

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CONCEITOS DE ECONOMIA CLÍNICA E ADVOGADO DO PACIENTE

PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS ON CONCEPTS CLINICAL ECONOMICS AND PATIENT ADVOCATE

PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LOS CONCEPTOS DE ECONOMÍA CLÍNICA Y ABOGADO DEL PACIENTE

Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho¹
Maria Aparecida Baggio²
Adriana Zilly³
Fabiana Colombelli⁴
Franz Porzsolt⁵

Como citar este artigo: Silva-Sobrinho RA, Baggio MA, Zilly A, Colombelli F, Porzsolt F. Percepções dos profissionais de saúde sobre conceitos de economia clínica e advogado do paciente Rev baiana enferm. 2022;36:e43397.

Objetivo: compreender a perspectiva dos profissionais de saúde sobre os conceitos de Economia Clínica e Advocacia do Paciente. **Método:** estudo qualitativo com profissionais de saúde. Os dados foram coletados em junho/2017 a partir da questão: Qual a sua percepção sobre o conceito de Economia Clínica e Advocacia do Paciente? Os dados qualitativos foram analisados pelo Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** os discursos apontaram que se trata de propostas inovadoras, desafiadoras e aplicáveis para a enfermagem e a saúde. O Advogado do Paciente e o conceito de Economia Clínica podem subsidiar as decisões dos gestores da equipe/serviços de saúde. As ideias podem potencializar a integração das equipes, solucionar conflitos, aproximar diferentes categorias profissionais e mitigar os riscos de responsabilidades legais, financeiras e éticas em relação à assistência à saúde. **Conclusão:** os conceitos foram entendidos como fundamentais e aplicáveis, uma vez que as organizações sobrevivem com adequada gestão humana, financeira e material.

Descritores: Enfermagem. Segurança do paciente. Economia saudável. Equipe de atendimento ao paciente.

Objective: to understand the perspective of health professionals on the concepts of Clinical Economics and Patient Advocate. Method: a qualitative study with health professionals. Data were collected in June/2017 from the question: What is your perception of the concept of Clinical Economics and Patient Advocate? Qualitative data were analyzed using the Collective Subject Discourse. Results: the speeches pointed out that it deals with innovative, challenging and applicable proposals for nursing and health care. Patient Advocate and the Clinical Economics concept can

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil e Instituto de Economia Clínica e.V., da Ulm University, Ulm, Baden-Württemberg, Alemanha. <https://orcid.org/0000-0003-0421-4447>. E-mail: reisobrinho@yahoo.com.br

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6901-461X>.

³ Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8714-8205>.

⁴ Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6762-6855>.

⁵ Instituto de Economia Clínica e.V. da Ulm University, Ulm, Baden-Württemberg, Alemanha. <https://orcid.org/0000-0003-3554-2902>.

support the decisions of the health team/service managers. The ideas can enhance the integration of the teams, resolve conflicts, bring together different professional categories and mitigate the risks of legal, financial and ethical responsibilities regarding health care. Conclusion: the concepts was understood as fundamental and applicable, since the organization survive with adequate human, financial and material management.

Descriptors: Nursing. Patient safety. Health economics. Patient care team.

Objetivo: comprender la perspectiva de los profesionales de la salud sobre los conceptos de Economía Clínica y Defensa del Paciente. Método: estudio cualitativo con profesionales de la salud. Los datos fueron recolectados en junio/2017 a partir de la pregunta: ¿Cuál es su percepción del concepto de Economía Clínica y Defensa del Paciente? Los datos cualitativos fueron analizados utilizando el Discurso del Sujeto Colectivo. Resultados: los discursos indicaron que se trata de propuestas innovadoras, desafiantes y aplicables para la enfermería y la salud. El Defensor del Paciente y el concepto de Economía Clínica pueden apoyar las decisiones de los gestores de equipos/servicios de salud. Las ideas pueden mejorar la integración del equipo, resolver conflictos, unir diferentes categorías profesionales y mitigar los riesgos de las responsabilidades legales, financieras y éticas en relación con la atención de la salud. Conclusión: los conceptos fueron entendidos como fundamentales y aplicables, ya que las organizaciones sobreviven con una adecuada gestión humana, financiera y material.

Descriptores: Enfermería. Seguridad del paciente. Economía sana. Equipo de atención al paciente.

Introdução

Os fenômenos sociais globais trouxeram mudanças no estilo de vida das pessoas, longevidade, imigração em massa, demanda por serviços de saúde e crises econômicas que influenciaram o acesso e a prestação de serviços de saúde.

Em relação apenas às doenças crônicas, as estimativas apontam que, até 2030, esse grupo de doenças representará 70% das mortes na carga global de doenças⁽¹⁾, 76% no Brasil e esse número tende a piorar devido à associação com a Covid-19. Sabe-se que comorbidades como, por exemplo, um transtorno de saúde mental estão associadas ao aumento do custo do atendimento de pacientes portadores de doenças crônicas⁽²⁾.

Os custos previstos no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (financiamento público), apenas para o atendimento de pacientes com doenças cardiovasculares em 2015, chegaram a 9,6 bilhões de dólares⁽³⁾. E parte significativa dos gastos é com ações curativas, concentradas em atendimento hospitalar, ambulatorial e medicamentos para tratamento de doenças crônicas⁽⁴⁾.

No entanto, vale ressaltar que os custos econômicos são apenas uma das faces do prisma, que envolve o sofrimento dos enfermos e, invariavelmente, soma-se à incapacidade causada

por doenças crônicas, perda de qualidade de vida e ocorrência de mortes prematuras.

Diante desse cenário, a falta de recursos aumentou e impactou a qualidade dos sistemas de saúde globalmente, por isso foi necessário rever a escolha dos cuidados e tratamentos de saúde, não apenas pelos novos gastos, mas principalmente pelos já existentes. Em relação à saúde, é preciso refletir que os gastos devem ser comparados primeiramente com os benefícios/resultados para os pacientes e para o sistema de saúde em uma análise clínico econômica. Essa abordagem abre novas perspectivas para vincular custos aceitáveis (custos financeiros, consequências de procedimentos e comparação entre custos e consequências) com o benefício adicional de saúde desejado⁽⁵⁾.

Nesse sentido, percebe-se recorrentemente que o cerne das avaliações econômicas tradicionais têm sido direcionado para aspectos que envolvem apenas a clínica e o desempenho da tecnologia, ou seja, se atinge os indicadores de segurança, eficácia, eficiência, eficácia e custo eficácia, premissas imprescindíveis, porém é necessário incluir nessas análises o impacto econômico no orçamento dos indivíduos e suas famílias⁽⁶⁾ e verificar a aceitação do risco benefício das intervenções em saúde.

Assim, há uma real necessidade de capacitação para que os profissionais de saúde possam adquirir habilidades não apenas para realizar procedimentos clínicos eficazes e seguros, mas também para se tornarem profissionais reflexivos, conscientes do impacto que suas decisões têm na vida e nos sistemas e serviços dos pacientes⁽⁷⁾.

As habilidades necessárias aos profissionais de saúde, baseadas em uma abordagem clínico econômica, visam aprimorar as decisões tomadas, por meio de acordos compartilhados (profissional-paciente-família), aumentando sua percepção de valores e preferências em relação aos procedimentos clínicos e tratamentos de saúde. Nessa linha, Porzolt propõe a formação de um novo ator em saúde em uma reflexão denominada “Economia Clínica e Enfermagem”⁽⁸⁾.

A proposta em questão é a “Advogada do Paciente”, baseada no conceito “Economia Clínica”, que propõe a utilização de ideias econômicas nos serviços de saúde. Nesse caso, o significado da palavra economia assume: A) os custos que devem ser aceitos, sejam hospitalização, efeitos colaterais, risco do tratamento ou custos financeiros; B) as consequências, como o benefício. Algo que o paciente terá de volta como solução para seu problema de saúde e; C) formas alternativas de assistência, que consistem em comparar custos e consequências⁽⁷⁾.

Com base nessa ideia, argumenta-se que a atenção à saúde pode ser promovida com esse referencial, não apenas na perspectiva do profissional de saúde, mas como uma estrutura assumida por gestores e gestores. Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro possui credenciais adequadas para fundamentar suas ações segundo a definição de “Economia Clínica”, dada sua formação e competência para desenvolver um cuidado ampliado, contextualizado e focado nas necessidades dos pacientes, visto que em seu campo de atuação ele articula e integra o cuidado de diferentes profissionais de saúde⁽⁹⁾.

Para atuar como “Advogado do Paciente”, baseado no conceito de “Economia Clínica”, o enfermeiro necessita de formação curricular específica, os fenômenos sociais globais trouxeram mudanças no estilo de vida das pessoas,

longevidade, imigração em massa, demanda por serviços de saúde e crises econômicas que influenciaram acesso e prestação de serviços de saúde.

Defende-se que a prática do enfermeiro está centrada não apenas no tratamento ou na tecnologia utilizada, mas na avaliação do processo, adesão, efetividade e segurança das medidas clínicas em benefício do paciente. Lembrando que a empatia, a visão holística e o pensamento humanizado ao abordar o processo saúde doença para o cuidado integral permeiam a prática profissional do enfermeiro.

Pressupõe-se que os enfermeiros são profissionais com perfil para atuar como “Advogado do Paciente” e, por isso, necessitam urgentemente de especializar-se em economia clínica, conhecimentos/habilidades que devem estar, preferencialmente, no âmbito da prática destes profissionais.

Considerando que o “Advogado do Paciente” é uma proposta teórica ancorada no conceito de economia clínica, que é um arcabouço conceitual robusto para o planejamento assistencial, somado ao referencial teórico do cuidado, levanta-se como premissa que encontrará aceitação com profissionais da saúde.

Assim, o objetivo deste estudo foi compreender a perspectiva dos profissionais de saúde sobre os conceitos de Economia Clínica e Advocacia do Paciente.

Método

Estudo de abordagem qualitativa com profissionais de saúde que participaram do 1º Seminário Internacional de Economia Clínica e Advocacia do Paciente, em maio de 2017, na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, que possui uma população estimada em 256.088⁽¹⁰⁾.

O critério de inclusão para a participação do profissional de saúde foi ter participado do Seminário supracitado e atuar no município na rede de saúde, privada ou pública. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou afastados do trabalho no momento da entrevista. Quarenta profissionais de saúde que

participaram do referido Seminário foram contatados por e-mail ou telefone. Destes, 20 aceitaram participar.

Em relação ao tamanho da amostra e sua representatividade, em pesquisas qualitativas o número de pessoas entrevistadas não é tão importante, sendo necessário observar alguns pontos, como: utilizar instrumentos que verificam a diversidade e características internas, certificando que o público-alvo e local para a coleta de dados trazer materiais subjetivos para serem analisados, conhecer as interações e atentar para os demais grupos relacionados, além de associar gradativamente os achados ao referencial teórico⁽¹¹⁾.

A coleta de dados ocorreu no período de junho/2017 e foi iniciada por meio da seguinte questão: “Qual a sua percepção sobre o conceito de Economia Clínica e Advogado do Paciente?”, além de dados de identificação como sexo, idade, local de trabalho, tempo de desempenho e qualificação profissional.

As entrevistas foram realizadas após o contato prévio para expor o tema e aceito pelo profissional de saúde, em uma sala apenas com o entrevistador e o entrevistado. As respostas da entrevista foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Para a identificação dos participantes, foi marcada a letra P (de Participante), seguida do número correspondente à sequência das entrevistas (P1, P2 ... P20). Estes tiveram uma duração média de 20 minutos.

Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma forma de análise de dados, que representa o pensamento coletivo, no qual um discurso síntese agrega o conteúdo de discursos semelhantes emitidos por diferentes pessoas para que cada sujeito contribua para a construção do DSC. Consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados, e se baseia na teoria das Representações Sociais. Representa uma mudança na pesquisa qualitativa, pois permite conhecer os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre determinado assunto por meio de métodos científicos⁽¹²⁾.

Segundo os mesmos autores, quatro figuras metodológicas ou operadores de DSC, denominados Expressões Chave (ECHs), Ideias Centrais (ICs), Ancoragem (AC) são utilizadas para a construção do DSC. Quanto ao tamanho do grupo pesquisado na metodologia DSC, o número mínimo de participantes de uma pesquisa é o mínimo, ou seja, ele próprio⁽¹²⁾.

Esta pesquisa, com participantes não identificados, atende às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil 466/2012 e 510/2016.

Resultados

Dos 20 profissionais que participaram desta pesquisa, 14 eram do sexo feminino, 15 enfermeiros, 14 atuavam no sistema público de saúde, com tempo médio de serviço de 10 anos.

A maioria dos participantes que concordou em participar do estudo era enfermeiro. Isso pode ser justificado, provavelmente, porque os enfermeiros concordam com a proposta do “Advogado do Paciente”, baseada no conceito de “Economia Clínica”, que os qualifica para exercer uma competência nova e desafiadora de agir/ação em saúde.

Ao analisar os dados, foram identificados três discursos sínteses e respectivas ideias centrais, a respeito do tema investigado, conforme descrito a seguir.

DISCURSO SUMÁRIO 01: Nas falas sobre as perspectivas gerais sobre os conceitos EC e PA, foi possível identificar quatro ideias centrais.

Ideia Central 01A: Desafios e Dificuldades

Como DSC deste IC, temos:

Considerado como um desafio imenso, mas propostas inovadoras voltadas para o cuidar/cuidado em enfermagem e saúde. Referiu que no dia a dia a realidade é outra, mas que no futuro pode-se viver numa sociedade em que a enfermagem seja mais valorizada e tenha mais autonomia, nomeadamente por atuar em defesa do doente.

Ideia Central 02A: Locais de Inserção

Como DSC deste IC, temos:

Conceitos que podem ser utilizados na Atenção Hospitalar, mas também na Atenção Primária e Secundária.

Ideia Central 03A: Perspectivas Futuras

Como DSC deste IC, temos:

Manifestou a expectativa de aprender esses conceitos inovadores e instigantes que se relacionam com o fazer do enfermeiro.

Ideia Central 04A: Capacitação em Enfermagem e Formação Acadêmica

Como DSC deste IC, temos:

Considera-se oportuno introduzir tais conceitos como subárea do ensino de enfermagem como tema emergente em uma sociedade que cada vez mais tem se manifestado em valores questionáveis que visam interesses individuais ao invés de interesses coletivos, que visa o lucro monetário e não o lucro humanitário.

DISCURSO-SUMÁRIO 02 Nas falas sobre as perspectivas sobre o conceito de EC, segundo a compreensão dos participantes, foram identificadas três ideias centrais.

Ideia Central 01B: Importância do Conceito

Como DSC deste IC, temos:

Conceito fundamental e aplicável no dia a dia profissional. Cada vez mais, as instituições precisam ser mais eficientes no uso de seus recursos financeiros, humanos e materiais. Gerenciar esses recursos de forma sustentável e alinhada às melhores práticas é o que mantém uma empresa atuante no mercado.

Ideia Central 02B: Inserção entre profissionais de saúde

Como DSC deste IC, temos:

É um processo que ocorre para além dos aspectos financeiros, mas principalmente, no âmbito das relações entre a equipe interdisciplinar, principalmente enfermeiros e médicos, bem como a relação destes com os usuários/pacientes sob seus cuidados.

Ideia Central 03B: Perspectiva Esperada

Como DSC deste IC, temos:

A importância da perspectiva médica, ética e epidemiológica, enfatizando o indispensável rigor metodológico, cuidado com riscos com erros ou vieses; A importância da informação, ética e segurança na pesquisa e na prática profissional.

DISCURSO-RESUMO 03: Os discursos que tratam de perspectivas gerais sobre os conceitos de AF, apresentam duas ideias centrais.

Ideia Central 01C: Cenário Atual

Como DSC deste IC, temos:

Há necessidade de uma boa formação com conhecimento do enfermeiro nesta área da economia clínica, adequação dos currículos nas universidades, bem como divulgação e aceitação pela equipe multiprofissional, principalmente por médicos e empresas prestadoras de serviços de saúde. Em nossa cultura, o „saber e agir médico“ ainda prevalece com grande força. A visão do enfermeiro difere da visão do médico. Questionar um médico e exigir que ele explique suas ações e decisões acarreta grandes possibilidades de divergências e desconfortos. Mas temos que concordar que o profissional mais qualificado é o enfermeiro.

Ideia Central 02C: A importância do Conceito

Como DSC deste IC, temos:

O Patient Advocate pode apoiar as decisões da equipe de saúde ou dos gerentes de serviço. Do ponto de vista estratégico dentro da instituição, sua atuação pode integrar equipes, solucionar conflitos, aproximar diferentes categorias profissionais e mitigar riscos de responsabilidades judiciais.

Embora a metodologia de análise utilizada seja a do Discurso do Sujeito Coletivo, um único relato de uma enfermeira entrevistada chamou a atenção para definir tão bem o papel desse profissional no cenário atual, que se julgou necessário apresentar aqui este discurso: “Desde minha experiência de enfermeira, observei de forma não sistemática que, na maioria das vezes, é na enfermagem que o paciente deposita sua confiança. Muitos até pedem para a enfermeira conversar com o médico, porque o médico passa tão rápido que o paciente tem medo de esquecer. E então assumimos a responsabilidade e o compromisso de resolver essa questão para o paciente. Estas situações são frequentes na vida profissional dos enfermeiros”.

Discussão

As concepções gerais dos participantes apontam para a compreensão da economia clínica e do enfermeiro (advogado do paciente), ainda de forma superficial e ampla, mas com indício do caráter inovador desses termos na enfermagem e na saúde. No entanto, a difícil implementação desses conceitos na prática, deve-se principalmente à falta de valorização da opinião do paciente e à incipiente autonomia profissional do enfermeiro para tomar decisões em defesa do paciente, atrelada à dependência do modelo médico-médico centrado⁽¹³⁾.

Há uma lacuna nas pesquisas sobre como os enfermeiros lidam com as tomadas de decisão, mesmo que estas tenham impacto na qualidade e segurança na assistência ao paciente. A compreensão desse processo contribui para o planejamento das intervenções de apoio. Já se sabe que a exposição crônica ao estresse afeta negativamente a saúde do enfermeiro, bem como o processo de tomada de decisão⁽¹⁴⁾.

No cenário atual, a tomada de decisão ainda é de responsabilidade exclusiva do médico, que também vivencia sofrimento moral ao tomar decisões, principalmente por desafios éticos. Embora em alguns países, como Estados Unidos, Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Austrália e Nova Zelândia, já tenha ocorrido uma ampliação das competências profissionais dos enfermeiros, conferindo-lhes maior autonomia, pois este profissional já está autorizado a prescrever medicamento. Em estudo publicado em 2019, mostrou que 52% dos enfermeiros e parteiras concordaram que a ampliação dessas habilidades aumentaria o prestígio desse profissional e a autonomia desses profissionais influencia na tomada de decisão⁽¹⁵⁾.

No entanto, decisões que consideram os desejos do paciente estão associadas a menos sofrimento do médico e podem ser direcionadas para intervenções centradas no paciente⁽¹⁶⁾ com a participação e atuação do enfermeiro defensor do paciente. Portanto, a interação enfermeiro-paciente-médico também pode resultar em qualidade e efetividade no modelo e processo de cuidado e assistência ao paciente.

Quanto aos lugares de inserção da economia clínica e do enfermeiro-advogado (advogado do paciente), por serem conceitos em construção, percebe-se sua aplicabilidade como possível nos diferentes cenários assistenciais, seja ele básico, especializado ou hospitalar. De acordo com o exposto, cabe destacar que o autor dos termos direciona o uso dos termos principalmente para o ambiente hospitalar, mas não se limita a ele. E, ao abordar o aspecto financeiro das instituições e serviços de saúde, não se limita a discutir os privados⁽⁸⁾.

Considera-se que o enfermeiro defensor do paciente, apoiado na economia clínica, possui ideias semelhantes às discutidas na advocacia em saúde para usuários de serviços públicos, cujas proposições consideram o conhecimento técnico, científico e de relacionamento entre outros profissionais e pacientes para o desenvolvimento da “autonomia” do enfermeiro, ainda incipiente^(17,13), visando também o fortalecimento da cidadania e dos direitos dos pacientes⁽¹⁷⁾.

No entanto, vai mais longe. A economia clínica considera que o aspecto financeiro das instituições e serviços pode ser uma questão de sobrevivência, segundo a lógica do lucro, mas a economia clínica do paciente tem um valor relacionado ao atendimento de suas necessidades, principalmente quando os resultados de saúde são claramente percebidos pelo mudança no estado de saúde, que também pode ser quantificada se avaliada por estudos longitudinais. Portanto, o valor de um serviço de saúde, do ponto de vista do paciente, é um valor percebido, cuja opinião deve ter prioridade ao considerar o princípio ético da autonomia do paciente⁽¹⁸⁾.

É importante considerar que esse valor não tem uma dimensão absoluta e estática, pois depende do contexto em que ocorre e pode mudar ao longo do tempo⁽¹⁸⁾, afetado por movimentos e contramovimentos inerentes à complexidade humana e ao universo da saúde.

Nesse sentido, é necessária uma análise econômica para a tomada de decisão clínico-econômica para tomada de decisão e conduta clínica adequada, por parte dos profissionais de saúde, considerando que essa decisão deve ser tomada pelo paciente e pela família. Para auxiliá-los nessa tomada de decisão, o enfermeiro Y (advogado do paciente) é entendido como uma ferramenta⁽⁸⁾ ou estratégia para aumentar a transparência e eficiência na assistência à saúde, o que torna esse enfermeiro essencial na estrutura das instituições de saúde⁽¹⁹⁾.

Para conduzir o raciocínio do enfermeiro (advogado do paciente), a análise econômica deve ser discutida e pensada com o paciente e sua família, que devem considerar os “custos”

da internação, os efeitos colaterais e os riscos do tratamento ou recusa e os custos monetários; as “consequências” dessas escolhas ou recusas; “formas alternativas de ação”, o que significa comparar os custos e consequências de pelo menos duas ou mais opções, bem como a recusa de uma ou de todas as opções⁽⁸⁾.

Quando se trata do aspecto financeiro das instituições e serviços de saúde, não se limita a discutir os privados. Entende-se que a saúde não reconhece fronteiras, nem setores, nem especialidades, nem costumes, o que significa que gestores, políticos e profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e médicos, são corresponsáveis por garantir o acesso à saúde, ao cuidado e ao bem-estar de qualidade para as pessoas, tanto nos serviços públicos como privados. A forma de alcançá-los é que eles podem variar⁽⁸⁾.

A economia clínica, no aspecto da inserção entre os profissionais de saúde, movimenta e estimula as relações entre profissionais de saúde/pessoas, principalmente enfermeiros e médicos, para melhores práticas de cuidado ao paciente, sendo este último o principal destinatário. No entanto, o benefício da prática da “boa enfermagem” não é particular para o paciente, nem o foco de atenção da equipe de saúde, nem as relações dos profissionais de saúde se limitam aos médicos e enfermeiros, uma vez que na circularidade do cuidado/processo do cuidado, paciente e família, profissionais, instituições e serviços são integrados e interligados para promover o cuidado à saúde de um grupo maior⁽²⁰⁾.

Na lógica da economia clínica, a “boa enfermagem” vale mais do que muitas soluções de alta tecnologia, que demandam altos custos com recursos materiais, pois o cuidado de enfermagem é fundamental para o cuidado das pessoas. O enfermeiro, a priori o enfermeiro, pode ser promotor de um cuidado maior, o cuidado do coletivo, um coletivo que envolve cuidar de várias pessoas (do paciente/família cliente, dos próprios pares - equipe de enfermagem, -equipe profissional, ambiente institucional, entre outros) e múltiplas dimensões que envolvem o cuidado direto (cuidado) e indireto (gestão de recursos

humanos e materiais). Portanto, o cuidado de enfermagem é considerado essencial para o bom atendimento das pessoas.

A assistência de enfermagem é centrada no paciente e a maioria das instituições conta com profissionais de enfermagem 24 horas por dia, com presença integral de enfermeiro(s). Esses profissionais são responsáveis pelo conhecimento da patologia, tratamento, definição dos cuidados e prognóstico de enfermagem (necessários ao Processo de Enfermagem), mas também possuem conhecimento da história de vida, necessidades emocionais, espirituais e sociais e físicas, que vão além do conhecimentos inerentes ao diagnóstico e às prescrições médicas e de enfermagem. No entanto, embora esse conhecimento seja essencial para a prestação do cuidado clínico de enfermagem, ainda é insuficiente o conhecimento dos enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem, embora seja de uso obrigatório na prática profissional para sistematizar a assistência de enfermagem⁽²¹⁾. Um desafio a ser superado pelo enfermeiro defensor do paciente.

Nesse sentido, o enfermeiro precisa superar desafios inerentes à sua prática profissional e, a partir de seu conhecimento, questionar, indagar, preocupar-se com as situações cotidianas para promover o cuidado e garantir a segurança do paciente, valorizando principalmente o que é importante e necessário para o paciente e seus família, naquele momento, no que diz respeito às suas escolhas, embora, para isso, envolva riscos que podem ser controlados. Portanto, o enfermeiro precisa estar preparado para iniciar e dialogar com os membros da própria equipe de saúde diante de condições ou definições que, de alguma forma, contrariem o desejo do paciente e da família, identificando a definição de condutas, tratamentos ou intervenções que são não compatível com as melhores evidências científicas ou boas práticas assistenciais, ou que possam comprometer a segurança do paciente.

Como perspectiva, o maior interesse deve estar na saúde e no cuidado do paciente, de acordo com seus interesses e necessidades particulares, bem como de sua família, e não

o interesse institucional, o lucro, a pressa. Para isso, o enfermeiro deve advogar pelo paciente e não pela instituição ou pelo interesse de alguns. A excelência da economia clínica pode ser sustentada pela adesão das organizações de saúde à cultura do cuidado humano, não vinculada apenas ao lucro. Esse cuidado está atrelado à garantia da informação, segurança e ética, não apenas na prática profissional, mas também na execução de pesquisas envolvendo pessoas.

Para contar com esse enfermeiro que questiona e pergunta, é preciso ter uma “boa formação em enfermagem”, pois esse profissional precisa estar preparado para sua trajetória acadêmica, desde a graduação. Sua formação pode ser continuada e aprofundada em nível de pós-graduação para a “boa enfermagem” como prática e cuidado profissional.

Faz-se necessário, no universo das instituições, o “bom enfermeiro gestor”, que articule a gestão do cuidado vinculada à segurança do paciente e a qualidade dos serviços, concomitante à gestão de custos, que no cenário atual ainda são imensos em sobrecarga de atendimento aos sistemas de saúde públicos e privados. Assim, é necessário articular múltiplos fatores, os mais fundamentais, que garantem a satisfação do cliente, os melhores resultados em saúde, mas também a sobrevivência financeira das instituições e serviços de saúde.

Na busca pela excelência na assistência, na efetividade das ações e na segurança do paciente, é necessário dimensionar adequadamente a equipe de enfermagem⁽²²⁾ e o respeito à autonomia do enfermeiro, tão importante, precisa ser assegurado pelos gestores institucionais. Aumentar o trabalho em equipe traz resultados positivos não apenas na satisfação no trabalho, mas também na prestação de cuidados⁽²³⁾.

Em relação à enfermagem, garantindo o melhor cuidado relacionado à qualidade e segurança do paciente, os enfermeiros Y (advogado do paciente) são percebidos como promotores desse cuidado. A letra Y soa como o porquê e dá um questionamento significativo ao enfermeiro que, com base em sua prática teórica, fundamentada em evidências científicas, questões de conduta,

opiniões e práticas médicas em benefício do paciente⁽⁸⁾. Questionar um médico e exigir que ele explique suas ações e decisões implica em possibilidades de desacordos e desconfortos. No entanto, confirma-se pelos depoimentos que o profissional mais qualificado para essa função é o enfermeiro⁽⁸⁾, desde que respaldado pelos gestores da instituição ou serviço para atuar em defesa do paciente, necessitando investigar e questionar a conduta médica.

Para atuar em defesa do paciente, é necessário que o enfermeiro tenha alta qualificação em sua área de conhecimento, com atualização constante em um banco de dados científico qualificado para obter evidências científicas de alto nível, que possam subsidiar explicações com o paciente e discussão com a equipe médica. No entanto, excelente conhecimento e prática clínica na especialidade é um pré-requisito, mas não é suficiente. Conhecimentos de epidemiologia clínica e microeconomia básica, psicologia, ética e filosofia também são essenciais⁽⁷⁾, além de habilidades comunicacionais e dialógicas, respeito, empatia, zelo, atitude ética e moral, entre outros atributos humanos que consideram o cuidado multidimensional ao paciente como um grande benefício, independentemente de suas escolhas.

De acordo com o exposto, embora as melhores evidências científicas indiquem o melhor tratamento, cabe a esse profissional esclarecer ao paciente os riscos, benefícios, custos monetários, entre outras condições envolvidas. Acima de tudo, esse enfermeiro deve garantir que a escolha do paciente não seja influenciada por nenhuma parte. Portanto, a imparcialidade e a ética são fundamentais nesse processo, além de resignar-se às decisões do paciente, embora, principalmente, possa discordar delas⁽⁸⁾. Assim, considerar o princípio ético do respeito à autonomia do paciente deve ser soberano, pois o desejo dos familiares e médicos nem sempre está correlacionado com o dos pacientes⁽²⁴⁾.

Opiniões, julgamentos, conhecimentos teóricos e práticos ou evidências científicas não devem anular a decisão do paciente e sua família (se a decisão for compartilhada com o paciente), que deve prevalecer e ser respeitada.

Vale ressaltar que todas as explicações dadas ao paciente e as decisões tomadas devem ser registradas em documentação cuidadosamente elaborada⁽⁸⁾ e assinada por todos os envolvidos.

De acordo com o conceito de Y-enfermeiro (advogado do paciente), devem ser evitadas intervenções desnecessárias para os pacientes, principalmente aquelas que podem aumentar os custos. As intervenções são necessárias quando aumentam a efetividade e eficiência dos resultados em saúde, e não no que pode estar relacionado a maiores taxas de sobrevivência⁽⁷⁾.

Mas, pode-se ir além, o advogado do paciente em Y pode garantir o direito de escolha do paciente com base em evidências científicas, mas também com base em sua história de vida, desejos, ambições, necessidades, perspectivas, considerando sua unidade na multiplicidade de experiências de saúde profissionais. Isso significa considerar o um no múltiplo, ou seja, que a experiência ou decisão é exclusiva do paciente. Embora o profissional vivencie diversas situações semelhantes em seu cotidiano de trabalho, cada paciente é único. Considerar a individualidade/singularidade/particularidade de cada ser, em seu contexto de vida, significa também praticar a “boa enfermagem”. São considerados o elemento-chave na influência de sua equipe, tendo como finalidade central a saúde do paciente⁽²⁵⁾.

Além disso, quando o paciente discorda da conduta médica, o enfermeiro pode mediar o conflito entre o desejo do paciente e a escolha médica, advogando pelo paciente. Para isso, é necessário conversar com o médico para discutir os benefícios e/ou riscos envolvidos na conduta estabelecida, bem como sua recusa. Consequentemente, essa ação pode aproximar o diálogo interprofissional, valorizar o desejo do paciente e mitigar o risco de responsabilidades legais⁽¹⁶⁾.

O trabalho do enfermeiro em Y está pautado na melhor assistência à saúde, cujas questões sobre decisões de tratamento devem observar os menores custos de recursos, principalmente aqueles que afetam o paciente, amparados pelos princípios da economia clínica. Portanto, o enfermeiro é responsável por avaliar o processo, adesão, eficácia e segurança das práticas clínicas

escolhidas em benefício do paciente, não apenas no melhor tratamento ou tecnologia utilizada. Isso não significa substituir um tratamento ou medicamento, mas avaliar o impacto desse tratamento ou medicamento na qualidade de vida do paciente⁽¹⁹⁾.

O estudo limitou-se a entrevistar os profissionais de saúde participantes do referido Seminário, quando foram apresentados os conceitos em questão, e por se tratar de um tema emergente, as falas podem ter tido pouca profundidade ou reflexão nas respostas. Recomenda-se aprofundar os conceitos de economia clínica e Y-enfermeiro (advogado do paciente) por meio de novos estudos, bem como sua aplicação e avaliação em diferentes realidades.

Conclusão

Os discursos apontaram que se trata de propostas inovadoras, desafiadoras e aplicáveis para a enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde, inseridas na formação do enfermeiro e de todos os profissionais de saúde, com formação efetiva inter-relacionando ética, epidemiologia e segurança do paciente com base na Advocacia do Paciente e a Economia Clínica.

Como perspectivas, espera-se abrir para o aprendizado, ampliar e aprofundar os conceitos teóricos em questão, em ambiente acadêmico, profissional e científico, para possibilitar/condicionar a capacitação do enfermeiro por meio da formação acadêmica qualificada. Não só pelo aspecto inovador dos conceitos, mas também pela importante contribuição para o cuidado do paciente em uma sociedade condicionada por interesses e lucros individuais. Portanto, o conceito de economia clínica é entendido como fundamental e aplicável, uma vez que as instituições sobrevivem com uma adequada gestão financeira, humana e material.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto:
Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho e Adriana Zilly;

2 – análise e interpretação dos dados: Adriana Zilly e Maria Aparecida Baggio;

3 – redação e/ou revisão crítica: Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho; Maria Aparecida Baggio; Adriana Zilly; Fabiana Colombelli e Franz Porzolt;

4 – aprovação da versão final: Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho; Maria Aparecida Baggio; Adriana Zilly; Fabiana Colombelli e Franz Porzolt.

Referências

1. Malta, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2021, v. 24 [Acessado 2 Março 2022], e210009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>>. Epub 03 Maio 2021. <http://doi.org/10.1590/1980-549720210009>.
2. Sporinova B, Manns B, Tonelli M, Hemmelgarn B, MacMaster F, Mitchell N, et al. Association of Mental Health Disorders With Health Care Utilization and Costs Among Adults With Chronic Disease. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e199910. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2019.9910
3. Siqueira ASE, Siqueira-Filho AG, Land MGP. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. *Arq. Bras. Cardiol*. 2017;109(1):39-46. DOI: 10.5935/abc.20170068.
4. Silva RM, Caetano R. “Farmácia Popular do Brasil” Program: characterization and evolution between 2004 and 2012 *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(10):2943–56. 10.1590/1413-812320152010.17352014.
5. Porzolt F, Paschke S, Naegler H, Bruch H-P. Die Finanzierung des gesundheitlichen Mehrwerts setzt die Unterscheidung von Qualität und Nutzen voraus. *Monitor Versorgungsforschung*. [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul];4:39-43. Available from: http://www.monitor-versorgungsforschung.de/kurzfassungen/kurzfassungen-2017/mvf-04-15/Qualitaet_Nutzen
6. Pinto M, Madureira A, Barros LBP, Nascimento M, Costa ACC, Oliveira NV, et al. Cuidado complexo, custo elevado e perda de renda: o que não é raro para as famílias de crianças e adolescentes com condições de saúde raras. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(9):e00180218. DOI:10.1590/0102-311X00180218.
7. Porzolt F, Kaplan RM (editors). *Optimizing Health - Improving the Value of Healthcare Delivery*. New York: Springer; 2006. p. 1-313.
8. Porzolt F. *Clinical Economics and Nursing*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(6):989-990. DOI: 10.1590/0104-1169.0000.2640.
9. Piexak DR, Backes DS, Backes MS, Tomaszewski-Barlem JG, Devos Barlem EL, Gautério DP. Divergências e convergências entre o cuidado do enfermeiro e o cuidado dos demais profissionais. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul];33(1). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/416>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Série Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e socioeconômica. N.27. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualitativa* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug];5(7):1-12. 2017. Available from: <<http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>>.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto contexto - enferm*. 2014; 23(2):502-7. DOI: 10.1590/0104-07072014000000014.
13. Sampaio RS. Contribuições do processo de enfermagem e da sistematização da assistência para a autonomia do enfermeiro. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul];35(4). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1777>.
14. Shirey MR, Ebright PR, McDaniel AM. Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *J Nurs Manag*. 2013;21(1):17-30. DOI:10.1111/j.1365-2834.2012.01380.x.
15. Zarzeka A, Panczyk M, Belowska J, Mazur N, Lourido BP, Gotlib J. Nurse prescribing: Attitudes of medical doctors towards expanding professional competencies of nurses and midwives. *J Pak Med Assoc*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul];69(8):1199-1204. Available from: https://jpma.org.pk/article-details/9289?article_id=9289.
16. Wocial LD, Slaven JE, Montz K, Monahan PO, Hickman SE, Callahan CM, et al. Factors Associated with Physician Moral Distress Caring for Hospitalized Elderly Patients Needing a Surrogate

- Decision-maker: a Prospective Study. *J Gen Intern Med.* 2020;35(5):1405-1412. DOI: 10.1007/s11606-020-05652-1.
17. Figueira AB, Barlem ELD, Amestoy SC, Silveira RS, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos AM. Health advocacy by nurses in the Family Health Strategy: barriers and facilitators. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(1):57-64. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0119.
 18. Porzsolt F, Kaplan RM. «CLINECS»: strategy and Tactics to Provide Evidence of the Usefulness of Health Care Services from the Patient's Perspective (Value for Patients). In: Porzsolt F, Kaplan RM. (eds). *Optimizing Health: Improving the Value of Healthcare Delivery.* Springer, Boston, MA. New York: Springer; 2006. p. 1-9.
 19. Silva-Sobrinho RA, Zilly A, Porzsolt F. Development of the nursing profession: From nursing angel to patient advocate. *Journal of Nursing Education and Practice.* 2018; 8(2):16-22. DOI: 10.5430/jnep.v8n2p16.
 20. Baggio MA; Erdmann AL. The occurrence of the care 'of us' in the movements and fluctuations of the interactive processes in the hospital environment. *Texto contexto - enferm.* 2016;25(1): DOI: 10.1590/0104-070720160000160014.
 21. Oliveira MR, Almeida PC, Moreira TMM, Torres RAM. Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(6):1547-53. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0606.
 22. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017;25:e2841. DOI: 10.1590/1518-8345.1280.2841.
 23. Kaiser JA, Westers JB. Nursing teamwork in a health system: A multisite study. *J Nurs Manag.* 2018;26(5):555-62. DOI: 10.1111/jonm.12582.
 24. Cardoso RB, Pacheco STA, Caldas CP, Souza PA, Peres PLP, Nunes MDR. Comforting practice for the hospitalized elderly in light of bioethics. *Rev. Bioét.* 2019;27(4):595-99. DOI: 10.1590/1983-80422019274342.
 25. Nunes EMGT, Gaspar MFM. Leadership in nursing and patient satisfaction in hospital context. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016;37(2):e55726. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.55726.

Recebido: 19 de fevereiro de 2021

Aprovado: 16 de agosto de 2022

Publicado: 09 de novembro 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.: