

AÇÕES E BARREIRAS PARA A DEFESA DO PACIENTE POR ENFERMEIROS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ACTIONS AND BARRIERS TO THE DEFENSE OF THE PATIENT BY NURSES IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ACCIONES Y BARRERAS A LA DEFENSA DEL PACIENTE POR PARTE DE LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mayara Souza Manoel¹
Daniela de Oliveira Cardozo²
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³
Aline Vanessa da Silva Martins⁴
Laura Cavalcanti de Farias Brehmer⁵
Dulcinéia Ghizoni Schneider⁶

Como citar este artigo: Manoel MS, Cardozo DO, Vargas MAO, Martins AVS, Brehmer LCF, Schneider DG. Ações e barreiras para a defesa do paciente por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva. Rev baiana enferm. 2022;36:e46565.

Objetivo: analisar ações e barreiras dos enfermeiros intensivistas para o exercício da advocacia do paciente. **Método:** estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa. Os dados foram coletados entre agosto 2018 e fevereiro de 2019, com 75 enfermeiros intensivistas brasileiros. Solicitou-se aos participantes que listassem três situações vivenciadas de necessidade de defesa do paciente cujo resultado foi positivo para o enfermeiro e três situações de necessidade de defesa do paciente cujo resultado foi negativo para o enfermeiro. Os dados foram organizados consoante a Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** emergiram 3 categorias e 10 subcategorias relacionadas às ações dos enfermeiros, além de 4 categorias e 13 subcategorias relacionadas às barreiras encontradas. **Considerações Finais:** o estudo demonstrou as ações que visibilizaram a atuação autônoma dos enfermeiros intensivistas no exercício da advocacia do paciente e que o exercício de advogar deve buscar superar a imposição de barreiras diariamente encontradas, capazes de impactar na qualidade da assistência.

Descritores: Defesa do Paciente. Ética. Unidades de Cuidados Intensivos. Enfermagem. Tomada de Decisões.

¹ Enfermeira. Residente Multiprofissional em Saúde da Família na Prefeitura de Florianópolis. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. mayarasmanoel@hotmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-7241-9383>.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-4796-9105>.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>.

⁴ Enfermeira. Especialista em Nefrologia. Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen. Nefrocare Terapia Renal Avançada. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0859-1154>.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-9965-8811>.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4842-2187>.

Objective: to analyze actions and barriers of intensive care nurses to practice the patient's advocacy. Method: exploratory and descriptive study of qualitative nature. Data were collected between August 2018 and February 2019, with 75 Brazilian intensive care nurses. Participants were asked to list three situations experienced in need of defense of the patient whose result was positive for the nurse and three situations of need for defense of the patient whose result was negative for the nurse. The data were organized according to thematic content analysis. Results: 3 categories and 10 subcategories related to the actions of nurses emerged, in addition to 4 categories and 13 subcategories related to the barriers found. Final Considerations: the study demonstrated the actions that visualized the autonomous performance of intensive care nurses in the practice of the patient's advocacy and that the practice of advocating should seek to overcome the imposition of daily barriers found, capable of impacting on the quality of care.

Descriptors: Patient Advocacy. Ethics. Intensive Care Units. Nursing. Decision Making.

Objetivo: analizar las acciones y barreras de las enfermeras de cuidados intensivos para practicar la defensa del paciente. Método: estudio exploratorio y descriptivo de carácter cualitativo. Los datos fueron recolectados entre agosto de 2018 y febrero de 2019, con 75 enfermeras brasileñas de cuidados intensivos. Se pidió a los participantes que enumeraran tres situaciones experimentadas en necesidad de defensa del paciente cuyo resultado fue positivo para la enfermera y tres situaciones de necesidad de defensa del paciente cuyo resultado fue negativo para la enfermera. Los datos se organizaron de acuerdo con el análisis de contenido temático. Resultados: surgieron 3 categorías y 10 subcategorías relacionadas con las acciones de las enfermeras, además de 4 categorías y 13 subcategorías relacionadas con las barreras encontradas. Consideraciones finales: el estudio demostró las acciones que visualizaron el desempeño autónomo de las enfermeras de cuidados intensivos en la práctica de la abogacía del paciente y que la práctica de abogar debe buscar superar la imposición de barreras diarias encontradas, capaces de impactar en la calidad de la atención.

Descriptorios: Defensa del Paciente. Ética. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermería. Toma de Decisiones.

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI), ambientes que oferecem cuidados de alta complexidade durante a internação do paciente de forma ininterrupta, com frequência, exigem tomadas de decisões rápidas e precisas⁽¹⁾. Isso ocorre principalmente devido ao perfil epidemiológico dos pacientes nelas admitidos⁽²⁾. No Brasil, o aumento da gravidade e mortalidade de pacientes demonstrado, exige uma equipe multidisciplinar amplamente qualificada, além de estrutura física com diversas tecnologias e recursos, que, juntos, proporcionem o atendimento de alta complexidade necessário⁽²⁾. Ademais, o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes que se encontram nas UTI auxilia na tomada de decisões e qualifica a assistência⁽³⁾, bem como direciona os conhecimentos a serem obtidos pela equipe de saúde, para que exerça a advocacia do paciente.

O termo advocacia associado à defesa do paciente por enfermeiros foi reconhecido no âmbito internacional apenas na década de 1970, pelo Código de Ética da profissão de enfermagem aprovado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros⁽⁴⁾.

No Brasil, a advocacia por enfermeiros é reconhecida como dever ético e moral de difícil materialização no cotidiano da enfermagem⁽⁴⁾.

Advogar, proveniente do termo latino *advocatus*, significa fornecer evidências. No caso da enfermagem, essas evidências são utilizadas para promover a defesa do paciente. Assim, a advocacia do paciente pode ser considerada um integrante da assistência de enfermagem, a qual possui como objeto epistemológico o cuidado. Entretanto, para exercer esse cuidado, é essencial que a equipe de saúde, o paciente e os familiares estejam empoderados de evidências capazes de promover o melhor processo de recuperação da saúde, atrelado aos objetivos do paciente⁽⁴⁻⁵⁾.

Destaca-se que o ato de advogar pelo paciente está intimamente ligado aos direitos humanos e ao direito à saúde. A ideia de defesa do paciente, bem como de todo cidadão, originou-se com a elaboração, pela Organização das Nações Unidas (ONU), da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948. No Brasil, o direito à saúde e, conseqüentemente, os direitos

do paciente só se tornaram objetos de lei com a Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica nº 8.080, de 1990⁽⁶⁾.

Com o passar dos anos, o tema advocacia do paciente passou a ser introduzido na discussão da literatura nacional associada à enfermagem. No Brasil, um grande avanço nessa discussão foi a validação transcultural da escala de advocacia do paciente para enfermeiros, a *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS), realizada em 2015, por Tomaschewski-Barlem. Esse instrumento prevê a mensuração quantitativa das crenças e ações dos enfermeiros que protegem pacientes pelo exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar⁽⁴⁾. Entretanto, ainda que a escala tenha se mostrado eficiente na população de enfermeiros generalistas, não se conhece sua repercussão entre os enfermeiros intensivistas, em virtude da escassez de pesquisas⁽⁷⁾.

Os estudos da advocacia do paciente por enfermeiros intensivistas são recentes. Um artigo de revisão integrativa da literatura, abrangendo o período entre 2010 e 2020, detectou que, dentre os restritos 18 artigos científicos que abordaram o tema advocacia do paciente na terapia intensiva⁽⁸⁾, 14 foram publicados após 2015. Isso demonstra a atualidade e relevância do assunto, justificando a realização da pesquisa atual, para que se possa aprofundar o conhecimento acerca deste tema.

Ainda que a advocacia do paciente deva ser exercida em todas as áreas de competência da enfermagem, o complexo ambiente de terapia intensiva e a vulnerabilidade dos pacientes proporcionam uma atmosfera propícia, para que os enfermeiros sejam a voz do paciente ou estabeleçam um elo entre o paciente e o ambiente de saúde⁽⁷⁾.

Entretanto, apesar de estar claro que defender o paciente é essencial, isso não torna essa tarefa de fácil execução, já que o enfermeiro deve ultrapassar obstáculos, principalmente os relacionados à instituição e/ou às relações hierárquicas de poder, o que justifica a necessidade de ampliar o conhecimento acerca do referencial do *advocacy* para potencializar o desenvolvimento de estratégias de defesa do paciente. Sendo assim, o objetivo deste artigo é analisar ações

e barreiras dos enfermeiros intensivistas para o exercício da advocacia do paciente.

Método

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, de natureza qualitativa. Para a obtenção de dados, utilizou-se a técnica *Survey*, que consiste numa coleta por meio de questionário aplicável a uma amostra aleatória, a fim de demonstrar a representatividade de uma população⁽⁹⁾. A pesquisa adotou os critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ).

Os participantes do estudo foram enfermeiros intensivistas de todo o território brasileiro, selecionados por amostra não probabilística por conveniência, na qual o pesquisador julga os indivíduos selecionados acessíveis e colaborativos com a realização da pesquisa. Os critérios para inclusão consistiram em atuar como enfermeiro de terapia intensiva há, no mínimo, um ano e estar disponível e interessado em responder ao instrumento. Foram excluídos os enfermeiros intensivistas que não responderam ao instrumento de coleta de dados na íntegra.

O *Survey* foi realizado por meio da aplicação de formulário *on-line* (*Google docs*) entre agosto de 2018 e fevereiro de 2019. Ao acessar o *link* de entrada para o formulário, estava disponível uma página inicial, com a apresentação do objetivo do *Survey*, o convite para participação no estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente assinado por todos os participantes. Em seguida, foram disponibilizados campos para preenchimento de dados acerca das informações socio-demográficas e, por fim, apresentaram-se as seguintes questões: Descreva três situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas por você ou que você tenha presenciado, cujo resultado foi positivo para o enfermeiro; Descreva três situações de necessidade de defesa do paciente vivenciadas por você ou que você tenha presenciado, cujo resultado foi negativo para o enfermeiro.

Os participantes da pesquisa foram identificados com a sequência numérica de 1 a 75. Os dados coletados foram submetidos à análise de

conteúdo apoiada em Bardin⁽¹⁰⁾. Seguindo os pressupostos da análise de conteúdo, o estudo organizou-se em três fases: pré-análise – fase de organização do material por meio da leitura, período em que ocorre a sistematização das ideias iniciais das entrevistas; exploração do material – fase de descrição analítica, em que ocorre a definição das categorias e subcategorias, que correspondem às interpretações de sentido emergentes dos dados; tratamento dos resultados, inferência e interpretação – etapa final, que corresponde ao momento da análise crítica e reflexiva dos

resultados encontrados, confrontando-os com os objetivos traçados no início da pesquisa e com a literatura existente sobre a temática⁽¹⁰⁾.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob CAAE n° 84197418.8.0000.0121 e Parecer n° 2.620.178.

Resultados

A caracterização dos participantes está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo. Brasil – 2018-2019. N=75 (continua)

Variáveis	n	%
Categorização dos respondentes		
Número de respondentes	75	
Idade média	37	
Média dos anos de atuação em terapia intensiva	10	
Média dos anos de atuação no principal vínculo empregatício	8	
Média de carga horária no principal vínculo empregatício	38	
Média do número de leitos do principal vínculo empregatício	18	
Regiões brasileiras		
Sul		40
Sudeste		32
Norte		23
Nordeste		3
Centro-Oeste		3
Sexo		
Mulheres		79
Homens		21
Capacitações realizadas após a graduação		
Especialização em Terapia Intensiva		75
Capacitação		31
Mestrado		27
Doutorado		13
Vínculos empregatícios		
Apenas um vínculo empregatício		73
Dois vínculos empregatícios		24
Natureza do principal vínculo empregatício		
Público		65
Privado		25
Misto		9
Efetividade do principal vínculo empregatício		
Efetivo		84
Temporário		16
Complexidade do principal vínculo empregatício		
Alta complexidade		81
Média complexidade		16
Baixa complexidade		3

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo. Brasil – 2018-2019. N=75 (conclusão)

Variáveis	n	%
Existência de comissão de ética na instituição do principal vínculo empregatício		
Sim		75
Não		16
Não Sei		9
Ocorrência de reuniões na unidade de trabalho do principal vínculo empregatício		
Sim		79
Não		21

Fonte: Elaboração própria.

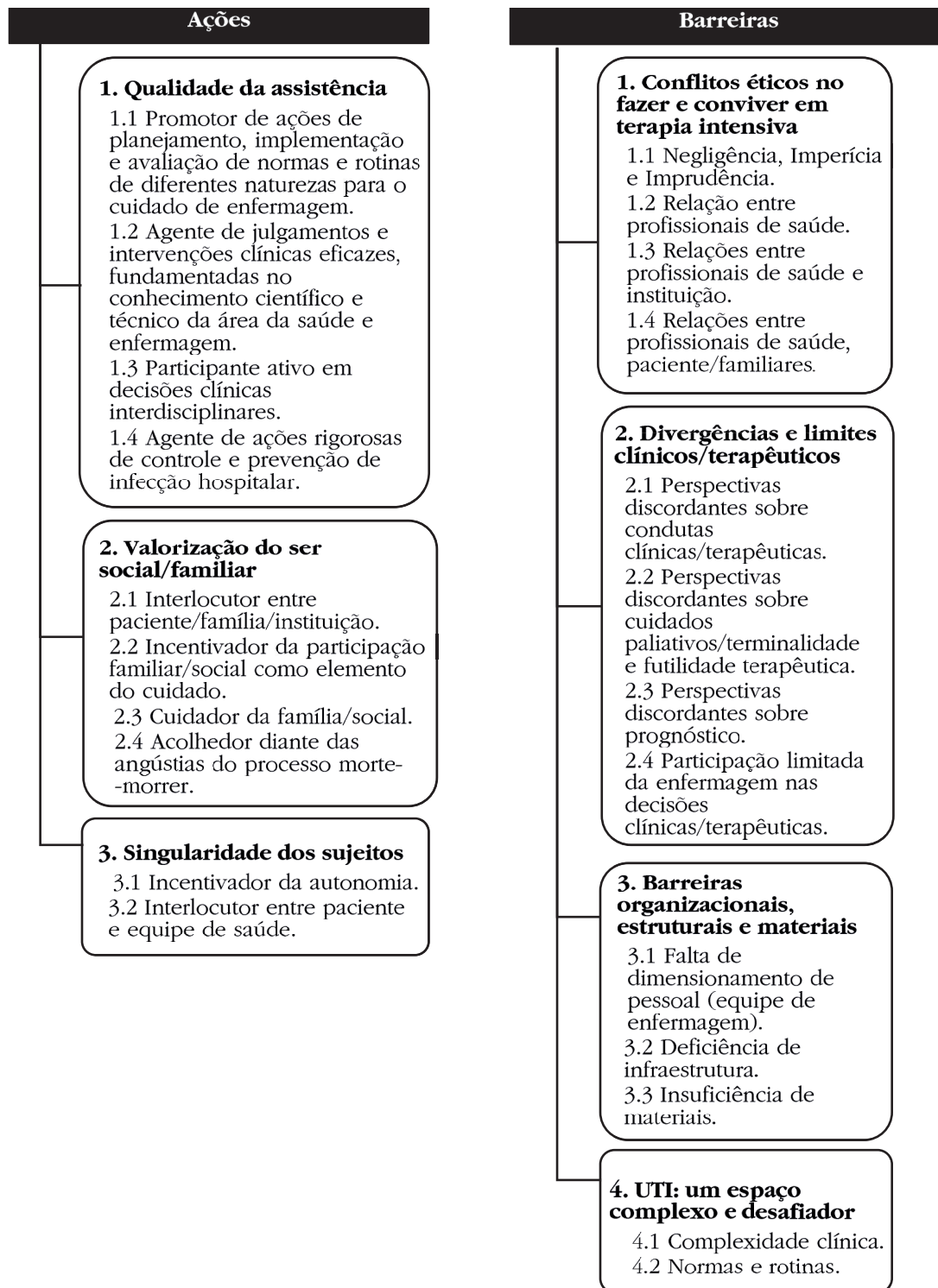
Conforme dados apresentados na Tabela 1, os enfermeiros intensivistas participantes foram de todas as regiões brasileiras, com predomínio das regiões Sul, Sudeste e Norte. Dentre os respondentes, prevaleceram as mulheres e com um vínculo empregatício. Ainda que grande parte dos participantes tenha a especialização em terapia intensiva, foi relevante a porcentagem de participantes com mestrado e doutorado. Um número expressivo deles relatou a existência de comissão de ética na instituição de vínculo empregatício.

Obteve-se 166 situações positivas relacionadas às ações de defesa do paciente, vivenciadas no cotidiano da assistência ao paciente

crítico. Dentre os 75 enfermeiros, 48 (64%) mencionaram 106 situações negativas acerca da defesa do paciente. Sinaliza-se que, desse total de 106 respostas, 17 foram excluídas, por não se categorizarem como situações negativas, obtendo-se, então, um total de 89 respostas válidas para análise dos resultados.

As ações dos enfermeiros na defesa do paciente são apresentadas em 3 categorias, subdivididas em 10 subcategorias. As barreiras identificadas pelos enfermeiros intensivistas no exercício da advocacia estão relacionadas em 4 categorias, subdivididas em 13 subcategorias (Figura 1).

Figura 1 – Ações e barreiras encontradas para o exercício da advocacia do paciente por enfermeiros intensivistas



Fonte: Elaboração própria.

As três categorias das ações de advocacia do paciente realizadas pelo enfermeiro intensivista são apresentadas nas seções: Qualidade da

assistência, Valorização do ser social/familiar e Singularidade dos sujeitos.

Qualidade da Assistência

Houve relatos dos enfermeiros que denotaram o pensar e o fazer do papel clínico do profissional fundamentado no conhecimento científico. Os enfermeiros concebiam seu papel de defesa dos pacientes em todas as situações de cuidados de enfermagem, desde que estivessem pautados em critérios clinicamente reconhecidos para a qualidade da assistência.

[...] usuário estava rebaixado e não conseguia manter a saturação e pedi ao intensivista para rever se ele tinha condições de ficar apenas em Suporte de oxigênio por MNC [macro nebulização contínua]. Ele retornou à VM [ventilação mecânica]. (15).

Enfermeiro defende [advoga pelo paciente], ao solicitar à equipe médica acesso venoso profundo para infusão de vasopressor. (1).

O papel de defensor de uma assistência de qualidade expressou-se também na participação do enfermeiro nas avaliações e tomada de decisões clínicas das equipes multiprofissionais e nas situações cotidianas de julgamentos divergentes entre procedimentos prescritos por colegas.

O fisioterapeuta tentou desmamar o paciente da ventilação mecânica e pediu apenas opinião do médico. Questionei, pois o mesmo não estava hemodinamicamente estável e, por isso, pedi para reavaliar se seria possível pela clínica e parâmetros da VM [ventilação mecânica]. (15).

Solicitado nova avaliação de uma extremidade MID [membro inferior direito] pela enfermeira da equipe da cirurgia vascular, para discutir a indicação de amputação desta extremidade. Esta nova avaliação não indicou amputação. O MID foi preservado. (7).

Em um momento, percebi que um paciente terminal tinha dor e que a sedação utilizada (apenas fentanil simples à 10ml/b) não estava mais sendo eficaz. Além disso, paciente apresentava Rass -2, e os médicos classificavam como -5 e achavam que o mesmo estava confortável. A residente discutiu comigo, pois não queria associar mais alguma medicação. Tive que chamar o médico plantonista que avaliou o paciente e concordou que o mesmo estava desconfortável, progredindo fentanil e associando midazolam. (21).

Outras situações relatadas caracterizaram a defesa do paciente, quando os enfermeiros eram agentes rigorosos na realização e acompanhamento de ações de controle e prevenção de infecções hospitalares.

Quando solicito a interrupção de procedimento, por quebra de técnica estéril. (48).

Enfermeiro defende o paciente, ao questionar a necessidade da permanência de sonda vesical de demora para paciente que não tinha indicação e a permanência da sonda vesical de demora aumentaria o risco de infecção. (2).

Valorização do ser social/familiar

A atuação dos enfermeiros, para preservar a singularidade das pessoas como seres sociais, sobretudo o aspecto afetivo/emocional dos pacientes, abarca desde a flexibilização dos horários de visitas e tempo de permanência até o acolhimento permanente às dúvidas e angústias expostas por familiares e amigos que buscam por informações, especialmente sobre estado clínico e prognóstico. Preservados todos os limites institucionais, profissionais e de segurança do paciente, a valorização da identidade social daqueles que se encontram na UTI configura uma importante ação de advocacia pelos enfermeiros intensivistas.

Quando o enfermeiro leva em consideração a necessidade biopsicoemocional do paciente e rompe com regras impostas pela instituição. Por exemplo, permitir maior permanência de um familiar em uma UTI [Unidade de Terapia Intensiva] que não possui visita estendida. (12).

Suporte emocional, por meio de flexibilização nos horários de visitas, com aumento de tempo de permanência dos familiares, diminuindo ansiedade, tristeza, angústia, delírium e agitação psicomotora. (17).

Paciente idosa, com quadro de Choque Séptico de origem pulmonar, extremamente ansiosa e agitada, cursando com quadro de delírium hiperativo. Realizei intervenção juntamente com a equipe multidisciplinar sobre a presença de um familiar com a mesma. Após a presença do familiar em tempo integral por aproximadamente 24h, a paciente cursou com redução da ansiedade e melhora até o desaparecimento do delírium hiperativo. (5).

Os enfermeiros descreveram situações em que advogaram pela participação de familiares frente à terminalidade iminente dos pacientes.

Na presença da família no momento da morte. (16).

Singularidade dos sujeitos

Ainda que limitadas, há possibilidades de escolhas dos pacientes que podem ser respeitadas. Logo, os enfermeiros atuam como advogados nos momentos em que os pacientes são capazes de expressar suas vontades, depois

de receberem todas as informações técnicas e de direitos.

Paciente iria fazer uma arteriografia e nada sabia sobre o exame, tampouco a família. Na ocasião, muitas complicações ocorriam consequente ao exame, entre elas o óbito. Expliquei para a família sobre o exame e que deveriam tomar a decisão conscientes dos benefícios e riscos. O médico responsável soube da minha orientação e veio tomar satisfação. Respondi que sempre faria isso, caso eles não fizessem, que era um direito do paciente e familiares saberem do tratamento. (45).

Orientação quanto às informações que estavam sendo repassadas pelo médico, onde o paciente e a família não estavam compreendendo a necessidade de um procedimento, sendo que o mesmo iria beneficiar a paciente. (5).

Oriento os pacientes acerca dos direitos e de nossas obrigações. Enfatizo ao paciente sobre o direito a saúde pública e de qualidade. E quando o paciente é menor ou idoso, oriento os familiares que esses pacientes têm direito a acompanhar, mesmo que tenha que ir contra os colegas que não concordam. Acredito nesta defesa, e os pacientes e familiares podem exercer sua cidadania. (68).

As quatro categorias relativas às barreiras encontradas pelos enfermeiros intensivistas para o exercício da advocacia do paciente serão apresentadas nas seções: Conflitos éticos no fazer e conviver em terapia intensiva; Divergências e limites clínicos/terapêuticos; Barreiras organizacionais, estruturais e materiais; e UTI: um espaço complexo e desafiador.

Conflitos éticos no fazer e conviver em terapia intensiva

A primeira categoria contempla elementos relacionados às situações traduzidas pelos participantes como ações de negligência, imperícia e imprudência dos profissionais, além de limites gerados por conflitos éticos relacionais entre profissionais da equipe de saúde, entre profissionais e usuários/famílias e entre profissionais e instituição.

Procedimentos eletivos realizados por residentes médicos sem sucesso por repetidas vezes. (38).

Falha na conferência/administração de hemoderivados realizada pelo enfermeiro, gerando complicações ao paciente. (55).

Enfermeiro chama o médico de paciente com taquicardia e dor, o médico não dá importância, e o paciente faz uma PCR [parada cardiorrespiratória] e evolui para o óbito. (58).

Cirurgião fez punção pericárdica sem analgesia. Quando falei com a coordenação médica, o cirurgião foi chamado atenção, porém nunca mais falou comigo. (50).

Quando oriento aos colegas da enfermagem a importância do diálogo com os familiares sobre a assistência de enfermagem, e a resposta que tenho é que quem tem que dar mais informações é o médico. Com isso, a relação paciente/enfermagem/familiares se distancia. (68).

Quando o enfermeiro visa o bem-estar do paciente, mas a instituição privada somente visa o lucro, o enfermeiro, ao mostrar evidências sobre esse tema, passa a ser conhecido como “ovelha negra” do grupo. (12).

Divergências e limites clínicos/terapêuticos

Esta categoria constitui-se de dados que evidenciaram perspectivas clínicas/terapêuticas divergentes entre os profissionais das equipes de saúde. Foram elencados aspectos da atenção na terapia intensiva relacionados, sobretudo, às condutas clínicas, ao prognóstico, aos cuidados paliativos e terminalidade e à futilidade terapêutica.

Situação de terminalidade, paciente com patologia em oncologia com prognóstico reservado, foram feitas medidas fúteis, as quais prolongaram o sofrimento daquele paciente. Sentimento de impotência diante da situação vivenciada, pois a conduta foi médica, mesmo estando claras as informações sobre a gravidade do diagnóstico e descrições de paliatividade no prontuário. (39).

Enfermeiro não autorizou banho de aspersão do paciente da UTI [Unidade de Terapia Intensiva], o médico autorizou, e o paciente foi a óbito. (46).

Paciente oncológico, com dor intensa, solicitou analgesia para o enfermeiro, porém havia apenas dipirona prescrita, que já havia sido administrada. O enfermeiro pediu reavaliação ao médico, que se negou a fazê-la. (67).

Não respeitar a autonomia do enfermeiro nos rounds diários. (16).

Falta de autonomia do enfermeiro em situações de emergência, em casos de PCR [parada cardiorrespiratória]. (72).

Barreiras organizacionais, estruturais e materiais

Esta categoria expressa que as experiências contextualizadas pelos participantes denunciaram uma série de deficiências que comprometiam o processo de trabalho dos profissionais de saúde para uma assistência em terapia intensiva com melhores condições para o desenvolvimento do *advocacy*.

Falta de materiais adequados para procedimentos e falta de comunicação multiprofissional. (51).

Familiar ter que comprar colchão piramidal, porque não tem disponível. (75).

Dimensionamento de profissionais de enfermagem insuficiente em uma urgência. Ao receber dois pacientes em

PCR [parada cardiorrespiratória], não consegui dar assistência aos dois. (15).

Demandas setoriais burocráticas prejudicam a assistência e ainda que fazendo, o enfermeiro sempre acredita que poderia ter feito mais. Entretanto, mesmo sem condições de fazê-lo, o enfermeiro desdobra-se para que tudo ocorra melhor para o paciente, embora isso lhe custe o horário do almoço, por exemplo. (3).

Morosidade dos serviços de apoio, falta de vontade, farmácia fechada e necessidade de insumos. (51).

UTI: um espaço complexo e desafiador

Por fim, nesta categoria, as características próprias da UTI, como normas e rotinas diferenciadas, alta complexidade e processo de comunicação regulado e centralizado, podiam potencializar as barreiras para o exercício da advocacia do paciente, conforme relatado.

Por determinação da Direção do Hospital, os horários de visita foram reduzidos para 30 minutos/dia, com a entrada de somente 2 familiares. Mesmo após várias tentativas para mudança, a Direção se mostrou irredutível. (7).

Não permitir a família entrar para se despedir do paciente no momento de morte. (16).

Falta de aderência às novas rotinas, dificultando na melhoria da realidade do serviço da UTI [Unidade de Terapia Intensiva]. (54).

Paciente e família sem informações. Enfermeiro tentou reverter, porém não conseguiu que fosse realizado o contato entre médicos e familiares. (24).

Discussão

A constatação de que 75% dos participantes possuíam título de especialista, reporta à assertiva de que a UTI é um local de alta especificidade, onde os profissionais necessitam de constante atualização⁽¹¹⁾.

Com relação à categorização dos dados nos resultados, nos aspectos relacionados às ações dos enfermeiros intensivistas no exercício da advocacia do paciente, na categoria “qualidade da assistência”, apresentaram-se ações para planejamento, implementação, avaliação de normas e rotinas para o cuidado de enfermagem, julgamentos e intervenções clínicas eficazes, fundamentadas no conhecimento científico e técnico, além de participação em decisões clínicas interdisciplinares. Isto é, o enfermeiro representou inúmeros papéis na equipe multidisciplinar,

passando pelo cuidado direto ao paciente, interação com a família e, ainda, gerenciamento e autonomia na tomada de decisões.

Sendo assim, a literatura concorda com as argumentações trazidas pelos enfermeiros, ao ressaltar a importância da colaboração interprofissional em criar oportunidades iguais para cada membro da equipe de saúde atuar, a fim de coexistir o compartilhamento de conhecimentos e experiências⁽¹²⁾.

Destaca-se, então, que o processo de trabalho da enfermagem, ao pressupor o conhecimento baseado em evidências, possibilitaria a organização e estruturação dos serviços e, conseqüentemente, a construção de autonomia. Neste sentido, a autonomia é compreendida como condição para o desenvolvimento de competência profissional, auxiliando na tomada de decisões ágeis e obrigatórias, possibilitando aos trabalhadores realizarem suas atividades com empoderamento e qualidade⁽¹³⁾.

Entretanto, existem ações em situações cotidianas que apresentam julgamentos divergentes, como ocorre, por exemplo, naquelas em que o enfermeiro com capacitação organizacional, maior tempo de experiência clínica e formação, apresenta um nível mais elevado de autonomia, interagindo de forma empoderada nas decisões multidisciplinares⁽¹⁴⁾.

Acerca da categoria denominada “valorização do ser social/familiar”, as descrições dos participantes contextualizaram o enfermeiro enquanto interlocutor entre paciente/família/instituição, agindo como incentivador da participação familiar/social no processo de cuidado, cuidador da família/social e acolhedor diante das angústias vivenciadas no processo de morrer dos pacientes. No entanto, estudo refere que as experiências anteriores e as normas culturais influenciam percepções, comunicação, comportamentos e escolhas⁽¹⁵⁾.

Logo, apesar de ser clara a forma como a comunicação deve ser realizada, na maioria das vezes, os enfermeiros somente têm acesso aos familiares no horário de visitas, no qual o tempo é geralmente reduzido. Então, esta situação pode constituir tensão entre paciente/família/instituição, pois é nesses momentos que

os familiares acabam extravasando seus medos, suas angústias e dúvidas. Portanto, a interação enfermeiro/paciente/família é prioritária no exercício da prática profissional e passa a ser o eixo articulador do cuidado⁽⁶⁾.

Por fim, a família pode promover o bem-estar do paciente, apoiando-o e fornecendo informações necessárias à equipe. Desse modo, uma comunicação consistente e rotineira pode impactar positivamente na resiliência da família⁽¹⁶⁾.

Nos casos das experiências de final de vida, tipicamente associadas às internações em UTI, constatou-se um esforço dos participantes desta pesquisa para integrarem a família no cuidado de seu familiar. Assim, ao permitir a presença do familiar ao lado do paciente crítico, ou até mesmo facilitar a comunicação entre paciente e familiares, e ainda aceitar as escolhas de ambos, o enfermeiro estava fortalecendo as boas práticas de relacionamento, estreitando os laços e diminuindo o sofrimento. Desse modo, o estreitamento nas relações é um importante apoio não apenas nas horas mais difíceis para os familiares, como também nas tomadas de decisão, nas escolhas do tratamento e no momento da decisão pelo não prolongamento do sofrimento do paciente, agente principal do cuidado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Já na categoria intitulada “singularidade dos sujeitos”, os enfermeiros participantes relataram ações de advocacia, na medida em que incentivavam a autonomia dos pacientes e participavam do processo de comunicação entre a equipe e o paciente.

Nesta direção, ao entender e respeitar as especificidades e necessidades de cada paciente, além de orientar sobre seus direitos e esclarecer dúvidas sobre terapias, o enfermeiro atua como representante do paciente perante a equipe, defendendo suas vontades e auxiliando na tomada de decisão compartilhada, de modo a facilitar a condução das terapêuticas e fortalecer a autonomia do paciente-familiar⁽¹⁹⁾.

Contudo, destaca-se que a valorização da singularidade dos sujeitos não deve ser tratada somente em situações de final de vida. Ao contrário, diariamente, os pacientes possuem vontades simples que, muitas vezes, não podem

ser acolhidas devido às rotinas duras a que são submetidos. Assim sendo, ações de advocacia expressam-se por meio de atendimento a uma vontade simples, como a postergação de um banho.

Já nos aspectos relacionados às barreiras para que os enfermeiros intensivistas exerçam a advocacia do paciente, os “conflitos éticos no fazer e conviver em terapia intensiva” que constituiu uma categoria, foram os limites mais expressivamente manifestados. Neste sentido, o cotidiano da enfermagem é permeado por situações estressoras que exigem tomadas de decisões, as quais, muitas vezes, conduzem às divergências de opiniões, à exacerbação de problemas ético-morais⁽⁵⁾ e, conseqüentemente, a sentimentos de angústia e esgotamento profissional⁽⁶⁾. Estes sentimentos podem justificar o não exercício do *advocacy* como estratégia autoprotetiva, a fim de evitar situações que acentuem os conflitos éticos⁽²⁰⁾.

Neste estudo, os relatos concernente aos conflitos éticos oriundos das situações de negligência, imperícia e imprudência atribuídas aos colegas da equipe de enfermagem, bem como aos demais profissionais da equipe de saúde, constituíram explicações utilizadas para inibir as ações de defesa. Contudo, eles podem configurar posturas coniventes daqueles que identificam e não agem, pois situações de negligência, imperícia e imprudência, quando constatadas, exigem defesa. Este fato pode indicar uma estagnação característica do sofrimento moral, quando os profissionais percebem os conflitos éticos, mas sentem-se impedidos de agir⁽²⁰⁾.

No tocante à relação entre profissionais da equipe de saúde, houve destaque para conflitos vivenciados entre profissionais da enfermagem e profissionais médicos, especialmente em relações de trabalho estabelecidas com alta valorização da hierarquia. Há distinção entre o objeto epistemológico das profissões na área da saúde, pois, algumas vezes, enquanto o enfermeiro prioriza o cuidado centrado no paciente, a fim de manter o melhor bem-estar possível com o mínimo de tratamentos fúteis, a equipe médica centraliza sua ação na cultura biomédica intervencionista, focada na doença⁽²¹⁾.

Importa esclarecer que, entre os profissionais de enfermagem, os conflitos éticos são derivados das divergências de opiniões e de situações estressoras que precisam ser mediadas pelos enfermeiros. Esses enfrentamentos relacionais, dentre outros desafios, são apontados como fatores que não estimulam o papel de defesa, tendo em vista o excesso de demandas para administrar. Enfim, os diferentes conflitos relacionais podem afastar os enfermeiros de suas crenças e valores e, desta forma, não fomentar atitudes de defesa⁽²⁰⁾.

Ainda no âmbito das relações, na terapia intensiva, profissionais de saúde são frequentemente responsabilizados, de modo agressivo e desrespeitoso, por pacientes e familiares, com acusações relacionadas à resistência e dificuldade em compreender toda a complexidade que os processos de saúde-doença envolvem. Embora a legislação garanta ao paciente o direito de tomar decisão acerca do tratamento e das intervenções, principalmente em pacientes graves, essas decisões são situações problemáticas, já que envolvem a possibilidade do cumprimento ou não da vontade do paciente e dos familiares em contraposição a critérios clínicos⁽²⁰⁾.

Já na categoria “divergências e limites clínicos/terapêuticos”, as situações relatadas expressaram barreiras à defesa do paciente que ultrapassavam o âmbito das relações. Isto é, apesar do processamento desses limites acontecerem de forma relacional entre os profissionais das equipes de saúde, havia uma interface intensificada com os respectivos *corpus* de conhecimentos e competências de cada profissional da equipe interprofissional. Havia um paradoxo, já que o pressuposto da integralidade da atenção à saúde do paciente deveria requerer equipe multiprofissional, ações interdisciplinares e tomada de decisões de modo compartilhado entre os diferentes campos do saber⁽¹²⁾.

Contudo, também na UTI, pode predominar uma organização fragmentada e hierarquizada, refletindo numa atenção planejada e implementada, em parte, de modo pouco articulado e, muitas vezes, conflitante^(12,21). Sendo assim, para a enfermagem, existem embates persistentes frente à desvalorização da profissão nos

processos de tomadas de decisões clínicas. Isto ocorre em alguns contextos, que denunciam a baixa influência da perspectiva clínica do enfermeiro em terapia intensiva e repercutem em expressões de defesa frustrada diante de posturas blindadas, especialmente dos colegas médicos⁽²²⁾. Assim, nessa dissonância, tem-se, de um lado, enfermeiros em defesa da autonomia e do bem-estar holístico e da vida com qualidade e, do outro, os médicos, arraigados ao modelo biomédico, obstinados terapeuticamente, guiados por procedimentos algumas vezes fúteis, sob o critério clínico⁽²³⁾.

Já na terceira categoria, “barreiras organizacionais, estruturais e materiais”, classificou-se como barreiras para defesa do paciente aspectos institucionais, para além das relações. Neste sentido, em ambientes de trabalho limitados por questões materiais ou pela sobrecarga das atividades, os resultados são o adoecimento mental e físico do trabalhador e a insatisfação com o trabalho. Nesses casos, a atenção volta-se para cuidar com os recursos mínimos disponíveis, com a melhor qualidade possível, mas impossibilitados de avançar em questões de defesa que poderiam oportunizar melhor assistência ao paciente⁽²⁴⁾.

Nesse contexto, há situações graves, nas quais faltam condições mínimas para cuidados essenciais, algumas para garantia da sobrevivência dos pacientes, como falta de medicamentos e equipamentos básicos, revelando que a defesa do paciente é exercida não como avanço no cuidado, mas como ação primordial dos enfermeiros⁽¹⁾. Importa destacar o dimensionamento insuficiente de profissionais de enfermagem, bem como o cotidiano de trabalho, com equipes de saúde reduzidas na UTI, temas discutidos em estudo que sinaliza os efeitos deletérios dessas realidades para a saúde do trabalhador e para a qualidade da assistência⁽²⁵⁾.

Outro aspecto que merece reflexão é o fato de os enfermeiros conviverem com a realidade dos baixos salários, que os levam a manter, no mínimo, dois vínculos empregatícios. Novamente, esses contextos são permeados de fatores estressores, e as consequências são alto índice de absenteísmo nas unidades, pelo adoecimento

dos trabalhadores, sem substituição e, conseqüentemente, redução da equipe de saúde, com aumento da demanda por profissional⁽²⁶⁾.

As descrições, neste estudo, reportaram à morosidade dos serviços de apoio e à falta de leitos e equipamentos tecnológicos essenciais para a manutenção da vida, como ventiladores mecânicos e monitores. Essa realidade torna-se perigosa, principalmente em hospitais com referência em urgência e emergência, os quais mantêm suas portas abertas, mesmo sem leitos disponíveis para a continuidade da assistência prestada aos pacientes. Deste modo, muitas vezes, eles permanecem internados na própria unidade de emergência ou, caso necessitem de atendimento no centro cirúrgico, no pós-operatório, aguardam internação em leito de UTI⁽²⁷⁾.

A categoria, intitulada, “UTI: um espaço complexo e desafiador”, evidencia que normas e rotinas demasiadamente rígidas ou inflexíveis apresentam repercussões negativas. Dentre as conseqüências, estão a transmissão retardada das informações clínicas do paciente aos familiares, o adiamento da internação ou alta de pacientes e a restrição da permanência de acompanhantes e da visita aos pacientes internados⁽²³⁾.

Sinaliza-se como limitação da pesquisa o aspecto de que a amostra foi mais representativa dos profissionais enfermeiros das regiões Sul, Sudeste e Norte do Brasil.

Destaca-se como contribuição deste estudo a reflexão acerca do que pode ser considerado como potenciais ações já utilizadas e as que podem ser implementadas no cotidiano dos enfermeiros intensivistas para exercerem a advocacia de seus pacientes, bem como das barreiras enfrentadas por eles para implementar essas ações.

Considerações Finais

O estudo demonstrou as ações que visibilizaram a atuação dos enfermeiros intensivistas de modo autônomo e evidenciou a importância de uma comunicação efetiva. Os enfermeiros intensivistas da pesquisa defenderam a qualidade no cuidado, ao atuarem como promotores de ações de planejamento, implementação e avaliação de

normas e rotinas, agentes de julgamentos e intervenções clínicas eficazes.

A preservação do papel social, afetivo e emocional dos pacientes foi mostrada em ações, como interlocução entre paciente/família/instituição, e ainda como incentivador da participação familiar na tomada de decisões, mediante a elucidação de dúvidas e o acolhimento no processo morte/morrer. Ocorreu ainda a valorização da singularidade enquanto indivíduo, ao ouvirem os desejos dos pacientes, explicarem sobre direitos, transmitirem informes técnicos e promoverem a autonomia dos clientes.

O estudo possibilitou ainda a discussão e reflexão sobre as barreiras enfrentadas por enfermeiros intensivistas no cotidiano de defesa de seus pacientes. Evidenciou os conflitos éticos no fazer e no conviver, as divergências e os limites clínicos ou terapêuticos, as barreiras organizacionais, estruturais e materiais e ainda a própria UTI como um espaço complexo e desafiador. Infelizmente, a realidade demonstra que o embate diário com obstáculos para a execução do *advocacy* levam ao sofrimento moral. Com isso, os profissionais encontram-se esgotados e desestimulados; como resultado, adoecem e não executam a defesa do paciente.

Embora o cenário seja desencorajador e as barreiras sejam enfrentadas diariamente pelos enfermeiros intensivistas, o exercício de advogar pelo paciente deve buscar superar a imposição de barreiras, pois o ato de advogar constitui posicionamento ético e político dos enfermeiros, capaz de impactar na qualidade da assistência de pacientes que se apresentam extremamente vulneráveis.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Mayara Souza Manoel, Daniela de Oliveira Cardozo, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer e Dulcinéia Ghizoni Schneider;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Mayara Souza Manoel, Daniela de Oliveira Cardozo, Mara Ambrosina de

Oliveira Vargas, Aline Vanessa da Silva Martins e Laura Cavalcanti de Farias Brehmer;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Mayara Souza Manoel e Mara Ambrosina de Oliveira Vargas.

Referências

- Barbosa IEB, Mota BS, Fonseca AR, Siqueira DSG, Melo FS, Lira FCF, et al. Fatores que difundem a assistência de enfermagem humanizada na unidade de terapia intensiva. *Rev Eletron Acervo Saúde*. 2021;13(4):e7082. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e7082.2021>
- Vargas MAO, Peter E, Luz KR, Barlem ELD, Ventura CAA, Nascimento ERP. Management of bed availability in intensive care in the context of hospitalization by court order. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3271. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3420.3271>
- Pauletti M, Otaviano MLPO, Moraes AST, Schneider DS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. *Aletheia* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 15]; 50(1-2):38-46. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942017000100004&lng=pt
- Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Dalmolin GL, Ramos AM. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):669-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0214.2602>
- Luz KR, Vargas MAO, Peter E, Barlem E, Viana RAPP, Ventura CAA. Advocacy in intensive care and hospitalization by court order: what are the perspectives of nurses? *Texto contexto enferm*. 2019;28:e20180157. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0157>
- Mayer BLD, Bernardo MS, Nascimento ERP, Bertonecello KCG, Raulino AR. Nurses and patient advocacy: a theoretical reflection. *REME Rev Min Enferm*. 2019;23:e1191. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190039>
- Vargas CP, Vargas MAO, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos FRS, Schneider DG, Camponogara S. Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03490. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018011703490>
- Menezes JAL, Manoel MS, Vargas MAO, Camponogara S, Brehmer LCF, Schneider DG. Patient advocacy by intensive care nurses: an integrative literature review. *Res Soc Develop*. 2021;10(6):e53110615968. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15968>
- Sandoval SAM. Formação em métodos de pesquisa na pós-graduação: abordagens multimétodos para as demandas da atualidade. *Educ rev*. 2018;34(71):69-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.62647>
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Machado MH, Koster I, Aguiar Filho W, Wermelinger MCMW, Freire NP, Pereira EJ. Mercado de trabalho e processos regulatórios: a Enfermagem no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(1):101-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>
- Pereira MCC, Castro SFF, Brito ES, Carvalho NV, Lopes DV, Pinheiro JDS, et al. Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13(1):70-8. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a234842p70-78-2019>
- Lluch-Canut T, Sequeira C, Falcó-Pegueroles A, Pinho JA, Rodrigues-Ferreira A, Olmos JG, et al. Ethical conflicts and their characteristics among critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2020;27(2):537-53. DOI: [10.1177/0969733019857785](https://doi.org/10.1177/0969733019857785)
- Wallace I, Barratt H, Harvey S, Raine R. The impact of Clinical Nurse Specialists on the decision making process in cancer multidisciplinary team meetings: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2019;43:101674. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101674>
- Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amthauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enferm Intens*. 2018;29(1):32-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.09.001>
- Santos DS, Andres SC, Machado LB, Reginaldo MP. Palliative care and nursing to the patient in an intensive care unit: An integrative review. *Res Soc Dev*. 2021;10(9):e53810918209. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18209>

17. Doucette E, Sanzone L, Albahouth A, Luca W, Santella G, Wang K. The role of technology in enhancing a family-centred approach to care: Navigating nurse-family communication in the ICU. *Can J Crit Care Nurs* [Internet]. 2019 [cited 20 Sep 2021];30(3):29-34. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=138717199&lang=pt-br&site=ehost-live>
18. Shaibu M, Khatereh S, Maryam E, Jawulam SW. Comparison of Intensive Care Units (ICUs) Nurses' and Families' Perception of Compliance with Patient and Family Centered Care Principles in ICUs in Ghana. *Int J Caring Sci* [Internet]. 2019 [cited 20 Sep 2021];12(3):1616-25. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=139544903&lang=pt-br&site=ehost-live>
19. Lindberg C, Fagerström C, Willman A. Patient autonomy in a high-tech care context-A theoretical framework. *J Clin Nurs*. 2018;27(21-22):4128-40. DOI: 10.1111/jocn.14562
20. Ramos FRS, Vargas MAO, Schneider DG, Barlem ELD, Scapin SQ, Schneider AMM. Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros. *Rev enferm UERJ*. 2017;25:e22646. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.22646>
21. Vilela GS, Ferraz CMLC, Moreira DA, Caram CS, Brito MJM. Nurse's identity construction in the face of the moral distress process in an intensive care unit. *REME Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1334. DOI: 10.5935/1415.2762.20200071
22. Caram CS, Peter E, Brito MJM. Invisibility of the self: reaching for the telos of nursing within a context of moral distress. *Nurs Inq*. 2019;26(1): e12269. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.12269>
23. Calvin AO, Lindy CM, Clingon SL. The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: A qualitative descriptive study. *Intensive crit care nurs*. 2009;25(4):214-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2009.05.001>
24. Ozanam MAQ, Santos SVM, Silva LA, Dalri RCMB, Bardaquim VA, Robazzi MLCC. Satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem. *Braz J Dev*. 2019;5(6):6156-78. DOI: 10.34117/bjdv5n6-127
25. Maziero ECS, Teixeira FFR, Cruz EDA, Matsuda LM, Sarquis LMM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de terapia intensiva infantil: carga de trabalho versus legislação. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e64058. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.64058>
26. Feldhaus C, Souza RF, Fernandes LM, Carvalho ARS, Bordin V, Oliveira JLC. Associação entre carga de trabalho e absenteísmo de profissionais de enfermagem de nível médio. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180307. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0307>
27. Konder M, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis*. 2019;29(2):1-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290203>

Recebido: 28 de setembro de 2021

Aprovado: 8 de fevereiro de 2022

Publicado: 4 de março de 2022



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.