

Adaptação transcultural e validação do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros¹

Jamila Geri Tomaschewski-Barlem²

Valéria Lerch Lunardi³

Edison Luiz Devos Barlem⁴

Rosemary Silva da Silveira³

Graziele de Lima Dalmolin⁴

Aline Marcelino Ramos⁵

Objetivo: adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros. Método: estudo metodológico, realizado com 153 enfermeiros de duas instituições hospitalares do Sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Realizou-se a adaptação transcultural do instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale*, segundo recomendações internacionais e sua validação para utilização no contexto brasileiro, através de análise fatorial e verificação da consistência interna pelo alfa de Cronbach. Resultados: mediante avaliação de comitê de especialistas e realização do pré-teste, a validade de face e conteúdo do instrumento foi considerada satisfatória. A partir da análise fatorial, foram identificados cinco constructos: implicações negativas do exercício da advocacia, ações de advocacia, facilitadores ao exercício da advocacia, percepções que favorecem o exercício da advocacia e barreiras ao exercício da advocacia. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com valores de alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,87. Conclusão: conclui-se que o *Protective Nursing Advocacy Scale* - versão brasileira é um instrumento válido e fidedigno para ser utilizado na avaliação das crenças e ações da advocacia em saúde, exercida por enfermeiros brasileiros no ambiente da prática profissional.

Descritores: Advocacia em Saúde; Enfermagem; Ética em Enfermagem; Estudos de Validação.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Construção e validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF)", apresentada à Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 483821/2011.

² PhD, Professor Doutor, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

³ PhD, Professor Doutor, Escola de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Correspondência:

Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem
Rua General Osório, s/n
Centro
CEP: 96201-900, Rio Grande, RS, Brasil
E-mail: jamila_tomaschewski@hotmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A prática da advocacia em saúde por enfermeiros tem suas raízes na década de 1970, emergindo de movimentos sociais que contribuíram para a rejeição de práticas de saúde paternalistas, por parte dos consumidores dos cuidados de saúde e para a exigência do exercício de sua autonomia em situações de tomada de decisão clínica acerca dos cuidados, nos seus processos de saúde e doença⁽¹⁻²⁾. A partir de 1980, a advocacia em saúde passou a ser reconhecida nos ambientes de prática dos enfermeiros como um elemento inerente à ética profissional de enfermagem, tendo em vista a proximidade da relação enfermeiro/paciente e o tempo constante de permanência desse profissional nas unidades de saúde⁽³⁻⁴⁾.

No cenário internacional, investigações realizadas com enfermeiros de diferentes contextos evidenciaram que a advocacia em saúde pode consistir em comportamentos multidimensionais e está associada, principalmente, ao reconhecimento do próprio papel de advocacia em saúde pelos enfermeiros, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes⁽⁵⁻⁶⁾. Ainda, a advocacia em saúde tem sido definida como parte integrante dos esforços do enfermeiro para promover o bem-estar e os interesses de seus pacientes, assegurando que eles estejam cientes de seus direitos e que tenham acesso a informações para tomada de decisões⁽⁶⁻⁹⁾. Contudo, destaca-se que o desafio de definir e descrever as ações dos enfermeiros na advocacia em saúde constitui-se em tarefa complexa, em virtude de que essas ações não são estáticas e fixas, mas influenciadas por características particulares de indivíduos, organizações, relações, situações clínicas e ambientes de atuação⁽¹⁰⁾.

Estudos empíricos sugerem que ainda existem contradições e diferentes interpretações acerca da advocacia em saúde, principalmente entre enfermeiros e pesquisadores em enfermagem⁽¹¹⁾. Desse modo, as lacunas e dificuldades para interpretar o conceito de advocacia em saúde na enfermagem podem constituir as principais barreiras para o seu exercício nos diferentes ambientes de saúde e para o avanço das pesquisas na área.

Nesse sentido, o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS) foi desenvolvido para ser aplicado em estudos quantitativos, objetivando medir crenças e ações de advocacia em saúde na enfermagem, visando completar lacunas relacionadas ao seu conceito⁽¹²⁾. O instrumento, validado nos Estados

Unidos com uma amostra de enfermeiros médico-cirúrgicos, compreende questões que englobam ações exercidas pelos enfermeiros no exercício da advocacia em saúde, suas possíveis consequências no ambiente de trabalho, a influência do conhecimento e dos valores pessoais dos enfermeiros para atuarem na advocacia em saúde, bem como os facilitadores e barreiras para o exercício da advocacia em saúde pela enfermagem⁽¹²⁾.

No contexto brasileiro, não são encontrados estudos acerca do exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros, de modo que se faz necessário o desenvolvimento de instrumentos capazes de contribuir para o reconhecimento de ações de advocacia em saúde exercidas pelos enfermeiros, além de contribuir para o fortalecimento desse exercício em seus ambientes de trabalho. Desse modo, este estudo justifica-se pela necessidade de analisar a prática da advocacia em saúde no contexto dos enfermeiros brasileiros, explorando suas crenças e ações nesse exercício, bem como suas possíveis barreiras, facilitadores e implicações.

Assim, objetivou-se adaptar culturalmente e validar o instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeiros brasileiros.

Método

Este é um estudo metodológico que buscou realizar a adaptação transcultural do instrumento PNAS, segundo recomendações internacionais⁽¹³⁾, e sua validação para utilização no contexto brasileiro, envolvendo a tradução e retrotradução da versão original em inglês para o português do Brasil, sua validade de face e conteúdo, bem como a descrição das propriedades psicométricas relacionadas à validade de construto e confiabilidade, mediante análise fatorial e alfa de Cronbach.

Foi concedida autorização do periódico responsável pelos direitos autorais do instrumento, assim como do autor Robert Hanks, para a adaptação transcultural do instrumento PNAS, por meio de contato eletrônico. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº97/2013).

Instrumento original

A PNAS original é composta por 43 questões, sendo respondidas por meio de uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos, utilizando-se 1 para "discordo totalmente", 2 para "discordo parcialmente",

3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo parcialmente” e 5 para “concordo totalmente”.

A partir da aplicação da PNAS em uma amostra de 419 enfermeiros médicos-cirúrgicos, nos Estados Unidos, foram validadas 37 questões em quatro constructos: *atuando como advogado*, que reflete ações dos enfermeiros quando advogam em saúde para os pacientes, *situações de trabalho e ações de advocacia*, que reflete possíveis consequências da advocacia em saúde no ambiente de trabalho, *ambiente e influências educacionais*, que inclui itens que medem a influência do conhecimento e ambiente interno dos enfermeiros, como valores pessoais, confiança e crenças para atuarem na advocacia em saúde, *suporte e barreiras para a advocacia*, que consiste de itens que indicam os facilitadores e as barreiras para a advocacia em saúde na enfermagem, incluindo o ambiente de trabalho como um todo⁽¹²⁾.

Adaptação transcultural: validação de face e conteúdo do instrumento

Foram seguidas seis etapas que objetivaram uma adaptação completa do instrumento, maximizando a obtenção semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o instrumento adaptado: *tradução inicial*, *síntese das traduções*, *backtranslation*, *comitê de especialistas*, *pré-teste e revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores*⁽¹³⁾.

Na primeira etapa, tradução inicial, a escala PNAS foi enviada a dois tradutores bilíngues, de forma independente, a fim de traduzi-la do inglês para o português. Esses tradutores possuíam perfis distintos, de modo que um deles estava familiarizado com traduções de materiais relacionados à área da saúde e ciente dos conceitos que seriam analisados na escala; já o outro não foi informado acerca dos objetivos da tradução e não possuía experiência com traduções da área da saúde⁽¹³⁾.

Após a tradução inicial, o relatório originado da síntese das traduções foi submetido ao processo de *backtranslation*⁽¹³⁾. Nessa etapa, a escala produzida a partir da síntese das traduções foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores. Esses tradutores não foram informados dos objetivos da tradução e não possuíam experiência em traduções da área da saúde, buscando-se evitar significados equivocados nos itens da escala traduzida. Após a compilação dos dois documentos resultantes da *backtranslation*, foi realizada a versão retrotraduzida da escala⁽¹³⁾.

A fim de desenvolver a versão pré-final da PNAS para testes de campo, a versão retrotraduzida da escala foi submetida a um comitê de especialistas, mediante encontros individuais. Esse comitê, composto por quatro professores doutores em enfermagem, de uma universidade pública do Sul do Brasil, com ampla experiência na temática da ética em enfermagem, 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 validade de face objetivou verificar se as questões da escala apresentavam-se com forma e vocabulários adequados ao propósito da mensuração⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Na etapa do pré-teste, a versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada a 30 enfermeiros, estudantes de cursos de mestrado ou doutorado em enfermagem de uma universidade pública do Sul do Brasil, que aceitaram participar desse processo. O pré-teste visou garantir a validade de conteúdo da escala, tendo por objetivo confirmar se os seus itens representavam o conteúdo que se desejava analisar. A escala foi aplicada de forma individual, para que cada sujeito relatasse suas dificuldades e facilidades no preenchimento e sugerisse modificações na redação das questões, caso necessário⁽¹³⁾.

Após a finalização do pré-teste, foi realizada a revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação transcultural da escala. Essa revisão teve por objetivo efetuar modificações na escala, facilitando sua compreensão e viabilizando, assim, a aplicação da escala na amostra selecionada para a etapa quantitativa do estudo⁽¹³⁾.

Local e sujeitos do estudo

A aplicação da versão final do instrumento de coleta de dados foi realizada em dois hospitais do Sul do Brasil, um público e um filantrópico. A primeira instituição hospitalar, denominada “H1”, é caracterizada como um hospital universitário, público, que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 195 leitos e conta com a atuação de 67 enfermeiros com carga horária semanal de 30h. Já a segunda instituição hospitalar, denominada “H2”, caracteriza-se como uma entidade filantrópica, atendendo pacientes do SUS, de convênios e particulares, constituindo-se de três unidades hospitalares distintas: hospital geral, hospital de cardiologia e oncologia e hospital psiquiátrico, compreendendo o total de 644 leitos. Possui quadro de 174 enfermeiros com carga horária de 36h ou 40h semanais.

Os critérios para a seleção dos sujeitos limitaram-se a ser enfermeiro, atuar profissionalmente nas respectivas instituições hospitalares, ter disponibilidade e interesse para responder ao instrumento de coleta de dados. Para a seleção dos sujeitos, utilizou-se a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de modo que todos os enfermeiros atuantes nas referidas instituições, que se encontravam em seus locais de atuação, durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa⁽¹⁴⁾. Por meio de procedimento estatístico, a amostra foi estimada em 150 informantes⁽¹⁵⁾.

Coleta de dados

Adotou-se como procedimento de entrega, para aplicação do instrumento de coleta de dados, a visita às unidades dos dois hospitais selecionados, de forma que os enfermeiros foram convidados a participar do estudo no próprio local e turno de trabalho. Os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope sem identificação, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Mediante a distribuição dos instrumentos e consentimentos, foi realizado o agendamento do seu recolhimento, definindo-se o máximo de três tentativas aos diferentes locais para a coleta dos instrumentos previamente entregues.

Foram entregues instrumentos de coleta de dados a 198 enfermeiros e 165 (83,33) foram recuperados. Desses, 12 foram excluídos, por não estarem devidamente preenchidos. A amostra final resultou em 153 sujeitos.

Validação de constructo do instrumento

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados na amostra selecionada, foi realizada a validade de construto, através da análise fatorial e da verificação da consistência interna pelo alfa de Cronbach. Para realização dos testes estatísticos, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0, facilitando a organização dos dados em tabelas que permitiram melhor visualização dos resultados e sua interpretação.

A análise fatorial foi realizada a fim de reduzir e sumarizar os dados, objetivando a formação de fatores. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a 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 (>,400); e o seu grau de subjetividade. Já o alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a confiabilidade do instrumento ao verificar a consistência de diferentes características de cada um dos fatores, medidas através de questões do instrumento⁽¹⁴⁾.

Resultados

No que se refere à validade de face do instrumento, o comitê de especialistas indicou consenso entre todos os itens da escala, avaliando-os como pertinentes e assegurando sua coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual. Houve compreensão de todos os itens, da maneira como esses foram formulados, de modo que as questões sofreram poucas modificações, limitando-se à sua forma de escrita.

Na questão 41, "Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (Burnout)", foi sugerido acrescentar também o termo "sofrimento moral", tendo em vista a forte relação entre esse fenômeno, o Burnout e a advocacia em saúde⁽¹⁵⁾. Desse modo, a questão 41 foi proposta da seguinte forma: "Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (Burnout) e/ou sofrimento moral". Ainda, na escala Likert, as opções "discordo parcialmente" e "concordo parcialmente" foram substituídas, respectivamente, por "discordo mais do que concordo" e "concordo mais do que discordo".

Outra orientação recebida foi de assegurar que os enfermeiros tivessem conhecimento, mesmo que de maneira geral, do termo advocacia em saúde, considerando sua reduzida utilização no Brasil. Assim, junto às instruções de preenchimento do instrumento, foi inserida uma breve definição do termo advocacia em saúde com base na literatura^(6-9,12). Em relação ao título da escala para o português, definiu-se Escala de advocacia do paciente para enfermeiros ou *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS) - versão brasileira (PNAS-VB).

No que se refere à validade de conteúdo, o pré-teste, realizado com 30 enfermeiros, estudantes dos cursos de mestrado e doutorado, permitiu confirmar que os itens da escala representavam o conteúdo analisado, de modo que não foram necessárias modificações na redação das questões. Quando questionados acerca das dificuldades e facilidades no preenchimento do

instrumento, 24 participantes consideraram os itens do instrumento como de fácil compreensão. Contudo, seis participantes evidenciaram pequenas dificuldades, tendo em vista, especialmente, a repetição de algumas palavras e ideias. O tempo para preenchimento do instrumento variou entre 12 e 20 minutos.

Em relação às características da amostra estudada, verificou-se que os 153 enfermeiros possuíam, em média, 33,13 anos e a maioria pertencia ao sexo feminino (89,5%). Dos 153 enfermeiros, 51 (33,3%) atuavam no hospital "H1" e 102 (66,7%) no hospital "H2". A média de tempo de formação profissional era de 7 anos (7,04), enquanto que a média de tempo de atuação profissional era de 6 anos (6,49).

No que se refere à validade de constructo, as 43 questões do instrumento foram submetidas à análise fatorial exploratória (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante do instrumento. O primeiro agrupamento sugeriu a formação de doze constructos, dificultando a categorização, de acordo com o referencial proposto. Assim, realizou-se o processo de exclusão gradual de cada uma das questões que apresentavam baixas correlações em seus blocos ou que não aderiam conceitualmente aos constructos formados, de modo a facilitar o agrupamento das questões, considerando-se como ponto de corte cargas fatoriais inferiores a 0,400.

À medida que questões foram sendo eliminadas e os constructos tornaram-se mais claros, obteve-se como solução de extração - a formação penta-fatorial. Ao final dessa análise, 22 questões foram excluídas do instrumento por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,400) ou, ainda, formarem blocos isolados (formados por uma única questão) e uma questão foi excluída por não apresentar coerência conceitual com o bloco proposto. As cinco dimensões do instrumento explicam 66,27% da variação das questões originais, o que representa um adequado grau de sintetização dos dados, facilitando sua interpretação.

Assim, em sua versão final, o instrumento, constituído por 20 itens, apresentou cinco construtos: implicações negativas do exercício da advocacia, ações de advocacia, facilitadores ao exercício da advocacia, percepções que favorecem o exercício da advocacia e barreiras ao exercício da advocacia. A Figura 1 apresenta a definição de cada constructo formado.

A fidedignidade dos cinco constructos do instrumento foi avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach do instrumento apresentou valor 0,78, enquanto que os coeficientes dos cinco constructos situaram-se entre 0,70 e 0,87. A Tabela 1 apresenta as cargas fatoriais de cada constructo, de acordo com sua formação nos fatores, a variância explicada, bem como os valores do alfa de Cronbach.

Constructo	Definição do constructo
Implicações negativas do exercício da advocacia	Consequências do exercício da advocacia que podem levar os enfermeiros a serem acusados de insubordinação e sofrerem perda da reputação profissional, podendo, até mesmo, serem rotulados como péssimos colegas de trabalho, perderem o emprego e experimentarem perturbações em suas vidas pessoais ⁽¹⁶⁾
Ações de advocacia	Ações multidimensionais dos enfermeiros para advogar pelos pacientes, variando de acordo com diferentes situações clínicas, ambientes e relações ⁽⁶⁻⁶⁾
Facilitadores ao exercício da advocacia	Características e competências dos enfermeiros que podem facilitar o exercício da advocacia do paciente, como quando os enfermeiros apresentam maior senso de confiança que provém do seu autovalor profissional ⁽³⁾
Percepções que favorecem o exercício da advocacia	Percepções dos enfermeiros em relação à advocacia e aos cuidados que prestam aos pacientes, que podem favorecer seu exercício nos ambientes de trabalho ⁽¹¹⁾
Barreiras ao exercício da advocacia	Barreiras que podem impedir os enfermeiros de realizarem plenamente o seu papel de advogados do paciente, além de contribuírem para que não percebam seu papel na advocacia e para que tenham dificuldades para tomar decisões no seu trabalho ⁽¹⁶⁾

Figura 1 – Definições dos constructos formados. Rio Grande, RS, Brasil, 2014

Tabela 1 – Análise fatorial exploratória (rotação Varimax). Rio Grande, RS, Brasil, 2014

Questões	Bloco	F1	F2	F3	F4	F5
Implicações negativas do exercício da advocacia						
q30 Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente	,644	,743	0,04	-,222	-,056	,198
q31 Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores	,641	,778	-,033	,081	,134	,097
q32 Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos	,701	,812	,014	,011	-,095	,181

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Questões	Bloco	F1	F2	F3	F4	F5
q33 Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores	,715	,824	-,032	-,016	,136	,126
q34 Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco	,690	,820	,041	,094	,009	-,086
Ações de advocacia						
q5 Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	,591	-,092	,748	,081	,131	,019
q6 Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado	,811	,012	,899	,044	,013	,026
q7 Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente	,766	,024	,861	,149	-,036	-,003
q8 Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado	,565	,073	,699	,149	,212	-,052
Facilitadores ao exercício da advocacia						
q19 Eu consigo ser um melhor advogado do paciente porque tenho mais autoconfiança	,517	,115	,299	,640	,064	,017
q20 Enfermeiros que estão comprometidos a fornecer um bom cuidado ao paciente são melhores advogados do paciente	,754	,036	-,041	,851	,167	,006
q21 Uma maior dedicação à enfermagem aumenta a habilidade do enfermeiro de ser um advogado do paciente	,714	-,033	,092	,832	,109	,028
q22 Uma maior qualificação em enfermagem melhora a eficácia do enfermeiro na advocacia do paciente	,705	-,075	,148	,811	,135	-,030
Percepções que favorecem o exercício da advocacia						
q4 Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes	,584	-,186	,394	,398	,439	-,207
q26 Enfermeiros que fornecem informações aos pacientes sobre seus cuidados estão agindo como seus advogados	,612	-,094	,139	,180	,737	,090
q27 Os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender	,566	,180	-,061	,107	,719	-,042
q28 Pacientes vulneráveis precisam da minha proteção em situações prejudiciais	,671	0,66	,188	,106	,785	-,069
Barreiras ao exercício da advocacia						
q41 Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (Burnout) e/ou sofrimento moral	,644	,323	-,069	,086	-,026	,726
q42 Porque eu não gosto de trabalhar como enfermeiro, eu tenho menos vontade de agir como advogado do paciente	,719	,059	,121	,044	,031	,835
q43 Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente	,644	,079	-,079	-,108	-,063	,785
Intitial Eigenvalue		4,35	3,72	2,08	1,71	1,38
% variância explicada – rotated (66,27%)		21,77	18,62	10,40	8,54	6,9
Alfa de Cronbach (instrumento 0,78)		0,87	0,84	0,81	0,70	0,70
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,76)						
Teste de Bartlett: qui-quadrado=1245,737						

Discussão

Conforme evidenciado nos resultados apresentados, a aplicação da PNAS-VB em enfermeiros de duas instituições hospitalares apresentou cinco constructos que, em relação à estrutura e definição conceitual, apresentam pequenas diferenças dos resultados obtidos no estudo de validação do instrumento original⁽¹²⁾, com solução tetrafatorial. No entanto, levando-se em consideração a fundamentação teórica da advocacia em saúde, exercida pelo enfermeiro no ambiente da prática profissional⁽⁶⁻⁹⁾, o instrumento validado nesta pesquisa apresentou aderência teórica, evidenciando cinco dimensões associadas ao exercício da advocacia em saúde pelo enfermeiro. Destaca-se, ainda, que a versão brasileira é a primeira a ser disponibilizada, de modo

que não são encontradas na literatura outras versões do instrumento para diferentes países.

Na PNAS original, foram validadas 37 questões em quatro constructos: atuando como advogado, situações de trabalho e ações de advocacia, ambiente e influências educacionais e suporte e barreiras para a advocacia⁽¹²⁾. No instrumento validado para o contexto brasileiro, foram validadas 20 questões em cinco constructos: implicações negativas do exercício da advocacia, ações de advocacia, facilitadores ao exercício da advocacia, percepções que favorecem o exercício da advocacia e barreiras ao exercício da advocacia. As diferenças entre os estudos evidenciam singularidades na aplicação da PNAS em diferentes ambientes e culturas, demonstrando que o modo como os enfermeiros exercem a advocacia em saúde pode variar em diferentes contextos.

Em relação aos constructos, o primeiro constructo da PNAS-VB, *implicações negativas do exercício da advocacia*, está constituído pelos mesmos itens que formam a segunda subescala da PNAS original⁽¹²⁾, “situação de trabalho e ações de advocacia”. Embora as consequências positivas da advocacia sejam abertamente reconhecidas ao garantirem que direitos, valores e interesses dos pacientes sejam protegidos e preservados, os enfermeiros podem enfrentar diversas consequências negativas diante do exercício da advocacia em saúde, perante os problemas éticos encontrados no cotidiano de trabalho⁽¹⁶⁾. Desse modo, os itens desse constructo correspondem aos achados na literatura, tendo em vista que o ato de advogar em defesa da saúde do paciente, no ambiente da prática do enfermeiro, pode resultar em riscos para os enfermeiros, sendo rotulados como perturbadores por seus colegas de trabalho e empregadores ou, até mesmo, perderem o emprego⁽¹⁷⁾.

Já o constructo *ações de advocacia* está diretamente relacionado à subescala “atuando como advogado” da PNAS original⁽¹²⁾, representada pela ações exercidas pelos enfermeiros quando advogam para os pacientes. Contudo, na PNAS original, essa subescala também contém itens que refletem as percepções dos enfermeiros em relação aos cuidados que prestam aos pacientes e ao exercício da advocacia, enquanto que, na PNAS-VB, os itens que formam esse constructo estão restritos apenas às ações exercidas pelos enfermeiros.

O constructo *facilitadores ao exercício da advocacia* compreende itens relacionados às características pessoais e profissionais dos enfermeiros, os quais podem ser considerados os principais facilitadores para o exercício da advocacia no ambiente de trabalho^(3,18). Esse constructo corresponde à subescala “ambiente e as influências educacionais”, proposto pela PNAS original, também formado por itens que se referem à utilização da experiência pessoal e profissional para atuar como advogado e, ainda, ao ambiente interno dos enfermeiros, compreendendo características intrínsecas como confiança, valores pessoais e crenças⁽¹²⁾.

Essa subescala é de extrema importância para a compreensão do exercício da advocacia pelos enfermeiros, uma vez que, embora haja desejo e necessidade de advogar pelos direitos e interesses dos pacientes, muitas vezes os enfermeiros não apresentam preparo adequado para exercer a advocacia, como na falta de entendimento de situações éticas ou por limitações pessoais e técnicas^(3,12,17).

O quarto constructo, *percepções que favorecem o exercício da advocacia*, pode estar atrelado a algumas

circunstâncias que agem como um “gatilho” para que o exercício da advocacia da saúde do paciente se expresse, como: a vulnerabilidade do paciente, a responsabilidade profissional e a obrigação moral do enfermeiro⁽¹⁹⁾. Assim, é possível perceber que o exercício da advocacia pode decorrer das próprias percepções dos enfermeiros em relação aos cuidados que prestam aos pacientes, perpassando o senso de responsabilidade profissional, o reconhecimento dos benefícios da advocacia em saúde pelo enfermeiro, o estabelecimento de uma adequada relação com os pacientes e de possíveis confrontos com os interesses institucionais, ao informá-los sobre seus direitos, contribuindo para que exerçam sua autonomia na tomada de decisões⁽²⁾.

Em relação ao último constructo, *barreiras ao exercício da advocacia*, foi possível identificar que os itens validados compreendem barreiras que atuam desencorajando os enfermeiros a agirem de acordo com seus conhecimentos e valores como, por exemplo, em situações reconhecidas como de insatisfação com o trabalho e com a carreira escolhida, Burnout e/ou sofrimento moral, dificultando que os enfermeiros realizem plenamente o seu papel de advogados do paciente⁽¹⁹⁾. Desse modo, os enfermeiros, ao optarem por não realizar o enfrentamento de barreiras que podem impedir o exercício da advocacia, podem estar optando, também, não por abandonar a profissão, mas por se afastarem de seus valores, crenças e, por fim, dos próprios ideais da profissão⁽¹⁹⁾.

Na PNAS original⁽¹²⁾, foi validada a subescala “suporte e barreiras para a advocacia”, o que difere do constructo formado nesse estudo, uma vez que os itens referentes ao apoio para a advocacia foram validados no terceiro constructo, *facilitadores ao exercício da advocacia*, e estão relacionados apenas aos valores pessoais e à formação profissional dos enfermeiros. Desse modo, os enfermeiros brasileiros parecem compreender os valores e a formação profissional como principais fontes de apoio às ações de advocacia. Ainda, na PNAS original, as subescalas “ambiente e influências educacionais” e “suporte e barreiras para advocacia” apresentam algumas semelhanças entre seus itens, tendo em vista que foram formadas por questões que refletiam as características internas dos enfermeiros que contribuem para a sua capacidade de advogar, como a confiança⁽¹²⁾.

Em relação à confiabilidade do instrumento, os resultados obtidos representam índices bastante satisfatórios, especialmente quando comparados à validação do instrumento original⁽¹²⁾, garantindo, dessa forma, a fidedignidade do instrumento validado para estudos posteriores. O alfa de Cronbach da PNAS-VB

apresentou valor 0,78, enquanto os coeficientes dos cinco constructos situaram-se entre 0,70 e 0,87. Esse resultado se assemelha ao do PNAS original, que obteve alfa de Cronbach de 0,80 para o instrumento e variou de 0,93 a 0,70 para os quatro construtos⁽¹²⁾, representando alta consistência interna entre as respostas.

Conclusão

Os resultados encontrados evidenciam que a *Protective Nursing Advocacy Scale* - Versão Brasileira se constitui em um instrumento válido e confiável para avaliação das crenças e ações da advocacia em saúde por enfermeiros brasileiros, contribuindo para orientar a prática da advocacia na enfermagem e fornecer bases para a pesquisa nessa área.

Foi possível identificar cinco constructos que explicam o exercício da advocacia em saúde por enfermeiros no contexto brasileiro: implicações negativas do exercício da advocacia, ações de advocacia, facilitadores ao exercício da advocacia, percepções que favorecem o exercício da advocacia e barreiras ao exercício da advocacia. A validação da versão em português do instrumento apresenta-se como mais um recurso a ser disponibilizado aos pesquisadores que objetivam melhor compreender o exercício da advocacia em saúde por enfermeiros, nas inúmeras instituições de saúde do contexto brasileiro.

Como limitação deste estudo, destaca-se a ausência da PNAS adaptada e validada para outros países, o que impossibilitou o estabelecimento de maiores comparações. Por fim, sugere-se a aplicação do instrumento adaptado nesta pesquisa em outras localidades do Brasil, verificando se existem, ou não, diferenças significativas que afetem a compreensão das crenças e ações da advocacia em saúde por enfermeiros brasileiros.

Referências

1. Annas GJ. The patient rights advocate: can nurses effectively fill the role? *Superv Nurse*. 1974 Jul;5(7):20-5.
2. Pavlish C, Ho A, Rourke A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. *Nurs Ethics*. 2012 Jul;19(4):538-49.
3. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nurs Forum*. 2010 Apr-Jun;45(2):97-107.
4. Josse-Eklund A, Jossebo M, Sandin-Bojo AK, Wilde-Larsson B, Petzall K. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy. *Nurs Ethics*. 2014;21(6):673-83.

5. Bu X, Wu YB. Development and psychometric evaluation of the instrument: attitude toward patient advocacy. *Res Nurs Health*. 2008 Feb;31(1):63-75.
6. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. *Nurs Ethics*. 2009 May;16(3):340-62.
7. Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Manag Nurs*. 2011 Mar;12(1):25-32.
8. Cawley T, Mcnamara PM. Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. *Public Health Nurs*. 2011 Mar-Apr;28(2):150-8.
9. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014 Aug;21(5):576-82.
10. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*. 2008 May;15(3):360-70.
11. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007 Jan;57(1):101-10.
12. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010 Mar;17(2):255-67.
13. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000 Dec;25(24):3186-91.
14. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 Feb;22(1):35-42.
15. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs Ethics*. 2010 Mar;17(2):247-54.
16. Hanks RG. The lived experience of nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2008 Jul;15(4):468-77.
17. Thacker KS. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics*. 2008 Mar; 15(2):174-85.
18. O'Connor T, Kelly B. Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics*. 2005 Sep;12(5):453-67.
19. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2014. In press. pii: 0969733014551595. [Epub ahead of print].

Recebido: 11.08.2014

Aceito: 21.2.2015