, Duan L, Kaplan C, Heidemann G, Ananias D. Validation of the Patient Advocacy Engagement Scale for Health Professionals. *Research in Nursing & Health*. 2015; 38(2):162–72. <https://doi.org/10.1002/nur.21638>
3. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Duan L, Kaplan C. Predicting patient advocacy engajamento: A multiple regression analysis using data from health professional in acute care hospitals. *Social Work in Health Care*. 2016; 54(7):559-81. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1054059>
4. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Duan L, Kaplan C. Validation of the Policy Advocacy Engagement Scale for frontline healthcare professionals. *Nursing Ethics*. 2017; 24(3):362-75. <https://doi.org/10.1177/0969733015603443>
5. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Ward CR, Saltzman KB, Kaplan C. Predicting Levels of Policy Advocacy Engagement Among Acute-Care Health Professionals. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2016; 17(1):43-55. <https://doi.org/10.1177/1527154416644836>
6. Shariff NJ. Empowerment model for nurse leaders' participation in health policy development: an east African perspective. *BMC Nursing*, 2015; 14(1):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0078-6>
7. Parr JR. The role of the advanced practice nurse in the treatment of addiction disorders: advocacy, leadership, lobbying to influence public policy. *Kentucky Nurse*, 2015; 63(2):5-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929098>

8. Wadell A, Audette K, DeLong A, Brostoff M. A hospital-based interdisciplinary model for increasing nurses' engagement in legislative advocacy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2016; 17(1):15-23. <https://doi.org/10.1177/1527154416630638>
9. Abualrub RF, Foudeh FN. Jordanian Nurses' involvement in health policy: perceived benefits and barriers. *International nursing review*. 2017; 64(1):13-21. <https://doi.org/10.1111/inr.12249>
10. Taylor MRS. Impact of Advocacy Initiatives on Nurses' Motivation to Sustain Momentum in Public Policy Advocacy. *Journal of Professional Nursing*. 2016; 32(3):235-45. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.10.010>.
11. Mendes IAC, Ventura CAA, Trevisan MA, Alves LMM, Souza Junior VD. Educação, liderança e parcerias: potencialidades da enfermagem para a cobertura universal de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, n. esp, p. 1-9, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1092.2673>
12. Gomes PH. O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos. 2016. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19381>. Acesso em: 02 de abril de 2018.
13. Kilpatrick K, Tchouaket E, Carter N, Lukosius DB, Di Censo A. Structural and process factors that influence clinical nurse specialist role implementation. *Clinical Nurse Specialist*. 2016; 30(2):89-100. doi: 10.1097/NUR.0000000000000182
14. Almeida DB, Silva GTR, Freitas GF, Padilha MI, Almeida IFB. Arqueologia discursiva: os saberes constitutivos de enfermeiras militantes em entidades de classe. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018, 71(3):1194-201.
15. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of selfreport measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000.
16. Damásio BF. Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. *Psico-USF*. 2013; 18(2):211-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712013000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 de setembro de 2018.
17. Sousa L, Vieira CM, Severino S, Gomes JC, José HMG. Análise fatorial confirmatória da Depression Anxiety Stress Scale em pessoas com Doença Renal Crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2017; n. spe5:13-18. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0161>
18. Cohn EG, Jia H, Larson E. Evaluation of statistical approaches in quantitative nursing research. *Clin Nurs Res*. 2009;18(3):223-41. <https://doi.org/10.1177/1054773809336096>

19. Marôco, J. (2014). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações. 2ª Edição. ReportNumber, Lda.
20. Eklund AJ, Petzall K, Bojo AKS, Larsson BW. Swedish registered nurses' and nurse managers' attitudes towards patient advocacy in community care of older patients. *Journal of Nursing Management*; 2013 21(1):753-61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01453.x>

## 5.2 ARTIGO 2

### **CLUSTERIZAÇÃO DO ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS NA ADVOCACIA POLÍTICA**

Objetivo: analisar o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política a partir da clusterização dos dados. Método: Participaram do estudo 184 enfermeiros que trabalham na atenção primária, secundária e terciária em uma cidade no sul do Brasil, através da aplicação do instrumento traduzido Policy Advocacy Engagement Scale. A análise de dados consistiu na estatística descritiva e análise de cluster. Resultados: a clusterização conduzida neste estudo apontou o cluster 3 como maior média entre os clusters. Tendo maiores medias nos fatores 1, 2, 4 e 6. Conclusão: o estudo evidenciou o protagonismo dos enfermeiros no engajamento para a advocacia política buscando promover mudanças positivas na saúde, destaque aos enfermeiros que atuam na assistência da atenção terciaria os quais alcançaram maiores medias na pesquisa.

Descritores em português: Enfermeiros; Políticas de Saúde; Engajamento no Trabalho.

Descritores em inglês: Nurses; Health Policy; Work Engagement.

Descritores em espanhol: Enfermeros; Política de Salud; Compromiso Laboral.

#### **Introdução**

A advocacia política é caracterizada por intervenções dos profissionais de saúde, com o intuito de mudar políticas ineficazes nas instituições, comunidades e governo<sup>(1,2)</sup>. A diferença entre a advocacia em saúde e advocacia política está em que na primeira os defensores dos usuários ajudam pessoas específicas, grupos individuais, enquanto os defensores de políticas

procuram propor mudanças globais em nível de governo, gestão, a fim de melhorar o bem-estar de número significativo de indivíduos<sup>(3)</sup>.

A atividade política refere-se a fazer parte de grupos e participar de atividades no intuito de influenciar políticas de saúde com vistas à melhoria dos cuidados em saúde<sup>(4)</sup>. Neste agir, o comportamento humano é parcialmente guiado por crenças comportamentais e consequências ou atribuições do engajamento na defesa política. Além dos profissionais de saúde se tornarem mais propensos à defesa política se a perceberem como efetivas para a melhoria na saúde da população<sup>(5)</sup>.

Conforme o autor envolver-se na defesa para mudar políticas disfuncionais e promover políticas que aumentem o bem estar dos usuários é um dever moral de quem presta o cuidado e está comprometido com o trabalho<sup>(1)</sup>. Como integrantes da equipe multiprofissional de saúde, os enfermeiros percebem a necessidade de defender os usuários em situações de prejuízos evitáveis, o que os encoraja a deixar a zona de conforto e ingressarem na arena política, com objetivo de suas ações impactarem as políticas públicas através da advocacia, ao passo que fornecem exemplos da vida real para ilustrar as necessidades dos usuários e os resultados das políticas públicas na saúde<sup>(6)</sup>.

Ainda, inúmeros fatores estimulam a capacidade dos enfermeiros para serem politicamente ativos e influenciarem no desenvolvimento de políticas em saúde, em especial, encontrar tempo necessário e possuir conhecimentos e interesses relevantes sobre questões políticas que afetam cuidados de saúde e da profissão<sup>(7)</sup>. A influência política pelos enfermeiros é percebida pela capacidade que o profissional tem de impactar as decisões que estão relacionadas à saúde, através de competências quanto seu conhecimento político, exercício de poder, advocacia, comunicação eficiente e colaboração com os membros da equipe de saúde<sup>(8)</sup>.

Assim, o engajamento do enfermeiro na advocacia política é essencial para trilhar o caminho de mudanças, com uma visão integral, comprometida, ética, política e socialmente com o ser humano e a sociedade<sup>(9)</sup>. Suas ações são capazes de promover maior qualidade na assistência, bem como, beneficiar grande número de pessoas, a partir da identificação de condicionantes e dimensões que contribuem para a advocacia política<sup>(3)</sup>.

Estudo americano com abordagem quantitativa objetivou entender conceitos e metodologia das políticas e advocacia utilizados em todos os níveis de formação educacional em enfermagem<sup>(10)</sup>. Pesquisa jordaniana, de caráter quantitativo, avaliou o envolvimento dos enfermeiros jordanianos nas políticas de saúde, os benefícios que a defesa política trazem à saúde, as barreiras para a prática e os impactos sobre os resultados de saúde que levam as ações do enfermeiro no processo de construção de políticas<sup>(8)</sup>.

Diferentes são os estudos internacionais que fazem referencia ao engajamento na advocacia política, fato não evidenciado na america do sul, em especial no Brasil. Apenas um estudo referente a defesa politica foi encontrado<sup>(11)</sup>.

Desta forma, o presente estudo se justifica devido a presença de lacunas com relação a produção científica principalmente a nível nacional sobre o engajamento dos enfermeiros na advocacia política <sup>(1,9)</sup>, sendo relevante o tema para a área da saúde/enfermagem ao possibilitar maior compromisso, comprometimento ético e visão ampliada das necessidades em saúde. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi *analisar o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política a partir da clusterização dos dados obtidos*.

## **Método**

A cidade local do estudo, possui cerca de 210 mil habitantes e é caracterizada por ter um polo naval, com um porto que movimenta grande parte das exportações e importações do



Brasil. O município conta ainda com uma universidade federal e outra particular, ambas com ampla variedade de cursos, em especial na área da saúde, atraindo estudantes de diversas localidades do estado e do Brasil.

Em relação a saúde, a Atenção Primária (AP) possui 24 Estratégia Saúde da Família (ESF), 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 Unidades Mistas e 2 Unidades 24hs<sup>(12)</sup>. Na atenção secundária a cidade possui 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), serviço móvel de urgência (SAMU0 e 4 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Na atenção terciária a cidade conta com dois hospitais gerais, um deles atende exclusivamente pelo SUS. É um hospital público federal, referência regional de média complexidade, certificado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Saúde. A segunda instituição hospitalar é um Hospital Filantrópico, o qual também é um hospital de ensino e pesquisa que atende pacientes do SUS, conveniados e particulares. Corresponde a um complexo hospitalar integrado por quatro unidades hospitalares: Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital de Cardiologia e Hospital de Oncologia<sup>(12)</sup>.

A coleta de dados ocorreu com enfermeiros que atuam nestes locais a partir da entrega do questionário e termo de consentimento livre e esclarecido. No período entre novembro de 2017 a março de 2018. O controle de qualidade e o número mínimo de participantes foi seguido a partir de formula matemática para medir o tamanho mínimo amostral<sup>(13)</sup>, com margem de segurança de 10% por conta dos três contextos distintos e das possíveis perdas na análise. Assim, ao final a coleta de dados obteve um número de 184 enfermeiros.

Para análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. As diferenças entre as informações foram comparadas e avaliadas e o mesmo banco de dados foi usado para correções quando necessário. A análise de dados consistiu na estatística descritiva seguida por análise de cluster.

A análise de cluster é uma técnica multivariada de classificação que tem como objetivo dividir elementos da amostra em grupos, de forma que os elementos pertencentes a um mesmo grupo sejam homogêneos entre si, dadas as características medidas; e os elementos de grupos diferentes sejam heterogêneos em relação a estas mesmas características<sup>(14)</sup>. A variável utilizada para a determinação dos clusters foi o “engajamento dos enfermeiros na advocacia política”, adotada neste artigo a fim de agrupar os participantes de acordo com o nível de engajamento.

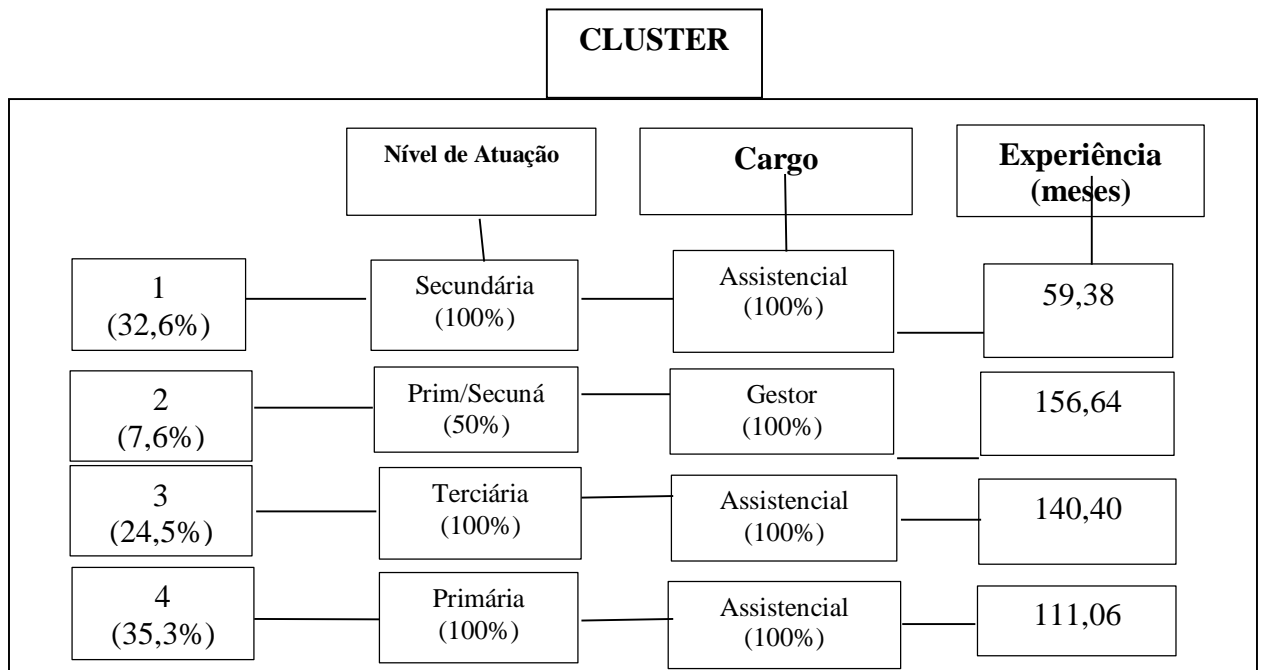
O estudo foi aprovado sob parecer n° 67/2016, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rio Grande / RS. Macro projeto “Sensibilidade moral, advocacia do paciente e sofrimento moral na enfermagem: desafios da formação e implicações para a atuação profissional”, ao qual a atual pesquisa faz parte. Além de seguir as normas e diretrizes referentes a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - 466/2012.

## **Resultados**

### **Análise de Cluster**

A amostra do estudo foi composta por 184 enfermeiros, dos quais 72 (39,1%) trabalham na atenção primária, 67 (36,4%) trabalham na atenção secundária e 45 (24,5%) trabalham na atenção terciária. Teve a participação majoritária de enfermeiros do sexo feminino 160 (87,0%), sendo do sexo masculino 24 (13,0%). A clusterização da amostra para medir o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política dividiu-se em 4 clusters, conforme exposto na Figura 1.

**Figura 1** - Distribuição da amostra segundo o agrupamento definido pela razão de verossimilhança quanto o engajamento dos enfermeiros na advocacia política.



Fonte: dados da pesquisa

Ao analisar a Figura 1, é possível observar que os dois maiores clusters gerados representam proporções semelhantes da amostra, sendo os clusters 1 e 4 constituídos respectivamente por 60 (32,6%) e 65 (35,3%) enfermeiros. O cluster 1 é caracterizado por enfermeiros que atuam na assistência a atenção secundária, com média aproximada de 59 meses de experiência profissional; ao passo que o cluster 4 é composto por enfermeiros que atuam na assistência a atenção primária com tempo médio de atividades profissionais de 111 meses.

Os clusters 2 e 3 são constituídos por um número menor de enfermeiros, no entanto, cabe salientar que os mesmos também representam situações diferentes. O cluster 2 é composto em sua totalidade 14 (100%) por enfermeiros gestores, dos quais 7 (50%) atuam na atenção primária, com média de experiência profissional de 156 meses; maior média

relacionada a experiência profissional entre os 4 clusters. Já o cluster 3 é composto por 45 (24,5%) enfermeiros que atuam em sua totalidade na assistência a atenção terciária (100%), com tempo médio de experiência profissional de 140 meses.

Os resultados da análise bivariada realizada para levantar possíveis explicações para as diferentes associações entre os fatores ligados ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política são mostrados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Comportamento dos 4 clusters organizados por agrupamento de acordo com variáveis selecionadas para comparação

		<b>Cluster 1</b> <b>% N (DP)</b>	<b>Cluster 2</b> <b>% N (DP)</b>	<b>Cluster 3</b> <b>% N (DP)</b>	<b>Cluster 4</b> <b>% N (DP)</b>	<b>P</b> <b>valor</b>
<b>Participantes</b>		60(32,6)	14(7,6)	45 (24,5%)	65 (35,3)	
<b>Média de Idade</b>		33,73 (8,05)	40,79 (9,15)	39,53 (7,39)	36 (8,96)	
<b>Tempo de Experiência</b>		59,38(61,30)	156,64(111,63)	140,40(89,51)	111,06(100,32)	
<b>Graduação</b>		25 (41,7)	5 (35,7)	10 (22,2)	34 (52,3)	
<b>Especialização</b>		3 (5,0)	2 (14,3)	19 (42,2)	4 (6,2)	
<b>Residência</b>		1 (1,7)	3 (21,4)	4 (8,9)	9 (13,8)	
<b>Mestrado</b>		1 (1,7)	2 (14,3)	7 (15,6)	6 (9,2)	
<b>Doutorado</b>		30 (50))	2 (14,3)	5 (11,1)	12 (18,5)	
<b>Atenção Primária</b>		--	7 (50)	--	65 (100)	0,00
<b>Atenção Secundária</b>		60 (100)	7 (50)	--	--	0,00
<b>Atenção Terciária</b>		--	--	45 (100)	--	0,00
<b>Enfermeiro Assistencial</b>		60 (100)	--	45 (100)	65 (100)	0,00
<b>Enfermeiro Gestor</b>		--	14 (100)	--	--	0,00
<b>Comitê Ética</b>	<b>Sim</b>	39 (65)	9 (69,2)	25 (55,6)	35 (60,3)	0,72
	<b>Não</b>	21 (35)	4 (30,8)	20 (44,4)	23 (39,7)	
<b>Ed. Permanente</b>	<b>Sim</b>	53 (88,3)	12 (92,3)	33 (73,3)	48 (78,7)	0,158
	<b>Não</b>	7 (11,7)	1 (7,7)	12 (26,7)	13 (21,3)	
<b>Reunião Equipe</b>	<b>Sim</b>		12 (85,7)	38 (84,4)	48 (76,2)	0,633
	<b>Não</b>		2 (14,3)	7 (15,6)	15 (23,8)	
<b>Diálogo Instituc</b>	<b>Sim</b>	46 (76,7)	13 (92,9)	42 (93,3)	49 (77,8)	0,070
	<b>Não</b>	14 (23,3)	1 (7,1)	3 (6,7)	14 (22,2)	
<b>Chefia Aber Dial</b>	<b>Sim</b>	56 (93,3)	14 (100)	44 (97,8)	56 (88,9)	0,215
	<b>Não</b>	4 (6,7)	--	1 (2,2)	7 (11,1)	
<b>Eq Multi Abert Dial</b>	<b>Sim</b>	53 (88,3)	11 (78,6)	42(93,3)	53(84,1)	0,379
	<b>Sim</b>	7 (11,7)	3 (21,4)	3 (6,7)	10 (15,9)	

N								
<b>Eq</b>	<b>Enf</b>	<b>Abert</b>	<b>Dial</b>	57 (95)	14 (100)	43 (95,6)	60 (93,8)	0,804
<b>Sim</b>				3 (5)	--	2 (4,4)	4 (6,3)	
N								

Fonte: resultados da pesquisa

Observa-se que houve diferença estatística significativa ( $p < 0,05$ ) entre os clusters em todas as variáveis selecionadas, sugerindo que a resposta média para cada variável foi diferente em cada cluster, validando os clusters encontrados.

**Tabela 2** - Média geral para advocacia política entre os clusters

CLUSTER	N	Média	Desvio Padrão
1	60	3,50	0,73
2	14	3,51	0,59
3	45	4,04	0,77
4	65	3,46	0,54
<b>Total</b>	184	3,62	0,71

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados da análise de comparação das médias nos mostram que a média do engajamento na advocacia política é significativamente diferente ( $p < 0,05$ ) entre os cluster 1(3,50), 3(4,04) e 4(3,46). O cluster 3 tem média maior que o cluster 1 e 4. E o cluster 2 não apresentou diferença significativa na comparação de médias com os demais grupos. A seguir apresentamos as médias gerais de cada fator e as respectivas médias em cada cluster.

**Tabela 3** - Comparação da média dos fatores de acordo com cada cluster

	<b>Cluster</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Media total</b>	<b>P valor</b>
				<b>do fator</b>	
<b>Fator 1</b> <b>(defesa dos direitos dos</b> <b>usuários)</b>	1 assist / sec	60 (32,6%)	2,88		
	2 gestor / prim	14 (7,6%)	2,68	2,98	0,000
	3 assist / terc	45 (24,5%)	3,60		
	4 assist / prim	65 (35,3%)	2,71		
<b>Fator 2</b> <b>(defesa de cuidados de</b> <b>qualidade)</b>	1	60	3,51		
	2	14	3,94	3,68	0,009
	3	45	4,04		
	4	65	3,54		
<b>Fator 3</b> <b>(defesa de cuidados</b> <b>culturalmente</b> <b>competentes)</b>	1	60	3,81		
	2	14	3,80	3,94	0,13
	3	45	4,35		
	4	65	3,80		
<b>Fator 4</b> <b>(defesa de cuidados</b> <b>preventivos)</b>	1	60	3,07		
	2	14	3,25	3,46	0,000
	3	45	4,28		
	4	65	3,30		
<b>Fator 5</b> <b>(defesa de cuidados</b> <b>acessíveis)</b>	1	60	4,02		
	2	14	3,64	3,96	0,328
	3	45	4,16		
	4	65	3,85		
<b>Fator 6</b> <b>(defesa de cuidados em</b> <b>saúde mental)</b>	1	60	3,22		
	2	14	3,32	3,27	0,036
	3	45	3,70		
	4	65	3,01		
<b>Fator 7</b> <b>(defesa de cuidados a</b> <b>famílias e as</b> <b>comunidades)</b>	1	60	3,99		
	2	14	3,94	4,03	0,581
	3	45	4,17		
	4	65	3,98		

Fonte: dados da pesquisa

Nos fatores 3, 5 e 7 a média das respostas não apresenta diferença estatística significativa ( $p > 0,05$ ). Nos fatores 1, 2, 4 e 6 é possível observar diferença significativa

entre as médias ( $p < 0,05$ ). Os quais apresentam menores médias, o que aponta por parte destes fatores uma menor propensão ao engajamento político. Ao mesmo tempo que a média dos fatores 7, 5 e 3 refletem maiores valores o que indica uma maior propensão destes ao engajamento na advocacia política. Ainda, dentre todos os fatores, o fator 7 apresentou maior propensão ao engajamento na advocacia política se comparado aos demais fatores, sendo a maior média entre todos.

O cluster 3 apresentou maior média nas respostas quando comparado aos demais clusters. Na média geral o cluster 3 tem a média  $>$  que 1 e 4. O cluster 3 também apresentou maior média nas respostas quando comparado aos demais clusters nos fatores 1 (3,60), 2(4,04), 4(4,28) e 6(3,70). Em relação as questões que fizeram os clusters obterem suas respectivas médias, está bastante relacionado as questões que seguem:

**Tabela 4** - Questões com maiores médias dentro de cada fator

<b>FATOR</b>	<b>QUESTÕES COM MAIORES MÉDIAS</b>
<b>Fator 1</b>	q1 - A qualidade dos cuidados aos pacientes pudesse estar em risco (3,85) q2 - Os direitos éticos dos pacientes pudessem estar em risco (3,72)
<b>Fator 2</b>	q5 - devem trabalhar para corrigir falhas nas atuais políticas públicas (4,35) q4 - devem desenvolver programas multiprofissionais de treinamento para aprimorar as competências de defesa política (4,14)
<b>Fator 3</b>	q2 - diante da qualidade dos cuidados aos pacientes estarem em risco (4,20) q1 - diante dos direitos éticos dos pacientes estarem em risco (4,10)
<b>Fator 4</b>	q4 - mediar conflitos (4,10) q1 - influenciar outras pessoas a trabalharem comigo a fim de modificar políticas específicas (3,94)
<b>Fator 5</b>	q4 - você enfrenta comportamento hostil de outros profissionais (3,41) q2 - você é convidado para participar das discussões de caso sobre pacientes com problemas específicos não resolvidos (3,35)
<b>Fator 6</b>	q1 - a defesa política faz parte de meu trabalho (3,57) q5 - eu acredito q os gestores estão cientes dos problemas não resolvidos (3,55)
<b>Fator 7</b>	q1 - defesa política é eficaz nos ambientes organizacionais (4,02)

Fonte - dados da pesquisa

## Discussão

Diferentes estudos exploram o engajamento dos enfermeiros como forma de ampliar a advocacia política nas questões de saúde<sup>(5, 15)</sup>, além de destacarem o apoio institucional e dos demais membros da equipe multiprofissional e de enfermagem como favorecedores deste engajamento ao proporcionar maior compromisso e comprometimento com o cuidado<sup>(3)</sup>. Estudo americano indica que enfermeiros com menor tempo de formação são frequentemente mais propensos ao engajamento na advocacia política. Fato que reforça a necessidade de aprender de forma eficaz e coerente a se envolver na defesa política como componente essencial na prática dos enfermeiros a partir da graduação, ocorrendo ainda em níveis mais elevados como mestrado e doutorado<sup>(15)</sup>.

Com relação aos clusters formados no estudo, no **cluster** 3 os enfermeiros atuam em sua totalidade na atenção secundária, são mais jovens e tem menor tempo de experiência profissional que os demais grupos. Porém, este foi o grupo que teve a maior concentração de enfermeiros com doutorado. Ainda, se mostra um grande predomínio de enfermeiras do sexo feminino doutoras entre os participantes deste grupo. Infere-se a partir do estudo que o engajamento na advocacia política por parte dos enfermeiros é mais reconhecido de acordo com o grau de instrução de cada enfermeiro, porém o mesmo não tem grande relevância com relação a idade dos mesmos, conforme os clusters.

Para reforçar os achados da pesquisa, estudo americano reforça que enfermeiros com mestrado ou níveis mais elevados de educação são politicamente mais ativos do que aqueles com níveis menores de formação<sup>(15)</sup>, além de reconhecer que as organizações profissionais de enfermagem dão maior liberdade para profissionais mais qualificados influenciarem na construção de políticas institucionais<sup>(4,15)</sup>. Ambos estudos reforçam a importância da



qualificação profissional a fim de ampliar o engajamento dos profissionais na advocacia política.

Traduz-se aqui a necessidade de engajamento dos enfermeiros desde o início da formação nas políticas de saúde com interesse em influenciar à saúde e as políticas públicas<sup>(8)</sup>, aprender a forma eficaz e coerente de se envolver na defesa política é considerado um componente essencial do ensino em enfermagem, tanto em nível de graduação como mestrado e doutorado<sup>(15)</sup>. Assim, o envolvimento nos processos políticos para promover políticas sólidas e eficazes nas práticas de cuidado em saúde é uma extensão direta de como o enfermeiro pode defender os usuários. A advocacia política na enfermagem pode beneficiar usuários, comunidade e profissionais ampliando a habilidade que enfermeiros têm de liderança a partir do envolvimento ativo<sup>(16)</sup>.

Quanto ao cluster de número 2, este apresenta na sua totalidade enfermeiros gestores, os quais possuem ainda a maior média de idade entre os clusters e maior tempo de atuação profissional, dividido entre enfermeiros gestores da atenção primária e secundária, com maior número de graduados em detrimento dos demais níveis de formação. Enfermeiros gestores também, são comprovados por estudos terem maior nível de engajamento na defesa política, em grande parte por atuarem na administração dos serviços de saúde, o que favorece a visualização para as necessidades de saúde como um todo, uma visão global das necessidades, sem se limitarem a um ou outro usuário especificamente como ocorre com frequência entre enfermeiros que estão na assistência direta<sup>(17)</sup>.

Trabalhar na administração dos serviços de saúde também amplia a habilidade do enfermeiro que está na liderança para influenciar a equipe, a fim de alcançar objetivos compartilhados pelo grupo, com finalidade de atender as necessidades de saúde da população<sup>(17)</sup>. Ainda, enfermeiros líderes e administradores que ocupam posições chave devem agir como modelo, capacitar e motivar outros enfermeiros a se envolverem nas

políticas de saúde, com criação de ambientes de trabalho saudáveis, além de organizar ações nas políticas de saúde com treinamento e educação continuada a fim de facilitar a compreensão dos profissionais quanto seu papel no desenvolvimento das políticas de saúde e estratégias para influenciar a tomada de decisão política. Com este foco, o Conselho Internacional de Enfermagem propõe que enfermeiros contribuam significativamente para a adequação no desenvolvimento de políticas de saúde capazes e eficazes, a partir de seu conhecimento e experiências<sup>(8)</sup>.

É notório enfatizar que, por meio da liderança, o enfermeiro faz elo para conformar os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem, a fim de aprimorar a prática profissional e a qualidade da assistência prestada, sendo caracterizado como elemento facilitador do trabalho das equipes de saúde<sup>(18)</sup>. Outro grande facilitador está relacionado ao tempo de atuação profissional deste grupo, o qual é o maior entre os 4 clusters, o que traz como consequência a maior ganho de experiência na atuação política, conhecimento sobre sistemas de saúde, além de pesquisa e envolvimento nas questões políticas, desenvolvimento de habilidades em liderança, qualificação e apoio das estruturas com ampliação do conhecimento, disponibilidade de recursos e imagem positiva da enfermagem, conforme reforçado por estudo internacional <sup>(8)</sup>.

Ainda, se pode inferir que existem outras características que se diferem entre os clusters. No cluster 3, a totalidade dos participantes são enfermeiros assistenciais que trabalham na atenção terciária, os quais obtiveram a maior média entre os clusters do estudo, e segunda maior média de tempo fato que reforça a grande propensão ao engajamento destes profissionais na defesa política, em especial nos fatores relacionados a defesa dos direitos dos usuários, a defesa dos cuidados de qualidade, defesa de cuidados preventivos e defesa de cuidados em saúde mental, os quais alcançaram as maiores médias neste cluster.

Estudo brasileiro salienta as constantes transformações e avanços nos cenários das práticas em saúde, especialmente no âmbito hospitalar, exigindo dos profissionais, sobretudo do enfermeiro, conhecimento especializado de saberes gerenciais. Cabe, em especial, às universidades, o papel de preparar profissionais aptos para o domínio do conhecimento teórico e prático para subsidiar os aspectos humanos na qualidade do cuidado de enfermagem (18).

O enfermeiro realiza atividades que vão desde a prestação de cuidados direto aos pacientes até aquelas de caráter gerencial, conferindo-lhe concessão singular para agir com maior autonomia, bem como interferir na tomada de decisões nas organizações<sup>(19)</sup>. Assim, o profissional atua como coordenador da equipe e, portanto, é o profissional capacitado para trabalhar de forma acertada junto aos demais profissionais, no planejamento das ações que permeiam o cuidado, conforme preconizado na lei do exercício profissional. Ainda, ao realizar o trabalho em equipe, permite capacitar melhor para lidar com conflitos e desafios, bem como gerenciar atividades num ambiente de confiança e satisfação<sup>(18)</sup>.

Em relação ao cluster 4 que teve em sua totalidade enfermeiros assistenciais, os mesmos se diferenciaram pela atuação na atenção primária, espaço bastante conhecido pela grande oportunidade de trocas positivas entre trabalhadores enfermeiros e usuários, família e comunidade enquanto possibilidade ímpar de promover saúde nos momentos de interação<sup>(20)</sup>. Estudo indica que modificações nas demandas de saúde das comunidades e a necessidade de mudanças nos serviços de saúde no contexto das comunidades leva a um crescimento exponencial da enfermagem em cuidados primários de saúde tanto na Austrália como em outros países<sup>(21)</sup>, além da qualidade nos cuidados proporcionar considerável interesse em identificar os fatores que podem efetivamente reter enfermeiros na força de trabalho e aprimorar os cuidados em saúde<sup>(21, 22)</sup>.

Estudo que explorou a satisfação no trabalho entre enfermeiras de saúde pública na Irlanda conclui que existem três principais colaboradores para a satisfação no trabalho entre enfermeiros da atenção primária: o status profissional, a interação com a equipe e usuários, além da autonomia gerencial na tomada de decisões<sup>(23)</sup>.

Desta forma, enfermeiros devem desempenhar papel essencial no processo de decisão política e incentivar seus membros a se envolverem na defesa<sup>(8)</sup>. Desenvolver a influência interpessoal ajuda enfermeiros nos cuidados em saúde, além de permitir maior proximidade com o cuidado a população enquanto recurso de defesa política<sup>(16)</sup>.

Ainda, o enfermeiro, enquanto integrante das equipes de saúde, precisa estar habilitado para lidar com questões diplomáticas, humanitárias e políticas. Com necessidade de os currículos acadêmicos estarem preparados para abordar aspectos relacionados às políticas nacionais e internacionais de diplomacia em saúde, além de formar e capacitar estes profissionais para serem agentes políticos no contexto da saúde mundial<sup>(24)</sup>.

### **Limitações**

É importante salientar que essa pesquisa possui uma limitação ao ter sido realizada com enfermeiros. Acredita-se que estes profissionais têm visão ampla dos cuidados em saúde direcionados ao bem-estar das pessoas. Contudo, ampliar a pesquisa para os demais profissionais de saúde possibilitará visualizar como os demais profissionais percebem a defesa política em sua atuação profissional.

### **Avanços ao conhecimento**

Pesquisas futuras podem melhorar a compreensão do engajamento pelos profissionais de saúde na advocacia política, em especial enfermeiros. Também se faz necessário compreender os fatores que levam o comprometimento destes profissionais com a defesa para ampliar o leque de possibilidades.

## **Conclusão**

Este artigo analisou a clusterização dos dados referentes ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política. O estudo evidenciou que os enfermeiros participantes têm se apropriado de seus saberes tecnicocientíficos no planejamento de suas ações, sendo elo entre os demais profissionais de saúde e pacientes/usuários na obtenção de cuidados em saúde e demandas no trabalho.

Na pesquisa, houve maior destaque aos enfermeiros atuantes na assistência em atenção terciária, pertencentes ao cluster 3, os quais atuam em sua totalidade na assistência a atenção terciária. Com maior média entre os clusters nos fatores relacionados a defesa dos direitos dos usuários, defesa dos cuidados de qualidade, defesa de cuidados preventivos e defesa de cuidados em saúde mental. Todos os participantes são enfermeiros assistenciais, com grande concentração de doutores, os quais tem maior propensão ao engajamento na advocacia política que os demais enfermeiros.

## **REFERÊNCIAS**

1. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Duan L, Kaplan C. Validation of the Policy Advocacy Engagement Scale for frontline healthcare professionals. *Nursing Ethics*. 2017; 24(3):362-75. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733015603443>
2. Jansson BS, Nyamathi A, Duan L, Kaplan C, Heidemann G, Ananias D. Validation of the Patient Advocacy Engagement Scale for Health Professionals. *Research in Nursing & Health*. 2015; 38(2):162–72. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.21638>

3. Jansson BS et al. Predicting Levels of Policy Advocacy Engagement Among Acute-Care Health Professionals. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2016; 17(1):43-55. doi: <https://doi.org/10.1177/1527154416644836>
4. Shariff NJ. Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. *BMC Nursing*. 2014; 13(1):1-13. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-20>
5. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Ward CR, Saltzman KB, Kaplan C. Predicting patient advocacy engagement: A multiple regression analysis using data from health professional in acute care hospitals. *Social Work in Health Care*. 2016; 54(7):559-81. doi: <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1054059>
6. Parr JR. The role of the advanced practice nurse in the treatment of addiction disorders: advocacy, leadership, lobbying to influence public policy. *Kentucky Nurse*, 2015; 63(2):5-6. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/275666091\\_The\\_role\\_of\\_the\\_advanced\\_practice\\_nurse\\_in\\_the\\_treatment\\_of\\_addiction\\_disorders\\_advocacy\\_leadership\\_lobbying\\_to\\_influence\\_public\\_policy](https://www.researchgate.net/publication/275666091_The_role_of_the_advanced_practice_nurse_in_the_treatment_of_addiction_disorders_advocacy_leadership_lobbying_to_influence_public_policy). Acesso em: 3 de maio de 2018.
7. Shariff NJ. Empowerment model for nurse leaders' participation in health policy development: an east African perspective. *BMC Nursing*, 2015; 14(1):1-11. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0078-6>
8. Abualrub RF, Foudeh FN. Jordanian Nurses' involvement in health policy: perceived benefits and barriers. *International nursing review*, 2017; 64(1):13-21. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12249>
9. Almeida DB, Silva GTR, Freitas GF, Padilha MI, Almeida IF. Arqueologia discursiva: os saberes constitutivos de enfermeiras militantes em entidades de classe. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018, 71(3):1194-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0277>
10. Staebler S, Campbell J, Cornelius P, Bennett AF, Bowers EF, King YM et al. Policy and political advocacy: Comparison study of nursing faculty to determine current practices, perceptions, and barriers to teaching health policy. *Journal of Professional Nursing*. 2017; 33(5):350-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.04.001>
11. Gandra ECA. A defesa da saúde e a atuação política do enfermeiro: competências para a promoção da saúde na formação profissional. 2014. 161 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2014Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/799M.PDF>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

12. CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 23 de abril de 2018.
13. Sims S, Leamy M, Davies N, Schnitzler K, Levenson R, Mayer F et al. Realist synthesis of intentional rounding in hospital wards: exploring the evidence of what works, for whom, in what circumstances and why. *BMJ Qual Saf*. 2018; 27(9):743-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006757>
14. Chaebo G, Guerra M, Pinto DM, Alfinito S. Constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Aplicação da Técnica de Agrupamento por Clusters. *Latin American Journal of Business Management*. 2015; 6(2):149-69. Disponível em: <http://www.lajbm.com.br/index.php/journal/article/view/258/142>. Acesso em: 15 de março de 2018.
15. Taylor MRS. Impact of Advocacy Initiatives on Nurses' Motivation to Sustain Momentum in Public Policy Advocacy. *Journal of Professional Nursing*. 2016; 32(3):235-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.10.010>.
16. Wadell A, Audette K, DeLong A. A hospital-based interdisciplinary model for increasing nurses' engagement in legislative advocacy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2016; 17(1):15-23. doi: <https://doi.org/10.1177/1527154416630638>
17. Amestoy SC, Lopes RF, Santos BP, Dornelles C, Fuculo PRB, Santos EA. Exercício da liderança do enfermeiro em um serviço de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*. 2015; 7(1):38-51. doi: [https://doi.org/10.18673/gestao\\_e\\_saude.v7i1.1524](https://doi.org/10.18673/gestao_e_saude.v7i1.1524)
18. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR, Terra FS. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 69(4):676-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409>
19. Lima CA, Rodrigues BG, Cardoso NR, Rocha PT, Silva CSO, Gonçalves RPF. Gerenciamento da assistência de enfermagem: estudo de caso na clínica médica de um hospital universitário. *Gestão Saúde*. 2014; 5(1):253-62. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/425/407>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.
- Halcomb E, Ashley C. Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 26(1):535-45. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13479>
20. Figueira AB, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Dalmolin GL, Amarijo CL, Ferreira AG. Ações de Advocacia em Saúde e Empoderamento dos Usuários por Enfermeiros

da Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2018; 52(e03337): 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017021603337>

21. Lambrou P, Merkouris A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. Health Science Journal. 2014; 8(1):298-317. Disponível em: <http://www.hsj.gr/medicine/nurses-perceptions-of-their-professional-practice-environment-in-relation-to-job-satisfaction-a-review-of-quantitative-studies.php?aid=2666>. Acesso em: 02 de abril de 2018.

22. Curtis EA, Glacken M. Job satisfaction among public health nurses: a national survey. Journal of Nursing Management. 2014; 22(5):653-63. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12026>

23. Preto VA, Batista JMF, Ventura CAA, Mendes IAC. Reflecting on nursing contributions to global health. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n. SPE, p. 267-70, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56643>.



## 5.3 ARTIGO 3

**NÍVEL DE ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS BRASILEIROS  
NA ADVOCACIA POLÍTICA****RESUMO****Contexto**

Na advocacia política, os profissionais traçam estratégias e ações políticas no intuito de favorecer os direitos não respeitados dos usuários com relação a cuidados de saúde. É uma forma dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, promover saúde nos mais diferentes espaços onde atua.

**Objetivo**

Descrever o nível de engajamento na advocacia política por parte dos enfermeiros da atenção primária, secundária e terciária em uma cidade no sul do Brasil.

**Concepção da pesquisa**

A amostra foi composta por 184 enfermeiros que atuam profissionalmente na atenção primária, secundária e terciária em uma cidade do sul do Brasil. A fim de determinar o grau de engajamento na advocacia política, foi utilizada a escala Policy Advocacy Engagement Scale versão brasileira, a qual avalia o engajamento dos participantes em sete constructos. Foi utilizada a análise fatorial confirmatória na apresentação dos resultados.

**Considerações éticas**

Os princípios éticos da pesquisa foram preservados, de acordo com as normas e diretrizes referentes a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CNS 466/2012.

**Resultados**

O escore global encontrado para engajamento na advocacia política foi de 3,62 (DP 0,71). Os itens com maior escore foram cuidados as famílias e comunidade (4,03; DP 0,79); cuidados acessíveis (3,96; DP 1,09); cuidados culturalmente competentes (3,94; DP0,97); cuidados de qualidade ((3,68; DP0,93); cuidados preventivos (3,46; DP1,19); cuidados em saúde mental (3,27; 1,21) e direitos dos usuários (2,98; DP1,08).

**Discussão e conclusão**

O nível de engajamento dos enfermeiros na versão brasileira da Policy Advocacy Engagement Scale foi maior neste estudo do que no estudo original, o que demonstra elevado grau de comprometimento dos enfermeiros brasileiros com as questões de defesa pela saúde dos pacientes, em especial, aos que necessitam de maiores cuidados, com frequência os que são também menos favorecidos economicamente.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Engajamento no Trabalho; Advocacia em Saúde; Defesa do Paciente; Política de Saúde

**INTRODUÇÃO**

A advocacia política é caracterizada por intervenções dos profissionais de saúde com o intuito de mudar políticas ineficazes nas instituições, comunidades e governo quando estes profissionais percebem prejuízos a saúde das pessoas, as quais necessitam de defesa. Assim, a distinção entre a advocacia política e advocacia do paciente está em que defensores dos pacientes ajudam pessoas específicas, defensores de políticas buscam mudanças nas políticas em hospitais, comunidades e legislaturas com o objetivo de melhorar o bem-estar de um número significativo de pessoas. <sup>1,2</sup>

Se apresenta enquanto recurso potencial para prevenir problemas de saúde ligados à violação dos direitos éticos; má qualidade nos serviços de saúde; falta de capacidade de resposta cultural; falta de cuidados preventivos; cuidados onerosos e inacessíveis; incapacidade para resolver problemas dos pacientes relacionados à saúde mental e impossibilidade de fornecer cuidados ligados às famílias e à comunidade.<sup>3</sup>

Neste fazer, os profissionais de saúde precisam ir além de observações na defesa política, com atuação direta nas reivindicações por melhorias na saúde e qualidade de vida, a fim de garantir o bem-estar das pessoas,<sup>1</sup> o qual é influenciado por políticas que derivam de ações federais, estaduais, governos locais, reivindicações da comunidade, órgãos reguladores todos em prol da qualidade nos serviços de saúde, menor custo nos tratamentos, melhoria da equipe de saúde, entre outros, com objetivo de promover saúde nos mais diferentes locais.<sup>4</sup>

Em suas ações, os profissionais de saúde precisam ver os usuários de forma holística para perceber uma vasta gama de políticas adversas com frequência enfrentadas por eles e a partir das relações de colaboração com organizações e demais atores sociais, planejar ações com estímulo a ampliar o interesse na advocacia política.<sup>5</sup>

Enquanto maior provedor da saúde e muitas vezes os primeiros a reconhecerem possíveis problemas desta e a necessidade de mudanças políticas a fim de saná-los, os enfermeiros têm a capacidade de interagir com os demais profissionais e fornecer informações críticas aos líderes políticos para auxiliar na tomada de decisão acertada na melhoria dos cuidados em saúde.<sup>6</sup>

Os enfermeiros também percebem a necessidade de defender os usuários em situações de prejuízos evitáveis, fato que os encoraja a deixar a zona de conforto e ingressarem na arena política, com impacto direto nas políticas públicas através da advocacia política, ao passo que fornecem exemplos da vida real para ilustrar as necessidades dos usuários e os resultados das políticas públicas na saúde.<sup>7</sup>

Neste meio, as estratégias de advocacia política que mais fortemente alinham com os profissionais enfermeiros são à capacidade para identificar e se comunicar com os decisores políticos, organizar e mobilizar grupos comunitários e recursos, pertencer às organizações profissionais, bem como, características que permitem influenciar as mudanças políticas como serem tanto os consumidores quanto os prestadores de cuidados em saúde, terem a confiança da comunidade e pertencerem às associações de classe.<sup>8</sup>

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) propõe que enfermeiros contribuam significativamente para a adequação no desenvolvimento de políticas de saúde capazes e eficazes, a partir de seu conhecimento e experiência.<sup>9</sup> Logo, o envolvimento dos enfermeiros

no desenvolvimento de políticas de saúde garante que os direitos a cuidados de saúde sejam seguros, de alta qualidade, acessíveis e disponíveis a todos os que dela necessitam.<sup>6</sup>

Ao aumentar o envolvimento nas políticas em saúde, a profissão de enfermagem tem sua posição política reforçada, além da grande interação e aproximação com os usuários, família, e comunidade favorecer o conhecimento das necessidades de todos para, assim, traçar ações em defesa de melhorias na saúde da população.<sup>9</sup>

Importante destacar que a compreensão da advocacia política é o principal fator para promover o engajamento político dos enfermeiros, com aumento da capacidade para serem defensores de políticas públicas voltadas à saúde da comunidade.<sup>10</sup> A união da responsabilidade individual, trocas interprofissionais somados ao engajamento dos enfermeiros com as políticas de saúde, são fundamentais para a promoção da saúde.<sup>11</sup>

Pessoas engajadas se mostram abertas a novas experiências, são capazes de explorar com avidez o ambiente/situação onde estão, tornando-se inclusive mais criativas, com demonstração de envolvimento e eficácia ao desempenhar as atividades.<sup>12</sup>

Somado ao engajamento, a militância mostra a participação política engajada e crítica dos enfermeiros no desenvolvimento de ações voltadas à conscientização política das pessoas em busca de novos valores que possibilitem às pessoas se organizarem e lutarem para a construção de uma sociedade justa, digna e democrática.<sup>13</sup>

Logo, o profissional engajado se mostra aberto a novas experiências, além de ser capaz de explorar com avidez o ambiente/situação onde está, se tornando inclusive mais criativos. Assim, o engajamento do enfermeiro será percebido pelo envolvimento e eficácia ao desempenhar ações de defesa, uma vez que seus valores são considerados no ambiente de trabalho.<sup>12</sup>

Tomando como base a importância do engajamento dos enfermeiros para ações efetivas na advocacia política e na perspectiva de medir o nível de engajamento dos profissionais de saúde para tal, foi elaborada na Califórnia - EUA a Policy Advocacy Engajement Scale (PAES), a qual é a primeira escala a medir o envolvimento dos profissionais de saúde de primeira linha (enfermeiros, médicos residentes e assistentes sociais) na defesa de políticas em hospitais de cuidados agudos com relação a sete categorias de problemas de pacientes que refletem estruturas biopsicossociais, pessoa-ambiente, pacientes e atitudes centradas nos pacientes.<sup>3</sup>

Embora a PAES seja considerada uma escala forte para medir o engajamento dos profissionais de saúde na advocacia política, sua aplicação ainda não é percebida em outros lugares que não o local de origem, conforme registros na literatura internacional.<sup>13</sup> Desta

forma, se faz necessário ampliar os locais de aplicação da mesma, em especial, nos países em desenvolvimento, como o Brasil por estes apresentarem grandes disparidades nos cuidados em saúde e necessidade urgente de melhorias na qualidade dos cuidados de saúde.

No sentido de contribuir para elevar o engajamento dos enfermeiros na advocacia política a partir da construção de uma base de evidências científicas, este estudo teve por objetivo descrever o nível de engajamento na advocacia política por parte dos enfermeiros da atenção primária, secundária e terciária de uma cidade do sul do Brasil.

## **METODOLOGIA**

### **Definição e seleção de participantes**

Estudo transversal realizado com 184 enfermeiros que atuam na atenção primária, secundária e terciária de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão foram: ser profissional enfermeiro; atuar profissionalmente nos respectivos locais de coleta; ser profissional permanente dos referidos serviços. Os critérios de exclusão se restringiram à ausência do trabalhador no local e momento da coleta de dados devido a férias, afastamento ou licença.

Foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de modo que os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que ocorreu a coleta. Para garantir o nível de confiança mínimo de 95%, foi realizado o cálculo amostral a partir de fórmula matemática.<sup>14</sup> Assim, obteve-se um mínimo amostral de 181 enfermeiros participantes. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2017 e março de 2018.

### **Considerações éticas**

O estudo foi aprovado sob parecer técnico nº 67/2016, pelo Comitê de Ética em Pesquisa local. Macroprojeto “Sensibilidade moral, advocacia do paciente e sofrimento moral na enfermagem: desafios da formação e implicações para a atuação profissional”, ao qual a atual pesquisa faz parte. Além de seguir as normas e diretrizes referentes a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CNS 466/2012. Os princípios éticos foram preservados com o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Medições**

Para coleta de dados foi utilizada a Policy Advocacy Engajement Scale – Versão Brasileira (PAES – VB), validada a partir do instrumento original Policy Advocacy Engajement Scale – Versão Original (PAES - VO), a qual é dividida em sete fatores: direitos dos pacientes; cuidados de qualidade; cuidados culturalmente competentes; cuidados

preventivos; cuidados acessíveis; cuidados em saúde mental e cuidados baseados nas famílias e comunidade.<sup>3</sup> A escala brasileira traduzida é composta por 50 questões, sendo operacionalizada em escala Likert de cinco pontos, com 1 para “Nunca” até 5 para “Sempre”. Para melhor reconhecimento e caracterização da amostra, foram inseridas ainda variáveis sociodemográficas e características do ambiente de trabalho a fim de apurar as particularidades dos participantes, as quais foram inseridas na parte inicial do instrumento.

### **Análise estatística**

O nível de confiabilidade do instrumento foi verificado através do cálculo do Alfa de Cronbach, que apresentou valor de 0.95, comprovando a sua fidedignidade.

Para análise dos dados deste estudo, foi utilizado o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0, realizando análises fatorial exploratória e descritiva entre os fatores, usando test t considerando dados paramétricos. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o parecer 67º/2016.

## **RESULTADOS**

Com relação aos dados sociodemográficos dos 184 enfermeiros participantes, a amostra foi composta por:

**Tabela 1:** Características dos participantes (\*= 184). Rio Grande, RS, Brasil, 2018

	N	%
Sexo		
Feminino	160	87%
Masculino	24	13%
Formação		
Graduação	74	40,2%
Especialização	28	15,2%
Residência	17	9,2%
Mestrado	16	8,7%
Doutorado	49	26,6%
Idade		
22 – 31	60	32,60%
32 – 41	77	41,84%
42 – 51	31	16,84%
52 – 60	16	8,69%
Experiência Profissional (meses)		
3 – 60	91	49,45%
61 – 120	34	18,47%
121 – 240	42	22,82%

241 – 440

17

9,23%

Fonte – dados da pesquisa

Com relação as características estruturais do ambiente de trabalho, que vem a favorecer maior engajamento dos enfermeiros na advocacia política, dos 184 enfermeiros participantes:

**Tabela 2:** Características institucionais

<b>Característica</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Instituição é aberta ao diálogo	150 (81,5%)	34 (18,5%)
Chefia receptiva ao diálogo	170 (92,4%)	14 (7,6%)
Abertura de diálogo na equipe multiprofissional	159 (86,4%)	25 (13,6%)
Abertura de diálogo entre os enfermeiros	174 (94,6%)	10 (5,4%)
Comitê de ética	108 (58,7)	76 (41,3%)
Educação permanente	146 (79,3)	38 (20,7%)
Reunião de equipe	148 (80,4)	36 (19,6%)

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados referentes às medidas da escala PAES-VB estão dispostos na Tabela 1, na qual é possível observar as médias e o desvio-padrão dos escores apresentados em cada subescala proposta pelo instrumento, além do escore e desvio-padrão global.

**Tabela 3:** Média e desvio-padrão dos escores global e de cada fator, além de questões com maiores e menores médias dentro de cada fator.

<b>Fator</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>1. Direitos dos usuários</b>		
q1 - Os direitos éticos dos pacientes pudessem estar em risco (3,85; DP1,36)	2,98	1,08
q2 - A qualidade dos cuidados aos pacientes pudesse estar em risco (3,72; DP1,28)		
q7 - Os cuidados comunitários de saúde aos pacientes pudessem estar em risco (3,05; DP1,52)		
q3 - Os cuidados dos aspectos culturais dos pacientes pudessem estar em risco (3,28; DP1,45)		
<b>2. Cuidados de qualidade</b>		
q5 - Devem trabalhar para corrigir falhas nas atuais políticas públicas (4,35; DP0,89);	3,68	0,93

q4 - Devem desenvolver programas multiprofissionais de treinamento para aprimorar as competências de defesa política (4,14; DP1,02);		
q3 - Tem interesse em modificar as políticas organizacionais, incluindo incentivos financeiros e práticas que beneficiem a saúde e tornem a defesa política menos necessária (3,58; DP1,19);		
q2 - São obrigados pelo código de ética da profissão a se envolverem na defesa política (3,83; DP1,20)		
<hr/>		
<b>3. Cuidados culturalmente competentes</b>		
q2 - Diante da qualidade dos cuidados aos pacientes estarem em risco (4,20; DP1,02);	3,94	0,97
q1 - Diante dos direitos éticos dos pacientes estarem em risco (4,10; DP1,10);		
q3 - Diante do cuidado quanto aos aspectos culturais dos pacientes estarem ausentes (3,74; DP1,24);		
q7- Diante dos cuidados comunitários em saúde estarem ausentes (3,76; DP1,22);		
<hr/>		
<b>4. Cuidados preventivos</b>		
q4 - Mediar conflitos (4,10; DP1,02);	3,46	1,19
q1 - Influenciar outras pessoas a trabalharem comigo a fim de modificar políticas específicas (3,94; DP1,02);		
q12- Fazer sugestões de orçamento em meu trabalho (3,42; DP1,39);		
q6 - Me comunicar com autoridades públicas (3,59; DP1,29);		
<hr/>		
<b>5. Cuidados acessíveis</b>		
q4 - Você enfrenta comportamento hostil de outros profissionais (3,41; DP1,36);		
q2 - Você é convidado para participar das discussões de caso sobre pacientes com problemas específicos não resolvidos (3,35; DP1,44);	3,96	1,09
q7 – Médicos ou especialistas pedem para você reunir informações de familiares de pacientes, amigos, que estejam ligadas aos problemas não resolvidos dos pacientes (2,65;DP1,44);		
q12 – Opiniões dos membros da equipe quanto aos problemas não resolvidos são solicitados pelos comitês de ética (2,42; DP1,37);		
<hr/>		
<b>6. Cuidados saúde mental</b>		
q1 - A defesa política faz parte de meu trabalho (3,57; DP1,39);		
q5 - Eu acredito que os gestores estão cientes dos problemas não resolvidos (3,55; DP1,34);	3,27	1,21

---

q2 - Meu supervisor incentiva-me para que eu me envolva na defesa política (3,01; 1,45);		
q3 - Meu supervisor apoia-me quando enfrento repercussões negativas decorrentes da minha atuação na defesa política (3,16; DP1,38);		
<hr/>		
<b>7. Cuidados família e comunidade (constructo 2)</b>		
q1 - Defesa política é eficaz nos ambientes organizacionais (4,02; DP1,19);	4,03	0,79
q3 - Defesa política é eficaz nos ambientes governamentais (3,89; DP1,10);		
<hr/>		
<b>Escore Global</b>	3,62	0,71
<hr/>		

A partir da análise dos dados apresentados na **tabela 3**, é possível observar pelo cálculo do Alfa de Cronbach que o escore global dos 7 fatores foi de 3,62 (DP 0,71). As áreas com maiores escores ( $p > 0,05$ ) foram aquelas relativas aos cuidados às famílias e a comunidade (4,03; DP 0,79), seguida por cuidados acessíveis (3,96; DP1,09) e pelos cuidados culturalmente competentes (3,94; DP 0,97). No entanto, os fatores avaliados com os menores escores ( $p < 0,05$ ) foram os com relação aos direitos dos usuários (2,98; DP 1,08), seguido pelos cuidados em saúde mental (3,27; DP 1,21) e pela defesa dos cuidados preventivos (3,46; DP 1,19).

## DISCUSSÃO

No estudo brasileiro que mediu o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política, em relação ao fator associado a **defesa dos direitos dos usuários**, o mesmo está bastante associado aos princípios éticos de prestar o melhor cuidado, conforme o objetivo principal da profissão. As questões relacionadas a defesa dos direitos de qualidade nos cuidados, seguida pela defesa dos direitos éticos conduziram a média deste fator para 2,98. Acredita-se que estas questões estão fortemente relacionadas a melhoria contínua dos serviços de saúde ao procurar atender as necessidades e expectativas dos pacientes.<sup>15</sup>

Estudos reforçam que os direitos à saúde são parte fundamental da defesa contra iniquidades em saúde, relacionados a construção de ações e políticas públicas com vistas a reduzir tais iniquidades, caracterizadas por condições de vida ligadas à distribuição desigual de poder, renda e recursos entre países, grupos sociais e pessoas. Seu propósito é proteger os direitos à saúde das pessoas em situações de desvantagens, bem como auxiliar a obter cuidados em saúde por meio do empoderamento das pessoas.<sup>16</sup>

No Brasil a Atenção Primária à saúde, consagrada a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, enquanto estratégia mais adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e mitigar os custos elevados com cuidados em saúde, potencializa as expectativas de qualidade, promoção da



saúde e prevenção de doenças antes de seu surgimento, reforçando sua importância no sistema de saúde brasileiro.<sup>17</sup>

No fator relacionado aos **cuidados de qualidade** as questões que contribuíram para elevar a média estão relacionadas ao trabalho dos enfermeiros para corrigir falhas nas políticas públicas, além de desenvolver programas multiprofissionais de treinamento a fim de aprimorar as competências de defesa política, alcançando a média de 3,68. Com evidência dos benefícios que mudanças nas políticas de saúde tem para solucionar problemas de saúde não atendidos das pessoas, sendo um espaço ímpar para atuação dos enfermeiros.

Conforme estudo internacional, a partir das mudanças sociais, os enfermeiros passaram a ser indispensáveis para a promoção, recuperação e reconstrução da saúde, além do vínculo destes profissionais com os usuários, famílias e comunidade ter permitido adotar abordagens transformadoras para construir comunidades saudáveis unindo pessoas e sistemas de saúde. Com destaque a posição única que os enfermeiros estão para tomar iniciativas e trazer mudanças nos cuidados em saúde as comunidades.<sup>18</sup>

Na atuação do enfermeiro se percebe importante espaço para a defesa dos cuidados em saúde no contexto da atenção primária, visto que nestes ambientes o enfermeiro usa todo seu conhecimento construído ao longo da formação e experiência profissional a fim de interagir com os usuários e comunidade para juntos buscarem melhorias na saúde das comunidades, como um todo, reforçando a qualidade nos cuidados conforme evidências deste estudo.<sup>19</sup>

No fator que faz referência a defesa de **cuidados culturalmente** competentes, foi possível perceber que as questões relacionadas a defesa política diante da qualidade dos cuidados aos pacientes estarem em risco, seguida pela defesa política diante dos direitos éticos dos pacientes conduziram a média a 3,94, alcançando a terceira média mais elevada do estudo.

Acredita-se que estas questões estão fortemente relacionadas a comunicação entre os pacientes e os enfermeiros e demais profissionais de saúde, em especial quando estes falam línguas diferentes. As barreiras linguísticas têm impacto adverso importante nos cuidados de saúde, uma medida seria a atuação de um profissional intérprete, o qual poderia aumentar a qualidade do cuidar desses pacientes. Porém existe, contudo, um problema ético que coloca os pacientes em posição desigual em relação a privacidade e autonomia quando estes precisam falar de seus anseios ao intérprete, percebe-se neste meio que uma educação adequada dos enfermeiros para o uso de intérpretes os ajudaria a trabalhar de forma mais eficaz para um melhor cuidado ao paciente estrangeiro.<sup>20</sup>

Esses desafios aumentam a necessidade de identificar diretrizes para o fornecimento de informações culturalmente competentes quanto a cuidar da população cada vez mais diversificada e

minimizar desigualdades de saúde, independentemente da localização geográfica. O cuidado culturalmente competente baseia-se nos princípios de justiça social e direitos humanos. Ao focar a justiça social na prestação de cuidados como forma de promover uma cultura competente, baseada na premissa de que todo indivíduo tem direito a oportunidades justas e igualdade na atenção à saúde.

21

Com relação ao fator que aborda a defesa dos **cuidados preventivos**, o qual obteve média 3,46; as questões de maior média que contribuíram para elevá-lo estão relacionadas a capacidade dos profissionais em mediar conflitos, além de influenciar outras pessoas a trabalharem em conjunto a fim de modificar políticas específicas. Os enfermeiros participantes da pesquisa percebem a importância deles enquanto mediadores nos cuidados em saúde. Observa-se que a prática de cuidado da enfermagem requer a apropriação de valores éticos, humanitários, solidários e de cidadania, com a finalidade de construir novas formas de agir e produzir o cuidado integral, com valorização e respeito ao ser humano.<sup>22</sup>

Destaque aos enfermeiros brasileiros que tem atuação direta e indireta nos processos de gestão e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, no contexto dos Programas e Políticas do Ministério da Saúde, ampliando sua capacidade de ação.<sup>23</sup>

Além da união de enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional ser fundamental no trabalho coletivo para a redução de riscos e agravos a saúde. Ainda, enfermeiros da linha de frente não só fornecem serviços de saúde de qualidade, mas também inspirarem e capacitarem outras pessoas através do próprio exemplo, agindo nessas situações com potencial transformador ao unir pessoas e sistemas de saúde com coesão e confiança para banir os problemas enfrentados na saúde.<sup>18</sup>

Quanto ao fator referente aos **cuidados acessíveis** as questões que mais o traduzem foram associadas a frequência com que os enfermeiros enfrentam comportamento hostil de outros profissionais, seguida pela percepção do enfermeiro quanto ao convite para participar das discussões de caso sobre pacientes com problemas específicos não resolvidos. Defesa esta que leva a melhoria dos cuidados, principalmente as pessoas com menor poder aquisitivo e/ou menor conhecimento sobre a própria saúde. Com necessidade de defender as populações vulneráveis a fim de diminuir o impacto das desigualdades na saúde.<sup>19</sup>

Estudos demonstraram que as dificuldades de acesso as ações de cuidado na atenção primária, em especial, não estão apenas relacionadas ao aspecto geográfico, mas também à falta na oferta de serviços que consideram aspectos organizacionais, econômicos, sociais, culturais, religiosos, epidemiológicos e de comunicação com a equipe. Além de destacar que o acesso à saúde é um fator importante para explicar as variações na utilização e na oferta de serviços de saúde

de grupos populacionais e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde. <sup>24</sup>

Segundo estudo americano, as práticas de saúde pública reforçam a promoção de cuidados acessíveis e representam uma declaração de alinhamento de cuidados em saúde e objetivos de saúde pública, refletindo interesses compartilhados na prevenção de doenças e promoção da saúde. <sup>25</sup> Os centros comunitários nos EUA por exemplo, prestam cuidados primários de promoção, prevenção, recuperação, gestão de doenças crônicas atendendo 26 milhões de pessoas de baixa renda anualmente, os quais não teriam condições financeiras para arcarem com tais despesas. <sup>26</sup>

Portanto, garantir o acesso e a acessibilidade aos serviços em saúde de qualidade, são da mais destacada responsabilidade dos sistemas públicos universais de saúde, na perspectiva de viabilizar não apenas a atenção aos problemas agudos e crônicos de saúde, mas em especial articular ações de promoção da saúde, prevenção e proteção de agravos. Em todos os países em que tem a presença da organização na atenção primária com prestação de serviços reguladas em rede por vários atos legislativos criados e geridos de maneira que proporcionem acesso, cuidado integral, longitudinalidade e minimização dos custos no setor, proporciona qualidade dos cuidados em saúde e vida para as pessoas. <sup>24</sup>

No fator que faz referência a defesa de **cuidados em saúde mental** foi possível perceber que as questões relacionadas ao entendimento do enfermeiro em saber se a defesa política faz parte de seu trabalho, além de o profissional acreditar que os gestores estão cientes dos problemas não resolvidos, conduziram a média para 3,27. Acredita-se que estas questões estão relacionadas a capacidade para identificar e comunicar com os decisores políticos, organizar e mobilizar grupos comunitários e recursos, pertencer às organizações profissionais, além de características que permitem influenciar as mudanças políticas como serem tanto os consumidores quanto os prestadores de cuidados em saúde, terem a confiança da comunidade e pertencerem às associações de classe. <sup>8</sup> Estudo internacional reforça a importância de os profissionais enfermeiros fazerem parte das políticas de saúde de seu país e até mesmo em nível global, podendo trazer inúmeros benefícios a saúde e aos cuidados em saúde. <sup>18</sup>

Ainda, estudo americano reforça que enfermeiros são profissionais com potencial significativo para contribuir na evolução de modelos integrados de cuidados em saúde para os cidadãos americanos que vivem em áreas desassistidas por profissionais de saúde mental. As habilidades destes profissionais e sua efetiva utilização nos cuidados integrados estabelece um cenário para explorar as questões que cercam os cuidados em saúde e promovem qualidade de vida as comunidades. <sup>27</sup>

Além da coordenação sistemática e organizada das ações e cuidados em saúde envolver a

integração da saúde mental, o uso de substâncias e serviços de saúde em vários arranjos clínicos, estruturais e financeiros, com ênfase especial em uma abordagem centrada no paciente e na saúde da população. As evidências apoiam o potencial do cuidado humanizado para mitigar as necessidades não atendidas dos serviços de saúde mental, bem como abordar as comorbidades e os problemas de bem estar das pessoas com problemas mentais graves e suas famílias. <sup>27</sup>

O último fator que está relacionado ao cuidado **as famílias e comunidade**, obteve como questão de maior média a percepção do enfermeiro quanto a defesa política ser eficaz nos ambientes organizacionais, contribuindo para que a média final do fator obtivesse maior nota 4,03. A atuação dos enfermeiros na atenção primária, reforça os cuidados ampliados em saúde ao capacitar os envolvidos para o auto cuidado.

O enfermeiro é responsável por consolidar sua atuação ao participar de diferentes ações na formulação, pactuação, monitoramento e avaliação de políticas que incidem sobre os serviços de saúde, o cuidado e a melhoria da qualidade de vida das comunidades. Além de demonstrar importante potencial de implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde que tenham como objetivo qualificar a assistência à saúde, além da defesa quando necessário. <sup>28</sup>

Enfermeiros visam ainda promover a saúde global sustentável, enquanto processo baseado em evidências, ao considerar os determinantes sociais de saúde, abrangendo cuidados individuais e coletivos, com inclusão de pesquisas, educação, liderança, advocacia e política. <sup>28</sup> Assim, os enfermeiros engajam-se em uma prática ética em parceria com comunidades e outros profissionais de saúde em prol desta. <sup>29</sup>

A contribuição dos enfermeiros para a reorientação do modelo assistencial no Brasil é expressiva, haja visto a presença maciça de enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem em todos os níveis de atenção do SUS; de forma permanente e contínua; assumindo o cuidado a famílias, grupos sociais e coletividades, especialmente os mais vulneráveis, que contam unicamente com a rede pública de serviços de saúde. <sup>16</sup>

## CONCLUSÃO

Os fatores com maior escore foram os relacionados a defesa dos direitos as famílias e comunidade, defesa de cuidados acessíveis, cuidados culturalmente competentes e defesa de cuidados de qualidade, reforçando neste estudo a grande valorização que a atenção básica tem no Brasil como porta de entrada preferencial nos serviços de saúde.

Enquanto os fatores com menores escores foram defesa dos direitos dos usuários, defesa de cuidados em saúde mental e defesa de cuidados preventivos. Nesse sentido, ao mesmo tempo que a pesquisa permite identificar as áreas em que o engajamento na defesa política ocorre com maior

afinco, permite ainda perceber aquelas onde ainda necessitam de mudanças inovadoras que auxiliem os enfermeiros a se engajarem cada vez mais na advocacia política.

Com relação a estudos futuros, é sugerido considerar algumas mudanças quanto as questões investigadas a fim de melhor adaptar as realidades de cada local de estudo, tendo em vista que pode subsidiar maior visualização do profissional enfermeiro na sociedade.

Ainda, cabe destacar que, se por um lado, a abordagem proposta no estudo para medir o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política permite identificar os momentos em que a defesa ocorre com maior engajamento, por outro possibilita identificar a partir das falhas na defesa situações que devem ser modificadas / reconfiguradas a fim de aprimorar a defesa em suas ações de cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Duan L, Kaplan C. Validation of the Policy Advocacy Engagement Scale for frontline healthcare professionals. **Nursing Ethics**. 2017; 24(3):362-75.
2. Jansson BS, Nyamathi A, Duan L, Kaplan C, Heidemann G, Ananias D. Validation of the Patient Advocacy Engagement Scale for Health Professionals. **Research in Nursing & Health**. 2015; 38(2):162–72.
3. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Ward CR, Saltzman KB, Kaplan C. Predicting Levels of Policy Advocacy Engagement Among Acute-Care Health Professionals. **Policy, Politics, & Nursing Practice**. 2016; 17(1):43-55.
4. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Duan L, Kaplan C. Predicting Patient Advocacy Engagement: A Multiple Regression Analysis Using Data From Health Professionals in Acute-Care Hospitals. **Social Work in Health Care**. 2015; 54(7):559–81.
5. Wadell A, Audette K, DeLong A, Brostoff M. A hospital-based interdisciplinary model for increasing nurses' engagement in legislative advocacy. **Policy, Politics, & Nursing Practice**. 2016; 17(1):15-23.
6. Shariff NJ. Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. **BMC Nursing**. 2014; 13(1):1-13.
7. Parr JR. The role of the advanced practice nurse in the treatment of addiction disorders: advocacy, leadership, lobbying to influence public policy. **Kentucky Nurse**, 2015; 63(2):5-6.
8. Shariff NJ. Empowerment model for nurse leaders' participation in health policy development: an east African perspective. **BMC Nursing**, 2015; 14(1):1-11.
9. Abualrub RF, Foudeh FN. Jordanian Nurses' involvement in health policy: perceived benefits and barriers. **International nursing review**, 2017; 64(1):13-21.

10. Kilpatrick K, Tchouaket E, Carter N, Lukosius DB, DiCenso A. Structural and process factors that influence clinical nurse specialist role implementation. **Clinical Nurse Specialist**. 2016; 30(2):89-100.
11. Taylor MRS. Impact of Advocacy Initiatives on Nurses' Motivation to Sustain Momentum in Public Policy Advocacy. **Journal of Professional Nursing**. 2016; 32(3):235-45.
12. Silva JOM, Pereira GA, Coelho ICMM, Picharski GL, Zagonel IPS. Engajamento entre estudantes do Ensino superior nas ciências da saúde (Validação do questionário Utrecht Work Engagement Scale (UWES-S) com estudantes do Ensino superior nas ciências da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2018; 42(2):15-25.
13. Almeida DB, Silva GTR, Freitas GF, Padilha MI, Almeida IFB. Arqueologia discursiva: os saberes constitutivos de enfermeiras militantes em entidades de classe. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2018, 71(3):1194-201.
14. Sims S, Leamy M, Davies N, Schnitzler k, Levenson R, Mayer F. Realist synthesis of intentional rounding in hospital wards: exploring the evidence of what works, for whom, in what circumstances and why. **BMJ Qual Saf**. 2018, 27(9):743-57.
15. Mazzo A, Souza VD, Jorge BM, Fumincelli L, Trevizan MA, Ventura CAA, Mendes IAC. Qualidade e segurança do cuidado de enfermagem ao pcte usuario de cateterismos urinario intermitente. **Escola Anna Nery**. 2017; 21(2):e20170045.
16. Oliveira C, Amélia M, Silva R, Martins T. Advocacia em enfermagem: contribuição para a reorientação do modelo assistencial no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018; 71(suppl):748-51.
17. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. Atenção Primária à Saúde na coordenação das rdes de Atenção à Saude no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2017; 22(1):713-724.
18. Kanbara S, Yamamoto Y, Sugishita T, Nakasa T, Moriguchi I. Japanese experience of evolving nurses' roles in changing social contexts. **International nursing review**. 2017; 64(2):181-6.
19. Figueira AB, Barlem ELD, Barlem JGT, Dalmolin GL, Amarijo CL, Ferreira AG. Ações de advocacia em saúde e empoderamento dos usuarios por enfermeiros da Estretria Saude da Familia. 2018; 52(e03337): 1-8.
20. Eklof N, Hupli M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. **Public health nursin**. 2015; 32(20):143-50.
21. Douglas MK, Rosenkoetter M, Pacquiao DF, Callister LC, Pollara MH, Lauderdale J, Milstead J, Nardi D, Purnell L. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. **Journal of Transcultural Nursing**. 2014; 25(2):109-21.

22. Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Práticas de Cuidado da Enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** 2016; 69(6):1124-31.
23. Vitorino EV. A competência em informação e a vulnerabilidade: construindo sentidos à temática da “vulnerabilidade em informação”. **Ciência da Informação.** 2018; 47(2):71-85.
24. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Acesso aos serviços da atenção primária em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(3):1246-57.
25. Buehler JW, Snyder RL, Freeman SL, Carson SR, Ortega AN. It’s not just insurance: The affordable care act and population health. *Public Health Reports.* 2018; 133(1):34-8.
26. Cole MB, Trivedi AN, Wright B, Carey Kathleen. Health insurance coverage and access to care for community health center patients: evidence following the affordable care act. *J Gen Intern Med.* 2018; 33(9):1444-9.
27. Delancy KR, Naegle MA, Valentine NM, Otong DA, Groh CJ, Brennaman L. The effective use of psychiatric mental health nurses in integrated care: policy implications for increasing quality and access to care. *The Journal of Behavioral Health Services e Research.* 2018; 45(2):300-09.
28. Wilson L, Mendes IAC, Klopper H, Catrambone C, Maaitah RA, Norton ME, Hill M. Global health’and ‘global nursing’: Proposed definitions from The Global Advisory Panel on the Future of Nursing. **Journal of Advanced Nursing.** 72(7):1529-40.
29. Mendes IAC, Ventura CAA, Fumincelli L, Souza VDJ, Godoy S. Nursing and Global Health: social determinants of health in the training of nurses. **Revista brasileira de enfermagem.** 2018; 71(1):1700-05.

#### 5.4 ARTIGO 4

### **ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS NA ADVOCACIA POLÍTICA: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO**

**RESUMO:** Os objetivos deste estudo foram: compreender os condicionantes do engajamento dos enfermeiros na advocacia política; desenvolver um modelo teórico sobre o engajamento dos enfermeiros na advocacia política. Estudo qualitativo realizado com enfermeiros atuantes na atenção primária, secundária e terciária em uma cidade do sul do Rio Grande do Sul, no período de setembro a março de 2018 a partir de um questionário semiestruturado. Para a análise, interpretação dos dados e construção do modelo foi utilizada a análise textual discursiva. Os resultados evidenciam condicionantes relacionados ao engajamento dos enfermeiros para a advocacia política os quais serviram de base para a construção do modelo teórico. São eles: defesa dos direitos dos usuários; defesa de cuidados de qualidade; defesa de cuidados culturalmente competentes; defesa de cuidados preventivos; defesa de cuidados acessíveis, defesa de cuidados em saúde mental e defesa de cuidados às famílias e a comunidade. A partir dos condicionantes foi elaborado um modelo teórico, utilizando como base para sua construção estudos internacionais. Conclui-se que o estudo apresentou condicionantes, dimensões e características relacionadas ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política, propondo um modelo para auxiliar na compreensão do nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Políticas de Saúde; Engajamento no Trabalho; Advocacia em Saúde; Pesquisa Qualitativa.

#### **INTRODUÇÃO**

Advocacia em saúde consiste em intervenções por parte dos profissionais de saúde, a fim de ajudar pacientes específicos a obter serviços de saúde, direitos e benefícios necessários ao seu bem-estar e que provavelmente não obteriam se não tivessem a ajuda destes profissionais.<sup>1</sup>

Na advocacia em saúde o profissional tem a responsabilidade de ajudar as pessoas a aprenderem sobre sua saúde, proteger e afirmar direitos humanos dentro do contexto de cuidados de saúde.

Neste cenário, os enfermeiros são profissionais idealmente preparados para o papel de defensores, porque estão em contato direto com os usuários a maior parte do tempo, além de terem entendimento das questões e preocupações dos mesmos.<sup>2</sup> A atuação do enfermeiro na defesa remete a ideia de informar, ajudar, apoiar e capacitar os usuários na tomada de



decisões, além de garantir que a voz dos usuários seja ouvida durante o processo de decisão do tratamento, e que este esteja de acordo com o interesse de cada um.<sup>3</sup>

A diferença entre a advocacia em saúde e a advocacia política está em que na primeira os profissionais defendem pessoas específicas, enquanto na segunda, os profissionais de saúde procuram por mudanças políticas dentro de hospitais, comunidades e legislação a fim de melhorar o bem-estar de número significativo de indivíduos.<sup>1</sup>

Advocacia política remete a fazer parte de grupos e participar de atividades a fim de influenciar políticas de saúde com vistas à melhoria dos cuidados em saúde.<sup>4</sup> Neste agir, o comportamento humano é parcialmente guiado por crenças comportamentais e consequências ou atribuições do engajamento na defesa política. Além dos profissionais de saúde se tornarem mais propensos à defesa política se a perceberem como efetivas para a melhoria na saúde da população,<sup>1</sup> com intervenções que proponham mudanças em políticas ineficazes nas instituições, comunidades e governo.<sup>5</sup>

O envolvimento na defesa para mudar políticas disfuncionais e promover políticas que aumentem o bem estar dos usuários é um dever moral de quem presta o cuidado e está comprometido com o trabalho.<sup>5</sup> Em nível macrossocial, a compreensão da advocacia política é o principal fator para promover o engajamento político dos enfermeiros, com aumento da capacidade para serem defensores de políticas públicas voltadas à saúde da população.<sup>6</sup>

Em se tratando do profissional enfermeiro nos ambientes de saúde, inúmeros fatores estimulam a capacidade destes profissionais para serem politicamente ativos ao influenciar o desenvolvimento de políticas em saúde, tais como, encontrar tempo necessário e possuir conhecimentos e interesses relevantes sobre questões políticas que afetam cuidados de saúde e da profissão,<sup>4,7</sup> além de conhecimento especializado adquirido em sua formação e experiência profissional contribuir positivamente nas questões de defesa política, com possibilidade de maior engajamento na defesa.<sup>4</sup>

Enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros percebem a necessidade de defender os usuários em situações de prejuízos evitáveis a saúde com conseqüente melhoria no bem-estar dos mesmos, fato que os encoraja a deixar a zona de conforto e ingressar na arena política. A Academia Nacional de Ciências, Engenharia e Medicina dos EUA enfatiza a necessidade dos enfermeiros líderes trabalharem com a advocacia política nas frentes de saúde. Observam ainda que discussões de políticas sólidas são a oportunidade para enfermeiros contribuírem com experiência clínica na melhoria dos cuidados em saúde.<sup>8</sup>

Ao aumentar o envolvimento nas políticas em saúde, a profissão de enfermagem tem sua posição política reforçada. Além da grande interação e aproximação com os usuários,

família, e comunidade favorecer as ações de advocacia política, com ampla apreciação das necessidades de saúde, de como fatores ambientais afetam a saúde das pessoas e como elas respondem a diferentes estratégias de cuidados e serviços.<sup>9</sup>

Desta forma, enfermeiros que ocupam posições chave devem agir como modelo, capacitar e motivar outros enfermeiros a se envolverem nas políticas de saúde, com criação de ambientes de trabalho saudáveis. Além disso, devem organizar ações nas políticas de saúde com treinamento, educação continuada a fim de facilitar a compreensão dos profissionais quanto seu papel no desenvolvimento das políticas de saúde, bem como planejar estratégias para influenciar a tomada de decisão política.<sup>9</sup>

Aprender a forma eficaz e coerente de se envolver na advocacia política é considerado um componente essencial do enfermeiro na educação, tanto em nível de graduação como mestrado e doutorado.<sup>10</sup> Fato que traduz a necessidade de engajamento dos enfermeiros desde o início da formação nas políticas de saúde ampliando o interesse em influenciar à saúde e as políticas públicas.<sup>9</sup> Assim, a participação política engajada e crítica, na qual são desenvolvidas ações voltadas à conscientização política da população em busca de novos valores, possibilita às pessoas se organizarem e lutarem para a construção de uma sociedade justa, digna e democrática.<sup>11</sup>

Enfermeiros tem sua atuação impar nos serviços de saúde, devem perceber o engajamento político como essencial para trilhar um caminho de mudanças, com uma visão integral, comprometida ética, política e socialmente com o ser humano e a sociedade.<sup>11</sup> O engajamento dos enfermeiros na advocacia política pode promover maior qualidade na assistência em saúde, bem como, beneficiar grande número de pessoas, a partir da identificação de condicionantes e dimensões que contribuem para a advocacia política.<sup>1</sup>

A relevância deste tema para a área da saúde/enfermagem está em possibilitar maior conhecimento com relação ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política para melhorar a saúde e cuidados como um todo. Assim, justificou-se este estudo devido a presença de lacunas com relação a produção científica nacional sobre o engajamento dos enfermeiros na advocacia política.<sup>1,9</sup>

Nesse sentido, questionou-se: quais os condicionantes envolvidos no engajamento dos enfermeiros na advocacia política? objetivou-se compreender os condicionantes do engajamento dos enfermeiros na advocacia política e desenvolver um modelo teórico sobre o engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Estudo com abordagem qualitativa, realizado entre novembro de 2017 e março de 2018. Participaram do estudo 19 enfermeiros atuantes na atenção primária, secundária e terciária que realizavam serviços pelo SUS, numa cidade do sul do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão dos participantes foram: Ter vínculo com as instituições/serviços de saúde que constituíram o cenário de estudo. Quanto aos critérios de exclusão: enfermeiros que atuavam em outros serviços; estar de férias, afastados ou em licença.

A cidade escolhida para a pesquisa é uma cidade litorânea, localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul, possui mais de 200 mil habitantes.<sup>12</sup> Sua rede pública de saúde conta com serviços na atenção primária, secundária e terciária em saúde, garantindo cuidados em saúde a sua população.

No que tange a Atenção Primária, o município conta com 24 Estratégia Saúde da Família, 5 Unidades Básicas de Saúde, 2 Unidades Mistas e 2 Unidades 24 hs. Tais serviços de saúde, a depender da sua área de abrangência são atendidas por uma ou mais equipes mínimas de saúde compostas primordialmente por profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos generalistas. Podem ser agregados a essas equipes, profissionais de saúde bucal, psicólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais a depender de suas especificidades.<sup>13</sup>

Em relação a atenção secundária a cidade possui 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Serviço Móvel de Urgência e Emergência – SAMU, Serviço Municipal de Urgência (SMU), o qual presta atendimento as situações de urgência menos graves; 4 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS ( instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiar suas iniciativas de autonomia, com vistas a organizar uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, atendendo cada usuário a partir de cada Projeto Terapêutico Singular.

Com respeito à atenção terciária, a cidade possui dois hospitais. Um Hospital Universitário, o qual referência em nível regional de média complexidade. Se apresenta como veículo, por ser um hospital público federal, certificado como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Suas ações são no sentido de associar o ensino, a pesquisa e a extensão a uma prestação de serviços de saúde qualificada e orientada prioritariamente, aos usuários do SUS. A partir do ano de 2011, passou a atender os pacientes exclusivamente pelo SUS, sendo financiado por recursos oriundos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), destinados à garantir infraestrutura e equipamentos de alta tecnologia e obras, com o propósito de proporcionar à população um

atendimento de melhor qualidade na saúde. E desde 2015, vinculou-se à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Atualmente dispõe de 216 leitos distribuídos nas áreas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica e Clínica Cirúrgica. Possui Serviço de Pronto Atendimento, UTI Neonatal, UTI Geral, Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite, Hospital-Dia, Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE), Centro Integrado de Diabetes (CID), Centro Regional Integrado do Trauma Ortopédico, Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia, Centro de Atendimento de Doenças Renais – Diálise e Hemodiálise, Centro Regional Integrado de Tratamento e Reabilitação Pulmonar e Unidade de Educação. Nessa instituição, a equipe de enfermagem conta com 83 profissionais enfermeiros.<sup>14</sup>

A segunda instituição hospitalar é um hospital filantrópico denominado Associação de Caridade Santa Casa, o qual também é um hospital de ensino que atende pacientes do SUS, conveniados e particulares. Também desenvolve atividades no campo do ensino e pesquisa, com campo de estágio para diferentes cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Corresponde a um complexo hospitalar integrado por quatro unidades hospitalares: Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital de Cardiologia e Hospital de Oncologia.

Apresenta variáveis como atendimento a pessoas de etnias e culturas diferentes. Oferece serviços de alta complexidade, sendo referência nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Psiquiatria, Traumatologia, Neurocirurgia, Queimados, Buco-facial e Cirurgia Vascular, totalizando 23 setores. Destes há três Unidades de Tratamento Intensivo (UTI's), duas emergências, três blocos cirúrgicos, perfazendo um total de aproximadamente 500 leitos. O hospital oferece ainda serviços médicos, de psicologia, assistência social, banco de sangue, laboratório, farmácia, nutrição e dietética, higienização, lavanderia e demais serviços de apoio e de diagnósticos por imagens. Neste universo, a equipe de enfermagem atua com 132 enfermeiras, 433 técnicas de enfermagem e 39 auxiliares de enfermagem, totalizando 604 profissionais de enfermagem.

Na coleta de dados foi utilizado um guia de entrevistas semiestruturado gravado para posterior análise. Assim, as entrevistas foram realizadas individualmente com cada participante, de acordo com o local de preferência dos mesmos. A média de duração das 19 entrevistas foi de 43 minutos. As entrevistas tinham uma parte inicial com dados sócio demográficos e da formação de cada participante e na sequência um questionário específico com questões referentes ao engajamento dos profissionais na advocacia política; capacidade de resposta cultural; cuidados preventivos e promoção da saúde; cuidados acessíveis;

qualidade nos serviços de saúde; cuidados em saúde mental; além da defesa as famílias e comunidade, construído a partir de adaptação transcultural do instrumento quantitativo denominado “Policy Engagement Advocacy Scale” (PAES).<sup>1</sup>

Para análise, interpretação dos dados e construção do modelo teórico, foi utilizada a análise textual discursiva, a qual se desloca do empírico para o abstrato teórico, que só é alcançado quando o pesquisador faz um movimento intenso de interpretação e produção de argumentos, que gera os textos analíticos, os quais irão compor os textos interpretativos.<sup>14</sup> Desta forma, a partir dos resultados, foi elaborado um modelo teórico com o propósito de explicar o engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

Pesquisas que envolvem o uso de modelos teóricos são comuns em estudos internacionais, os quais servem como subsídio para ampliar a prática da enfermagem,<sup>7,15</sup> porém pouco vistos nos países em desenvolvimento como o Brasil <sup>(16)</sup>. O modelo teórico foi elaborado, sendo considerados os referenciais empíricos do estudo, ou seja, os relatos dos participantes, associados os condicionantes do PAES.<sup>1</sup>

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 67/2016). Os depoimentos dos enfermeiros foram identificados pela letra E, seguida de um número sequencial (E1 a E19).

## **RESULTADOS**

### **Análise de condicionantes do engajamento dos enfermeiros na advocacia política**

O modelo teórico do presente estudo tem no centro o profissional enfermeiro imbuído de valores pessoais e profissionais construídos ao longo dos anos, somado ao objetivo da profissão qual seja, o compromisso com o cuidado aliado ao engajamento nas questões políticas em prol da saúde dos usuários e as interações com a equipe multiprofissional, usuários, comunidade, gestores e demais pessoas envolvidas neste processo a fim de ampliar o leque de possibilidades na advocacia política. Sendo assim, durante a construção do modelo teórico houve constante interação dos condicionantes elencados acima para uma melhor compreensão do fenômeno estudado.

Cada condicionante foi influenciado por características próprias que permitiram maior entendimento dos mesmos, com dimensões relacionadas as falas dos participantes, as quais serviram de alicerce para a construção do modelo teórico, podendo ser constatado quais os fatores que influenciam a implementação dos condicionantes.

O reconhecimento do condicionante que faz referência aos direitos dos usuários, valor profissional e pessoal pelos enfermeiros é utilizado como forma de respaldar os demais condicionantes e valorizar as necessidades individuais e coletivas relacionados ao nível de interação dos enfermeiros com os usuários e comunidade. Ao perceber que quanto maior a interação, maior será o conhecimento sobre as necessidades da população. Características como agir no coletivo e união da equipe para a defesa estão relacionados ao compromisso dos profissionais com a defesa política, compromisso que cada profissional assume, o qual é ampliado no coletivo.

Quanto aos profissionais enfermeiros, o engajamento na advocacia política ocorre com maior qualidade quando o profissional aplica os conhecimentos e compartilha as necessidades de saúde não atendidas pela população com outros profissionais da saúde, ou mesmo usuários e comunidade. Os resultados deste estudo estão apresentados no quadro 1 e evidenciam condicionantes relacionados ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política, os quais serviram de base para a construção do modelo teórico. Os condicionantes foram divididos em relação ao reconhecimento dos direitos dos usuários pelo enfermeiro, potencial do profissional em atender pessoas de diferentes etnias e cultural (resposta cultural), capacidade de promover saúde e cuidados preventivos, defesa de cuidados acessíveis, qualidade nos serviços de saúde, cuidados em saúde mental, além de advogar por cuidados as famílias e comunidade.

Reconhecer os direitos dos usuários por parte do enfermeiro remete ao compromisso dos mesmos enquanto profissional de saúde. É um dever ético do profissional que deve unir forças com a equipe multiprofissional para que tenham as necessidades de saúde atendidas, bem como instrumentalizar os usuários e comunidade para que juntos atuem na advocacia política ampliando o potencial de defesa.

A partir da construção de vínculos entre enfermeiros, usuários, comunidade e demais membros da equipe multiprofissional as ações em advocacia política tornam-se mais efetivas e eficazes as reais necessidades dos usuários. Outra dimensão de destaque foram os momentos em que os enfermeiros necessitam enfrentar barreiras dentro dos serviços para atender as necessidades dos usuários. Barreira esta relacionadas a gerência, ou as próprias normas dos serviços que dificultam a atuação política do enfermeiro. A consciência política por parte dos enfermeiros possibilita maior engajamento aliado aos usuários empoderados que buscam juntos lutar pelos direitos de saúde não atendidos.

A união de equipe multiprofissional, bem como com outros setores e serviços também foi destaque na pesquisa, pois os participantes percebem que estas interações favorecem maior

rapidez e obtenção de benefícios no trabalho, além de fortalecer estes profissionais ao atuarem no coletivo nas questões de advocacia política com maior propensão a êxito nos resultados.

O Quadro 1 apresenta a formação dos condicionantes a partir da análise dos resultados.

**Quadro 1 Exposição dos resultados qualitativos da pesquisa de engajamento dos enfermeiros na advocacia política**

Condicionante	Dimensões	Relatos
<i>Reconhecer os direitos dos usuários</i>	<i>Compromisso/ Consciência pessoal</i>	“Eu tenho compromisso primeiro comigo, ético, meu; uma coisa pessoal minha de querer ir além do que as pessoas que estão ali trabalhando comigo fazem e não porque eu queira fazer mais do que eles, é simplesmente porque eu quero fazer” E8 “Isso é consciência. Do meu compromisso ético, do que eu vou estar fazendo ali! Do que será o resultado daquilo que eu fizer” E8
	<i>Compromisso/ Consciência profissional</i>	“Defender os interesses de um grupo significa tu aplicar a tua profissão, tu desenvolver tua profissão com muito comprometimento e conseqüentemente tu tentar contribuir com a realidade, com uma melhora daquele grupo social” E18 “Os profissionais entenderem qual é o papel deles. Qual é o nosso papel frente as questões de saúde dos usuários, porque nós somos os defensores do SUS, nós somos os multiplicadores das informações” E5
	<i>União da equipe</i>	A gente está conseguindo interagir com os colegas e tomar atitudes que teoricamente não são nossas, condutas que não são nossas, mas que não ofendam o familiar e que não passe o limite da questão ética da profissão e que na verdade facilite a questão do paciente e da família, em benefício do paciente” E4
	<i>Instrumentalizar o usuário</i>	“Acho que os pacientes são muito pouco informados dos direitos que eles têm e dos deveres de cada profissional” E4
<i>Capacidade de resposta</i>	<i>Criação de vínculos</i>	“Penso que para defender uma comunidade ou usuário específico tu tens que te inserir naquele ambiente, na comunidade, criar vínculos, conhecer o que acontece, estar a par realmente para saber o que tu vais fazer, o que a pessoa busca, o que é necessário e positivo, mas sempre respeitando a opinião dele. Porque as vezes o que a gente acha politicamente certo, não é a vivência e a realidade da comunidade. Então tu podes orientar, instruir, mas sempre prevalecerá a vontade dele, sempre que tu vais defender o direito dele à saúde” E9
	<i>Modificação na assistência em prol dos pacientes</i>	“A gente mudou o perfil de atendimento em prol dos pacientes! Um atendimento mais humanizado, menos intervencionista, isso foi um ganho aqui para a unidade” E6
		“Tem que olhar o contexto global, a família, tudo que envolve a assistência ao paciente. Porque os familiares ficam muito

<i>cultural/ social</i>	<i>Atendimento das fragilidades sociais</i>	<i>vulneráveis, perdidos, eles ficam abandonados. Tem a questão de saúde do familiar, tem a situação financeira, a situação de tu estares em outra cidade. As vezes tu largas teu trabalho para cuidar do familiar. Então a gente tá tendo um cuidado assistencial que está melhorando muito, nesse sentido a gente está intervindo, em prol também dos familiares que estão desassistidos” E4</i>
	<i>Enfrentar barreiras na defesa política</i>	“Muitas vezes tu acabas enfrentando coisas que tu não gostarias de enfrentar para defender esse paciente” E12
<i>Cuidados preventivos / promoção da saúde</i>	<i>Participação política</i>	“No conselho municipal de saúde, o qual faço parte, há um processo político de luta pelo melhor em relação a saúde para a comunidade, mas não pode ser partidário, eu não posso estar defendendo ali dentro interesses, convicções de outros” E13
	<i>Empoderar usuários, comunidade</i>	“Instrumentalizar as pessoas para que elas tenham os seus direitos preservados. Para que elas tenham condições de buscar esses direitos quando de fato elas tem condições. (...) Advogar é empoderar as pessoas, mas também instrumentalizá-las pra que tenham seus direitos preservados” E16
<i>Cuidados contínuos e acessíveis</i>	<i>Humanização do cuidado</i>	É nada menos que o bom senso dos profissionais de cuidar de cada situação, tanto individual como coletiva. E depois saber que os familiares também atem direito a uma assistência adequada, não é só o paciente” E4
	<i>Interação multiprofissional</i>	“Uma unidade pode contar com a outra, a união é muito forte aqui e isso facilita o cuidado” E11
	<i>Continuidade do cuidado</i>	Aqui no hospital a gente sempre tenta articular esta questão do serviço terciário com a questão da rede básica. Então quando a criança recebe alta a gente tenta contato com as ESF, tenta fazer essa articulação com a atenção primaria para que a criança continue tendo suas necessidades supridas” E16
<i>Qualidade nos serviços de saúde</i>	<i>Agilidade na resolução dos problemas</i>	“Dispositivos de comunicação com outros serviços, de agilidade na resolução de certos problemas. A gente conseguiu em 24 hs fazer toda uma mobilização porque eram várias pessoas envolvidas” E1
	<i>Priorizar as necessidades dos usuários</i>	“Em primeiro lugar o paciente, eu sempre dou prioridade para o paciente, é a saúde da pessoa em primeiro lugar” E2
<i>Cuidados em saúde mental</i>	<i>Questões clínicas / cuidado holístico na saúde mental</i>	“Que é uma coisa q o enfermeiro do CAPS não faz, eu fui além. Não sou mais do que ninguém, mas eu faço, eu não me escondo. Eu me preocupo e me emociono quando eu consigo. Porque eu quero muito que eles fiquem bem. Ele vai fazer a cirurgia, foi visto que ele tem um problema, então eu posso desmistificar a esquizofrenia, o diagnóstico de esquizofrenia dele” E8
	<i>Cuidado multi Disciplinar</i>	“Muito problema, principalmente de saúde mental e a gente precisa estar sempre se mobilizando, procurando contato com o NASF, com o médico. Então as vezes a gente tem que fazer intercâmbios sempre tentando agilizar” E10



<i>Cuidados às famílias e comunidade</i>	<i>Interação com a comunidade / família</i>	“O que facilita é que a gente conhece a comunidade, no caso aqui da ESF a gente conhece as pessoas. Toda a realidade da clientela, a gente vê diariamente, presencia o que pode, o que não pode fazer e isso facilita muito” E10
	<i>Cuidado holístico</i>	“Eu já tenho essa visão mais clínica, mais geral eu me preocupo com a família que vai saber que tem HIV, me preocupo com a família, tem toda essa questão do olhar da enfermagem” E7

Fonte: Transcrições das entrevistas do questionário de engajamento político pelos profissionais enfermeiros

### **Construção do modelo teórico**

Os problemas dos usuários geralmente resultam dos sistemas de prestação de cuidados em saúde fragmentados, burocráticos. Além de muitos usuários viverem em comunidades que os colocam em risco de violência, abuso de substâncias químicas, problemas de saúde mental, e ainda, muitos não conseguem localizar ou acessar os recursos necessários para solucionar tais problemas. A partir daí vislumbra-se a identificação de sete constructos relacionados a saúde enfrentados pelos usuários que os profissionais de saúde, enfermeiros em especial, devem agir a fim de melhorar as condições de saúde desses.

Sanar tais problemas está em consonância com a abordagem biopsicossocial, ambiental e estrutural centrada nos usuários que consideram o impacto de fatores culturais, sociais e psicológicos como necessários para promover o bem-estar dos indivíduos <sup>(1)</sup>. A construção do modelo teórico se deu a partir da observação destas necessidades de saúde e da necessidade de interações dos profissionais enfermeiros com os demais atores envolvidos na busca por atender as necessidades de saúde da população, seja na saúde mental, na atenção básica, hospitalar, na promoção, prevenção e recuperação da saúde, enfim, nos mais diferentes contextos onde o enfermeiro atua.

O modelo envolve a interação de condicionantes por meio da influência mútua entre eles, em especial as interações do enfermeiro engajado com os demais atores a fim de ampliar a advocacia política. O modelo teórico de engajamento dos enfermeiros na advocacia política tem no centro enfermeiros engajados numa interação constante com os demais atores envolvidos no processo de defesa. Assim, traz características das interações entre enfermeiros, usuários, comunidade e equipe multiprofissional e aborda características dos processos e resultados.

Tem como estrutura os mais variados espaços onde interagem usuários, enfermeiros e equipe multiprofissional, sejam eles os hospitais, unidades básicas de saúde, comunidade,

residências dos usuários ou outros locais. Como processo, as dimensões relacionadas ao engajamento dos enfermeiros com objetivo de traçar metas para a advocacia política com foco principal nas necessidades de saúde não atendidas.

A partir do conhecimento prévio da situação e conhecimento técnico científico construído pelo enfermeiro durante sua formação e experiência profissional, bem como do compromisso pessoal e profissional, enfermeiros engajados discutem com os demais atores sociais (equipe multiprofissional, usuários, comunidade, profissionais da saúde, gestores, entre outros) quanto as necessidades de saúde mais urgentes a serem defendidas, e ainda traçam estratégias para o alcance das mesmas. Essas interações tornam o processo de luta / reivindicação mais efetivo.

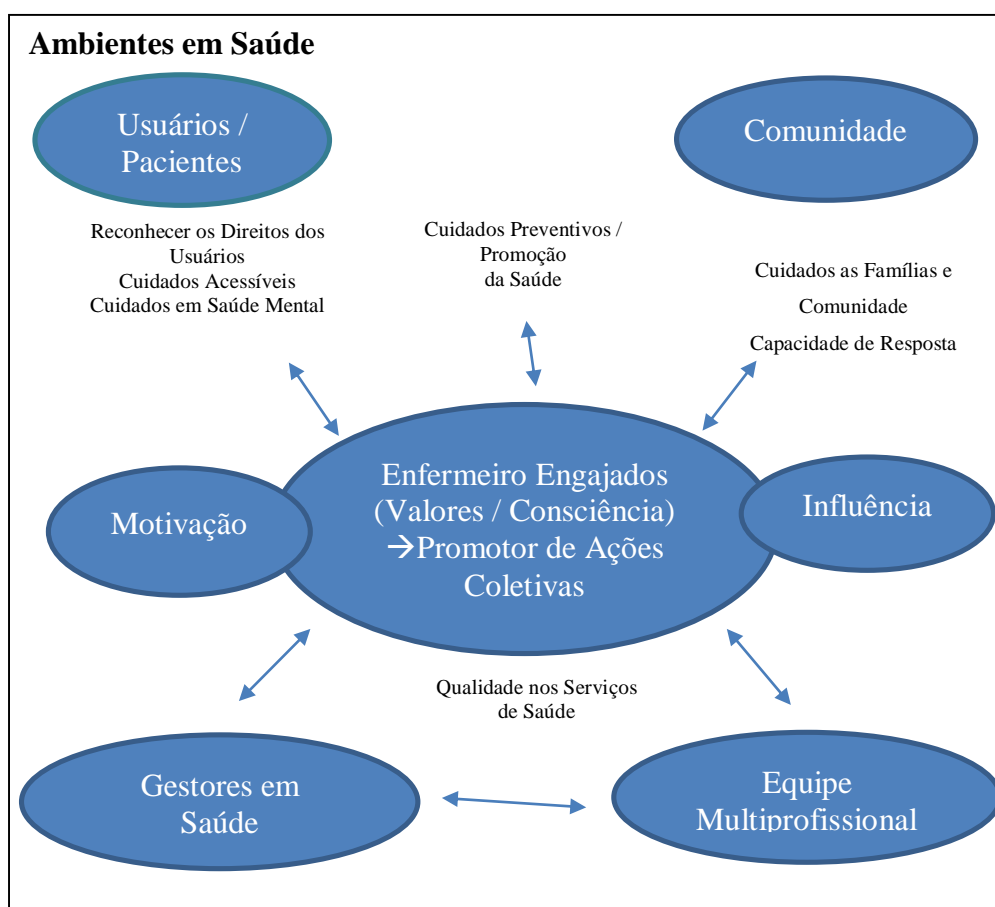
Os resultados desse estudo podem exemplificar essas questões, como por exemplo, no quadro 1 onde se observa a melhoria da saúde quando existe a participação de outras pessoas envolvidas no processo, o conhecimento das necessidades locais por parte dos enfermeiros para intervir de forma eficaz nas discussões com os demais profissionais e comunidade a fim de traçarem melhorias para a saúde das comunidades.

O trabalho do enfermeiro conforme evidenciada no quadro 1, deve partir sempre das necessidades dos usuários e é dever do profissional possibilitar que os usuários se empoderem, se instrumentalizem de conhecimentos para somarem forças na construção de saúde e ao final também dar continuidade ao cuidado, agora em seu domínio.

Desta forma, a soma dos condicionantes elencados no estudo estimula as interações entre os envolvidos na obtenção de melhorias a saúde da população. Enfermeiros e equipe multiprofissional podem trabalhar juntos para terem uma discussão compartilhada sobre as reais necessidades de saúde e de como podem intervir juntos para atender a essas necessidades.

Num primeiro momento é necessário que o enfermeiro conheça a clientela atendida, as necessidades de cada grupo para que após, possa discutir com a equipe multiprofissional e demais profissionais sobre o melhor caminho a seguir para obter melhorias na saúde da comunidade. Desta forma, o profissional médico tem o olhar específico para o tratamento da doença; o enfermeiro tem um olhar clínico voltado para o cuidado a este usuário; o assistente social prestará cuidado com foco em buscar tratamentos não atendidos; assim cada profissional com sua formação, mas que juntos conseguem englobar o todo, numa perspectiva de cuidado holístico. O condicionante compromisso pessoal, aliado a união de equipe e empoderamento dos usuários está diretamente relacionado com a eficácia dos demais condicionantes.

**Figura 1:** Modelo teórico – Engajamento dos Enfermeiros na Advocacia Política



**Fonte:** Resultados da pesquisa

### Modelo Teórico

Denominado “Modelo de Engajamento do Enfermeiro na Advocacia Política”, o modelo contemplou a interação de condicionantes e características que envolvem sua construção, bem como a importância de o profissional enfermeiro estar engajado com outros profissionais de saúde e usuários para que a advocacia política ocorra com maior eficácia. Os valores e a consciência pessoal por parte dos enfermeiros são os principais condicionantes, visto que os demais derivam dele, constituindo a base deste modelo.

O engajamento dos enfermeiros é o principal instrumento para o profissional adquirir conhecimento e atuar na advocacia política para atender benefícios a saúde que não estão sendo respeitados. Com a utilização deste processo, as ações voltadas a saúde se tornam mais efetivas e comprometidas, com evidências da importância do engajamento dos enfermeiros

deste o início da formação enquanto forma de ampliar seus conhecimentos nas questões de defesa ao longo dos tempos para assim intervirem no coletivo.

## DISCUSSÃO

A relação interpessoal e valorização dos conhecimentos dos usuários por parte dos enfermeiros reforça as oportunidades de engajamento na advocacia política. Usuários empoderados tem maiores condições de atuar com o enfermeiro e equipe na defesa política, bem como maior conhecimento e compromisso com as questões de saúde. Fato que corrobora com estudo americano o qual mostra o enfermeiro enquanto agente capaz de reconhecer os direitos dos usuários e lutar para que os mesmos sejam atendidos. É tarefa deste profissional salvaguardar e promover o bem-estar e interesses de seus clientes, garantindo que os mesmos estejam cientes de seus direitos e que recebam as informações necessárias para o consentimento informado.<sup>15</sup>

Assim, para melhorar os conhecimentos de enfermeiros e usuários sobre seus direitos, são necessárias orientações quanto queixas, preocupações, possível negligência nos serviços percebidas pelos usuários, obter por parte dos enfermeiros informações quanto a satisfação dos usuários com os serviços de saúde, entre outras situações que ampliem as possibilidades dos enfermeiros em interagir de forma mais efetiva na defesa política, sem esquecer da ética que envolve essas interações.<sup>16</sup>

Para que ocorra a advocacia política, é necessário que a equipe multiprofissional una forças com as comunidades, ambos engajados com objetivo de buscar as melhorias reivindicadas na saúde. Nessa perspectiva a advocacia política se associa grandemente a advocacia social, ambas sustentadas na justiça social, a qual busca acesso equitativo aos cuidados de saúde e corrige injustiças clínicas e sociais que desrespeitam a dignidade dos usuários, seus direitos e valores.<sup>17-18</sup>

Ainda é importante destacar que no modelo teórico desenvolvido os valores tanto pessoais quanto profissionais do enfermeiro, somado a responsabilidade de cuidar das pessoas, e as constantes interações que este profissional tem no seu dia a dia são de suma importância para resultados satisfatórias na advocacia política e corroboram com estudo canadense que fala das ações de enfermeiros com uma abordagem multidimensional, envolvendo múltiplos níveis de interação com foco na distribuição justa de recursos entre os usuários e foco no acesso igualitário aos serviços de saúde.<sup>2</sup>

Aliado ainda ao engajamento destes profissionais construído ao longo de sua formação e de atitudes empoderadas dos profissionais em seu trabalho, numa troca constante de saberes

entre a equipe multiprofissional, gestão e demais trabalhadores de saúde. Indo ao encontro de modelo teórico construído na China, o qual observa que é necessário a existência de um ambiente de trabalho agradável e receptivo as iniciativas dos profissionais para que de fato ocorra o engajamento dos enfermeiros na busca por saúde.<sup>15</sup>

Assim, é necessário para o êxito na advocacia política, esforços coletivos, uma construção relacional a fim de promover mudanças sistêmicas duradouras. Esta aliança diz respeito a união pessoas dispostas a apoiar as mudanças desejadas. Para tanto, como visto em trabalho americano, o engajamento na advocacia deve ser uma identidade profissional construída ao longo da formação e prática profissional, tendo em vista as experiências adquiridas ao longo dos tempos.<sup>19</sup>

Além das questões levantadas, a atenção em saúde mental, a partir dos enfermeiros e demais profissionais que atuam nos serviços terem a necessidade de considerar aspectos sociais, ocupacionais, biológicos, físicos e questões espirituais dos usuários para fornecer um cuidado holístico. O contato direto entre profissionais e usuários com transtornos mentais tem papel importante na abordagem da saúde tanto física, quanto mental e no empoderamento dos indivíduos,<sup>20</sup> além de participarem ativamente nas redes sociais com a família, comunidade e profissionais de saúde. Assim, quando estes profissionais entendem as atitudes e necessidades dos usuários, tornam-se capazes de induzir, capacitar e estimular políticas que atendam às especificidades em saúde mental.<sup>21</sup>

Além de ser possível demonstrar melhorias a comunidade com resultados positivos em saúde a partir de práticas interativas que busquem a prevenção e promoção da saúde a partir dos vínculos construídos entre profissionais de saúde e usuários. Neste contexto, estudo americano traz evidências de que o profissional enfermeiro deve estar preparado não apenas para ações de prevenção e promoção da saúde, mas ainda abordar os determinantes sociais da saúde através da avaliação e desenvolvimento de políticas públicas enquanto instrumento singular na melhoria das condições de vida das comunidades.<sup>22</sup>

A relação entre enfermeiro e usuários é uma interação caracterizada por elementos como o cuidado, confiança, compaixão, respeito, entre outros, conforme estudo internacional que se aproxima destes achados, o qual reforça esta relação e a percebe como benéfica e boa para todos os envolvidos a fim de alcançar o objetivo da enfermagem que é melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da comunidade a partir do cuidado, além de atuarem como facilitadores para que os usuários possam participar de suas decisões de saúde.<sup>23</sup>

A empatia e construção de vínculos entre a equipe multiprofissional também foi abordada na pesquisa, a medida que ela proporciona maior entrosamento e interação entre os profissionais. Fato reforçado por estudo internacional o qual observa que humanizar o ambiente de trabalho envolve também interagir com os membros da equipe de maneira acolhedora, valorizando os conhecimentos, habilidades e competências de cada um, olhar o outro em suas fragilidades e necessidades, sob a ótica da ética e da solidariedade, com aposta em redes interdisciplinares na relação profissional.<sup>24</sup>

A humanização é um princípio importante dos cuidados em saúde e a base da enfermagem.<sup>25</sup> Remete a um processo amplo de mudanças comportamentais. Pois se preocupa com os sentimentos dos envolvidos e com a compreensão quanto a importância dos cuidados em enfermagem. Além de serem consideradas decisões com relação a saúde dos usuários, a opinião e desejo destes em relação ao cuidado, proporcionando um cuidado holístico que atenda não somente as necessidades dos usuários, mas também de sua família, com os usuários tendo livre arbítrio de conhecer e consentir sobre sua saúde, com melhoria da relação enfermeiro, usuário e família.<sup>26</sup>

A continuidade do cuidado ajuda enfermeiras e cuidadores a ganharem confiança dos usuários, além de possibilitar maior eficácia destes enquanto advogados dos mesmos e de suas famílias. Com ampla apreciação pelos enfermeiros da saúde dos usuários, fazendo o reconhecimento precoce de possíveis problemas em menor tempo.<sup>27</sup> O cuidado culturalmente competente é um termo que exige personalização do cuidado para diferentes usuários e grupos de pessoas que compartilham de uma ou mais características demográficas, geralmente relacionadas a raça, etnia, língua e país de origem.<sup>1</sup>

Assim, a partir dos condicionantes do engajamento dos enfermeiros na advocacia política pode ser possível definir um processo dinâmico que destaca as interações entre enfermeiros, usuários e profissionais da saúde com foco num modelo teórico o qual objetiva múltiplas interações pelo enfermeiro, com foco especial no compromisso deste profissional com as questões de cuidado e saúde das pessoas enquanto requisito fundamental ao comprometimento deste profissional com as questões de advocacia política para a melhoria dos cuidados em saúde das pessoas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa apresenta os condicionantes relacionados ao engajamento dos enfermeiros na advocacia política que estão diretamente relacionados ao nível de compromisso destes profissionais com a defesa política e procurou demonstrar que a construção de um modelo

teórico pode ser aplicado para auxiliar na compreensão do nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

O modelo teórico desenvolvido proporciona reflexões quanto à necessidade de engajamento dos enfermeiros na advocacia política, visto enquanto faceta do trabalho pelos enfermeiros na busca por promover melhorias na qualidade de vida / saúde dos usuários.

O rigor científico aplicado em cada etapa descrita nesta pesquisa contribuiu para elaboração de um modelo teórico que pode ser desenvolvido nos diferentes momentos de atuação dos enfermeiros brasileiros. Estudos dessa natureza são incipientes na enfermagem brasileira e precisam ser divulgados para dar sustentação à construção de um conhecimento que contribua para o crescimento e qualificação na prática da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Jansson BS et al. Predicting Levels of Policy Advocacy Engagement Among Acute-Care Health Professionals. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2016; 17(1):43-55. <https://doi.org/10.1177/1527154416644836>.
2. Yanicki SM, Kushner KE, Reutter L. Social inclusion/exclusion as matters of social (in)justice: a call for nursing action. *Nursing Inquiry*. 2015; 22(2):121-33. <https://doi.org/10.1111/nin.12076>.
3. Kolawole IO. Nurses' perception and patients' validation of nurses advocacy roles in promotion of surgical patients' safety and rights in three hospitals, Ibadan, Nigeria. *West African Journal of Nursing*. 2017; 28(1):66-84.
4. Shariff NJ. Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. *BMC Nursing*. 2014; 13(20):1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-20>.
5. Jansson BS et al. Validation of the Policy Advocacy Engagement Scale for frontline healthcare professionals. *Nursing Ethics*. 2015, 24(3):362-75. <https://doi.org/10.1177/0969733015603443>.
6. Kilpatrick K et al. Structural and process factors that influence clinical nurse specialist role implementation. *Clinical Nurse Specialist*. 2016; 30(2):89-100.
7. Shariff NJ. Empowerment model for nurse leaders' participation in health policy development: an east African perspective. *BMC Nursing*. 2015; 14(31):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0078-6>.

8. Wadell A et al. A hospital-based interdisciplinary model for increasing nurses' engagement in legislative advocacy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2016; 17(1):15-23. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1527154416630638>.
9. AbuAlRub RN, Foudeh MSN. Jordanian Nurses' involvement in health policy: perceived benefits and barriers. *International nursing review*. 2017; 64(1):13-21. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/inr.12249>.
10. Taylor MRS et al. Impact of Advocacy Initiatives on Nurses' Motivation to Sustain Momentum in Public Policy Advocacy. *Journal of Professional Nursing*. 2016; 32(3): 235-45. Disponível em: [https://ac.els-cdn.com/S8755722315001295/1-s2.0-S8755722315001295-main.pdf?\\_tid=1697e171-8dcd-457e-b6d9-f79484b3990f&acdnat=1530796075\\_5b23804116b9a132f799ec3cf200374b](https://ac.els-cdn.com/S8755722315001295/1-s2.0-S8755722315001295-main.pdf?_tid=1697e171-8dcd-457e-b6d9-f79484b3990f&acdnat=1530796075_5b23804116b9a132f799ec3cf200374b).
11. Almeida DB et al. Arqueologia discursiva: os saberes constitutivos de enfermeiras militantes. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(3):1128-34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301128&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301128&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Rio Grande do Sul: dados gerais dos municípios. Brasil: 2015. Brasil, 2012
13. **IBGE.** Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/passos-fundo/panorama>. Acesso em: 10/06/2017.
14. Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2011.
15. Fan Y et al. Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. *J Nurs Manag.* 2016; 24(5):646-55. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12369>.
16. Ibrahim SA et al. Effect of patients' rights training sessions for nurses on perceptions of nurses and patients. *Nurs Ethics*. 2017; 24(7):856-67. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733015625365>.
17. Rossetti J et al. Using Findings From the Human Rights Authority Reports to Inform Psychiatric Nursing Practice. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2014; 20(3):187-193. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1078390314537376>.
18. Goodman JM et al. From private practice to academia: Integrating social and political advocacy into every MFT identity. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2017; 44(1):32-45. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmft.12298>.



19. Hyun MS, Kim H, Nam KA. Effects of an empowerment program for community-dwelling people with mental illness in South Korea. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;1–8.
20. Ganiah AN, Mahmoud Al-Hussami, Majdi MB Alhadidi. Mental Health Nurses Attitudes and Practice Toward Physical Health Care in Jordan. *Community mental health journal*. 2017, 53(6):725735. Disponivel em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-017-0143-6>.
21. Agnew RE et al. Community Health Needs Assessments: Expanding the Boundaries of Nursing education in Population Health Public Health Nursing. 2017; 34(1):69-77. Disponivel em:
22. Strandas M, Bondas T. The nurse–patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *J Adv Nurs*. 2018;74(1):11-22. Disponivel em:
23. Evangelista BP et al. Comparative Analysis of Humanization Present in Nursing Assistance Between Brazil and New York: a Lived Experience. *International Archives of Medicine*. 2017; 10(110):1-10. Disponivel em: <https://pdfs.semanticscholar.org/87be/038758f396e318f651e051df60ab4049e3d1.pdf>
24. Khademi M, Mohammadi E, Vanaki Z. A grounded theory of humanistic nursing in acute care work environments. *Nursing Ethics*. 2017, 24(8):908-21. Disponivel em: .
25. Fu Y. The Application and Practice of Humanistic Care in the Emergency Department. *Journal of Nursing*. 2017; 5(3):1-3. <http://dx.doi.org/10.18686/jn.v5i3.11>.
26. Masoudi R et al. The perspectives of Iranian patients with multiple sclerosis on continuity of care: a qualitative study. *J Nurs Res*. 2015; 23(2): 145–52. Doi: oi: 10.1097/JNR.0000000000000070
27. Lor M, Crooks N, Tluczek A. A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. *Nurs Outlook*. 2016; 64(4):352–66. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.02.006>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta tese, os quais são apresentados no formato de quatro artigos, permitiram analisar o engajamento dos enfermeiros na advocacia política. Evidenciou-se que o engajamento dos enfermeiros na advocacia política deve ser estimulado ao longo da formação acadêmica e solidificado com as experiências de cada profissional. Reforça-se aqui, à importância de ampliar discussões quanto o empoderamento dos enfermeiros na advocacia política, visto que o conhecimento dos aspectos que compõe este processo trazem melhorias à saúde das pessoas, bem como solidifica o exercício profissional dos enfermeiros.

Revelando assim, a importância da ampliação e aprofundamento das discussões sobre essa temática, uma vez que o conhecimento dos aspectos que compõem o engajamento dos enfermeiros na advocacia política permitirá aos enfermeiros, enfermeiros líderes e gestores formalizarem planos de ação a fim de ampliar a inserção destes profissionais em ambientes onde esta prática é necessária.

No primeiro artigo, intitulado “Adaptação cultural e validação da Policy Advocacy Engagement Scale para enfermeiros brasileiros”, foi possível evidenciar que a PAES constitui um instrumento válido e confiável, capaz de medir o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política. A partir da análise fatorial do instrumento, formaram-se sete constructos que explicam os condicionantes do engajamento dos enfermeiros na advocacia política. Os quais dizem respeito a: defesa de direitos dos pacientes, defesa de cuidados de qualidade, defesa de cuidados preventivos, defesa de cuidados acessíveis, defesa de cuidados em saúde mental, defesa de cuidados às famílias e comunidade e defesa de cuidados culturalmente competentes.

O processo de construção e validação do instrumento demandou estudos posteriores, considerando as limitações da pesquisa, bem como a complexidade do tema, a fim de aprimorar a escala e melhorar a confiabilidade do instrumento. Desenvolver instrumentos para mensurar o engajamento dos enfermeiros na advocacia política, não deve se esgotar neste trabalho, em especial por ser a primeira tentativa visando dimensões relacionadas a atuação do enfermeiro na advocacia política no contexto brasileiro.

A partir da adaptação da PAES, o segundo artigo dessa tese denominado “Clusterização do engajamento dos enfermeiros na advocacia política” permitiu analisar a partir da clusterização dos dados, o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

No terceiro artigo, intitulado “Estudo avaliativo quanto ao nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política”, possibilitou identificar que o nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política foi maior neste estudo do que no estudo original referente

aos profissionais de saúde. Os fatores que elevaram este índice foram os relacionados a defesa dos direitos as famílias e comunidade, defesa de cuidados acessíveis, cuidados culturalmente competentes e defesa de cuidados de qualidade. Reforçando neste estudo a grande importância que a atenção básica tem no Brasil enquanto porta de entrada preferencial nos serviços de saúde.

Esses achados demonstram a influência dos conhecimentos e experiências adquiridas durante a formação dos profissionais enfermeiros para ampliar as possibilidades de engajamento na advocacia política.

Nesse sentido, na busca em aprofundar tais evidências, foi desenvolvida a etapa qualitativa do estudo, proporcionando a formulação do quarto artigo, intitulado “Engajamento dos enfermeiros na advocacia política: Construção de um modelo teórico”. Assim, o engajamento dos enfermeiros na advocacia política ocorre por meio da articulação estabelecida entre estes condicionantes e suas dimensões. Os quais são ampliados quando aliados ao compromisso e conhecimento destes profissionais contruídos ao longo da formação.

Um limitador importante a ser destacado se refere ao fato de o estudo ter sido aplicado em somente uma cidade e apenas com profissionais enfermeiros. Ampliar a pesquisa para outros locais, além de incluir outros profissionais de saúde no estudo tende a aumentar as possibilidades de visualização por parte dos gestores quanto ao compromisso destes profissionais de saúde com a advocacia política, a fim de intervirem quando tal prática não está sendo efetiva.

Sugere-se também que o instrumento seja replicado e aperfeiçoado nas mais diferentes instituições de saúde, bem como com outros profissionais, além de ocorrer a aplicação do modelo teórico desenvolvido, a fim de aperfeiçoá-lo conforme a realidade vivenciada nos diferentes contextos de cuidado.

A principal contribuição teórica dessa tese está ligada à tradução e validação da escala para mensuração do nível de engajamento dos enfermeiros na advocacia política. Acredita-se que tanto a utilização da escala validada, quanto a utilização do modelo teórico construído, possam auxiliar os serviços de saúde no processo de avaliação do nível de engajamento dos enfermeiros e demais profissionais na advocacia política. Com possibilidade de traçarem estratégias para ampliar a defesa quando a mesma não está sendo efetiva. Ampliando dessa forma, a capacidade dos profissionais na defesa política.

Acredita-se que o modelo elaborado e o instrumento validado, podem proporcionar uma reflexão no que diz respeito a consolidação da formação dos enfermeiros, enquanto

possibilidade ímpar para ampliar a defesa dos usuários/pacientes nos mais diferentes espaços onde ocorrem os cuidados em saúde.

Tais constatações permitem confirmar a tese de que **os enfermeiros engajados desenvolvem a advocacia política em suas ações de cuidado através do reconhecimento das políticas públicas, das necessidades de saúde da população e do exercício da profissão.**

## REFERÊNCIAS

- ABUALRUB, R. F.; FOUDEH, F. N. Jordanian Nurses' involvement in health policy: perceived benefits and barriers. **International nursing review**, v. 64, n. 1, p. 13-21, 2017.
- ADELMAN, W. et al. Achieving Quality Health Services for Adolescents. **Pediatrics**, v. 138, n. 2, p. 1263-70, 2008.
- AGNEW, R.; REYES, D.; PRIMONO, J. et al. Community Health Needs Assessments: Expanding the Boundaries of Nursing Education in Population Health. **Public Health Nursing**, v. 34, n. 1, p. 69-77, 2017.
- ALBARRAN, J. W. Advocacy in critical care ± an evaluation of the implications for nurses and the future. **Crit Care Nursing**, v. 8, n. 1, p. 47-53, 1992.
- ALMEIDA, D. B.; SILVA, G. T. R.; FREITAS, G. F. Arqueologia discursiva: os saberes contitativos de enfermeiras militantes. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 3, p. 1128-34, 2018.
- AMESTOY, S. C., LOPES, R. F.; SANTOS, B. P. et al. Exercício da liderança do enfermeiro em um serviço de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 38-51, 2015.
- ANDRADE, R. D.; MELLO, F. M.; SILVA, M. A. I. et al. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literature. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 4, p. 738-44, 2011.
- ANNAS, G. J.; HEALEY, J. M. The Patient Rights Advocate: Redefinig the Doctor-Patient Relationship in the Hospital Context. **Vanderbilt Law Review**, v. 27, n. 2, p. 243-69, 1974.
- ANTROBUS, S. Why does nursing need political leaders? **Journal of Nursing Management**, v. 12, n. 4, p. 227-34, 2004.
- ARABI, A.; RAFII, F.; CHERAGHI, M. A. et al. Nurses' policy influence: a concept analysis. **Iran J Nurs Midwifery Res**, v. 19, n. 3, p. 315–22, 2014.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BADOVINAC, K. Policy advocacy for public health practitioners: Workshops on policy change. **Public Health Nursing**, v. 14, n. 5, p. 280-85, 1997.
- BALDWIN, M. A. Patient advocacy: a concept analysis. **Nursing Standard**, v. 17, n.21, p. 33-9, 2003.
- BARBOSA, M. A.; BARRETO, I. S., BRASIL, V. V. et al. Considerações sobre a organização política da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 45, n. 1, p. 6, 2003.
- BARBOSA, V. F. B.; CAPONI, S. N. C.; VERDI, M. I. M. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 20, n. 59, p. 917-28, 2016.

BARLEM, J. G. T.; LUNARDI, V. L.; RAMOS, A. M. et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? Uma perspectiva Foucaultiana. **Texto contexto - enferm**, v. 25, n. 1, e2560014, 2016.

BARLEM, J. G. T.; LUNARDI, J. G.; BARLEM, E. L. D. et al. AÇÕES DOS ENFERMEIROS NO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA. **Texto contexto - enferm**, v. 27, n. 2, e0730014, 2018.

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

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 3º ed. Oxford University Press: New York, NY, 2013.

BENEVENTO, P. J. Advocacia em saúde como conduto ao espaço público de deliberação e exercício do poder. **Âmbito Jurídico**, v. XIII, n. 83, 2010.

BEU, B.; MACILAITH, N.; DUVAL, S. Advocacy day preview from nurse in Washington interns. **AORN Journal**, v. 80, n. 1, p. 129-32, 2004.

BICKENBACH, J. E. Ethics, law, and policy. **Sage**, v. 6, 2012.

BLACK, L. M. Original Research: Tragedy into Policy: A Quantitative Study of Nurses' Attitudes Toward Patient Advocacy Activities. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 111, n. 6, p. 26-35, 2011.

BOSWELL, C.; CANNON, S.; MILLER, J. Nurses' political involvement: Responsibility versus privilege. **Journal of Professional Nursing**, v. 21, n. 1, p. 5-8, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde 8ª**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação Ministério da Saúde; 1987.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da área da Saúde**, Resoluções nº 03, 04/2001. Brasília: Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.** Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

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

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Rio Grande do Sul: dados gerais dos municípios. Brasil: 2015. Brasil, 2012

\_\_\_\_\_. **IBGE.** Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/passo-fundo/panorama>. Acesso em: 10/06/2017.

\_\_\_\_\_. **CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** <http://cnes.datasus.gov.br/> Acesso em: 15 de setembro de 2018.

BREGAR, B.; SAVIC, B. Importance of nursing employees' participation in health care policy development. **Obzornik Zdravstvene Nege**, v. 47, n. 1, p. 18–27, 2013.

BROWN, S. G. Incorporating political socialization theory into baccalaureate nursing education. **Nursing Outlook**, v. 44, n. 3, p. 120-23, 1996.

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

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

BUERHAUS, P. I. Teaching health care public policy. **Nursing & Health Care**, v.13, n. 6, p. 304-09, 1992.

BUEHLER, J. W.; SNYDER, R. L.; FREEMAN, S. L. et al. Its not just insurance: The affordable care act and population health. **Public Health Reports**, v. 111, n. 1, p. 34-38, 2018.

CAMERON, B. L.; CARMARGO, M. P.; SALAS, A. S. et al. Understanding inequalities in access to health care services for Aboriginal people: a call for nursing action. **Advances in Nursing Science**, v. 37, n. 3, p. 1-16, 2014.

CANEL, R. C.; CASTRO, C. G. J. A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 74-85, 2008.

CHAEBO, G.; GUERRA, M.; PINTO, D. M. et al. Constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Aplicação da Técnica de Agrupamento por Clusters. **Latin American Journal of Business Management**, v. 6, n. 2, p. 149-169, 2015.

CNES - **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. <http://cnes.datasus.gov.br/>  
Acesso em: 18 mai 2017.

CARLISLE, S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. **Health Promotion International**, Oxford, v. 15, n. 4, p. 369-76, 2000.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

CAWLEY, T.; MCNAMARA, P. M. Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. **Public Health Nursing**, v. 28, n. 2, p. 150-58, 2011.

CECCIM, R.B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 531-42, 2009.

CHAFEY, K.; RHEA, M.; SHANNON, A. M.; SPENCER, S. Characterizations of advocacy by practicing nurses. **Journal of Professional Nursing**, v. 14, n. 1, p. 43-52, 1998.

COHEN, S. S.; NUZZO, P. M. Advancing health policy in nursing education through service learning. **Advances in Nursing Science**, v. 23, n. 3, p. 28-40, 2001.

COHN, E. G.; JIA, H.; LARSON, E. Evaluation of statistical approaches in quantitative nursing research. **Clinical Nursing Research**, v. 18, n. 3, p. 223-241, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos** - Brasília: CONASS, 2009.

CORRIGAN, P. W.; TORRES A.; LARA, J. L. The healthcare needs of Latinos with serious mental illness and the potential of peer navigators. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 44, n. 4, p. 547-57, 2016.

CRACKEN, A. **Advocacy: It Is Time to Be the Change**. v. 36, n. 3, p. 15-7, 2010.

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

CURTIS, E. A.; GLACKEN, M. Job satisfaction among public health nurses: a national survey. **Journal of Nursing Management**, v. 22, n. 5, p. 653-663, 2014.

DANCEY, C. P. **Estatística sem matemática para psicólogos**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 608 p.

DELANCY, K. R.; NAEGLE, M. A.; VALENTINE, N. M. et al. The effective use of psychiatric mental health nurses in integrated care: policy implications for increasing quality



and access to care. **The Journal of Behavioral Health Services e Research**. v. 45, n. 2, p. 300-309, 2018.

DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M. The compHP core competencies framework for health promotion handbook. **Galway: Health Promotion Research Centre National University of Ireland**. Paris: IUPES, 2011.

DES JARDIN, K. E. Political involvement in nursing - politics, ethics, and strategic action. **AORN Journal**, v. 74, n. 5, p. 613-22, 2001.

DES JARDIN, K. E. Political involvement in nursing - Education and empowerment. **American Operating Room Nurses Journal**, v. 74, n. 4, p. 467-75, 2001a.

DEVITT, P.; KELLY, B. D. A human rights foundation for ethical mental health practice. **Irish Journal of Psychological Medicine**, p. 1-8, 2016.

DOUGLAS, M. K.; ROSENKOETTER, M.; PACQUIÃO, D. F. et al. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. **Journal of Transcultural Nursing**. 2014; 25(2):109-21.

DUNCAN, S. M.; THORNE, S.; KENNY, J. V. N. et al. Policy analysis and advocacy in nursing education: The Nursing Education Council of British Columbia framework. **Nurse Education Today**, v. 32, n. 4, p. 432-37, 2012.

EKLOF, N.; HUPLI, M.; LEINO, K. H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. **Public Health Nursing**. v. 32, n. 1, p. 143-50, 2015.

EKLUND, A. J.; PETZALL, K.; BOJO, A. K. S. et al. Swedish registered nurses' and nurse managers' attitudes towards patient advocacy in community care of older patients. **Journal of nursing management**. v. 21, n. 5, p. 753-61, 2013.

EVANGELISTA, B. P.; NUNES, E. M.; BARRETO, A. P. S. V. et al. Comparative Analysis of Humanization Present in Nursing Assistance Between Brazil and New York: a Lived Experience. **International Archives of Medicine**, v. 10, n. 110, p. 1-10, 2017.

FALK, R. A. Speaking truth to power: Nursing's legacy and moral imperative. **Advances in Nursing Science**, v. 28, n. 3, p. 212-23, 2005.

FAN, Y.; ZHENG, Q.; LIU, S. et al. Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. **J Nurs Maneg**, v. 25, n. 5, p. 646-655, 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba, Positivo, 2010.

FIGUEIRA, A. B.; BARLEM, E. L. D.; BARLEM, J. G. T. et al. Ações de advocacia em saúde e empoderamento dos usuários por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 52, e. 03337): 1-8, 2018.

FLYNN, L.; VERMA, S. Fundamental components of a curriculum for residents in health advocacy. **Medical Teacher**, v. 30, n. 7, p. 178-83, 2008.

FOLEY, B. J.; MINICK, M. P.; KEE, C. C. How nurses learn advocacy. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 34, n. 2, p. 181-86, 2002.

FOWLER, M. D. Social advocacy: ethical issues in critical care. **Heart and Lung**, v. 18, n. 1, p. 97-9, 1989.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. **Projeto Pedagógico Institucional**. Plano de Desenvolvimento Institucional 2011 - 2022. Rio Grande: FURG, 2011.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. **Hospital Universitário. Conheça o HU**. Disponível em: [http://www.hu.furg.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=17&Itemid=1](http://www.hu.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=1). Acesso em: 20 jun 2017.

FU, Y. The Application and Practice of Humanistic Care in the Emergency Department. **Journal of Nursing**, v. 5, n. 3, p. 1-3, 2016.

GADOW, S. Relational narrative: the postmodern turn in nursing ethics. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, v. 13, n. 1, p. 57-70, 1999.

GADOW, S. Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. **Nursing images and ideals**, 1980.

GANDRA, E. C. **A defesa da saúde e a atuação política do enfermeiro: competências para a promoção da saúde na formação profissional**. 2014. 161 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2014.

GANIAH, A. N.; MAHMOUD, A. H.; ALHADIDI, M. M. B. Mental Health Nurses Attitudes and Practice Toward Physical Health Care in Jordan. **Community Mental Health Journal**, v. 53, n. 6, p. 725-735, 2017.

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

GOODMAN, J. M.; MORGAN, A. A.; HODGSON, J. L. et al. From private practice to academia: Integrating social and political advocacy into every MFT identity. **Journal of Marital and Family Therapy**, v. 44, n. 1, p. 32-45, 2017.

GOMES, P. H. **O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos**. 2016. Tese de Doutorado.

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

HALCOMB, E.; ASHLEY, C. Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 1, p. 535-545, 2017.

HALL-LONG, B. Nursing and public policy: A tool for excellence in education, practice, and research. **Nursing Outlook**, v. 57, n. 2, p. 78-83, 2009.

HALPERN, I. M. Reflections of a health policy advocate: The natural extension of nursing activities. **Oncology Nursing Forum**, v. 29, n. 9, 1261-63, 2002.

HANKS, R. G. Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. **Nursing Forum**, v. 42, n. 4, p. 171-77, 2007.

HANKS, R. G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 1, p. 255-67, 2010.

HARRIS, B.; EYLES, J.; KEKANA, P. et al. Bringing justice to unacceptable health care services? Street-level reflections from urban South Africa. **International Journal of Transitional Justice**, v. 8, n. 1, p. 141-61, 2014.

HARRISON, E.; FALCO, S. M. Health disparity and the nurse advocate: reaching out to alleviate suffering. **Advances in Nursing Science**, v. 28, n. 3, p. 252-64, 2005.

HAYATI, D; KARAMI, E.; SLEE, B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. **Social Indicators Research**, v.75, n. 1, p. 361 - 94, 2006.

HEARNE, S. A. Practice-based teaching for health policy action and advocacy. **Public Health Reports**, v. 123, n. 2\_suppl, p. 65-70, 2008.

HEARRELL, C. L. Advocacy: nurses making a difference. **Journal of Emergency Nursing**, v. 37, n. 1, p. 73-4, 2011.

HEWITT, J. A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n. 5, p. 439-45, 2002.

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

HULLEY, S. B. CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HUNTER, A.; WILSON, L.; STANHOPE, M. et al. Global health diplomacy: An integrative review of the literature and implications for nursing. **Nurs Outlook**, v. 61, n. 2, p. 85-92, 2013.

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

HYUN, M. S.; KIM, H.; NAM, K. A. Effects of an empowerment program for community-dwelling people with mental illness in South Korea. **Perspect Psychiatr Care**, p. 1-8, 2018.

IBRAHIM, S. A.; HASSAN, M. A.; HAMOUDA, S. I. et al. Effect of patients' rights training sessions for nurses on perceptions of nurses and patients. **Nurs Ethics**, v. 24, n.7, p. 856-867, 2017.

ISRAEL, B. A.; COOMBE, C. M.; CHEEZUM, R. R. et al. Community-based participatory research: a capacity-building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities. **American journal of public health**, v. 100, n. 11, p. 2094-102, 2010.

JANSSON, B. S.; NYAMATHI, A.; HEIDEMANN, G. et al. Validation of the Policy Advocacy Engagement Scale for frontline healthcare professionals. **Nurs Ethics**, v. 24, n. 3, p. 362 - 75, 2015.

JANSSON, B. S.; NYAMATHI, A.; HEIDEMANN, G. et al. Predicting Levels of Policy Advocacy Engagement Among Acute-Care Health Professionals. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, v. 17, n. 1, p. 43-55, 2016.

JANSSON, B. S.; NYAMATHI, A.; DUAN, L. et al. Validation of the Patient Advocacy Engagement Scale for Health Professionals. **Research in Nursing & Health**. v. 38, n. 2, p. 162–72, 2015.

JANSSON, B. S.; NYAMATHI, A.; HEIDEMANN, G. et al. Predicting Patient Advocacy Engagement: A Multiple Regression Analysis Using Data From Health Professionals in Acute-Care Hospitals. **Social Work in Health Care**. v. 54, n. 7, p. 559–81, 2015.

JEZEWSKI, M. A. Culture brokering as a model for advocacy. **Nursing & health care: official publication of the National League for Nursing**, v. 14, n. 2, p. 78-85, 1993.

JOSSE, E. A.; PETZALL, K.; BOJO, A. K. S. et al. Swedish registered nurses' and nurse managers' attitudes towards patient advocacy in community care of older patients. **Journal of Nursing Management**, v. 21, n. 5, p. 753–61, 2013.

KANBARA, S.; YAMAMOTO, Y.; SUGISHITA, T. et al. Japanese experience of evolving nurses' roles in changing social contexts. **International nursing review**. v. 64, n. 2, p. 181-6, 2017.

KAWACHI, I.; NORMAN, D.; DEAN, R. E. Health disparities by race and class: why both matter. **Health Affairs**, v. 24, n. 2, p. 343-52, 2005.

KHADEMI, M.; MOHAMMADI, E.; VANAKI, Z. A grounded theory of humanistic nursing in acute care work environments. **Nurs Ethics**, v. 27, n. 8, p. 908-921, 2017.

KILPATRICK, K., TCHOUAKET, E.; CARTER, N. et al. Structural and process factors that influence clinical nurse specialist role implementation. **Clinical Nurse Specialist**, v. 30, n. 2, p. 89-100, 2016.

KOLAWOLE, I. O. Nurses' perception and patients' validation of nurses advocacy roles in promotion of surgical patients' safety and rights in three hospitals, Ibadan, Nigeria. **West African Journal of Nursing**, v. 28, n. 1, p. 66-84, 2017.

KUBSCH, S. M.; STERNARD, M. J.; HOVARTER, R. et al. A holistic model of advocacy: factors that influence its use. **Complementary Therapies in Nursing and Midwifery**, v. 10, n. 1, p. 37-45, 2004.

LAMBROU, P.; MERKOURIS, A.; MIDDLETON, N.; PAPASTAVROU, E. Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. **Health Science Journal**, v. 8, n. 1, p. 298-317, 2014.

LAPÃO, L. V.; ARCÊNCIO, R. A.; POPOLIN, M. P. et al. Atenção Primária à Saúde na coordenação das redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 713-724, 2017.

LAURELL, A. C. Universal health coverage in Latin America. **Lancet**, v. 9, n. 2, p. 54-55, 2016.

LEWIS, J. A.; RATTS, M. J.; PALADINO, D. A. et al. Social justice counseling and advocacy: Developing new leadership roles and competencies. **Journal for Social Action in Counseling and Psychology**, v. 3, n. 1, p. 5-16, p. 2011.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev soc política**, 2013; v. 21, n. 48, p. 101-10, 2013.

LOR, M.; CANDIDATE, N. C.; CANDIDATE, A. T. A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. **Nurs Outlook**, v. 64, n. 4, p. 352-366, 2016.

LUTZEN, K.; NORDSTROM, G.; EVERTZON, M. Moral Sensitivity in Nursing Practice. **Scand J Caring Sci**, v. 9, n. 3, p. 131-138, 1995.

MACDONALD, H. Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 57, n. 2, p. 119-26, 2007.

MACDONALD, J. A.; EDWARDS, N.; DAVIES, B. et al. Priority setting and policy advocacy by nursing associations: A scoping review and implications using a socio-ecological whole systems lens. **Health Policy**, v. 107, n. 1, p. 31-43, 2012.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L.; QUEIROZ, D. T. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

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

MALLIK, M. Advocacy in nursing - a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 25, n. 1, p. 130-38, 1997.

\_\_\_\_\_. Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the United Kingdom. **Journal of Advanced Nursing**, v. 28, n. 5, p. 1001-11, 1998.

MALLIK, M.; RAFFERTY, A. M. Diffusion of the concept of patient advocacy. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 32, n. 4, p. 399-404, 2000.

MARROCO, A.; KROUSE, H. J. Obstacles to preventive care for individuals with disability: Implications for nurse practitioners. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**. v. 29, n. 5, p. 282-293, 2017.

MASON, D.; LEAVITT, J. K.; CHAFFEE, M. W. Policy and politics: A framework for action. **Policy and politics in nursing and health care**, v. 5, p. 1-16, 2007.

MASOUDI, R.; ABEDI, H.; ABEDI, P. et al. The perspectives of Iranian patients with multiple sclerosis on continuity of care: a qualitative study. **J Nurs Res**, v. 23, n. 2, p. 145-152, 2015.

MAZZO, A.; SOUZA, V. D.; JORGE, B. M. et al. Qualidade e segurança do cuidado de enfermagem ao pte usuario de cateterismos urinario intermitente. **Esc Anna Nery**. V. 21, n. 2, e20170045, 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Cienc Saude Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENDES, I. A. C.; VENTURA, C. A. A.; TREVIZAN, M. A. et al Lições aprendidas com o trabalho em Rede em Enfermagem e Obstetrícia. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. esp, p. 90-4, 2013.

MENDES, I. A. C.; VENTURA, C. A. A.; TREVISAN, M. A. et al. Educação, liderança e parcerias: potencialidades da enfermagem para a cobertura universal de saúde. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 24, n. esp, p. 1-9, 2016.

MENDES, I. A. C.; VENTURA, C. A. A.; FUMINCELLI, L. Nursing and Global Health: social determinants of health in the training of nurses. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 1, p. 1700-05, 2018.

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

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

NADKARNI, V. V.; SINHA, R. Transforming social work education in India: integrating human rights. **Journal of Human Rights and Social Work**, v. 1, n. 1, p. 9-18, 2016.

NELSON, M. L. Advocacy in nursing. **Nursing Outlook**, v. 36, n. 3, p. 136-41, 1988.

OLIVEIRA, C.; AMÉLIA, M.; SILVA, R. Advocacia em enfermagem: contribuição para a reorientação do modelo assistencial no Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. supl, p. 748-51, 2018.

OLSAN, T. H.; BIANCHI, C.; WHITE, P. et al. Finding electronic information for health policy advocacy: A guide to improving search results. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, n. 12, p. 648 – 58, 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PARENT, K.; JONES, F.; PHILIPS, L. et al. Teaching Patient-and Family-Centered Care: Integrating Shared Humanity into Medical Education Curricula. **AMA Journal of Ethics**, v. 18, n. 1, p. 24-32, 2016.

PARR, J. R. The role of the advanced practice nurse in the treatment of addiction disorders: advocacy, leadership, lobbying to influence public policy. **Kentucky Nurse**, v. 63, n. 2, p. 5-6, 2015.

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

PHILIPS, C. D.; REAM, K. A. Nurses becoming political advocates. **Journal of Emergency Nursing**, v. 38, n. 5, p. 470 – 71, 2012.

PINTO, I. C. M.; VIEIRA, S. L. M.; BAPTISTA, T. V. F. et al. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: Problematização, Construção da Agenda, Institucionalização, Formulação, Implementação e Avaliação. In: Paim JS, Almeida-Filho N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PLUYE, P.; GAGNON, M. P.; GRIFFITHS, F. et al. A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. **International journal of nursing studies**, v. 46, n. 4, p. 529-46, 2009.

PRETO, V. A.; BATISTA, J. M. F.; VENTURA, C. A. A. et al. Reflecting on nursing contributions to global health. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. SPE, p. 267-70, 2015.

PRIMOMO, J. Changes in political astuteness after a health systems and policy course. **Nurse Educator**, v. 32, n. 6, p. 260-64, 2007.

RODRIGUES, B. G.; LIMA, C. A.; CARDOSO, N. R. et al. Gerenciamento da assistência de enfermagem: estudo de caso na clínica médica de um hospital universitário. **Gestão Saúde**, v. 5, n. 1, p. 253-262, 2014.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de saúde da família: à construção de um novo modelo de assistência. **Rev Lat Am Enferm**, v. 13, n. 6, p.1027-34, 2005.

ROSSETTI, J.; FOX, P. G.; BURNS, K. Advocating for the rights of the mentally ill: a global issue. **The International Journal of Psychiatric Nursing Research**, v. 11, n. 1, p. 1211-7, 2005.

ROSSETTI, J.; MUSKER, K.; SMITH, T. et al. Using Findings From the Human Rights Authority Reports to Inform Psychiatric Nursing Practice. **J Am Psychiatr Nurses Assoc**, v. 20, n. 3, p. 187-193, 2014.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, 1191-209, 2012.

SANCHEZ, S. L. R. The nurse and patient: it is a fiduciary-advocacy relationship? **Journal of Nursing Law**, v. 4, n. 1, p. 35-51, 1997.

SANTOS, C. S.; SANTOS, I. G.; SOUZA, J. S. et al. O ASSISTENTE SOCIAL E A SAÚDE NO BRASIL: àa importância do trabalho em rede. **Maiêutica-Serviço Social**, v. 3, n. 1, p. 83-94, 2016.

SANTOS, F. P. A.; ACIOLI, S.; RODRIGUES, V. P. Práticas de Cuidado da Enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1124-31, 2016.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-80, 2013.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO, G. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

SCHROEDL, A. Reducing racial/ethnic health care disparities through innovation and nursing advocacy. **The Internet Journal of Advanced Nursing Practice**, v. 11, n. 2, p. 1-5, 2012.

SCHWARTZ, R.; GOODMAN, R.; STECKLER, A. Policy advocacy interventions for health promotion and education: Advancing the state of practice. **Health Education & Behavior**, v. 22, n. 4, p. 421-6, 1995.

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

SHAMIANI, J. O papel da enfermagem na atenção à saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 6, p. 869-70, 2014

SHARIFF, N. J. Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. **BMC Nursing**, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2014.

SHARIFF, N. J. Empowerment model for nurse leaders' participation in health policy development: an east African perspective. **BMC Nursing**, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2015.

SHAW, F. E. The Patient Protection and Affordable Care Act: opportunities for prevention and public health. **Lancet**, v. 384, n. 9937, p. 75-82, 2014.

SILVA, R. A. Qualidade da atenção à saúde de portadores de HIV: opinião de profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5068-5073, 2016.

SILVA, J. O. M.; PEREIRA, G. A. J.; COELHO, I. C. M. M. et al. Engajamento entre Estudantes do Ensino Superior nas Ciências da Saúde (Validação do Questionário Utrecht Work Engagement Scale (UWES-S) com Estudantes do Ensino Superior nas Ciências da Saúde). **Rev. bras. educ. med**, v. 42, n. 2, p. 15-25, 2018.

SILVA, J. O. M.; PEREIRA, G. A.; COELHO, I. C. M. M. et al. Engajamento entre estudantes do Ensino superior nas ciências da saúde (Validação do questionário Utrecht



Work Engagement Scale (UWES-S) com estudantes do Ensino superior nas ciências da saúde. **Rev. bras. Educ. med.**, v. 42, n. 2, p. 15-25, 2018.

SILVEIRA, L. R.; RAMOS, F. R S.; SCHNEIDER, D. G. et al. Sofrimento moral em enfermeiros dos departamentos de fiscalização do Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 454-62, 2016.

SIMS, S.; LEAMY, M.; DAVIES, N. et al. Realist synthesis of intentional rounding in hospital wards: exploring the evidence of what works, for whom, in what circumstances and why. **BMJ Qual Saf.** 2018, 27(9):743-57.

SNOWBALL, J. Asking nurses about advocating for patients: reactive and proactive accounts. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 1, p. 67-75, 1996.

SOARES, M. I.; CAMELO, S. H. H.; RESCK, Z. M. R. et al. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 4, p. 676-683, 2016.

SOUZA, C.; KALINY, R.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 9, n. 2, p. 120-128, 2016.

SPENCELEY, S.M. Nursing and evidence-based health policy: A critical look. **Nursing and Health Policy Review**, v. 3, n. 1, p. 19-33, 2004.

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

STAFFORD, S.; SELDAK, T.; FOK, M. C. et al. Evaluation of resident attitudes and self-reported competencies in health advocacy. **BMC Medical Educational**, v. 10, n. 1, p. 2-7, 2010.

STAEBLER, S.; CAMPBELL, J.; CORNELIUS, P. et al. Policy and political advocacy: Comparison study of nursing faculty to determine current practices, perceptions, and barriers to teaching health policy. **Journal of Professional Nursing**, v. 33, n. 5, p. 350-355, 2017.

STRANDAS, M.; BONDAS, T. The nurse–patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. **J Adv Nurs**, v. 74, n. 1, p. 11-22, 2018.

TAYLOR, M. R. S. Impact of Advocacy Initiatives on Nurses' Motivation to Sustain Momentum in Public Policy Advocacy. **Journal of Professional Nursing**, v. 32, n. 3, p. 235-45, 2016.

THOMAS, P. A.; REAGAN, C. S. Teaching students to become active in public policy. **Public Health Nursing**, v. 11, n. 2, p. 75-9, 1994.

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

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; MAZZO, A. et al. Investment in nursing human assets: education and minds of the future. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 467-71, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 2008.

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

VAARTIO, H.; KILPI, H. L.; SUOMINEN, T. et al. Measuring nursing advocacy in procedural pain care - Development and validation of an instrument. **Pain Management Nursing**, v. 10, n. 4, p. 206-19, 2009.

VENTURA, C. A. A.; MELLO, D. F.; ANDRADE, R. D. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 6, p. 893-98, 2012.

VIEGAS, F. S. M.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, 2013.

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

VITORINO, E. V. A competência em informação e a vulnerabilidade: construindo sentidos à temática da “vulnerabilidade em informação”. **Ciência da Informação**. v. 47, n. 2, p.71-85, 2018.

WADELL, A.; AUDETTE, K.; DELONG, A. et al. A hospital-based interdisciplinary model for increasing nurses' engagement in legislative advocacy. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, v. 17, n. 1, p. 15-23, 2016.

WATSON, C. L.; O'CONNOR, T. Legislating for advocacy: The case of whistleblowing. **Nurs Ethics**, v. 24, n. 3, p. 305-12, 2015.

WEST, E.; SCOTT, C. Nursing in the public sphere: breaching the boundary between research and policy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 4, p. 817-24, 2000.

WILLMAN, J. Advocation for nursing through public policy. **Perioperative Nursing Clinics**, v. 7, n. 4, p. 367-74, 2012.

WILSON L, M. I. A. C.; KLOPPER, H; CATRAMBONE, C. Global health'and 'global nursing': Proposed definitions from The Global Advisory Panel on the Future of Nursing. **Journal of Advanced Nursing**. v. 72, n. 7, p. 1529-40, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation**. World Health Organization: Geneva, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Scaling up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the achievement of the MDGs: Global programme of work**

**2008-2009.** Geneva, Switzerland; 2008. (WHO/HRH/HPN/08.5). [Acesso 22 jun 2017]; Disponível em: <http://digicollection.org/hss/documents/s15843e/s15843e.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services (SDNM) 2011–2015.** [Internet]. 2010. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/). [Acesso 15 abr 2017].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Confederation of Midwives (ICM). International Council of Nurses (ICN).** Triad Communiqué 17 May 2014 [Internet]. Disponível em: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/meetings/triad/2014/Triad\\_Communique\\_2014.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/meetings/triad/2014/Triad_Communique_2014.pdf). Acesso 20 mar 2016.

YANICKI, S. M.; KUSHNER, K. E.; REUTTER, L. Social inclusion/exclusion as matters of social (in)justice: a call for nursing action. **Nursing Inquiry**, v. 22, n. 2, p. 121-33, 2015.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ de acordo com o Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada “O ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS NA ADVOCACIA POLÍTICA”. A metodologia utilizada no estudo prevê uma etapa qualitativa e outra quantitativa. Sendo que os mesmos terão por objetivo “Analisar o engajamento dos enfermeiros na advocacia política”. Pesquisador responsável: Professor Doutor Enfermeiro Edison Luiz Devos Barlem.

Declaro que fui informado:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- De que os resultados do trabalho transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
- De que caso a participação no estudo me cause algum risco emocional, como ser gerador de tristezas e angústias, serei atendido por psicóloga do NEPES/FURG.
- De que minha participação no estudo poderá trazer como benefícios reflexões que podem me capacitar mais a defesa política dos usuários/pacientes. Pode ainda gerar subsídios aos profissionais enfermeiros a fim de que estes tenham uma visão mais abrangente da advocacia política.

Este documento está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assinado em duas vias. Ficará uma com o docente responsável pela pesquisa e a outra via será entregue ao participante.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

<b>Enf<sup>a</sup> Aline Belletti Figueira (53)</b> <b>981098020</b>	<b>Assinatura do Entrevistado</b>
---	-----------------------------------

## APÊNDICE B - GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Idade:

Sexo:

Ano de formação:

Formação complementar:

Tempo de experiência profissional:

Tempo de trabalho:

### QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1. Como vês teu trabalho como enfermeiro no dia a dia? Qual a relação deste trabalho com as políticas públicas de saúde? Exemplifique.
2. Poderias descrever situações vivenciadas no trabalho, em que acreditas que advogou politicamente?
3. Nessa (s) situação(ões), a vivência foi positiva ou negativa? Houve repercussão ...
4. Quais os preditores para atuar na advocacia política?
5. Quais fatores contribuíram para o exercício da advocacia política na (s) situação (ões) vivenciadas?
6. O fato de advogar politicamente te trouxe alguma consequência no ambiente de trabalho? Em caso afirmativo, como reagiste frente a isso?
7. Consideras que algo deveria ser implementado no intuito de auxiliar os enfermeiros a exercerem a advocacia política? Poderias falar sobre isso.
8. O que significa para ti exercer a advocacia política?
9. Consegues desenvolver as ações de enfermagem conforme acreditas ser necessário / ético? Explique:
10. Que barreiras encontras frente suas ações como enfermeiro?
11. O que fazes como enfermeiro para enfrentar estas barreiras?
12. Quais os elementos facilitadores das tuas ações de cuidado como enfermeiro a partir da advocacia política?
13. Poderias descrever situações em que foi necessária tua atuação como enfermeiro no sentido de defender as necessidades e interesses do usuário?
14. Como te sentes frente situações cotidianas que talvez não consigas resolver enquanto enfermeiro? Como isso reflete em ti, referente a questões profissionais e pessoais?
15. Nas tuas ações/decisões cotidianas encontras apoio da equipe multiprofissional?

**APÊNDICE C – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO ENCAMINHADO ÀS INSTITUIÇÕES****SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Prezados Senhores,

Como discente do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, orientada pelo Prof Dr Edison Luiz Devos Barlem, venho por meio deste, solicitar à vossa autorização para desenvolver à pesquisa intitulada **“O ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS NA ADVOCACIA POLÍTICA”**, com enfermeiros que trabalhem na instituição. Sendo que o projeto terá como objetivo: Analisar o engajamento dos enfermeiros na advocacia política.

Declaramos que em nenhuma situação os enfermeiros entrevistados ou a instituição serão submetidos (as) a situações constrangedoras ou serão expostos (as) de forma desnecessária a qualquer tipo de risco físico e/ou emocional. Nos comprometemos a garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos participantes envolvidos. Assumindo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo seja concluído. Ressalto ainda, que estaremos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. A participação da instituição é imprescindível para o sucesso deste trabalho. Na certeza de contar com o seu apoio, já agradeço desde agora por esta oportunidade.

Atenciosamente,

Aline Belletti Figueira (53-981098020)

Edison Luiz Devos Barlem

Ciente. De acordo.

Data:

Responsável pela instituição: \_\_\_\_\_

Chefia de Enfermagem: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO VERSÃO TRADUZIDA

### ESCALA DE ENGAJAMENTO NA DEFESA POLÍTICA

#### Variável dependente

**1. “Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você se empenhou na defesa dos pacientes com relação a cada uma das questões numeradas abaixo?”**

- 1.1 Os direitos éticos dos pacientes podem estar em risco.
- 1.2. A qualidade do cuidado dos pacientes pode estar em risco.
- 1.3. O cuidado dos aspectos culturais dos pacientes pode estar ausente.
- 1.4. Os cuidados preventivos dos pacientes podem estar ausentes.
- 1.5. Os cuidados de baixo custo ou acessíveis dos pacientes podem estar problemáticos.
- 1.6. O cuidado das condições de saúde mental dos pacientes pode estar ausente.
- 1.7. Os cuidados comunitários de saúde dos pacientes podem estar ausentes.

#### Variáveis independentes

**2. Escala de compromisso de defesa política (“compromisso ético”)**

**“Até que ponto você acredita que os membros da sua profissão:”**

- 2.1. Têm um dever ético de se envolver na defesa política?
- 2.2. São obrigados pelo Código de Ética da sua profissão a se envolver na defesa política?
- 2.3. Devem modificar as políticas organizacionais, incluindo seus orçamentos e procedimentos, para tornar a defesa dos direitos do paciente menos necessária?
- 2.4. Devem desenvolver programas multiprofissionais de treinamento para aprimorar as competências da defesa política?
- 2.5. Devem trabalhar para corrigir falhas nas atuais políticas públicas?

**3. Escala de interesse de defesa política (“interesse”)**

**“Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você desejou estar preparado para se envolver mais na defesa política relacionada a cada uma das questões numeradas abaixo?”**

- 3.1. Os direitos éticos dos pacientes podem estar em risco.
- 3.2. A qualidade do cuidado dos pacientes pode estar em risco.
- 3.3. O cuidado dos aspectos culturais dos pacientes pode estar ausente.
- 3.4. Os cuidados preventivos dos pacientes podem estar ausentes.
- 3.5. Os cuidados de baixo custo ou acessíveis dos pacientes podem estar problemáticos.
- 3.6. O cuidado das condições de saúde mental dos pacientes pode estar ausente.
- 3.7. Os cuidados comunitários de saúde dos pacientes podem estar ausentes.

**4. Escala de competências de defesa política (“competências”)**

**“Por favor, avalie até que ponto você tem as seguintes competências de defesa política. Eu tenho a competência para:”**

- 4.1. Influenciar outras pessoas para trabalhar comigo para modificar políticas específicas.
- 4.2. Iniciar intervenções capazes de modificar as políticas.
- 4.3. Negociar ou barganhar para alcançar minhas metas políticas.
- 4.4. Mediar conflitos.
- 4.5. Dialogar com líderes comunitários.
- 4.6. Comunicar-se com autoridades públicas.
- 4.7. Ajudar os pacientes a se tornar defensores das políticas.
- 4.8. Discutir tipos específicos de questões não resolvidas de pacientes com os gestores.
- 4.9. Modificar políticas em meu hospital.
- 4.10. Estabelecer sessões de treinamento multiprofissional em meu hospital.

- 4.11. Desenvolver uma melhor coordenação entre diferentes unidades ou departamentos.  
 4.12. Fazer sugestões de orçamento em meu hospital.  
 4.13. Modificar protocolos ou procedimentos operacionais em meu hospital.

**5. Escala de receptividade organizacional (“receptividade organizacional”)**

**“Até que ponto:”**

- 5.1. Você foi excluído das discussões sobre questões não resolvidas de pacientes?  
 5.2. Você é convidado a participar de estudos de caso sobre pacientes?  
 5.3. Há uma atmosfera que o convida a questionar a resolução de problemas não resolvidos de pacientes específicos?  
 5.4. Você enfrenta comportamento hostil de outros profissionais? (Codificado inverso)  
 5.5. A discussão dedicada aos problemas não resolvidos dos pacientes em seu ambiente por parte de profissionais de saúde, supervisores e gestores é suficiente?  
 5.6. Os médicos assistentes ou especialistas dos pacientes pedem para você reunir informações de pacientes relevantes para problemas específicos não resolvidos?  
 5.7. Os médicos assistentes ou especialistas pedem para você reunir informações importantes de familiares, amigos ou de terceiros que estejam ligadas aos problemas não resolvidos dos pacientes?  
 5.8. Os médicos assistentes ou especialistas dos pacientes discutem com você problemas não resolvidos dos pacientes quando existem diferentes linhas de atuação em um caso?  
 5.9. Os médicos assistentes ou especialistas dos pacientes encorajam você a informá-los quando você percebe os problemas não resolvidos dos pacientes?  
 5.10. Você é encorajado pelos médicos assistentes ou especialistas a se envolver em uma série de problemas não resolvidos dos pacientes?  
 5.11. Os membros da sua profissão são encorajados a fazer encaminhamentos a comitês de ética relativos a problemas não resolvidos?  
 5.12. As opiniões dos membros da sua profissão no que diz respeito aos problemas não resolvidos são solicitadas pelos comitês de ética?  
 5.13. Os tipos específicos de problemas não resolvidos dos pacientes são abordados pelas equipes multiprofissionais (por exemplo, médicos, assistentes sociais e enfermeiros)?  
 5.14. Você é um membro integrante das discussões sobre os problemas não resolvidos dos pacientes?  
 5.15. Quando os enfermeiros, assistentes sociais e médicos residentes discutem sobre os problemas não resolvidos dos pacientes, eles participam de forma igualitária?

**6. Escala de suporte tangível de defesa política (“suporte tangível”)**

**“Avalie até que ponto você concorda com as seguintes declarações:”**

- 6.1. A defesa política faz parte da descrição do meu trabalho.  
 6.2. Meu supervisor me incentiva a me envolver na defesa política.  
 6.3. O meu supervisor me apoia quando enfrento repercussões negativas decorrentes da minha defesa política.  
 6.4. Eu acredito que meu supervisor virá em minha defesa se eu for criticado por praticar a defesa política.  
 6.5. Eu acredito que os gestores estão cientes dos problemas não resolvidos.

**7. Percepção da eficácia da escala de defesa política (“eficácia percebida”)**

**“Avalie até que ponto você acredita que a defesa política é eficaz na melhoria das políticas dos cuidados de saúde em:”**

- 7.1. Ambientes organizacionais?  
 7.2. Ambientes comunitários?  
 7.3. Ambientes governamentais?

**8. Questão Final**

- 8.1 De forma geral, desenvolvo ações de advocacia política em meu cotidiano de trabalho



**ANEXO I – INSTRUMENTO VERSÃO ORIGINAL**  
**POLICY ADVOCACY ENGAGEMENT SCALE – versão original**

**(Jansson, 2016)**

<p>1. <i>“During the last 6 months, how often have you engaged in patient advocacy related to each of the numbered issues below?”</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patients’ ethical rights may be at risk.</li> <li>2. Patients’ quality of care may be at risk.</li> <li>3. Patients’ cultural content of care may be lacking.</li> <li>4. Patients’ preventive care may be lacking.</li> <li>5. Patients’ affordable or accessible care may be problematic.</li> <li>6. Patients’ care for mental health conditions may be lacking.</li> <li>7. Patients’ community-based healthcare may be lacking.</li> </ol>
<p>2. <i>“To what extent do you believe that members of your profession:”</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Have an ethical duty to engage in policy advocacy?</li> <li>2. Are mandated by your profession’s Code of Ethics to engage in policy advocacy?</li> <li>3. Should change organizational policies, including their budgets and procedures, to make patient advocacy less necessary?</li> <li>4. Should develop multidisciplinary training programs to enhance policy advocacy skills?</li> <li>5. Should work to correct flaws in current public policies?</li> </ol>
<p>3. <i>“During the last 6 months, how often did you wish you had been able to engage in more policy advocacy related to each of the numbered issues below?”</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patients’ ethical rights may be at risk.</li> <li>2. Patients’ quality of care may be at risk.</li> <li>3. Patients’ cultural content of care may be lacking.</li> <li>4. Patients’ preventive care may be lacking.</li> <li>5. Patients’ affordable or accessible care may be problematic.</li> <li>6. Patients’ care for mental health conditions may be lacking.</li> <li>7. Patients’ community-based healthcare may be lacking.</li> </ol>
<p>4. <i>“Please rate the extent you have the following policy advocacy skills. I have the skill to:”</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Influence other people to work with me to change specific policies.</li> <li>2. Initiate policy changing interventions.</li> <li>3. Negotiate or bargain to achieve my policy goals.</li> <li>4. Mediate conflicts.</li> <li>5. Talk with community leaders.</li> <li>6. Communicate with public officials.</li> <li>7. Help patients become policy advocates.</li> <li>8. Discuss specific kinds of unresolved patient issues with hospital administrators.</li> <li>9. Change policies in my hospital.</li> <li>10. Establish multidisciplinary training sessions in my hospital.</li> <li>11. Develop better coordination between different units or departments of my hospital.</li> <li>12. Make budget suggestions in my hospital.</li> <li>13. Change protocols or operating procedures in my hospital.</li> </ol>
<p>5. <i>“To what extent:”</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Have you been excluded from discussions about unresolved patient problems?(reverse coded)</li> <li>2. Are you invited to participate in case conferences about patients with specific unresolved problems?</li> <li>3. Is there an atmosphere that invites you to question the resolution of unresolved problems with specific patients?</li> </ol>

4. Do you experience hostile behaviors from other professionals? (reverse coded)
  5. Is sufficient discussion devoted to patients' unresolved problems in your setting by health-care professionals, supervisors, and administrators?
  6. Do patients' attending or consulting physicians ask you to gather information from patients relevant to specific unresolved problems?
  7. Do patients' attending or consulting physicians ask you to gather information from family members, friends, or significant others that is connected to patients' unresolved problems?
  8. Do patients' attending or consulting physicians confidentially discuss with you patients' unresolved problems when several courses of action exist in a specific case?
  9. Do patients' attending or consulting physicians encourage you to inform them when you see patients' unresolved problems?
  10. Are you encouraged by attending or consulting physicians to become involved in a range of patients' unresolved problems?
  11. Are members of your profession encouraged to make referrals to ethics committees related to one of the unresolved problems?
  12. Are views of members of your profession solicited by ethics committees with regard to unresolved problems?
  13. Are specific kinds of patients' unresolved problems addressed by multidisciplinary teams (e.g., physicians, social workers, and nurses)?
  14. Are you an integral member of discussions about patients' unresolved problems?
  15. When nurses, social workers, and medical residents participate in discussion about patients' unresolved problems, do they participate as co-equals?
6. *"Please rate the extent you agree with the following statements:"*
1. Policy advocacy is part of my job description.
  2. My supervisor encourages me to engage in policy advocacy.
  3. My supervisor supports me when I experience negative repercussions resulting from my policy advocacy.
  4. I believe my supervisor will come to my defense if I am criticized for doing policy advocacy.
  5. I believe administrators are aware of unresolved problems.
7. *"Please rate the extent you believe that policy advocacy is effective in improving health-care policies in:"*
1. Organizational settings?
  2. Community settings?
  3. Governmental settings?

**The anchors are:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
NEVER or NOT AT ALL	...	ALMOST IDEAL	ALWAYS	or A GREAT

(JANSSON et al, 2016)

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



**CEPAs / FURG**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER N° 67/2016**

**CEPAS 29/2016**

**Processo:** 23116.004083/2016-80  
**CAAE:** 56665016.5.0000.5324

**Título da Pesquisa:** SENSIBILIDADE MORAL, ADVOCACIA DO PACIENTE E SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM: DESAFIOS DA FORMAÇÃO E IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

**Pesquisador Responsável:** Edison Luiz Devos Barlem

### **PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 60/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**SENSIBILIDADE MORAL, ADVOCACIA DO PACIENTE E SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM: DESAFIOS DA FORMAÇÃO E IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL**".

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

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

Data de envio do **relatório final**: 30/06/2019.

Rio Grande, RS, 08 de julho de 2016.

*Eli Sinnott Silva*

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG