



4º+SENABS

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RESOLUTIVIDADE
E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

FACULDADE UNIGRAN CAPITAL - CAMPO GRANDE (MS)
27 a 30 de abril de 2014

CONTEÚDO DAS EXPOSIÇÕES DOS PALESTRANTES

Advocacy e Enfermagem na Atenção Básica em Saúde

Carla Aparecida Arena Ventura³

A advocacia em saúde está ligada ao movimento de afirmação dos direitos humanos, que embasa-se na concepção de que por meio de nossa consciência como seres humanos podemos participar do processo de formação de regras de convivência em sociedade. Sendo assim, somos, ao mesmo tempo, membros da sociedade e objeto de suas regras.

As normas de proteção dos direitos humanos são constantemente construídas e reconstruídas, consolidando-se inicialmente como uma reação a uma série de situações históricas de abusos em que prevaleceu a ideia de descartabilidade do ser humano. Embasam-se no superprincípio da dignidade humana e buscam proteger o auto-respeito, promover a auto-consciência e a auto-identidade das pessoas.

Contudo, apesar de toda esta evolução, os direitos são constantemente violados, restringidos ou extintos. Dados do Banco Mundial indicam que aproximadamente 2 bilhões de pessoas vivem em situação de pobreza extrema no mundo e a mortalidade infantil nos países de baixa renda é quase dez vezes maior que nos países em desenvolvimento (SCHRECKER, 2011). A pobreza permanece como uma realidade para bilhões de pessoas no mundo e é também marcante no Brasil, país caracterizado por intensas desigualdades sociais, o que limita, apesar de seu crescimento econômico, condições mínimas para um efetivo desenvolvimento humano e social.

Nesse quadro de contradições, devemos buscar que os direitos sejam protegidos pela legislação, mas também e acima de tudo, que sejam realizados na prática pelo Estado e pela sociedade civil (YAMIN, 1996). Em outras palavras, o “discurso” dos direitos deve refletir-se e traduzir-se no poder real de indivíduos e grupos da sociedade em determinar o sentido de suas potencialidades no contexto social. Os direitos são e devem ser mantidos por meio de sua constante renovação como ação, permitindo o empoderamento das pessoas, não apenas como objeto das regras, mas como reais sujeitos do direito (MEIER, 2010).

Nessa perspectiva, o direito à saúde é um dos direitos humanos que, por sua complexidade, é mais difícil de se garantir em plenitude, precisar conteúdo e alcance. Constitui um direito em razão do valor que a saúde representa para o desenvolvimento das capacidades, personalidade, projetos de vida das pessoas, assim como para o desenvolvimento da coletividade. Representa um direito humano fundamental, diretamente

³ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

vinculado ao direito à vida, à integridade moral, psíquica e física, que são o fundamento para o exercício de todos os direitos humanos. A saúde é, então, condição essencial e prerrogativa da dignidade das pessoas como seres individuais e sociais (OPS, 2005).

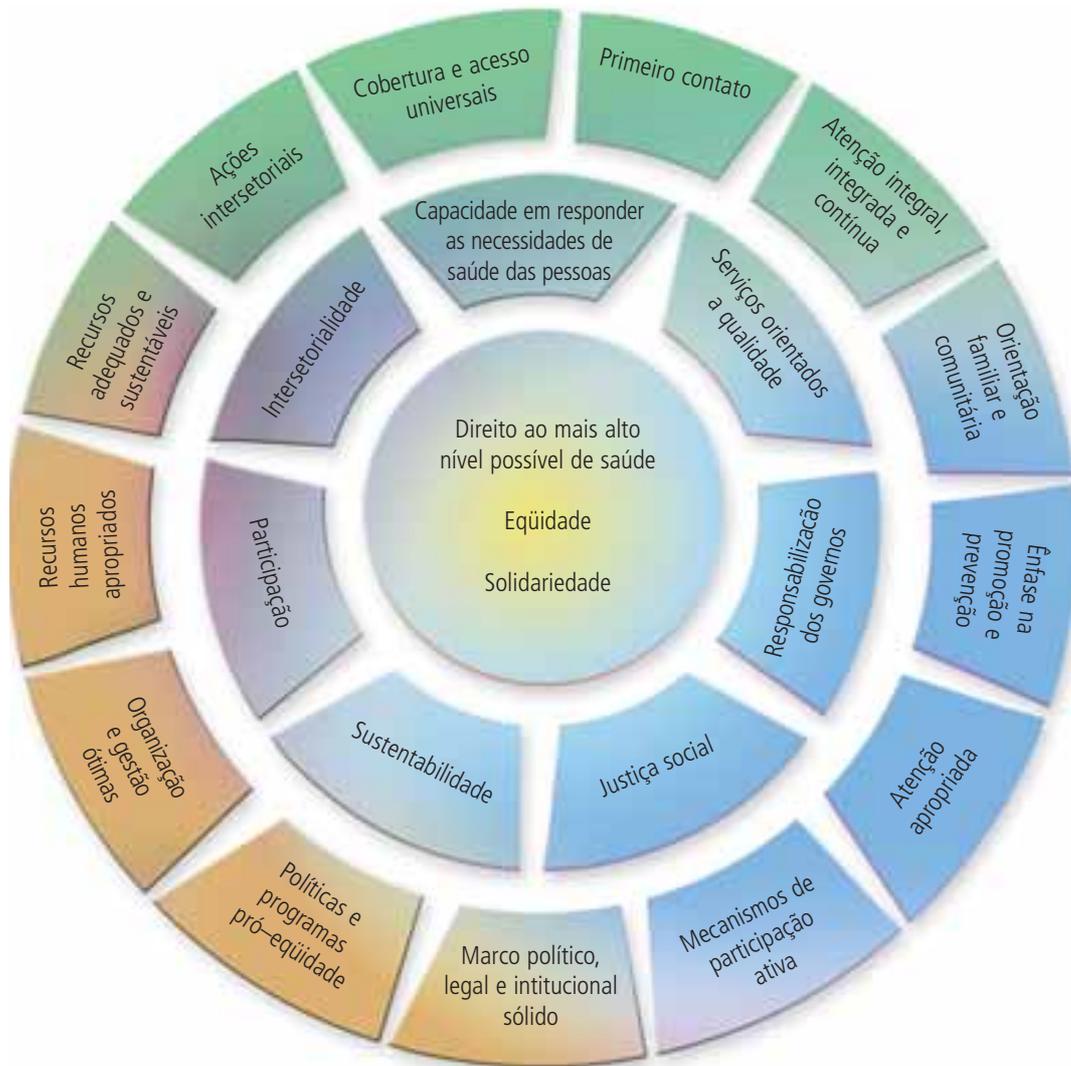
A Conferência de Alma Ata, em 1978, representou um marco para a concepção de saúde como direito, mobilizando profissionais e instituições de saúde, governos e organizações da sociedade civil que, considerando a justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade, decidiram buscar respostas para as desigualdades em saúde existentes em todos os países, com base na constatação de que estas desigualdades eram política, social e economicamente inaceitáveis. Como resultado, estabeleceu-se a meta “Saúde para Todos”, tendo como abordagem essencial para o seu desenvolvimento a atenção primária em saúde.

Este movimento foi se fortalecendo e em 1986, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, consolidou-se a ideia de saúde como um bem produzido socialmente, tendo como requisitos fundamentais para seu alcance: habitação, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (HEIDEMANN, 2006).

Em 2003, a Organização Pan-Americana da Saúde, que é o órgão representativo da Organização Mundial da Saúde nas Américas, decidiu reavaliar os valores e os princípios que há algumas décadas inspiraram a Declaração de Alma Ata, de forma a desenvolver sua estratégia futura e orientações programáticas para a atenção primária em saúde. A estratégia resultante foi apresentada no documento **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**, publicado em 2007 em inglês, e traduzido para o português em 2008, que forneceu uma visão e um sentido renovados para o desenvolvimento de sistemas de saúde com base na Atenção Primária em Saúde e estabeleceu que cada país deveria encontrar sua própria forma de construir uma estratégia sustentável para fundamentar o seu sistema de saúde de acordo com esta abordagem (OPS, 2008).

A Figura abaixo sintetiza os valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na Atenção Primária em saúde, demonstrando que o direito à saúde representa elemento central deste modelo, assim como a equidade e solidariedade.

Figura 1: Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS.



Fonte: OPS, 2008, p. 9.

No Brasil, a Constituição de 1988 garantiu o direito à saúde da população prevendo expressamente que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Nesse contexto, a atenção primária em saúde incorporou no país os princípios da reforma sanitária, levando o SUS a adotar Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Entretanto, vários desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país. Ressalta-se, ainda, que apesar de ser um valor universalmente reconhecido, a saúde geralmente não é considerada como prioridade

política em termos de reais investimentos, o que acaba por tornar a população ainda mais vulnerável e suscetível a abusos. Como consequência, as pessoas não se percebem como titulares do direito à saúde, o que impede o exercício de sua cidadania plena.

Esta construção do direito à saúde no caso brasileiro vem sendo lenta e influenciada pela demarcação simbólica de uma hierarquia social fundada em extrema polarização, que se tece na permanência de padrões sociais autoritários, pertinentes não somente ao âmbito político, mas também ao conjunto das relações sociais: família, de convivência, de trabalho, inclusive relações entre o aparato estatal e o conjunto da sociedade. Nesse sentido, enquanto o governo democrático brasileiro se define pelo recurso a procedimentos mínimos sem os quais não poderia constituir-se uma democracia formal, como o voto secreto, sufrágio universal e eleições regulares, o regime democrático implicaria na produção de uma estrutura social capaz de autogerar comportamentos democráticos. A construção do SUS e do direito à saúde possui assim como maior desafio a conquista de um regime democrático (PINHEIRO & ASENSI, 2010), em que a saúde emergja como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício.

Esta realidade social fez surgir um tipo de prática voltada à defesa do direito à saúde denominada advocacia em saúde, compreendida como um conjunto de ações sociais, econômicas, políticas e jurídicas, coordenadas e voltadas à prevenção, proteção e promoção do direito à saúde, organizadas por atores sociais específicos que, por meio de ações concretas, buscam obter dos responsáveis a prática ou abstenção de uma ação em prol da saúde, individual, coletiva e pública (AITH, 2006). Dentre estes grupos, enfatizamos os enfermeiros e a equipe de enfermagem como profissionais fundamentais para a prática de iniciativas inovadoras de avaliação das necessidades de indivíduos e populações, visando o desenvolvimento da comunidade e o trabalho em parceria para o fortalecimento da saúde.

Nesse cenário de contradições e possibilidades, esta exposição apresenta como objetivo discutir o potencial da advocacia em saúde pela enfermagem, combinando o conteúdo material do direito à saúde com as possibilidades do contexto social e considerando suas diferentes dinâmicas de poder.

A definição da advocacia para a enfermagem tem sido uma meta da própria profissão, especialmente com a sua inserção em diferentes códigos de ética da enfermagem, dentre eles o Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros, que a descreve como uma função chave para a enfermagem. Como consequência deste movimento, a enfermagem se colocou ao lado do Direito e da Medicina, dentre as únicas profissões que formalizaram a advocacia como uma de suas funções, distanciando-se de um modelo centrado na obediência organizacional para a advocacia direcionada aos usuários dos

serviços de saúde.

Há considerável literatura estudando a advocacia em enfermagem e a atuação dos enfermeiros como advogados dos usuários dos serviços de saúde. Apesar destes estudos, há ainda várias lacunas na conceituação de advocacia em enfermagem, o que para alguns a torna um termo ambíguo e abstrato, dificultando sua prática (McSTEEN & McALPINE, 2006). Sendo assim, a inexistência de um modelo definindo parâmetros para a advocacia na prática profissional acentua ainda mais as dúvidas já existentes e dificulta o seu exercício pelos enfermeiros.

De forma geral, podemos dizer que a advocacia envolve, de um lado, a vulnerabilidade do indivíduo e, por outro, a humanidade na relação entre o enfermeiro e seus pacientes. Nesse sentido, o enfermeiro age para que o usuário dos serviços de saúde exercite seus direitos, especialmente o de auto-determinação.

Há, então, alguns elementos inerentes à advocacia: 1. A existência de algum tipo de dificuldade, conflito ou situações envolvendo escolhas éticas que gerem a necessidade da advocacia; 2. A pró-atividade do enfermeiro; 3. A ação do enfermeiro em favor dos usuários dos serviços de saúde, geralmente mediando suas relações com a família, os membros da equipe de saúde e outros setores da sociedade (McSTEEN & McALPINE, 2006).

A advocacia se tornou, portanto, um ideal ético com base no pressuposto de que o enfermeiro conhece melhor o paciente, uma vez que é o responsável pela continuidade do seu cuidado (DAVIS, KONISHI, TASHIRO, 2003). No âmbito da estratégia de saúde da família, o enfermeiro está ainda mais próximo ao usuário, sua família e da comunidade, compartilhando e vivenciando seus problemas e dificuldades.

Desse modo, no dia-a-dia, os enfermeiros são explícita ou implicitamente chamados a atuarem como “advogados” dos usuários de seus serviços, quando, por exemplo, os protegem de um tratamento desnecessário, de intervenções que não desejam ou, especialmente, quando informam os usuários de seus serviços sobre seus direitos, para que possam conscientemente decidir sobre suas futuras ações. A advocacia varia, então, com atitudes mais passivas ou ativas por parte do enfermeiro. Nessa perspectiva, é crucial que os enfermeiros se distanciem de uma orientação paternalista em direção a uma orientação centrada no usuário do serviço de saúde, que com as informações necessárias, pode buscar outras alternativas de acesso e exercício de seus direitos.

Contudo, o acesso à informação em saúde e sobre o direito à saúde não é algo dado e precisa ser constantemente construído nos diferentes serviços de saúde, com a participação do enfermeiro. Para entender melhor este quadro, realizamos uma pesquisa buscando identificar o conhecimento de usuários de uma Unidade Básica de Saúde sobre o

seu direito à informação em saúde. Participaram da pesquisa 22 usuários. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e analisados através de análise de conteúdo. Os resultados demonstraram dificuldades no acesso à informações sobre diagnóstico, exames, medicamentos, riscos e benefícios do tratamento; o sentimento de desequilíbrio nas relações de poder existentes entre o usuário e os profissionais de saúde; a insatisfação dos usuários por não receberem as informações necessárias, e o excesso de burocracia no atendimento (LEITE, 2010).

Constatamos, assim, que os enfermeiros podem e devem ter um papel mais ativo, por meio da advocacia, visando modificar este panorama. Para tanto, é fundamental que estejam preparados para uma comunicação assertiva, possuindo informação e conhecimentos sobre os seus direitos e deveres junto aos usuários, famílias, organização empregadora, organizações de classe, comunidade e sociedade em geral.

Nessas situações, os enfermeiros têm total condição para atuar como verdadeiros educadores, influenciando decisões que resultem em serviços de saúde mais efetivos, respeitando a equidade, facilitando a inclusão e buscando o reequilíbrio de poder, por meio de informações que embasem o exercício de direitos e resultem no empoderamento dos próprios enfermeiros e dos usuários de seus serviços neste processo.

Nesse cenário, o exercício da cidadania pelos usuários está diretamente relacionado ao seu empoderamento. Compreende-se por empoderamento, o processo pelo qual os que detêm o poder, no caso, os profissionais de saúde e os enfermeiros favorecem aos outros, os usuários, a adquirirem e usarem o poder necessário para tomar decisões que afetam a si ou sua vida (SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN, 2005).

O empoderamento do indivíduo por meio da informação tem papel fundamental no processo de auto-transformação da pessoa, na medida em que propicia um ambiente de mudanças com o intuito de oferecer autonomia aos indivíduos envolvidos (FREIRE, 2003; HANKS, 2007).

Nesse contexto, o enfermeiro, por meio da advocacia, pode facilitar o deslocamento do usuário da categoria de mero receptor, situando-o como ator central do processo de apropriação das informações, tornando-se um ser ativo e participativo.

Apesar de toda esta evolução conceitual e prática, alguns estudos apontam limitações para a advocacia em enfermagem. As dificuldades incluem o imperativo econômico e o trabalho com recursos escassos, tornando a saúde uma mercadoria, especialmente neste modelo neoliberal que restringe cada vez mais o papel do Estado. Citam-se, também, as dificuldades vivenciadas em virtude das diferenças de poder entre os membros da equipe de saúde, a falta de autonomia operacional e de autoridade no contexto

das organizações de saúde para que a enfermagem possa estruturar formalmente o seu conhecimento e sua prática visando efetivar ações de advocacia em prol dos usuários dos serviços de saúde e da comunidade.

Para lidar com estes desafios, os enfermeiros devem buscar caminhos alternativos, embasando suas reivindicações e argumentações com dados e evidências científicas. Nesse cenário, as habilidades técnicas são primordiais, mas devem ser associadas ao conhecimento e à habilidades que facilitem o relacionamento interpessoal.

Os enfermeiros precisam enfrentar conflitos e estar prontos para negociar e defender mudanças no *status quo*, buscando dar visibilidade e voz aos que não conseguem exercer os seus direitos e autonomia (SORENSEN & IEDEMA, 2007). Os usuários dos serviços de saúde estão, portanto, em condição de vulnerabilidade, com seus direitos muitas vezes negligenciados, sem informações e intimidados (CHAFEY, RHEA, SHANNON & SPENCER, 1998).

Com a advocacia, os enfermeiros exercem sua empatia, valores éticos, assertividade e persistência para lidar com o seu próprio medo, fadiga, frustrações e stress em um ambiente de potenciais conflitos entre os membros da equipe, com a falta de recursos econômicos, humanos e de infra-estrutura e a existência de modelos tradicionais de gestão organizacional e do próprio cuidado à saúde, podendo colocar em risco a segurança de seu trabalho (CHAFEY, RHEA, SHANNON, SPENCER, 1998).

Em suma, as características de auto-confiança e a força de sua convicção são influências importantes para a advocacia e facilitam a interação entre os enfermeiros e os usuários de seus serviços, por meio de diálogos genuínos em um contexto de abertura, disponibilidade e troca (McGRATH, HOLEWA, McGRATH, 2006). Como vimos, são várias as barreiras existentes para o exercício da advocacia em enfermagem em diferentes contextos, dentre eles o da atenção básica.

Por outro lado, apesar das dificuldades de definição do conceito de advocacia, os enfermeiros, em sua prática, buscam alternativas inovadoras diariamente para lidar com os diferentes problemas que surgem e já aplicam a advocacia em suas relações com os usuários dos serviços de saúde e a comunidade, unindo forças com os diferentes membros da equipe de saúde. Precisamos agora nomear essas ações como advocacia, dando visibilidade a esta função da enfermagem, que é tão importante quanto todas as outras já consensualmente aceitas e revelando ainda mais o comprometimento e a paixão do enfermeiro em sua luta diária pela integralidade do cuidado à saúde e a efetivação do direito à saúde no país.

Referências

AITH, F. M. A. **Teoria geral do direito sanitário**. 2006, 456 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

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.

DAVIS, A. J.; KONISHI, E.; TASHIRO, M. A Pilot Study of Selected Japanese Nurses' Ideas on Patient Advocacy. **Nursing Ethics**, v. 10, n. 4, p. 404-413.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148p.

HANKS, R. G. Barriers to Nursing Advocacy: a concept analysis. **Nursing Forum**, v. 42, n. 4, p. 171-177, 2007.

HEIDEMANN, I. T. S. **A Promoção da Saúde e a Concepção Dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

LEITE, R. A. F. **Direito à informação em saúde: análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

McGRATH, P.; HOLEWA, H.; McGRATH, Z. Nursing advocacy in an Australian multidisciplinary context: findings on medico-centrism. **Scandinavian Journal Caring Science**, 20, p. 394-402, 2006.

McSTEEN, K; McALPINE, C.P. The Role of the Nurse as Advocate in Ethically difficult care situations with dying patients. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v. 8, n. 5, p. 259-269, 2006.

MEIER, B. M. Global Health Governance and the Contentious Politics of Human Rights: mainstreaming the right to health for public health advancement. **Stanford Journal of International Law**, 46, p. 1-49, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Derechos Humanos y Derecho a la Salud: construyendo ciudadanía en salud. Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos**. Lima, 2005 (Cuaderno de Promoción de la Salud n. 16).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. OPS: Washington, 2008.

PINHEIRO, R; ASENSI, F.D. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 15-17, 2010.

SCHERMERHORN, J. R.; HUNT, J. G.; OSBORN, R. N. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 328 p.

SCHRECKER, T. The Health Case for Economic and Social Rights against the Global Marketplace. **Journal of Human Rights**, Taylor & Francis Group, v. 10, p. 151-177, 2011.

SORENSEN, R.; IEDEMA, R. Advocacy at end-of-life. Research design: an ethnographic study of an ICU. **International Journal of Nursing Studies**, 44, 1343-1353, 2007.

YAMIN, A E. Defining Questions: situating issues of power in the formulation of a right to health under international law. **Human Rights Quarterly**, v. 18, p. 398-438, 1996.