



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Vieira Soares, Narciso; Dall'Agnol, Clarice Maria
Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 24, núm. 5, 2011, pp. 683-688
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023877014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem*

Patient privacy - an ethical question for nursing care management

Privacidad de los pacientes – una cuestión ética para la gerencia del cuidado en enfermería

Narciso Vieira Soares¹, Clarice Maria Dall'Agnol²

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção de pacientes de uma unidade de internação a respeito dos aspectos relacionados à sua privacidade no hospital. **Métodos:** Estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. A amostra constituiu-se de 12 pacientes internados em um hospital geral e a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação simples da ambiente desse local. **Resultados:** Situações do cotidiano sugeriam ocorrência de violação do espaço pessoal e do corpo do paciente, por vezes, sem justificativa aparente. A experiência de exposição do corpo de si e do outro, a postura inadequada de profissionais da equipe de enfermagem, na visão dos pacientes constituiram-se em condições geradoras de ansiedade, constrangimento e estresse, que repercutem em sua saúde e bem-estar. **Conclusão:** As falas deixaram transparecer a pouca expectativa dos pacientes quanto à privacidade no cuidado recebido na instituição, tendo relacionado privacidade à competência técnica e ao conhecimento dos profissionais sobre os procedimentos que realizam, associando ideias como prestabilidade e gentileza no tratamento.

Descritores: Privacidade; Comunicação sigilosa; Ética em enfermagem; Administração hospitalar

ABSTRACT

Objective: To identify patient perceptions in an inpatient unit with respect to issues related to privacy in the hospital. **Methods:** This was a qualitative, exploratory, descriptive study. The sample consisted of 12 patients admitted to a general hospital; data collection occurred through semi-structured interviews and simple observation of the ambience of this setting. **Results:** Everyday situations showed the occurrence of violation of personal space and the patient's body, sometimes without apparent reason. The experience of exposure of one's body and the inadequate professional posture of the nursing staff, the vision of patients was formed under conditions that generated anxiety, embarrassment and stress that impacted on their health and well-being. **Conclusion:** The statements made clear the low expectation of patients about privacy in the care received at the institution, with privacy related to technical competence and knowledge of professionals about the procedures they perform, such as linking ideas including helpfulness and kindness with their treatment.

Keywords: Privacy; Confidential communication; Ethics in nursing; Hospital administration

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción de pacientes de una unidad de internamiento respecto a los aspectos relacionados a su privacidad en el hospital. **Métodos:** Estudio cualitativo, del tipo exploratorio-descriptivo. La muestra estuvo constituida de 12 pacientes internados en un hospital general y la recolección de los datos se realizó por medio de entrevistas semi-estructuradas y observación simple de la ambienca de ese local. **Resultados:** Situaciones del cotidiano sugirieron la ocurrencia de la violación del espacio personal y del cuerpo del paciente, a veces, sin justificación aparente. La experiencia de exposición del cuerpo de sí mismo y del otro, la postura inadecuada de profesionales del equipo de enfermería, en la visión de los pacientes se constituyeron en condiciones generadoras de ansiedad, vergüenza y estrés, que repercuten en su salud y bienestar. **Conclusión:** Los testimonios reflejaron la poca expectativa de los pacientes en cuanto a la privacidad en el cuidado recibido en la institución, habiendo relacionado privacidad a la competencia técnica y al conocimiento de los profesionales sobre los procedimientos que realizan, asociando ideas como prestabilidad y gentileza en el tratamiento.

Descriptores: Privacidad; Comunicación sigilosa; Ética en enfermería; Administración hospitalaria

* Trabalho extraído da Tese de Doutorado intitulada “A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

¹ Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo - Santo Ângelo (RS), Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

INTRODUÇÃO

O trabalho da enfermagem oportuniza a seus atores o acesso ao corpo e às informações sobre as condições de vida e de saúde daqueles que buscam o cuidado e atendimento. No ambiente hospitalar, frequentemente, emergem questões que envolvem a privacidade do paciente. O interesse em estudar esta temática decorreu de indagações e reflexões ao longo da trajetória profissional dos autores, na assistência e na docência, a respeito das questões que envolvem a ética e os direitos do paciente. Por meio da observação empírica da prática dos enfermeiros, constata-se a dificuldade em lidar com os aspectos relacionados à ética, à moral e ao direito dos pacientes⁽¹⁾.

Nas observações dos cuidados diretos ou indiretos, realizadas pelos enfermeiros e equipe, chamava atenção a forma automatizada como muitas dessas ações ocorriam, bem como o incisivo foco na doença e em procedimentos técnicos. Condições como essas vêm sendo apontadas na literatura científica em vários contextos de atendimento à saúde e à hospitalização. Por tudo que representam, é um ambiente vulnerável. Nesse sentido: “o paciente apresenta suas queixas, conta sua história e oferece seu corpo como palco. A partir daí, passa a ser plateia, esperando ansiosamente pelo desenrolar de um enredo do qual já não mais participa ativa e autonomamente”⁽¹⁾.

Ao problematizar a ética na relação com o paciente, um estudo⁽²⁾ considera que, apesar dos discursos reforçarem a participação do paciente nas decisões que envolvem seu cuidado, como sujeito capaz de pensar e agir, decidir o que é melhor para si, alicerçado em conhecimentos e informações compartilhadas com os profissionais da equipe de enfermagem, na prática “parece não se fazer de modo satisfatório, já que o sujeito que determina o processo parece ainda ser o profissional da saúde”⁽²⁾.

A preocupação com a privacidade e a divulgação de informações confidenciais das pessoas tem sido objeto de estudos, discussões e reflexões ao longo da história. Os relatos históricos apontam Hipócrates⁽³⁾, como um dos pioneiros na formulação de princípios e leis que visavam a defender os direitos dos doentes, em relação à privacidade e à confidencialidade das informações dadas aos profissionais da saúde. Preconizava, como dever moral do profissional, manter sigilo sobre as informações relacionadas à vida e à saúde do doente por ele atendido. A ética de Hipócrates destaca-se no Juramento Hipocrático, considerado como fundamento para origem da ética dos profissionais de saúde⁽³⁾.

A dimensão ética do cuidado, a preocupação com a possibilidade de violação da intimidade dos sujeitos, de violação de segredos e confidências obtidas na relação terapeuta/paciente têm sido apontadas na literatura científica⁽⁴⁻⁸⁾ em vários contextos de atendimento à saúde, notadamente, na hospitalização. O ambiente hospitalar, por suas características e complexidade, favorece o estabelecimento de relações de poder e assimetria entre equipe de enfermagem e pacientes, decorrentes da fragilidade e vulnerabilidade destes em virtude de

alteração no processo saúde doença. Nesse ambiente, frequentemente, emergem conflitos e dilemas com implicações éticas em decorrência da complexidade das relações que aí se estabelecem.

A manutenção da privacidade e confidencialidade das informações sobre o outro constitui-se em uma virtude ética⁽⁵⁾. Nossas virtudes éticas, assim como nossos valores, não são dons naturais, na realidade, são predisposições que possuímos e que apenas se constituem como tal, ou seja, deixam de ser possibilidade para ser fato, à medida que as exercemos em nossos atos cotidianos⁽⁹⁾. Portanto, para que o respeito à privacidade do paciente como virtude ética no cenário hospitalar se concretize, depende do esforço e da dedicação consciente dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado. São considerados elementos indispensáveis para a concretização dessa possibilidade a educação problematizadora, que inclua a reflexão crítica sobre o agir cotidiano; a transcendência dos atos sobre os costumes, mediante a crença na supremacia do agir consciente sobre o agir habitual; e, necessariamente, a expressão fenomênica do produto final desse processo em ato⁽⁹⁾.

Em sua proposta inovadora da relação corpo e alma, o autor⁽¹⁰⁾ concebe uma ética da alegria e da liberdade, fundada na possibilidade do indivíduo, como um ser livre e como núcleo da ação moral, ser capaz de ampliar sua compreensão sobre o porquê das coisas acontecerem de determinada maneira. Nessa concepção, a reflexão sobre a ação pode livrar os homens das cadeias da imaginação que os prendem e os impedem de ver a totalidade e, assim, chegar à verdade. Estudo considera que todos os seres humanos apresentam um potencial natural de autoconservação que ele denominou de *conatus*, constituindo-se em uma força vital, afirmativa que se expressa no corpo como apetite e na alma como desejo, capazes de impulsivar o indivíduo para a ação alicerçada em princípios éticos⁽¹⁰⁾.

Na concepção ética em direção oposta aos hábitos e costumes, o autor⁽¹⁰⁾ busca construir uma ética coletiva, por meio de um princípio universal para as ações humanas. Concebe o comportamento moral como pertencente a um sujeito autônomo e livre, ativo e criador e sua ética aponta para um ser humano ativo, capaz de transformar e transformar-se. Kant preocupa-se em como o ser humano deve agir, para que sua ação seja correta, justa e, por conseguinte, uma ação moral. Considerava que as exigências da razão prática não necessariamente coincidem com as da razão teórica, pois o autoconhecimento não garante aos indivíduos agirem de modo mais responsável ou melhor porque a razão tem limites. Em suas obras “Crítica da Razão Prática” e “Metafísica dos Costumes”, o autor⁽¹¹⁾ estabelece os fundamentos do conhecimento científico da natureza, estabelecendo, também, os fundamentos que guiam as condutas humanas em suas ações na prática.

Na contemporaneidade, as comunidades científicas, pesquisadores, filósofos, juristas, dentre outros, vêm refletindo sobre os conflitos que se originam dos novos fatos gerados pelo crescente avanço tecnológico. A ética

e a bioética passam a ser intensamente discutidas em diferentes âmbitos, na tentativa de dar respostas às questões que emergem na prática cotidiana, especialmente, na área da saúde. Inclusive parecem não mais dar conta de responder às questões cada vez mais complexas, resultantes das relações que se estabelecem entre profissionais da saúde e pacientes. A ética ocupa-se, fundamentalmente, da reflexão sobre as ações do ser humano. Assim, busca orientação para a tomada de decisão, mediante apreciação crítica sobre o comportamento humano, envolvendo conhecimentos, razão, sentimentos, vivências e valores socialmente construídos⁽¹²⁻¹³⁾. Enquanto a moral e a lei estabelecem regras para as ações, a ética busca justificá-las. A ética interpreta, discute, problematiza e investiga valores e princípios na tentativa de responder aos motivos pelos quais devemos agir de determinada maneira⁽¹³⁾.

A privacidade é considerada um direito individual que contempla situações relacionadas à proteção da intimidade dos sujeitos, respeito à dignidade, limitação de acesso ao corpo, aos objetos íntimos, aos relacionamentos familiares e sociais. Os profissionais de enfermagem têm como desafio a reflexão ética sobre a responsabilidade e o compromisso de suas ações nesse âmbito⁽⁴⁾.

A exposição desnecessária e constrangedora do corpo do paciente e as relações de poder intrinsecamente ligadas a essa temática foram objeto de uma pesquisa bibliográfica⁽⁸⁾ que analisou as questões de percepção do corpo, disciplina como forma de poder, pudor e dilemas éticos. Reforça-se a necessidade de redimensionar a prática dos profissionais de enfermagem com base em um processo reflexivo e de autocrítica, que poderá contribuir para um cuidado mais complexo e humanizado.

Neste artigo, a abordagem, corresponde ao objetivo de identificar a percepção de pacientes de uma unidade de internação a respeito dos aspectos relacionados à sua privacidade no hospital, que derivam de uma proposta mais ampla que consistiu em analisar situações relativas à privacidade do paciente no cotidiano de enfermagem hospitalar e as ações dos enfermeiros nesse contexto.

A relevância do estudo alicerça-se nas contribuições para a enfermagem visando a conduzir melhor as questões que envolvem a privacidade do paciente, no hospital, embasado em princípios éticos de respeito a seus direitos.

MÉTODOS

Este estudo do tipo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, teve como cenário um hospital geral de grande porte do Rio Grande do Sul e foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2008. A entrevista semiestruturada com pacientes de uma Unidade de Internação Clínica Médica e a observação simples da ambiência desse local foram utilizadas, como estratégias de obtenção de dados. O estudo contou com a participação de 12 pacientes de ambos os sexos, que atenderam aos critérios de seleção: ter idade igual ou superior a 18 anos; tempo de internação superior 24 horas;

demonstrar condições cognitivas para compreender e responder ao instrumento de coleta de dados.

Previamente à abordagem dos pacientes, utilizou-se o censo diário da unidade para identificação daqueles que atendiam aos critérios de inclusão para participar do estudo. As informações sobre o tempo de internação e as condições cognitivas desses pacientes foram obtidas com a enfermeira que ressaltou os pacientes que poderiam ser convidados a participar do estudo. Os pacientes foram abordados individualmente nas dependências da unidade, sendo convidados a participar da pesquisa, depois dos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, e, após anuência, solicitava-se permissão para a gravação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Conforme recomendado, a coleta completou-se por saturação, obtida quando se alcança a sensação de encerramento porque os dados novos trazem informações repetidas, fenômeno este que foi observado aproximadamente na 12ª entrevista, o que foi determinante na delimitação dos sujeitos⁽¹⁴⁾. A observação simples ocorreu nos dias 25 e 26/11/2008, entre 7h e 13h, e consistiu na observação do ambiente da unidade de internação, nos aspectos que interferem na privacidade do paciente.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *campus de Santo Ângelo*, Parecer nº 055-04/PPH/08. Obteve-se a anuência por escrito da instituição para a coleta de dados. Vale salientar que, durante as entrevistas, zelou-se pela privacidade na obtenção das informações, com escuta restrita ao binômio entrevistadores-entrevistados.

A análise dos dados deu-se de acordo com o método de Análise de Conteúdo⁽¹⁵⁾ que propõe as seguintes fases de análise temática: Pré-análise que consiste na organização, leitura e escolha dos documentos a serem analisados, retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais com posterior reformulação do material coletado, elaborando-se, assim, os indicadores que orientem a interpretação final;

Exploração do material que, consistiu na codificação, mediante tratamento dos dados brutos com o objetivo de compreender o texto onde foram classificados e agregados em categorias, significativas e válidas, sob o tema privacidade do paciente em ambiente hospitalar; Tratamento dos resultados, realizaram-se a inferência e a interpretação. Nessa fase, os autores procuraram analisar os significados das falas dos pacientes, interpretando e entendendo o enfoque das informações obtidas e suas relações com a privacidade do paciente. As interlocuções empíricas, oriundas das entrevistas com os pacientes, são identificadas como E1, E2, [...] E12 e o teor das observações com a designação OBS, seguida da respectiva data de realização.

RESULTADOS

A presente publicação focalizou duas categorias temáticas resultantes do estudo: exposição do corpo

de si e dos outros e postura (in)adequada da equipe de enfermagem. A apresentação de cada uma das categorias inicia-se pelo teor da análise do material oriundo das entrevistas com pacientes, adicionando-se informações obtidas por meio da observação do ambiente hospitalar, sendo apresentadas a seguir:

A exposição do corpo – de si e dos outros

Esta categoria retrata uma importante questão ética que protagonizou as falas dos pacientes, sendo também realçada na observação. Os pacientes manifestaram que a exposição do corpo de si e dos outros ocorre, notadamente, durante os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, tais como: banho, higiene, troca de roupas, troca de curativos, dentre outros. Essa exposição, por vezes desnecessária, provoca constrangimento, desconforto, preocupação, insegurança e estresse psicológico durante a internação. As falas que seguem são ilustrativas:

“É embaraçoso ter que tomar banho e trocar as roupas na frente dos outros. Aqui na enfermaria, parece que tem sempre alguém olhando, a gente já está mais velha, não se acostuma com essa rotina, todos os dias fazem isso”. (E1)

“A gente fica um pouco receoso, quando tem que se expor na frente das enfermeiras, é uma coisa que não está na gente. [...] eu só não gosto quando aquelas outras pessoas [familiares dos outros pacientes] ficam me olhando na hora do banho”. (E7)

O estresse psicológico, referido como uma experiência negativa, manifesta-se em decorrência da sobrecarga de fatores emocionais a que o indivíduo é submetido, ultrapassando sua capacidade de adaptação às situações estressoras.

Os próprios pacientes manifestaram experiências negativas de constrangimento ao se depararem com a nudez dos outros que compartilham espaços na mesma enfermaria, conforme as falas extraídas das entrevistas:

“Eles fecham a porta para dar banho nele [paciente do leito ao lado], ficam sozinhos, mas a gente consegue ver tudo, porque não tem uma cortina ou biombo”. (E4)

“Na hora de passar a sonda na bexiga daquela senhora [paciente do leito ao lado] elas [técnicas de enfermagem] pedem para os homens saírem do quarto, mesmo assim, as pessoas entram e saem. A porta fica só encostada, aí elas abrem a porta, espiam e vão embora. (E1)

Os depoimentos mostram o constrangimento dos pacientes diante de situações que expõem seu corpo e o corpo do outro, mesmo na presença de seus familiares, pois o fato de estarem acompanhando o paciente durante a internação, não significa ter acesso à sua intimidade. Convém destacar que a equipe de enfermagem, ao tocar e expor o paciente, deve atentar para aspectos como diversidade cultural, sexo, idade, classe social, avaliando cuidadosamente suas reações diante das situações que envolvem a privacidade, no sentido de adotar condutas que sejam aceitáveis para

ele, como foi dito em uma das entrevistas:

“É uma experiência que a gente não esquece, imagina os outros fazendo tudo por ti, lavando seu corpo, suas partes íntimas, trocando suas roupas, quem viveu essa experiência pode entender como a gente se sente. [...] a sensação é de que tu não vai mais conseguir fazer isso sozinho”. (E8)

Falas como esta ilustram a sensação de impotência sentida pelos pacientes diante da exposição de seu corpo e do corpo do outro na realização das ações de cuidado no ambiente hospitalar. Por essa razão, destaca-se a importância do enfermeiro dialogar com a equipe, adotando postura reflexiva sobre a necessidade de incentivar a progressiva independência do paciente, bem como de mobilizar o potencial subjetivo e transformador dos sujeitos envolvidos, para o exercício da autonomia.

Postura (in)adequada da equipe de enfermagem

Os entrevistados relataram que a equipe de saúde realiza comentários em voz alta sobre assuntos que dizem respeito somente ao paciente, mencionando diagnósticos, procedimentos realizados e estado geral do paciente. Os diálogos, por vezes, podem ser ouvidos por quem circula na unidade, incluindo outros pacientes, familiares, visitantes e profissionais alheios ao cuidado, tais como: pessoas de outros setores como serviços gerais, limpeza, serviço radiológico. Os fragmentos das observações acenam para isso:

No posto de enfermagem, a equipe comenta em voz alta sobre situação que diz respeito à vida privada de determinado paciente, o que é compartilhado por outros profissionais, não apenas os envolvidos no processo de cuidado. Tais comentários podem ser ouvidos por familiares de outros pacientes, visitantes, profissionais alheios ao cuidado, pessoas do setor de manutenção, limpeza, Rx, etc.

Fonte: OBS. 26.10.2008.

No ambiente hospitalar, as informações relativas ao diagnóstico e ao tratamento do paciente são compartilhadas como parte do processo de cuidado, sendo responsabilidade da equipe de enfermagem, especialmente, do enfermeiro gerente de equipe, a adoção de estratégias com o intuito de garantir a privacidade e confidencialidade dessas informações.

Os relatos dos entrevistados apresentam situações da prática cotidiana que se configuram como postura inadequada da equipe de enfermagem diante dos pacientes, à medida que seus integrantes realizam comentários sobre questões relacionadas à sua própria vida pessoal a respeito dos aspectos do atendimento que realizam a outros pacientes internados. Nas falas, há indicativos de que a postura assumida pela equipe, na relação com o paciente, vem sendo permeada pela indiferença, em que o sujeito do cuidado por vezes é desconsiderado em sua individualidade. Sentimentos de insegurança e inadequação podem se manifestar no paciente em virtude da percepção de descompromisso

da equipe para consigo, interferindo em sua privacidade e dignidade.

As manifestações dos pacientes deixam transparecer que alguns descuidos da abordagem da equipe vêm se pautando em condutas eticamente inadequadas que podem ser identificadas em falas como as que seguem:

“Não gosto quando eles [integrantes da equipe de enfermagem] ficam falando dos outros pacientes sobre coisas que a gente nem precisa saber.” (E11)

“Na outra vez que estive internada, reclamei sobre as conversas do pessoal na hora que dão banho nas pacientes”. (E9)

Os excertos anteriores denunciam a contrariedade dos pacientes com os diálogos mantidos pela equipe entre si sobre assuntos que não lhes dizem respeito, no momento da realização do cuidado.

DISCUSSÃO

Nas manifestações dos entrevistados evidenciam-se sentimentos e reações dos pacientes diante da divulgação de dados relacionados às suas condições de vida e de saúde por quem tem o dever de preservá-los. Assim, destaca-se que a preservação do segredo sobre a saúde e bem estar dos sujeitos está associada tanto com a questão da privacidade quanto da confidencialidade. A privacidade, mesmo quando não há vínculo direto, impõe ao profissional o dever de resguardar as informações que obteve junto ao paciente, preservando o próprio paciente do acesso a dados privativos seus por quem não participa dos seus cuidados. Os profissionais da saúde, assim como os funcionários de outras equipes, entram em contato com informações relativas ao paciente. No entanto, por dever de ofício, eles teriam autorização para o acesso apenas em decorrência da necessidade profissional⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

A conduta ética da equipe, referida nas entrevistas, pode estar sinalizando a ocorrência de uma crise de valores permeando as relações estabelecidas entre profissionais da enfermagem e pacientes, consequentemente, convergindo para um distanciamento nos objetivos do cuidado. Tais atitudes podem denunciar a desestruturação de valores em que o descuido com os princípios éticos parece assumir aspectos de normalidade, diante de uma nova cultura inserida nas várias maneiras de cuidar e nas posturas assumidas pelos trabalhadores^(4,19-21).

A privacidade do paciente constitui-se em uma obrigação ético-legal que deve ser respeitada nas comunicações orais ou escritas, não apenas nas interações mantidas entre o paciente e a equipe de enfermagem, mas, com os demais trabalhadores que participam do cuidado, assim como com seus familiares. É dever profissional da equipe de enfermagem defender o paciente em todas as circunstâncias durante a realização dos cuidados, garantindo sua privacidade e o resguardo de sua autonomia, conforme preveem o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde⁽²²⁻²³⁾.

Por vezes, os profissionais da enfermagem, sentem-se autorizados a tocar nos pacientes ao realizarem as ações de cuidado, sem autorização prévia. Essa exposição desnecessária, além de gerar constrangimento e/ou estresse, influencia em seu relacionamento com os profissionais envolvidos no cuidado, com reflexos em sua recuperação⁽⁷⁾.

Os depoimentos reforçam a importância do enfermeiro, gerente de equipe de enfermagem, garantir a privacidade e a individualidade do paciente, pois, conforme um estudo⁽¹⁰⁾, os sujeitos possuem o potencial natural de autopreservação e proteção, denominado de *conatus*, constituindo-se em uma força vital, afirmativa que os mobiliza para a ação consciente. Nessa concepção, respeitar o outro transcende aos cuidados físicos com o corpo. Da mesma forma, implica compreender o indivíduo em suas múltiplas dimensões, envolvendo sensibilidade, valores, crenças, relações com Deus e a natureza. Assim, agir corretamente no resguardo à privacidade e direitos do paciente hospitalizado constitui-se em uma virtude que pode ser concretizada pela atuação pautada em princípios éticos.

Um estudo⁽⁶⁾ considera que os termos privacidade e dignidade são conceitos inter-relacionados. A dignidade incorpora muitas características da privacidade do indivíduo, como o respeito pela pessoa, a privacidade do corpo, a privacidade do espaço e do território. Nesse sentido, privacidade e dignidade implicam respeito à autonomia, no controle do paciente sobre suas escolhas⁽⁶⁾. O autor de outro estudo⁽¹²⁾ afirma que o conhecimento e a informação sobre a privacidade dos pacientes representam importantes estratégias visando à humanização dos serviços de atenção em saúde, justificando sua importância por ser um princípio derivado da autonomia, englobando a intimidade, a vida privada e a honra das pessoas.

Assim, aponta-se para a responsabilidade dos trabalhadores da equipe de enfermagem, na construção conjunta de conhecimentos sobre a privacidade do paciente, despertando para articulações que promovam o respeito e a autonomia destes atores no cenário hospitalar. Essas concepções relacionadas à ação da equipe de enfermagem sobre a privacidade do paciente reportam-se a um estudo em que o autor⁽⁹⁾, ao contemplar em suas reflexões o humanismo, a arte de viver, o cuidado da alma, o cuidado do corpo, concebia a necessidade do exercício contínuo das virtudes como possibilidades que precisam ser refinadas para o sujeito agir eticamente na relação com o outro. Para a concretização dessa possibilidade, são considerados elementos indispensáveis, a educação, a transcendência do ato sobre os costumes, mediante ponderação e julgamento sobre o que fazer e o que não fazer, ou seja, a deliberação sobre as ações a serem praticadas⁽⁹⁾.

Como desafio ao enfermeiro gerente de equipe inclui-se a capacidade de “analisar a prática cotidiana de cuidado em suas condições ambientais, culturais e sociais, possibilitando a construção de novas formas de pensar e agir, em direção a melhores práticas para o cuidado de si, do outro, do nós”⁽¹⁷⁾. Assim, o cuidado

assume características solidárias, implicando não apenas proteger a saúde e o bem-estar dos sujeitos envolvidos, mas refletindo-se no respeito à sua dignidade, à privacidade e à autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo sugerem que o corpo do paciente é submetido a contínuos olhares e observações em razão do processo de cuidado, sendo privilegiada a vigilância como estratégia para manter o controle sobre os parâmetros biológicos, durante as ações de cuidado, em detrimento de outras dimensões como as que envolvem a subjetividade que fica marginalizada. Embora seja necessária e inevitável a intervenção profissional para a realização do cuidado, também é importante questionar-se, continuamente, sobre os limites dessa manipulação, os quais deveriam, na medida do possível, ser acordados com o próprio paciente. É por meio do corpo que o ser humano relaciona-se com o mundo, ele é o elo com o universo

e outros corpos como um ser livre, constituindo-se o núcleo da ação moral. A liberdade permite-lhe estabelecer relações com os outros, com a natureza e com a sociedade. Devem-se considerar a integridade, a individualidade e a força interior como essenciais para a concretização das inter-relações com outros sujeitos e com a natureza, mediante o reconhecimento e o exercício da autonomia. Entretanto, em decorrência de fatores relacionados ao ambiente físico, à cultura institucional, por vezes, o paciente é desrespeitado em sua privacidade e dignidade. Tais fatores associados à condição de fragilidade, em razão da doença vivenciada na internação, podem interferir no processo de autonomia e tomada de decisão do paciente, necessitando que o enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem estejam atentos para auxiliá-lo a exercer sua autonomia.

Indubitavelmente, estas são questões importantes para serem discutidas pelos enfermeiros, sobretudo no âmbito gerencial do cuidado e na organização dos processos de trabalho das equipes de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Serino SA. Diagnóstico comprehensivo simbólico: uma psicossomática para a prática clínica. São Paulo: Escuta; 2001.
2. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. Self care as a condition for care to others in health practice. *Rev Latinoam Enferm.* 2004;12(6):933-9.
3. Juramento de Hipócrates. 2003. [Internet] 2009. [citado 2009 Out 15]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/codetica_diversos/hipocrt.html
4. Populim JS. Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
5. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Bioética.* 2003;11(1):51-64.
6. Woogara J. Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nurs Stand.* 2005;19(18):33-7.
7. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Intensive therapy unit hospitalization: the patients' relatives experience. *Rev Gaúch Enferm.* 2007;28(3):377-84.
8. Prochet TC, Silva MJ. Proxémica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(2):321-6.
9. Ética a nicômaco. São Paulo: Martin Claret; 2001.
10. Espinosa B. (Coleção Os Pensadores). Ética. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
11. Kant I. Crítica da razão prática. São Paulo: Ícone, 2005.
12. Fernandes MF. A ética e a bioética no contexto da educação em enfermagem. In: Malagutti W, organizador. Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Rubio; 2007.
13. Crazeta K, Stocco JG, Labronici LM, Méier MJ. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):239-43.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
15. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
16. Camelo SH. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégias de gerenciamento [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
17. Baggio MA, Monticelli M, Erdmann AL. Caring for the self, for another, and for "us" within a complexity perspective. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(4):627-31.
18. Goldim JR. Bioética. [Internet] 2009 [citado 2009 Out 24]. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/bioetica.
19. Populim JS, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Rev Latinoam Enferm.* 2005;13(3):388-96.
20. Poll MA, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):509-14.
21. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. *Rev Latinoam Enferm.* 2007;15(1):34-41.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
23. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [citado 2010 Maio 1]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>