

Ana Cristina Águas

**Privacidade nos Cuidados de Enfermagem: importância atribuída pelos alunos do  
4ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2010



Ana Cristina Águas

**Privacidade nos Cuidados de Enfermagem: importância atribuída pelos alunos do  
4ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2010

Ana Cristina Águas

**Privacidade nos Cuidados de Enfermagem: importância atribuída pelos alunos do  
4ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto**

---

A aluna Ana Águas

Projecto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como parte  
dos requisitos para a obtenção do grau de  
licenciada em Enfermagem

Porto, 2010

## **Siglas e Abreviaturas**

**CDOE** - Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros

**CLE** - Curso de Licenciatura em Enfermagem

**Fig.** - Figura

**Pág.** - Página

**SPSS** - Statistical Package for Social Sciences

**UFP** - Universidade Fernando Pessoa

**Vol.** - Volume

**%** - Percentagem

## Sumário

O presente trabalho de investigação foi elaborado no âmbito do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sendo o tema abordado “ Privacidade nos cuidados de enfermagem: importância atribuída pelos alunos do 4º ano do CLE, da UFP - Porto ”.

Devido à prevalência e aumento de enfermidades, surge uma maior procura de cuidados, tornando a pessoa dependente da equipa de enfermagem para a satisfação de algumas necessidades que ficam comprometidas pela doença. Assim, alguns dos cuidados proporcionam um contacto mais íntimo, podendo o enfermeiro em algum momento, consciente ou inconscientemente, invadir a privacidade da pessoa a quem presta cuidados.

Esta investigação tem como objectivo geral, identificar a importância que os alunos do 4º ano do CLE da UFP - Porto, atribuem à Privacidade nos Cuidados de Enfermagem.

A opção metodológica adoptada no estudo é de natureza exploratória - descritiva inserida numa abordagem quantitativa e transversal, a uma amostra de 60 alunos do CLE da Universidade Fernando Pessoa - Porto, no ano lectivo de 2009/2010. O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário aplicado no dia 4 de Junho de 2010, na Faculdade de Ciências da Saúde da UFP.

Os resultados do estudo apontam no sentido de dar resposta às questões de investigação inicialmente levantadas. Assim a amostra em estudo, considera a privacidade um direito do doente que assume especial relevância no âmbito do cuidar, bem como a considera muito importante na prática dos cuidados. No entanto, na

admissão do doente e na administração de terapêutica, consideram-na menos importante.

Os alunos da amostra, costumam reflectir sobre a privacidade sobretudo durante a prestação de cuidados e durante o final do turno.

**Palavras-chave:** Privacidade, Direito à Privacidade, Intimidade, Ética em Enfermagem.

## Abstract

The present work of investigation was developed in the 4<sup>th</sup> year of the Degree in Nursing at Fernando Pessoa University, and the subject is “Privacy in nursing care: importance attributed by 4<sup>th</sup> year CLE, UFP - Porto students”.

Due to the increase and prevalence of diseases some cares are required, which make people more dependent on the nursing team. These qualified people should satisfy the patients’ needs, i.e. they should provide a close contact with him/her and at some point they might even invade his/ her privacy, consciously or unconsciously.

This investigation has a main goal: identify how important is privacy in nursing care for students of 4<sup>th</sup> year of CLE, UFP - Porto.

The methodology adopted in this investigation is mainly exploratory-descriptive as a part of a quantitative and transversal approach involving a sample of 60 CLE students of Fernando Pessoa University - Oporto in the 2009/2010 academic year. The instrument of data gathering was a questionnaire applied on 4<sup>th</sup> June 2010 in the UFP Sciences Health Faculty.

Therefore, the students that took part in the questionnaire argued that privacy should be seen as a patient’s right not only as far as the context care is concerned but also in practical terms. However, they saw the admission of patients and the administration of medicines less important.

These students usually reflect about the privacy while they are taking care of a patient or at the end of the shift.

**Keywords:** Privacy, Right to Privacy, Intimacy, Ethic in Nursing.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Lino e Arlinda, ao meu irmão Miguel e aos meus avós Laurinda e Manuel. A todos aqueles que directa ou indirectamente, acreditaram e me incentivaram a correr atrás dos meus ideais.

## AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação é sempre fruto de um trabalho de equipa, não podendo ser nunca individual. Nesse sentido, não seria justo e muito menos correcto deixar passar esta oportunidade de agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

À orientadora deste trabalho, Mestre Teresa Guerreiro, pelo apoio, sugestões, saberes transmitidos e disponibilidade, que foram fundamentais para esta breve investigação, o meu muito obrigado.

Aos meus familiares, pela paciência e boa disposição com que sempre escutaram os meus desabafos, agradeço-lhes as palavras de carinho com que me presentearam.

Esta investigação é o resultado de uma caminhada, agradeço a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção daquilo que sou hoje. A todos os que colaboraram comigo, o meu muito obrigado!

Não sei...

se a vida é curta

ou longa de mais para nós.

Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,

se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

colo que acolhe, braço que envolve...

e isso não é coisa do outro mundo:

é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja, nem curta

nem longa demais, mas que seja intensa,

verdadeira e pura...

enquanto durar.

*(Cora Coralina)*

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
<b>0 - INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>I - FASE CONCEPTUAL</b> .....	21
1.1 - Problemática e Justificação do estudo.....	21
1.2 - Pergunta de partida .....	22
1.3 - Objectivos do estudo .....	22
1.4 - Revisão Bibliográfica.....	24
1.4.1 - Teorias da Privacidade: Alan Westin e de Irwin Altman .....	24
1.4.2 - Intimidade/Privacidade e Pudor .....	31
1.4.3 - A arte de Cuidar .....	38
1.4.4 - Comunicação com o doente .....	41
1.4.5 - Ambiente Hospitalar e Privacidade do doente.....	45
<b>II - FASE METODOLOGICA</b> .....	51
2.1 - Desenho de investigação .....	52
2.1.1 - Meio .....	52
2.1.2 - Tipo de estudo .....	52
2.1.3 - População e Amostra.....	53
2.1.4 - Variáveis em estudo .....	54
2.2 - Instrumento de recolha de dados .....	55
2.2.1 - Pré - teste.....	56
2.3 - Princípios éticos .....	57
2.4 - Tratamento de dados .....	59
<b>III - FASE EMPÍRICA</b> .....	60
3.1 - Apresentação, análise e discussão de resultados .....	60
3.1.1 - Caracterização da amostra.....	60
3.1.2 - Importância da privacidade nos cuidados de enfermagem.....	62
<b>IV - CONCLUSÃO</b> .....	77

**V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....80**

**ANEXOS**

- I - Consentimento informado
- II - Instrumento de recolha de dados (Questionário)
- III - Código Deontológico do Enfermeiro
- IV - Carta dos Direitos e Deveres do Utente
- V - Declaração Universal dos Direitos Humanos

## 0 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação foi elaborado no âmbito do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante da unidade curricular de Projecto de Graduação e Integração Profissional.

Uma das particularidades da Enfermagem é a aquisição de conhecimentos com base na investigação, pois ao questionar o que se faz e como é feito, promove a busca de um modo para prestar melhores cuidados e de contribuir para a evolução da enfermagem. De acordo com Fortin (1997, pág.12) “ A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para criar a prática dos cuidados ”.

O estudo surgiu de uma reflexão e preocupação pessoal que foi sendo vivenciada ao longo dos vários ensinamentos clínicos do curso de Licenciatura em Enfermagem, nomeadamente no ensino clínico de Enfermagem Médico - Cirúrgica II, Enfermagem de Urgência e Emergência II e no ensino clínico de Integração profissional, que foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

O tema centra-se na privacidade nos cuidados de enfermagem. A opção por esta temática emergiu da reflexão realizada durante os ensinamentos clínicos acima referidos, uma vez constatada a realidade de que se trata de algo que muitas vezes é desrespeitado pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, que subvalorizam o direito à privacidade também devido às realidades estruturais do hospital e serviços. Acresce ainda o facto de no âmbito do cuidar, os enfermeiros invadirem com frequência não só o espaço do doente como também a sua intimidade e privacidade, não reflectindo sobre a mesma.

Atendendo ao referido, emergiu a seguinte pergunta de partida “ Qual a importância, que os alunos do 4ºano do CLE da UFP- Porto, atribuem à privacidade nos cuidados de enfermagem? ”. Sendo o objectivo, identificar a importância que os alunos do 4ºano do CLE da UFP- Porto, atribuem à privacidade nos cuidados de enfermagem.

De acordo com Fortin (2003, pág.99) “ O objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter resposta às suas questões de investigação ”.

De acordo com o objectivo de estudo, optou-se por um estudo descritivo exploratório transversal inserido no paradigma quantitativo. A amostra foi constituída por 60 alunos do 4ºano do CLE da Universidade Fernando Pessoa - Porto. O instrumento de recolha de dados foi um questionário especialmente elaborado para o estudo, aplicado no dia 4 de Junho de 2010 na Faculdade de Ciências da Saúde da UFP.

O presente estudo é estruturado em quatro partes distintas: Fase conceptual, Fase metodológica, Fase empírica e Conclusão.

Na Fase conceptual é feita a abordagem ao tema e à sua justificação, à pergunta de partida, e aos objectivos do estudo, assim como ao desenvolvimento dos temas que se consideram ser mais relevantes para o estudo, ou seja, é o suporte de informação e o apoio teórico ao desenvolvimento da temática em estudo.

A segunda parte aborda a metodologia, nomeadamente o desenho de investigação, do qual faz parte o meio, o tipo de estudo, a população e a amostra assim como as variáveis. É feita também referência ao instrumento de recolha de dados, ao pré-teste, aos princípios éticos e ao tratamento de dados. Posteriormente, os resultados serão apresentados e discutidos na Fase empírica.

A conclusão faz uma síntese das ideias chave do trabalho bem como uma referência aos principais resultados do estudo.

Dos resultados obtidos destaca-se que, a totalidade dos alunos do 4º ano do CLE da Universidade Fernando Pessoa, considera a privacidade, um direito do doente que assume especial relevância no âmbito do cuidar. Assim como, 88,3% da amostra estudada considera que a privacidade na prática dos cuidados é muito importante. No entanto, não considera que seja importante na admissão do doente, bem como na administração de terapêutica (11,86%) e (13,56 %) respectivamente.

De notar que os alunos em estudo, referiram que os principais momentos em que realizaram alguma reflexão sobre a importância do respeito pela privacidade na prestação de cuidados, ocorreram durante a prestação directa de cuidados (78,33%), nos seminários 16,67% e no final do ensino clínico 13,33%.

## **I - FASE CONCEPTUAL**

De acordo com Fortin (2009, pág.49) “ A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema. (...) a fase conceptual reveste-se de uma grande importância, porque dá à investigação uma orientação e um objectivo ”.

### **1.1 - Problemática e justificação do tema**

Vivemos numa época de enorme transformação e evolução tecnológica, onde a pressa de viver e de fazer em menos tempo é cada vez mais evidente, remetendo para segundo plano, aspectos como a privacidade nos cuidados de enfermagem.

A escolha do tema surge de uma reflexão e preocupação pessoal que foi sendo vivenciada ao longo dos vários ensinamentos clínicos do curso de Licenciatura em Enfermagem, nomeadamente no ensino clínico de Enfermagem Médico - Cirúrgica II, Enfermagem de Urgência e Emergência II e no ensino clínico de Integração Profissional, que foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Ou seja, esta opção centra-se quer nos sentimentos e emoções vivenciados durante os ensinamentos clínicos, quer da tomada de consciência de que o internamento suscita nos doentes a necessidade de adopção de normas e regras do serviço, e que é nesta nova realidade que ele precisa de se identificar e situar a sua privacidade.

Pupulim e Sawada (2002) referem que “ (...) o indivíduo é alguém que traz consigo uma carga de valores morais e éticos que são apreendidos no decorrer da sua existência. Dentre estes valores queremos destacar o direito e o dever ao resguardo da identidade e privacidade do indivíduo/cidadão, enquanto cliente e sujeito do processo de trabalho de enfermagem ”.

Assim, entende-se o cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade como uma questão ético - moral, acreditando ser um tema pertinente e actual, tendo em conta o crescente aumento da consciencialização dos direitos do doente por parte da sociedade.

## 1.2 - Pergunta de partida

Na fase conceptual do processo de investigação, após a definição do problema de investigação e da revisão da literatura pertinente, identifica-se a pergunta de partida e os objectivos do estudo (Fortin, 2003).

A pergunta de partida deriva do tema e do problema de investigação e, como o nome indica é a questão principal colocada pelo investigador no início da investigação. Segundo Quivy e Champenhoudt (2008), ela deve apresentar qualidades de clareza e de exequibilidade. Assim, neste sentido, a pergunta de partida do presente estudo é “ **Qual a importância que os alunos do 4ºano do CLE da UFP - Porto, atribuem à privacidade nos cuidados de enfermagem?** ”.

## 1.3 - Objectivos do estudo

O objectivo do estudo de acordo com Fortin (2003, pág.100), identifica as variáveis chave, a população alvo e o conteúdo do estudo. São eles que despertam no investigador a sede de desenvolver um trabalho. A mesma autora, considera que

“ O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão ”.

Deste modo, definiu-se como objectivo geral no presente estudo, identificar a importância que os alunos do 4ºano do CLE da UFP - Porto, atribuem à privacidade nos cuidados de enfermagem.

Os objectivos específicos decorrem do objectivo geral e enquadram-se nas questões de investigação, sendo neste estudo os seguintes:

- Identificar a importância que os alunos do 4ºano do CLE atribuem à preservação da intimidade na prestação de cuidados
- Identificar a opinião dos alunos do 4ºano do CLE sobre se costumam respeitar o espaço do doente relativamente ao seu silêncio
- Identificar a opinião dos alunos do 4ºano do CLE sobre os sentimentos despoletados no doente aquando da invasão da privacidade
- Identificar o conhecimento dos alunos do 4ºano do CLE sobre a humanização dos cuidados de enfermagem

## **1.4 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A revisão bibliográfica, consiste numa adequada pesquisa de literatura já publicada para a fundamentação teórica do tema do estudo, procurando deste modo, situar o trabalho num contexto teórico específico.

### **1.4.1 - Teorias da privacidade: de A. Westin e de I. Altman**

De acordo com Westin (1970, cit. in Pupulim, 2009, pág.23 à 31) a necessidade de privacidade provém da origem animal do homem, sendo que homens e animais partilham de vários mecanismos básicos para reivindicar privacidade entre os seus semelhantes.

Westin (1970) refere que a privacidade consiste no afastamento voluntário e temporário de um indivíduo na sociedade, usualmente por meios físicos ou psicológicos. Deste modo, tanto homens como animais têm períodos de isolamento individual ou de intimidade, necessitando de estímulos sociais e de mecanismos para definirem a sua privacidade e o seu espaço no grupo.

A maioria das sociedades têm regras que limitam a intromissão de outros e que regem as acções de quem invade, delineando o que a pessoa pode tocar, até onde pode ir e as conversas ou os actos que pode ter. Culturalmente a noção de privacidade tem diferentes impactos sobre as relações interpessoais, facto que varia de acordo com o país ou a comunidade em que o indivíduo está inserido. Assim, o que numa cultura é considerado respeito à privacidade, noutra pode significar violação.

Deste modo, Westin (1970, cit. in Pupulim, 2009) explicou quatro condições básicas de privacidade individual e descreveu as funções que esta desempenha para os indivíduos ou grupos, nos países ocidentais democráticos:

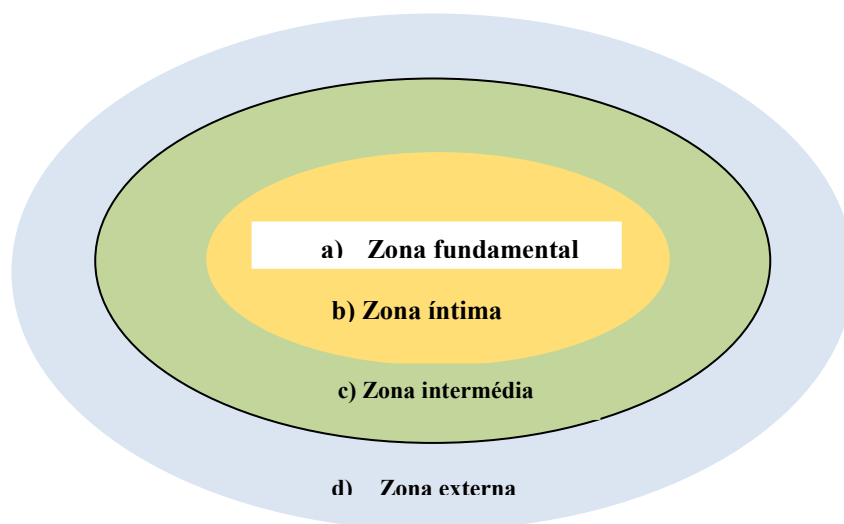
- **Solidão** – surge quando o indivíduo está isolado do grupo, livre da observação dos outros. O indivíduo pode estar sujeito a um estímulo físico dissonante, ou seja, a sua tranquilidade pode permanecer perturbada por sensações físicas, como o barulho, odor, frio, calor e dor. Nesta circunstância, o indivíduo está particularmente sujeito ao diálogo familiar. Esta é, de todas as intromissões físicas ou psicológicas, a condição de privacidade mais completa que os indivíduos podem ter.
- **Intimidade** – surge quando o indivíduo ou o grupo têm a pretensão de desenvolver relacionamentos pessoais íntimos. O conjugue, os familiares, círculo de amigos ou o grupo de trabalho são unidades específicas de intimidade. Sem a intimidade, não seria saciada a necessidade básica de contacto humano.
- **Anonimato** – ocorre quando o indivíduo está num local público, ou desempenha uma função em que está em contacto com outros indivíduos, e consegue ter a liberdade de identificar e de observar, ou quando tem a possibilidade de se deslocar sem ser reconhecido ou ser objecto de atenção. O indivíduo afeiçoa-se às regras de comportamento e aos papéis que produziriam efeitos se ele fosse conhecido por aqueles que o observam. Ao perceber que está constantemente a ser observado, a tranquilidade e liberdade que os indivíduos procuram nos espaços públicos é extinta. A relação anónima com outros indivíduos favorece a abertura para confidencias, que seriam omitidas da maioria das pessoas com quem o indivíduo se relaciona intimamente, contudo, nesta condição, o indivíduo exprime-se livremente porque sabe que o estranho não permanecerá na sua vida e apesar dessa pessoa poder dar uma resposta objectiva às suas questões, não é capaz de exercer autoridade ou restrição.

- **Reserva** – ocorre quando o indivíduo não quer revelar aspectos pessoais aos outros. Sendo a condição mais subtil de privacidade, limita a comunicação sobre si àqueles que o rodeiam, através da criação de uma barreira psicológica. Ao longo da sua existência o indivíduo relaciona-se com várias pessoas, por isso a comunicação de si aos outros é sempre incompleta apoiando-se na necessidade de ocultar factos pessoais. Para isso, cria um limite para proteger a sua personalidade e deliberar quando se deve afastar ou mostrar. O significado de segurança da privacidade tem a ver com a forma do indivíduo reivindicar o afastamento, assim como o respeito ou não dos outros.

No seguimento, Westin (1970) agrupa as funções da privacidade individual em quatro tópicos:

- **Autonomia pessoal** – refere-se à singularidade do indivíduo na sua dignidade e na necessidade de manter o processo social que resguarda a sua individualidade. O desenvolvimento e a manutenção do senso de individualidade estão ligados à necessidade humana de ter autonomia, para evitar a manipulação dos outros. Uma das formas de representar a necessidade de autonomia é descrever as relações do indivíduo com os outros, de acordo com as áreas de privacidade (Fig.1). A ameaça mais austera à autonomia de um indivíduo, é a possibilidade de alguém invadir a zona mais interna, por meios físicos ou psicológicos, e conhecer os seus segredos, facto que deixaria o indivíduo sob o controle dessa pessoa. A privacidade protege a autonomia, que é fundamental para o desenvolvimento da individualidade.

**Fig.1** - Representação das áreas de Privacidade nas relações do indivíduo com os outros, segundo Westin (1970); (Adaptado de Pupulim 2009)



- a) Protege os segredos do indivíduo (sentimentos, desejos), em circunstâncias normais ninguém passa esta área
- b) Envolve os segredos íntimos, aqueles que podem ser partilhados nas relações íntimas ou com estranhos que não podem prejudicar o indivíduo
- c) Área para as amizades do indivíduo
- d) Compreende a conversação casual; é uma área reservada a todos os observadores

- **Liberdade emocional** – a vida em sociedade gera tensões que suscitam períodos de privacidade, favorecendo assim o alívio emocional. O ser humano desempenha diversos papéis que dependem das circunstâncias e das pessoas com quem se relaciona, existindo assim, momentos em que pode ser ele mesmo, facto que pode ocorrer na solidão, na intimidade, no anonimato ou mesmo na reserva. Desta forma a privacidade proporciona ao indivíduo a possibilidade de retirar a “máscara”. A expectativa de ter privacidade é uma característica distinta

da vida em sociedade, pois permite aos indivíduos o afastamento provisório da etiqueta social. A privacidade proporciona ao indivíduo segurança, manuseio das funções corporais e sexuais, assim como protecção nos momentos de perda intensa, impacto, tristeza, ansiedade e incerteza. Em geral, nestas circunstâncias, a sociedade apoia e respeita a privacidade e intimidade do indivíduo.

- **Auto-avaliação** – a privacidade é fundamental para conduzir o indivíduo na auto-avaliação, tornando-o assim capaz de processar e analisar a informação que recebe, deste modo, o indivíduo pode considerar alternativas e possíveis consequências, de modo a agir adequadamente. A auto-avaliação abrange a realização das necessidades do indivíduo, pois proporciona tempo para promover a fluidez de ideias e impressões, as quais são inibidas na presença de outros. Decidir quando e que dimensão dos factos deve divulgar sobre si, é algo preocupante na interacção pessoal.
- **Comunicação limitada e protegida** – a maior ameaça à vida social surge quando o indivíduo é puro ao comunicar com os outros, ou seja, diz o que sabe e o que sente. Na realidade toda a comunicação é parcial e limitada, baseada na relação complementar entre reserva e descrição. A comunicação limitada é essencial na vida urbana devido ao aumento da população e às confrontações físicas e psicológicas entre indivíduos que não se conhecem; a comunicação reservada é o modo de auto preservação física. Na comunicação limitada e protegida, a privacidade embarga dois aspectos: proporcionar oportunidades para partilhar confidências e intimidades com alguém que confie, e impor limites em situações interpessoais, oscilando do mais íntimo ao mais formal e público. Os relacionamentos bem sucedidos dependem do equilíbrio entre privacidade, exposição e respeito. A privacidade reconhece-se no afastamento, na expressão fácil, nos gestos corporais, aprendendo-se a ignorar e a ser ignorado de modo a alcançar privacidade.

Westin (1970, cit. in Pupulim, 2009) refere que a privacidade inicia-se num processo complexo de mudança das necessidades sociais, da forma como adapta o mecanismo emocional de barreira da pessoa e do estímulo social. O equilíbrio entre exposição e privacidade, tem a influência das normas culturais da sociedade, da condição de vida e do estatuto do indivíduo. Sendo que, demasiada privacidade ou até mesmo a sua carência, podem prejudicar o seu bem-estar.

Para Altman (1975, cit. in Pupulim, 2009, pág.32 à 39) a privacidade é um processo de regulação, pelo qual cada pessoa se torna mais ou menos acessível aos outros, sendo o espaço pessoal e o comportamento territorial mecanismos de fronteira interpessoal usados para obter níveis desejados de privacidade. De acordo com este autor, a privacidade desempenha três funções:

- **Controlo e manuseamento da interacção interpessoal** – a maior função da privacidade é a regulação da interacção com o ambiente social, influenciando conjuntamente a auto - definição e auto - identidade. Esta última, depende essencialmente da aptidão da pessoa para definir os seus próprios limites.
  
- **Interface do próprio e do não próprio** – uma das funções da privacidade é auxiliar no processo de comparação social, uma vez que as pessoas utilizam outras para trabalharem os seus sentimentos e percepções. A regulação da privacidade torna a pessoa capaz de decidir sobre as suas acções, a ambicionar o sentido para factos interpessoais e a construir normas ou padrões para interpretar as suas e as relações dos outros. As pessoas com um estatuto mais elevado geralmente têm o direito de invasão sobre os outros, mas o oposto não acontece.
  
- **Auto-identidade** – tem a sua origem no Self, e envolve dois aspectos:
  - a) **Auto – observação** - a pessoa tem a possibilidade de ver, descrever e avaliar-se a si mesma, usualmente sem a presença de outros. Implica

deixar cair a máscara social e ser capaz de experimentar e exibir, novos comportamentos.

- b) Auto-identidade** - é a definição cognitiva, emocional, psicológica e a compreensão de si mesmo como ser humano. Abrange a auto-compreensão das suas capacidades, limitações, emoções, crenças e dúvidas. Para Altman, a auto-identidade é o centro da existência humana, pois a interacção com os outros requer alguma compreensão do que a própria é.

Altman (1975, cit. in Pupulim, 2009) refere alguns mecanismos comportamentais, que são utilizados para obter privacidade:

- **Mecanismos verbais** – a comunicação verbal é o vínculo principal da interacção social; o conteúdo verbal reporta-se à estrutura da comunicação, inclui características linguísticas, paralinguísticas e para-verbais (estilo da linguagem, selecção e diversidade do vocabulário, pronúncia, dinâmica vocal, etc.).
  
- **Mecanismos não verbais** – a linguagem corporal envolve o uso do corpo para comunicar (a postura corporal, o olhar, os gestos...).
  
- **Mecanismos ambientais** – o ambiente físico desempenha um papel bastante complexo.
  - a) Vestuário e adornos** – as pessoas adoptam estilos de roupa ou uniformes para mostrarem aos outros como são e para auxiliar na definição do seu estatuto e condição social. Por exemplo, o uso de adornos e de roupa pessoal em ambiente hospitalar é restrito, o que é uma transgressão sobre os mecanismos de regulação de privacidade.
  - b) Espaço pessoal** – é a área que envolve o corpo do indivíduo, sendo a sua invasão geradora de tensão e desconforto. Quanto mais pequeno for o

ambiente e maior o número de pessoas, menor é a probabilidade de obter ou controlar a privacidade.

- c) **Território** - a noção de território implica uma área geograficamente imóvel, envolvendo o uso restrito da pessoa ou grupo. Para regular a interação social e ajudar a satisfazer os vários motivos sociais e físicos, são designados o domínio e a personalização. A resposta defensiva ocorre quando os limites territoriais são violados.
  
- **Mecanismos culturais** - envolvem costumes, normas e tipos de comportamento por meio dos quais, os membros dos diversos grupos culturais regulam a ligação com os outros. Altman (1975, cit. in Pupulim, 2009), acredita que todas as culturas têm mecanismos comportamentais para controlar a acessibilidade social de umas pessoas às outras; apenas diferindo entre culturas, o modo como é efectuado e o controlo sobre a interação.

#### 1.4.2 - Intimidade / Privacidade e Pudor

Na Europa medieval, o sentido de intimidade era praticamente inexistente e a privacidade não se impunha como um direito nem como uma necessidade. As condições de vida tornavam a promiscuidade inevitável, não só entre o povo que tinha poucos recursos mas também junto da nobreza mais abastada. Não existiam condições mínimas para a defesa da intimidade, o que indica que não podia existir o sentimento de pudor; assim como não existia, uma área reservada para dormir, para a actividade sexual ou para as funções fisiológicas de excreção. Nestas circunstâncias de promiscuidade, geralmente as pessoas dormiam nuas e deslocavam-se assim, pelas ruas da cidade a caminho do balneário ou do rio, pois a nudez fazia parte do quotidiano quer fosse dentro de casa ou em espaços públicos. A partir do século XVI, a privacidade tornou-se um sinal de distinção das camadas sociais mais abastadas, tornando o acesso às áreas íntimas (da casa) e à intimidade do corpo, algo restrito a um reduzido número de

peessoas. Assim, pouco a pouco, foi-se generalizando o sentimento de pudor (vergonha) e a atitude de resguardo (ocultação), que seriam até aos nossos dias um hábito das pessoas.

Deste modo, surgiu o tabu do corpo, imposto com austeridade às crianças desde muito cedo, transformando o que era um padrão cultural de comportamento numa estrutura psicológica. À medida que a divisão entre privado e público se acentuava, a área do pudor aumentava; assim, a privacidade dava origem ao pudor (Ribeiro, 2005, pág.243 à 246).

A libertação do corpo, que hoje se mostra através de um comportamento descontraído e de uma linguagem desinibida não é o resultado do excesso de liberdade nem da simplicidade natural. Inquéritos como os que Kaufmann (1995, cit. in Ribeiro, 2005) desenvolveu apontam que o enfraquecimento das barreiras do pudor e a banalização da exposição corporal, não favoreceram a desvalorização da intimidade. Averiguou que tudo o que diz respeito ao corpo é cada vez mais vivido como estritamente pessoal e fundamental à própria pessoa. Hoje, o modo como as pessoas assumem e mostram o seu corpo aos outros, não se confunde com animalidade instintiva nem com socialidade medieval. O corpo é vivido com o realce do eu, com tamanha intensidade que não é permitido aos outros, por mais próximos ou significativos que sejam, interferir nas decisões pessoais sobre ele (Ribeiro, 2005, pág.246 à 247).

Portanto, a noção de intimidade teve um longo percurso histórico, paralelo e associado ao desenvolvimento da própria humanidade. Remetendo-nos para a interioridade da pessoa, para a sua privacidade (Almeida, 2004, pág.93). Segundo o dicionário da língua portuguesa (2010) intimidade é a qualidade do que proporciona bem-estar e privacidade; significa que esta muito por dentro, muito no interior, muito ligado.

Por outro lado, a Wikipédia (2010) refere que “ (...) é o conhecimento profundo de alguém, conhecendo os vários aspectos ou sabendo como esse alguém responderia em diferentes situações, devido às muitas experiências em comum ”.

Deste modo, a intimidade está definida como sendo uma área exclusiva e reservada dos pensamentos, afectos ou assuntos privados de um indivíduo, família ou grupo (Espuela et al., 2010, pág.2).

Sendo o tema da intimidade muito complexo, não pode ser abordado apenas sob a perspectiva de algumas definições. Por conseguinte, de acordo com alguns autores, o conceito de intimidade é único e subjectivo para cada pessoa, sendo susceptível à influência de determinados factores como a nudez, a idade, o sexo, a vivência pessoal, a educação, etnia, religião, etc.

A intimidade é a consequência da integração do indivíduo em grupos sociais, daí o reconhecimento e a protecção da esfera íntima frente aos outros (Lamelas et al., 2008, pág.61). Neste sentido, Bolander (1998, pág.324) alega que “ O Eu é composto pelo Eu público (o Eu que mostramos aos outros) e pelo Eu privado (o Eu que guardamos para nós ou para alguns outros mais significativos) ”.

Deste modo, a primeira manifestação de acesso limitado surge em relação ao nosso corpo, ou seja à intimidade pessoal e física (Lamelas et al., 2008, pág.61). Ao que Ribeiro (2005, pág.29) afirma, existir uma conexão entre o corpo e a intimidade, sendo este, o limite ou a fronteira que separa a pessoa do meio exterior e também o local de troca de informação; mencionando ainda que, segundo Schweitzer, o corpo desempenha a função de invólucro.

Assim, Bolander (1998, pág.533) explica que “ (...) todos temos um território individual (uma zona privada ou “bolha” à volta do nosso corpo, que sentimos como uma extensão de nós e que nos pertence. (...) transportamos sempre este território connosco, para onde quer que nos desloquemos. Excepto a um número muito seleccionado de pessoas, às quais permitimos que entrem neste território em qualquer altura, temos tendência para nos sentir desconfortáveis se outras pessoas invadem esse espaço ”.

Ao longo da sua vida, o ser humano estabelece relações de diferente intensidade com os seus semelhantes, escolhendo com quem partilha os seus segredos. Contudo, na relação clínica este, tem de desnudar o seu corpo, os seus pensamentos e também a sua vida (Iraburu, 2006, pág.51).

Cuidar requer uma aproximação constante da pessoa que carece de cuidados, criando deste modo, proximidade com a sua intimidade. A intimidade apoia-se na confiança que o indivíduo deposita no enfermeiro e na relação de proximidade que se estabelece entre ambos, nesse sentido, pode-se dizer que o cuidado exige condições de intimidade e de privacidade e que devem ser protegidas pelo enfermeiro (Rodriguez et al., 2005, pág.15 à 18). Deste modo, o enfermeiro, de acordo com o artigo 86.º do código deontológico, assume o dever de:

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família.
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

Portanto, o direito à intimidade é um plano subjectivo de defesa de uma parte da nossa vida que queremos manter reservada, e também segundo a declaração universal dos direitos humanos de 1948 (artigo 12), um direito fundamental do indivíduo. Nesse sentido, Lamelas et al., (2008, pág.62) referem que, grande parte das alegações de defesa da intimidade, centram-se no respeito da dignidade da pessoa, esta linha de

pensamento sustem que a intimidade está profundamente ligada ao reconhecimento do valor da pessoa, à sua dignidade, unicidade e autonomia.

Assim, Diego Gracia (2001, cit. in Iraburu, 2006 pág.50), alega que a intimidade não é constituída pelo mundo dos direitos, mas sim pelo mundo dos valores, sendo que estes, nos facultam a identidade e diferenciam das outras pessoas. Assim sendo, o que nos define como seres humanos são os valores (religiosos, filosóficos, estéticos, políticos, etc.) que assumimos como princípios, sem eles não seríamos nada.

Reportando-nos à privacidade, Miguéns (2001, pág.115) refere que “ (...) deriva da palavra inglesa Privacy + Etas (etais = qualidade) ou seja ambiente de recato, sossego, intimidade, seio de família ”.

A Wikipédia (2010) menciona que “ É a habilidade de uma pessoa, em controlar a exposição e a disponibilidade de informações acerca de si. Relaciona-se com a capacidade de existir na sociedade de uma forma anónima ”.

Leino - Kilpi et al., (2001, cit. in Pupulim 2009, pág.62) descrevem quatro dimensões do conceito de privacidade identificada por Burgoon e Parrot et al. (1982 e 1989):

- a) **Dimensão física:** consiste no grau de acessibilidade física do indivíduo aos outros, relacionando-se também com a territorialidade e com o espaço pessoal.
- b) **Dimensão psicológica:** diz respeito à capacidade do indivíduo para controlar entradas e saídas afectivas e cognitivas para formar valores, assim como ao direito de partilhar pensamentos ou revelar informações íntimas a quem desejar.
- c) **Dimensão social:** refere-se à capacidade e esforço individual ou do grupo, para controlar os contactos sociais, sendo que os meios pelos quais as

peças tentam preservar a sua privacidade comportam a influência da cultura.

- d) Dimensão informacional:** refere-se ao direito do indivíduo decidir como, quando e em que medida a informação sobre ele será divulgada a outra pessoa.

Fazendo uma comparação entre o conceito de intimidade e privacidade, pode-se aferir que a invasão da intimidade envolve invasão da privacidade, não se verificando o oposto. Assim sendo, pode-se considerar que a intimidade está relacionada com o que é físico e corporal, enquanto que a privacidade se relaciona com algo mais objectivo, representando um aspecto substancial da liberdade e dignidade da pessoa (Dicionário da língua portuguesa contemporânea, 2001).

Goldin e Francisconi (1999) mencionam que a privacidade consiste “ (...) na limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, anonimato, segredos, afastamento ou solidão. É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização ”.

Sendo a privacidade um princípio derivado da autonomia, cabe à pessoa decidir a quem e como deseja expor o seu corpo para os procedimentos médicos (Oguisso et al., 2006, pág.142). O doente quando é hospitalizado é submetido a muitas rotinas, sentindo que a sua intimidade e privacidade são ameaçadas, vivenciando o incómodo e a vergonha quando tem de mostrar o seu corpo (Martins, 2009, pág.114).

Na fronteira da intimidade, o corpo tem um sistema de defesa estratégica para impedir a entrada de estranhos, a que chamamos de pudor (Ribeiro, 2005, pág.247). Ribeiro (2005, pág.66) alega que, o hábito de cobrir o corpo é muitas vezes, associado ao sentimento de pudor em torno da função sexual. Segundo esta perspectiva, os órgãos genitais são a primeira coisa que se oculta, depois são as áreas do corpo associadas ao sexo por proximidade física ou funcional; ou seja, é ocultado tudo o que se tem por

estímulo erótico, e à medida que se ocultam os estímulos mais óbvios, a atenção é desviada para as áreas que ainda permanecem descobertas. Ora, o pudor de acordo com o dicionário da língua portuguesa (2010) é

“ Um sentimento de vergonha ou timidez causado por algo que fere a sensibilidade ou a moral de uma pessoa; mal-estar causado pela nudez ou por questões relacionadas com a sexualidade; constrangimento; atitude de uma pessoa que esconde sentimentos ou emoções por delicadeza, modéstia ou reserva (...) ”.

Quando o corpo do doente tem de ser exposto, e este apresenta manifestações de pudor, ao prestarem cuidados os enfermeiros parecem não se aperceber delas, por não se sentirem à vontade ou por não terem propensão para enfrentar esse tipo de situação. Às vezes, um simples olhar curioso dirigido ao corpo da pessoa doente, como que se esta fosse um objecto, pode provocar uma ofensa à sua intimidade e despertar nela o sentimento de vergonha. A pessoa sente-se envergonhada pelo modo e pela intenção com que é olhada. Deste modo, podemos aferir que não é a exposição do corpo na sua nudez que tem mais importância, mas sim os pensamentos, sentimentos, imagens desrespeitosas que daí advêm (Melo, 2005, cit. in Martins, 2009, pág.109).

A propensão dos enfermeiros para enfrentarem este tipo de situação, pode dever-se a inúmeros factores tais como, não terem sido abordados esses temas no processo de formação ou darem maior importância a outras áreas, talvez por não estarem sensibilizados para esse tema, por referirem falta de tempo e ainda existem aqueles enfermeiros que não reparam nesses pormenores, apenas por distração e outros por vezes que disfarçam essa percepção. Muitos enfermeiros referem que a falta de tempo é a causa de atitudes mecanizadas e comportamentos estereotipados, porém é muito difícil separar os cuidados técnicos dos cuidados relacionais. Não podemos esquecer que os doentes, tal como os enfermeiros têm os seus próprios valores, e estes influenciam o comportamento e por vezes as suas reacções, que por sua vez poderão caracterizar-se como invasoras da privacidade do doente (Martins, 2009, pág.112).

### 1.4.3 - A arte de Cuidar

O conceito principal da enfermagem centra-se na pessoa, aquela que permanente ou potencialmente recebe cuidados. De acordo com Hesbeen (2000, pág.9), o cuidado diz respeito ao facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa, para se ocupar do seu bem - estar. Assim, tal como nos diz Colliére (1999, pág.15) “ Ser cuidado...cuidar de si próprio...cuidar...”, é indispensável para o crescimento e para a nossa sobrevivência, assim, durante todo o nosso ciclo vital temos a necessidade de sermos cuidados e de cuidarmos dos outros, sendo que, a capacidade de cuidar é condicionada pelo estadio de vida em que nos encontramos, bem como pelas capacidades que desenvolvemos e pela forma como fomos cuidados.

Pacheco (2002 cit. in Siqueira et al. 2008), faz a distinção entre tratar e cuidar. Tratar engloba os procedimentos técnicos, especializados, está relacionado com o diagnóstico e tratamento de doenças sendo que a sua finalidade é reparar órgãos doentes. O foco de atenção está direccionado para as necessidades físicas relacionadas com a patologia. Não é dada importância a outras necessidades e o profissional não se envolve emocionalmente, considerando ser perda de tempo conversar e ouvir a pessoa doente ou a família. O profissional entusiasma-se com a condição clínica do doente, principalmente se esta for invulgar ou grave, ignorando os aspectos humanos. Por vezes, é capaz de fazer o doente aceitar todos os procedimentos que tenham por fim o diagnóstico e a cura, ocultando-lhe informações, sem nunca lhe dar a oportunidade de recusar o tratamento. Sentindo-se frustrado quando a cura não é possível, o profissional desiste do doente reduzindo-o a um diagnóstico, conhecendo-o apenas por um número ou pelo nome da patologia.

No cuidar é dada atenção ao doente, este é encarado de forma holística, nunca esquecendo que, antes de tudo é um ser humano único e insubstituível. O doente é o foco de atenção do prestador de cuidados, este não se preocupa apenas com o tratamento da doença ou com o alívio dos seus sintomas, preocupa-se também com os

aspectos físicos, psicológicos e espirituais. A sua presença não é meramente física ou profissional, mas a de uma pessoa capaz de escutar, compreender, acolher e de estabelecer uma relação de confiança. O doente é visto como um ser único e incomparável, numa situação peculiar a quem devem ser prestados cuidados de forma individualizada, respeitando a sua cultura, os seus valores, direitos e necessidades assim como a sua participação na tomada de decisões.

Portanto o cuidado em enfermagem é uma arte e não uma ciência, porque o seu resultado provém de um feito único, que diz respeito a uma pessoa singular. A arte pressupõe a adaptação dos conhecimentos e das aptidões para que sejam detentores de sentido e de ajuda. Esta arte não se pode limitar à quantidade de intervenções, mesmo que estas evidenciem atenção à pessoa, pois não se trata de procurar dar sentido a cada acto, mas sim de incluir o conjunto das intervenções numa perspectiva que tenha sentido para a pessoa (Hesbeen, 2000, pág.11 e 99). Neste sentido, Mayerhoff (cit. in Frias, 2003 pág.46), salienta que

“ Nós por vezes falamos como se cuidar de alguém não exigisse conhecimentos, como se o cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou de um olhar afectuoso... para cuidar de alguém eu preciso de saber muitas coisas. Eu preciso de saber, por exemplo, quem é o outro, quais são as suas capacidades, e o que é favorável ao seu crescimento; eu preciso de saber como responder às suas necessidades e quais são as minhas próprias capacidades e limitações ”.

Portanto, o cuidado exige habilidades distintas e como tal, é uma conduta ética que se baseia no descobrimento do outro, na sua particularidade e no seu acompanhamento, tendo como objectivo proteger a sua vida, respeitando-o (Hesbeen, 2004, pág.101).

Neste sentido, Baggio et al, (2010, pág.382) referem que o excessivo interesse pela tecnologia, pelo consumismo e pelo tecnicismo, coloca os valores humanos em risco. Ao mesmo tempo que o homem usufrui das tecnologias avançadas, as relações

humanas declinam, e da mesma forma a ética nos relacionamentos. Os relacionamentos tornam-se distantes, limitados por interesses distintos, banalizados a ponto de ignorar valores, sentimentos e desejos.

Deste modo, Rios (2009, pág.19) refere que os aspectos humanísticos no cuidado foram distanciados pelo tecnicismo da prática actual. O avanço tecnológico proporcionou indubitáveis conquistas para o bem-estar das pessoas, mas a visão centrada nos aspectos biológicos da doença, os recursos técnicos e a organização do trabalho para o atendimento em massa, criaram um abismo entre o profissional de saúde e o doente.

De acordo com o nº1 do artigo 78.º do código deontológico dos enfermeiros, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Este, assume então, um papel de grande responsabilidade perante a sociedade, tendo como princípios orientadores da profissão, o respeito pelos direitos humanos na relação com os doentes e com os outros profissionais. O comportamento esperado pelos enfermeiros está delineado em princípios e valores universais, que têm como referência as necessidades da sociedade e dos cidadãos, no respeito pelos direitos e valores da pessoa e que fazem parte das normas deontológicas. Assim, o enfermeiro assume o dever de proteger e defender a pessoa humana de práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (Cerdeira, 2004).

O contacto físico entre o doente e o enfermeiro é inevitável e necessário para a prestação de cuidados. O toque, a manipulação do corpo e o olhar são inerentes ao acto de cuidar, originando assim uma ligação íntima entre o prestador de cuidados e a pessoa que os recebe, podendo isso suscitar a invasão da sua privacidade. Existem várias formas de violação da privacidade, tais como a violação da informação, do espaço pessoal e territorial, do corpo, assim como do campo psicológico e moral. A privacidade física implica o quão se está acessível corporalmente à outra pessoa, abrangendo o

espaço entre si e o outro, e o quanto se pode controlar esse acesso. A marcação da área territorial permite manter e impor limites à invasão, contudo o poder de incursão dos outros às vezes é superior ao da defesa da pessoa, pois o internamento debilita as barreiras construídas para o resguardo da intimidade (Pupulim e Sawada, 2010, pág.37).

Preservar a privacidade, respeitar, mostrar preocupação e dedicação, valorizando a singularidade do doente, além de se imaginar no seu lugar, pensar no que é necessário fazer e de como o doente prefere que seja feito, respeitando as suas crenças e valores, é uma forma de garantir a promoção da saúde e a qualidade dos cuidados prestados (Pupulim e Sawada, 2005).

Deste modo, Hesbeen (2004, pág.102) revela que “ Cuidar é uma arte difícil, porque tem a ver com a incerteza do ser, a sua fragilidade e a sua diversidade. Isto constitui a sua riqueza. Nenhuma situação pode ser comparada e cada experiência aumenta a nossa compreensão do mundo e a nossa própria percepção do homem ”.

#### **1.4.4 - Comunicação com o doente**

A comunicação é algo inerente aos seres humanos e essencial para o relacionamento com os outros, pois permite a partilha de sentimentos, pensamentos e acções. Caracteriza-se pela troca de informação e pela sua percepção pelo indivíduo. Carvalho e Stefanelli (2005, pág.29) mencionam que a comunicação é

“ (...) um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas; as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio, exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas a curto, médio ou longo prazo ”.

Na mesma linha de pensamento, Pontes et al., (2008, pág. 316) mencionam que

“ A comunicação é um acto criativo; não existe apenas um agente emissor ou receptor, mas uma troca entre as pessoas que formam um sistema de interacção e reacção, isto é, um processo recíproco que provoca mudanças na forma de sentir, pensar e actuar dos envolvidos ”.

Por outro lado a CIPE (2003) refere que comunicação é “ Um tipo de acção interdependente com as características específicas: acções de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio eléctrico e telefone ”.

Segundo Ruesh e Bateson (1951 cit. in Carvalho e Stefanelli, 2005, pág.14) existem quatro níveis de comunicação:

- **Intrapessoal** - comunicação que é efectuada para si mesmo (dentro da pessoa)
- **Interpessoal** - comunicação que é efectuada entre duas pessoas (de um para um)
- **Grupo** - comunicação de uma pessoa para muitas
- **Cultural** - comunicação de muitas para muitas pessoas

Podemos comunicar de diversas formas, através de palavras (linguagem verbal), de comportamentos, expressões faciais, gestos, silêncios, através do toque, ou ainda pela presença de rubor, sudorese, tremores, lacrimejo, ou seja, através da linguagem não verbal, sob a qual não existe um controlo consciente por parte do ser humano, e a qual complementa a linguagem verbal. A esse respeito Ribeiro (2005,pág.202) menciona que

“ É fácil constatar a função comunicação de uma infinidade de sinais, uns emitidos pelo próprio corpo e outros inseridos nos seus diferentes contextos, que se tornam significantes quando integrados na interacção humana ”.

Todos temos a necessidade de ser escutados, no entanto no quotidiano não atribuímos a este acto verdadeira importância (Costa et al, 2003, pág.27). A comunicação verbal é o tipo de linguagem a que é atribuída maior importância, por esta revelar muito da essência do indivíduo e também por estarmos mais despertos para a sua percepção.

Quando a pessoa adoece, são gerados sentimentos de angústia, sofrimento, ansiedade de não ser capaz de referir os sintomas as necessidades e as dúvidas, deste modo, ao chegar ao hospital, procura antes de tudo, ser acolhida, escutada e compreendida. Assim, ao perder o contacto com o ambiente familiar torna-se mais sensível, precisando tanto de cuidados complexos como de um relacionamento terapêutico. A comunicação entre enfermeiro e doente é designada por comunicação terapêutica e é imprescindível, tanto para identificar problemas físicos como para desenvolver uma interacção. É designada assim, porque tem o intuito de identificar e atender as necessidades (de saúde) do doente, de contribuir para o progresso da prática de enfermagem e de despoletar nos doentes confiança e segurança (Pontes et al., 2008, pág.313 e 316).

O conceito de comunicação terapêutica, adaptado da teoria de Ruesch, baseia-se na capacidade do enfermeiro utilizar o seu conhecimento sobre comunicação, para ajudar a pessoa com tensão temporária a solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, conviver com outras pessoas, a adaptar-se e a enfrentar os desafios (Carvalho e Stefanelli, 2005, pág.65).

A comunicação terapêutica permite uma interacção entre o enfermeiro e o doente, possibilitando um relacionamento humano, que atinja o objectivo dos cuidados. O enfermeiro ao usar esta comunicação, aumenta a aceitação e a compreensão do doente quando têm de ser realizados procedimentos, diminuindo assim a ansiedade. Assim, desenvolver a capacidade de comunicação é extremamente importante para os profissionais de saúde, particularmente para os enfermeiros que devem conhecer o

significado das mensagens enviadas pelo doente para poderem elaborar um plano de cuidados adequado às suas necessidades (Potter & Perry, 2002, cit. in Oliveira et al. 2005 pág.56).

No desenvolvimento do processo terapêutico, existem algumas técnicas de comunicação terapêutica que facilitam a interação entre o enfermeiro e o doente. Uma vez que o enfermeiro é o profissional de saúde que mais interage com o doente, deve estar atento ao uso das técnicas de comunicação terapêutica, e estas podem ser classificadas em três grupos distintos: expressão, clarificação e validação. No grupo de expressão, estão organizadas diversas técnicas que ajudam na expressão verbal de pensamentos e sentimentos sobre a experiência que os desencadeou (Carvalho e Stefanelli, 2005, pág.78).

Fazem parte das técnicas: o uso terapêutico do silêncio, ouvir reflexivamente; verbalizar aceitação, interesse, usar frases incompletas, repetir as últimas palavras ditas pelo doente, fazer perguntas, desenvolver a pergunta feita, usar frases descritivas, permitir que o doente escolha o tema, mantê-lo no mesmo tema, colocar em foco a ideia principal, verbalizar dúvidas, dizer não, estimular a expressão de sentimentos subjacentes e o uso terapêutico do humor (Stefanelli, 1993, cit. in Oliveira et al., 2005, pág.58).

Do grupo de clarificação fazem parte as técnicas que ajudam a clarificar as mensagens enviadas, quando parte delas ou o todo, contêm ambiguidades (Carvalho e Stefanelli, 2005, pág.78). Fazem parte das técnicas: citar ou estimular comparações, solicitar que o doente elucide termos comuns, que precise o agente de ação e que descreva os eventos em sequência lógica (Stefanelli, 1993, cit. in Oliveira et al, 2005, pág.58).

No grupo de validação as técnicas permitem a existência de significados comuns do que é verbalizado. A validação é um modo de confirmar a compreensão das mensagens transmitidas entre os interlocutores (Carvalho e Stefanelli, 2005, pág.78). Neste grupo, a técnica consiste em pedir ao doente para repetir o que foi dito e para sumarizar o conteúdo da interação (Stefanelli, 1993, cit. in Oliveira et al., 2005, pág.58).

#### **1.4.5 - Ambiente hospitalar e privacidade do doente**

A palavra, hospital tem a sua origem no latim “hopes”, que significa hóspedes, pois era um local onde se acolhiam peregrinos, pobres e enfermos. Oriundo de épocas remotas, anteriores ao cristianismo, foi desenvolvido por organizações religiosas tendo-se transformado numa instituição social, após a modificação política democrática. Os recursos eram mínimos e as condições de conforto e higiene eram precárias, sendo apenas utilizado pelos indivíduos desprovidos de meios de subsistência, ou seja, o hospital servia apenas para os pobres, enquanto que as pessoas mais abastadas eram examinadas e tratadas em casa. Contudo, com a melhoria das condições hospitalares as classes mais altas da sociedade passaram também a utilizar o hospital (Ministério da Saúde, 1965, pág.7 e 47).

Hoje, o hospital tem o mesmo significado de outrora, que é tratar e receber as pessoas doentes. Machado (2008) refere que, segundo a organização mundial da saúde o hospital é

“ Parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família no seu domicílio e ainda um centro de informação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio – sociais ”.

Por outro lado, Goffman (1961, cit. in Amin 2001, pág.25) diz que o hospital é

“ Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada ”.

A doença representa uma ameaça e um desafio que são vivenciados de diversas formas, de acordo com a idade, experiências anteriores, estado emocional, o apoio afectivo, a capacidade de adaptação e as representações mentais que o indivíduo possui de saúde e doença (Correia, 1996, cit. in Santos, 2002, pág.31). Assim, quando se vê doente e a família não consegue fazer mais para ajudar, procura por cuidados hospitalares. Chegado ao hospital, passa por um circuito padronizado, recebendo mais tarde, a notícia de que carece de cuidados mais complexos, tendo para isso de ficar internado; assim, uma vez que o internamento (culturalmente) é associado ao agravamento do estado de saúde, há uma grande probabilidade de despoletar no indivíduo o sentimento de angústia, devido à exposição emocional e física a que ficou sujeito, evidenciando assim, a sua fragilidade (Amin, 2001, pág.13 à 15).

O ambiente hospitalar é por diversos factores tenso e stressante, principalmente para o doente que não pode controlar esses mesmos factores que o afectam, mas que depende deles para a sua sobrevivência. Face à condição de enfermidade, sentimentos como incapacidade, dependência e insegurança reforçam a sensação de perda do controle sobre si mesmo, passando a hospitalização, a ser vista pelos doentes como um factor de despersonalização pois estes, reconhecem ser difícil manter a sua identidade, individualidade e privacidade (Pupulim e Sawada, 2002, pág.433).

Santos (2002, pág. 32 e 33) também refere que o hospital é um mundo despersonalizado e impessoal porque é um meio onde não existe privacidade e onde a identidade da pessoa na maioria das vezes, não é respeitada. Sendo um meio constituído por normas padronizadas, por rotinas que não deixam lugar à opção e que não

coincidem com as necessidades reais. Quando entra neste meio, a pessoa é obrigada a deixar à porta tudo que faz parte do seu mundo específico e singular, aquilo que o diferencia de qualquer outro ser; sendo solicitada a “despir-se” como pessoa e a vestir-se como doente, entrando assim, numa nova realidade social.

Neste sentido, Travelbee (cit. in Tomey e Alligood, 2004, pág.468), diz-nos que o termo doente é um estereótipo útil à economia comunicativa:

“ De facto não existem doentes. Existem apenas seres humanos individuais que necessitam de ajuda, serviços e assistência de outros seres humanos, que crê-se, podem prestar a assistência necessária ”.

Assim, para algumas pessoas, só o facto de serem definidas como doentes, tem por si só um efeito debilitante no auto-conceito e valor próprio (Watson, 1992, pág.25).

O hospital é um local onde as pessoas recebem tratamentos e melhoram, onde se nasce e morre e onde paradoxalmente a morte é negada assim como a sexualidade. As práticas médicas são tão meticulosas e existem tantos mitos que a submissão do doente é total. Quando a pessoa adoece e necessita de ficar internada, perde a privacidade, sofre uma diminuição do seu espaço e abdica da sua autonomia (Amin, 2001, pág.15 à 25). É obrigada a readaptar-se aos seus hábitos de vida; ficando sujeita a um conjunto de regras fixas, que terá de cumprir muitas vezes contra a sua vontade (Almeida, 2004, pág.17).

A experiência do internamento pode causar desconforto, impessoalidade, isolamento social e perda de autonomia, devido às rotinas muitas vezes rígidas e inflexíveis; sendo que quanto maior o grau de gravidade da doença, maior é a dependência do doente, facto que poderá favorecer a invasão da privacidade (Bettinelli et al, 2010, pág.45 e 46).

Neste sentido, Bellato (2001,cit. in Espinha e Amatuzzi, 2008, pág.477) refere que o tempo vivenciado pela pessoa hospitalizada (sentido de forma lenta e penosa) é marcado pela frequência de intervenções desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Assim, durante a prestação de cuidados pode em alguma circunstância, a sua privacidade e intimidade serem invadidas (Bettinelli et al, 2010, pág.45).

Muitas vezes, no processo de cuidado há uma oposição entre as expectativas do doente e os objectivos do enfermeiro; essa percepção divergente leva o enfermeiro a conceber o seu trabalho de forma mecânica e centrada nos procedimentos. Assim, são prestados cuidados de forma linear sem restrições, como sendo algo inerente à profissão, esquecendo-se o enfermeiro, de pedir autorização sempre que há necessidade de tocar o doente, não lhe parecendo estar a invadir a sua privacidade e intimidade (Bettinelli et al, 2010, pág.47).

Por outro lado, Pupulim e Sawada (2002 pág. 433 à 435) alegam que, os enfermeiros tentam preservar a intimidade e privacidade dos doentes usando biombos, tapando partes do corpo que não necessitam de ficar expostas durante a prestação de cuidados, e pedindo aos familiares e visitas para saírem da enfermaria para prestarem cuidados, estas tentativas de protecção são caracterizadas como um gesto humanitário e de respeito. Apesar das tentativas, existem situações em que invariavelmente se invade a privacidade e intimidade do doente (prestação de cuidados de higiene no leito, colocação de cateter vesical, etc.). O enfermeiro ao ter uma atitude de respeito pela individualidade do doente, humildade, tolerância, tranquilidade e solidariedade, pode minimizar o stress causado pela doença e pelo internamento.

Nesse sentido, Loureiro e Martins (2004, pág. 36 e 37) alegam que o respeito pela pessoa implica direccionar a nossa atenção para as necessidades, problemas decorrentes do desequilíbrio ou instabilidade do doente e para as dificuldades da sua adaptação a situações de stress. Sendo o respeito pela pessoa um valor moral e universal para o enfermeiro, devemos modificar a nossa intervenção para tentar suprimir o desrespeito por este valor.

Portanto, o internamento caracteriza-se por uma crise, em que o indivíduo doente é sujeito a um processo de adaptação (Martins, 2009, pág.53). Nesse sentido Roy (cit. in Tomey e Alligood, 2004, pág. 304 à 309), diz que a pessoa recebe estímulos do ambiente e de si própria, sendo o nível de adaptação determinado pelo efeito combinado dos estímulos focal (estímulo interno ou externo que origina maior grau de mudança), contextual (são os factores do ambiente que contribuem para o efeito do estímulo focal) e residual (factores externos ou internos cujos efeitos são pouco claros).

Os estímulos (focal, contextual e residual) envolvem factores como o grau de mudança, experiências anteriores, nível de conhecimento, pontos fortes e/ou limitações, incorporando-se assim, para o estabelecimento de um nível de adaptação, adaptação esta, que está em permanente mudança (George, 2000, pág.205). Contudo, esta só ocorre quando a pessoa responde positivamente às alterações ambientais (Tomey e Alligood, 2004, pág.309).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Levine (cit. in George, 2000, pág.163) alude que a pessoa não pode ser compreendida fora do contexto temporo - espacial no qual ela interage. Pois os seres humanos para além da influência de situações imediatas, sustentam “a carga de uma vida inteira de experiencias”. Referindo também, que a saúde e a doença são protótipos de mudança adaptativa.

A privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano e é imprescindível para a conservação da dignidade. O homem procura preservar a sua intimidade, quando esta é invadida, demonstra surpresa, vergonha, temor e nervosismo quando é tocado na prestação de cuidados (Bettinelli et al, 2010, pág.45). Sendo a privacidade uma necessidade e um direito do ser humano que é indispensável para a manutenção da sua individualidade, foram elaboradas normas para o meio hospitalar, que conjugam a ética e a lei, tendo sido publicadas na carta de direitos e deveres do doente; onde é referido no ponto 11, que o doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico.

A privacidade do doente na prestação de cuidados, face às condições oferecidas pelas instituições hospitalares, muitas vezes constitui um conflito e desafio para os enfermeiros. Nos doentes inconscientes a prestação de cuidados não é tão minuciosa, facto que faculta o tratamento de forma rotineira ou mecânica, uma vez que existe a interpretação empírica do enfermeiro, de que o doente neste estado, não tem percepção da realidade, podendo ser tratado como um ser inanimado desprovido de qualquer sentimento e reacção. No entanto, a violação da privacidade é uma ofensa à sua dignidade, não pelos actos em si mas pelo modo como se processa, levando o doente, mesmo com o nível de consciência alterado, a sentir-se embaraçado, humilhado, invadido e despersonalizado (Bettinelli et al, 2010, pág.47 e 48).

Assim, Oriá et al. (2004, pág.296) alegam que devemos ver o doente hospitalizado como um ser complexo que tem necessidades bio - psico - sócio - espirituais e emocionais e que se encontra fragilizado pela doença. Contudo, mantém a sua individualidade sendo na maioria das vezes, capaz de decidir sobre os cuidados prestados. Os enfermeiros, devem estar sensibilizados para perceber essa individualidade assim como as necessidades de cada pessoa, facilitando deste modo o processo de recuperação e conseqüentemente a diminuição do tempo de internamento.

## II – FASE METODOLOGICA

“ A metodologia é o discurso que acompanha o caminho ” Hesbeen (2006, pág.134). Num trabalho de investigação, a metodologia é um dos aspectos fundamentais a ter em conta, uma vez que faculta ao investigador a estratégia que orientará todo o processo de pesquisa. Assim, todo o trabalho de investigação, para além dos objectivos precisos, deve obedecer a critérios de rigor e sistematização (Fortin, 2003, pág.17).

A metodologia de um trabalho baseia-se numa narração argumentada, suportada, referenciada e elegantemente redigida, daquilo que o investigador descobre à medida que avança com os meios que conseguiu, para investigar (Hesbeen, 2006, pág.133).

Fortin (2009, pág.53) refere que esta fase “ (...) consiste em definir os meios de realizar a investigação. (...) o investigador determina a sua maneira de proceder para obter respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses ”.

Trujillo (cit. in Marconi e Lakatos, 2008, pág.44) menciona que “ Método é a forma de proceder ao longo de um caminho. Na ciência os métodos constituem os instrumentos básicos que ordenam de início o pensamento em sistemas, traçam de modo ordenado a forma de proceder do cientista ao longo de um percurso para alcançar um objectivo ”.

Kaplan (cit. in Marconi e Lakatos, 2008 pág.44) refere ainda que “ (...) a característica distintiva do método é a de ajudar a compreender, no sentido mais amplo, não os resultados da investigação científica, mas o processo de investigação ”.

A metodologia do presente trabalho é constituída pelo desenho de investigação, do qual faz parte o meio, o tipo de estudo, a população e a amostra assim como as

variáveis. Nesta fase também se fez referência aos princípios éticos, ao instrumento de recolha de dados, pré-teste, e ao tratamento e análise dos dados.

## **2.1 - Desenho da Investigação**

Segundo Fortin (2009, pág.214), o desenho de investigação “ (...) define-se como o conjunto das decisões a tomar para por de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de forma a que os objectivos sejam atingidos ”.

### **2.1.1 - Meio**

Tendo em conta a natureza deste estudo, considera-se pertinente esclarecer o meio em que este se desenvolveu. Os estudos conduzidos fora do laboratório, tomam o nome de estudos em meio natural (Fortin, 2003, pág.132). Assim, o presente estudo foi realizado em meio natural.

O critério utilizado para a escolha do meio, o meio natural, prendeu-se com o facto de ser o local onde o investigador estuda – Faculdade de Ciências da Saúde da UFP - Porto, o que possibilitou a acessibilidade na recolha de dados aos alunos do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem.

### **2.1.2 -Tipo de estudo**

Após uma reflexão sobre os diferentes métodos existentes e os objectivos preconizados para este estudo, optou-se pelo método quantitativo transversal para a investigação e como tipo de estudo, o descritivo exploratório.

Fortin (2009, pág.236) refere que “ Os estudos descritivos visam obter mais informações sobre as características de uma população ou sobre fenómenos pouco estudados e sobre os quais existem poucos trabalhos de investigação. (...) o investigador estuda uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população (...) ou conceitos que foram pouco estudados(...). A descrição dos fenómenos precede a exploração de relações entre os conceitos ”.

Assim, trata-se de um estudo exploratório - descritivo porque explora e descreve um determinado fenómeno – “*Privacidade*”, quantitativo pois existe uma possível quantificação dos dados obtidos que se poderá expressar em quadros e gráficos, e transversal porque a colheita de dados será realizada no primeiro contacto.

### **2.1.3 - População e Amostra**

No âmbito da realização de qualquer trabalho de investigação, torna-se fundamental uma população. Para Fortin (2009, pág. 310 e 311) a “ (...) população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns ”.

Considerando ainda que “ A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Como raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população acessível. (...) que deve ser representativa da população alvo ”.

No presente trabalho, a população alvo que servirá de base a este estudo, são todos os alunos do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa – Porto. No entanto, o facto de por vezes não existirem meios para realizar o estudo a toda a população, pode-se a partir desta, criar uma amostra.

Stephen et al. (2003, pág.44) referem que “ A amostra do estudo é o subconjunto da população alvo disponível para o estudo ”. Assim sendo, a amostra do corrente estudo é constituída por 60 alunos do 4ºano do CLE da Universidade Fernando Pessoa - Porto, que estavam presentes no dia 4/06/2010, à mesma hora no seminário referente ao ensino clínico de Integração Profissional, na Faculdade de Ciências da Saúde da UFP, e que livremente se disponibilizaram para o preenchimento do instrumento de recolha de dados, após a adequada informação relativa aos objectivos do estudo e à garantia do direito de privacidade e confidencialidade.

#### **2.1.4 - Variáveis em estudo**

As variáveis são segundo Fortin (2009, pág.171) “ (...) as unidades de base da investigação. (...) são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo ”.

Polit e Hugler (1995, pág.36) dizem-nos ainda que “ (...) a actividade de investigação é empreendida a fim de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam e como eles estão associados com os diferentes valores de outras variáveis ”.

As variáveis, podem ser classificadas de diferentes formas pela sua aplicação na investigação, sendo que umas são manipuladas e outras controladas. Assim sendo, as variáveis utilizadas neste estudo são classificadas como variáveis independentes e dependentes.

A variável dependente segundo Marconi e Lakatos (2008, pág.189) “ Consiste naqueles valores (fenómenos, factores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente ”.

Assim, para o corrente estudo foi definida como **variável dependente**: a importância que os alunos do 4º ano do CLE da UFP - Porto, atribuem à privacidade nos cuidados de enfermagem.

Ainda de acordo com Marconi e Lakatos (2008, pág.189), a variável independente “ É a que influencia determina ou afecta outra variável; (...) é o factor manipulado pelo investigador na sua tentativa de assegurar a relação do factor com um fenómeno observado ou a ser descoberto, para ver que influência exerce sobre um possível resultado ”.

Assim, definiu-se como **variável independente**:

- Idade
- Género
- Estado civil

## 2.2 - Instrumento de recolha de dados

Qualquer trabalho de investigação implica recolha de dados, dados estes, que nos permitem elaborar respostas às questões e hipóteses levantadas, possibilitando assim um aprofundamento dos conhecimentos. Assim, segundo Fortin (2003, pág.41)

“ A colheita de dados efectua-se segundo um plano preestabelecido. Consiste, e faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização, dependendo igualmente da estratégia de análise estatística considerada. Consiste na colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for o caso disso ”.

Face à população e tipo de estudo, optou-se por um questionário especificamente elaborado para o estudo, tendo como base um questionário já elaborado (Veríssimo, 2009).

Fortin (2009, pág.380 e 387) menciona que “ O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões ”. Referindo ainda que

“ (...) é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território. (...) Além disso o anonimato das respostas tranquiliza os participantes e leva-os a exprimir livremente as suas opiniões ”.

Na elaboração deste questionário, teve-se o cuidado de construir um conjunto de questões fechadas, no entanto houve a necessidade de incluir questões abertas (questão nº 8, 9, 10, 11 e 13), tendo como objectivo enriquecer o estudo com a opinião dos alunos, permitindo-lhes expressarem outra opinião igualmente ou mais significativa.

O questionário é composto por três grupos, sendo que o primeiro é constituído por questões fechadas, que visam a caracterização sócio - demográfica da amostra. O segundo grupo é constituído por questões que visam saber a opinião dos alunos do 4º ano do CLE, da UFP, sobre a privacidade na prática dos cuidados de enfermagem e o terceiro grupo, por questões que procuram conhecer a importância que os alunos do 4º ano do CLE da UFP, atribuem à privacidade na prática dos cuidados de enfermagem.

### **2.2.1 - Pré-teste**

A finalidade do pré - teste é constatar que as questões que fazem parte do questionário são bem entendidas pela amostra. Segundo Fortin (2009, pág.386)

“ (...) consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 e 20 pessoas) da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário, e fazer as correções que se impõem ”.

Deste modo, no sentido de verificar a existência de dificuldades na sua aplicabilidade, o pré-teste foi aplicado a dez alunos (que corresponde a 10%) do 4º ano do CLE da UFP - Porto, que se disponibilizaram livremente para o seu preenchimento, e que não incluíram a amostra. De salientar, que não houve necessidade de fazer quaisquer alterações no instrumento de recolha de dados, pelo que se procedeu à sua aplicação no dia 4 de Junho de 2010.

### **2.3 - Princípios éticos**

Fortin (1999, pág.113) refere que “ Qualquer investigação junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano ”.

Para a realização deste estudo, e para não fazer do mesmo uma forma de intromissão na intimidade e proximidade dos sujeitos, torna-se necessário salientar e respeitar os direitos determinados pelos códigos de ética e definir também considerações éticas próprias, propondo manter o respeito pelo acesso ao mundo das pessoas. Baseando-me em Fortin (1999, pág.116 à 120), tentei defender os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelos códigos de ética:

- A autodeterminação
- A intimidade
- O anonimato e confidencialidade
- A protecção contra o desconforto e prejuízo
- Um tratamento justo e leal

**Direito à autodeterminação**, baseia-se no princípio ético de respeito pelas pessoas no qual qualquer pessoa é capaz de decidir e tomar decisões por ela mesma. No presente estudo, quando se pediu a colaboração no preenchimento dos questionários, foi indicado qual o tema e os objectivos do trabalho assim como a importância da participação para o êxito do mesmo, ficando explícito que o sujeito é livre para decidir se quer participar.

**Direito à intimidade**, baseia-se na liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar no estudo e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. Os participantes do estudo tiveram a autonomia de decidir sobre a extensão da informação a dar.

**Direito ao anonimato e confidencialidade**, os resultados devem ser apresentados de forma a que nenhum dos participantes do estudo possa ser reconhecido, nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação. No corrente estudo, os resultados são apresentados de modo a que os participantes não são identificados, nem pelo investigador nem pelo leitor do trabalho.

**Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo**, equivale às regras de protecção da pessoa, contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem. Não são previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa.

**Direito a um tratamento justo e leal**, reporta para o direito de ser informado sobre os objectivos, duração e métodos de investigação que lhe é requerida e que haja ausência de prejuízo para os participantes do estudo. Para a aplicação do instrumento de recolha de dados foi elaborado um pedido de autorização de colheita de dados, assumindo-se o compromisso de assegurar o anonimato e confidencialidade das respostas (anexo I).

## 2.4 - Tratamento de dados

Após a colheita de dados, é necessário proceder ao seu tratamento. Os dados recolhidos através do questionário aplicado, foram tratados através da aplicação do software S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0 para ambiente windows sendo posteriormente analisados.

No tratamento estatístico dos dados, aplicou-se os procedimentos da estatística descritiva e indutiva. Relativamente à estatística descritiva, utilizaram-se: Frequências absolutas e relativas, Medidas de Tendência Central (Média) e Medidas de dispersão (Desvio Padrão).

Os valores dos resultados foram apresentados na forma de média  $\pm$  desvio padrão. A variável “Privacidade” foi elaborada considerando a média das somatórias dos itens 4, 6 e 7, as quais representam os três aspectos principais relacionados com a privacidade durante os cuidados de enfermagem: intimidade, cuidados e comunicação. Desta forma, a pontuação varia entre 1 e 5 pontos, sendo que quanto maior a pontuação maior será a importância dada à privacidade.

Tendo em vista que a variável “Privacidade” tende a não apresentar uma distribuição normal, foi utilizado o teste de significância não paramétrico U de Mann-Whitney para a comparação de diferenças entre dois grupos. Os resultados foram considerados como estatisticamente significativos para um valor de  $p < 0,05$ , e todas as provas foram bilaterais.

### III - FASE EMPÍRICA

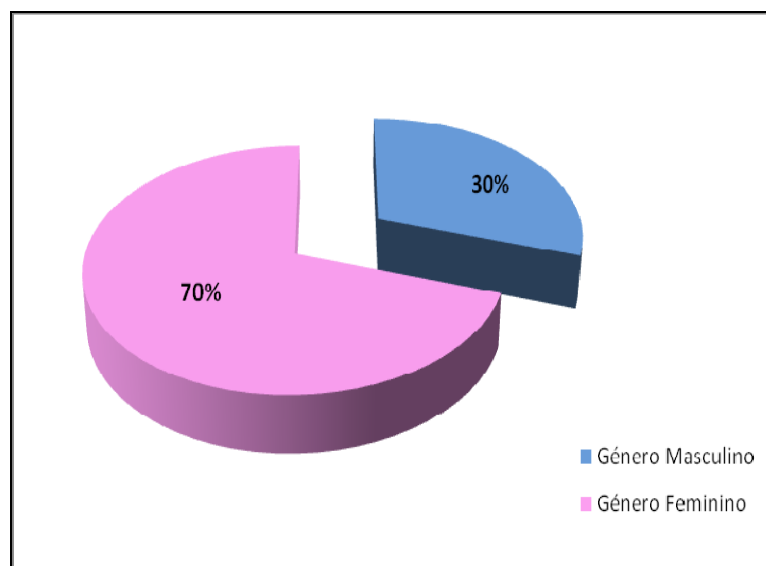
#### 3.1 - Apresentação, análise e discussão de resultados

Após a colheita de dados procedeu-se ao seu tratamento e análise através da aplicação do software S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences).

Marconi e Lakatos (2008, pág.285) referem que o tratamento de dados se inicia “ (...) com a análise invariável. Aos resultados somam-se provas estatísticas e teste de validade, podendo posteriormente, fazer interferências e interpretação dos resultados da investigação ”.

##### 3.1.1 - Caracterização da Amostra

**Gráfico 1** - Distribuição da amostra segundo o género



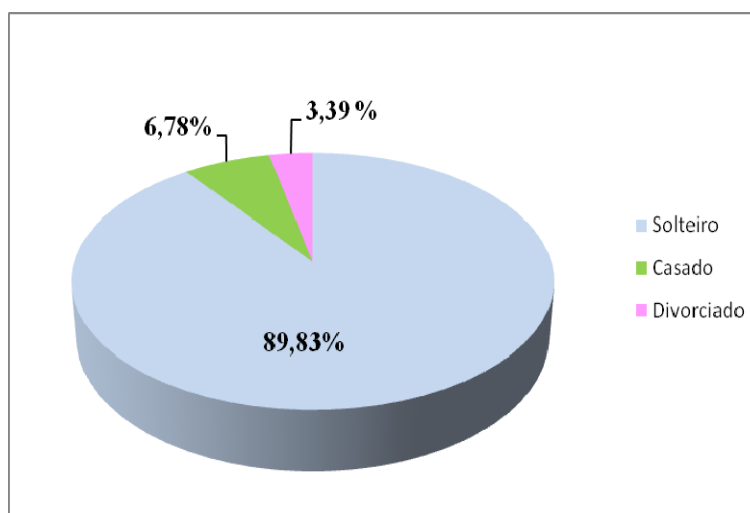
A amostra (Gráfico 1) constituída por 60 alunos do CLE do 4ºano da UFP - Porto, é maioritariamente do género feminino (70%).

**Quadro 1** - Distribuição da amostra segundo a idade por classes

Idade	Frequência	%
<i>21-22 anos</i>	31	51,67
<i>23-24 anos</i>	18	30,00
<i>25-26 anos</i>	4	6,67
<i>≥ 27 anos</i>	7	11,67
<i>Média</i>	24,03	
<i>Desvio Padrão</i>	4,67	
<i>Mínimo</i>	21	
<i>Máximo</i>	45	

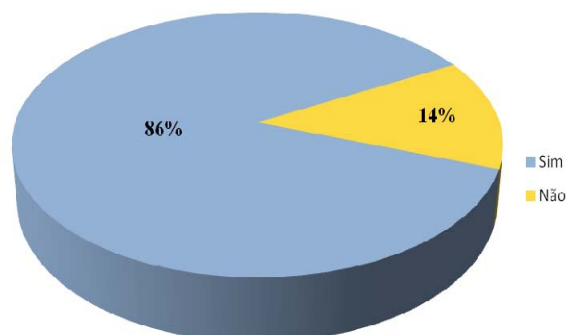
Relativamente à faixa etária, a idade média da amostra é de 24,03±4,67 anos.

**Gráfico 2** - Distribuição da amostra segundo o estado civil



De acordo com o gráfico 2, a amostra pertence maioritariamente ao estado civil: solteiro (89,83%).

**Gráfico 3** - Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento da Carta dos Direitos dos Doentes



Quando questionados sobre a Carta dos Direitos dos Doentes (Gráfico 3), 86% dos alunos referem conhecê-la.

### 3.1.2 - Importância da Privacidade nos Cuidados de Enfermagem

**Quadro 2** - Distribuição da amostra sobre a percepção do conceito de privacidade

	Concordo	Discordo	Não tenho certeza
<i>A privacidade é um direito do doente, que assume especial relevância no âmbito do cuidar</i>	100,00	0,00	0,00
<i>A privacidade é a limitação do acesso às informações de uma pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade e anonimato</i>	68,33	28,33	3,34
<i>A privacidade, assenta em normas morais como juramento de Florence Nightingale e declaração universal dos direitos do homem</i>	78,33	1,67	20,00

Quando questionados sobre o que entendiam por privacidade (Quadro 2), a totalidade da amostra concorda que se trata de “ um direito do doente, que assume especial relevância no âmbito do cuidar ”. Por outro lado 28,33% discordam que a “privacidade seja a limitação do acesso às informações de uma pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade e anonimato ”. Contudo, 78,33% dos inquiridos concordam que a “ privacidade assenta em normas morais como o juramento de Florence Nightingale e Declaração Universal dos Direitos do Homem ”.

A este respeito, Pupulim e Sawada (2002, pág.435) alegam que “ A privacidade é uma necessidade e um direito de todo o ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade”. Winslade (1995, cit. in Loch, 2007, pág.49) profere também, que tanto legalmente como eticamente a privacidade se refere aos direitos de intimidade assim como ao limite de acesso de terceiros ao corpo ou à mente de alguém, quer através de contacto físico ou da revelação de pensamentos ou sentimentos.

**Quadro 3** - Distribuição da amostra de acordo com o grau de importância atribuída à privacidade na prática de cuidados

	Mais ou menos importante	Importante	Muito importante
<i>Privacidade na prática de cuidados de Enfermagem</i>	0,00	11,67	88,33
<i>Utilização de Biombos para preservação da intimidade do doente</i>	3,34	13,33	83,33
<i>Existência de salas próprias para tratamentos e exames</i>	3,33	25,00	71,67
<i>Existência de espaço próprio para comunicação com o doente</i>	15,00	33,33	51,67

Para 88,33% da amostra, a privacidade na prática de cuidados de enfermagem é considerada muito importante (Quadro 3), verificando-se também a mesma opinião ao considerar-se a utilização de biombos para a preservação da intimidade (83,33%), a existência de salas próprias para tratamentos e exames (71,67%) e de um espaço próprio para a comunicação com o doente (51,67%).

Sendo a hospitalização um factor de despersonalização para os doentes, devido à dificuldade para manter a identidade, intimidade e privacidade, o enfermeiro tem um papel importante para promover o bem-estar do ser humano, tendo em conta a sua dignidade e singularidade (Pupulim e Sawada, 2002, pág.436). Deste modo, Carvalho e Stefanelli (2005, pág. 37) alegam que

“ Quando interrogamos o paciente em local onde há proximidade com outras pessoas, a resposta que obtemos, em geral, é bem diferente da que receberíamos num local acolhedor que permitisse respeitar a privacidade do paciente ”.

**Quadro 4** - Distribuição da amostra de acordo com o grau de importância da privacidade nos diversos momentos da prática de cuidados

	<b>Nada importante</b>	<b>Pouco importante</b>	<b>Mais ou menos importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Muito importante</b>
<i>Admissão do Doente</i>	11,86	8,48	22,03	30,51	27,12
<i>Cuidados de Higiene</i>	0,00	3,39	3,39	5,08	88,14
<i>Realização de Exames</i>	1,69	6,78	27,12	30,51	33,9
<i>Administração de Terapêutica</i>	13,56	20,34	30,51	23,73	11,86
<i>Procedimentos</i>	0,00	1,69	1,69	20,35	76,27

Quando questionados sobre o grau de importância da privacidade nos diversos momentos da prática de cuidados de enfermagem (Quadro 4), verifica-se um predomínio da opinião importante e muito importante em todas as actividades relacionadas a esta prática. Contudo, na “Admissão do doente” e na “Administração Terapêutica” observa-se que 11,86% e 13,56%, respectivamente, consideram a privacidade como não sendo importante.

**Quadro 5** - Pontuação média da importância da privacidade, referida nos diversos momentos da prática de enfermagem

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<i>Cuidados de Higiene</i>	4,78	0,671
<i>Procedimentos</i>	4,71	0,589
<i>Realização de Exames</i>	3,88	1,019
<i>Admissão do Doente</i>	3,53	1,305
<i>Administração de Terapêutica</i>	3,00	1,218

Por outro lado, pode-se observar que entre os diversos momentos da prática de cuidados de enfermagem, os que são considerados como sendo de maior importância para a manutenção da privacidade (Quadro 5) são os cuidados de higiene ( $4,78 \pm 0,671$ ) e a realização de procedimentos ( $4,71 \pm 0,589$ ), como a algaliação, entubação nasogástrica, realização de pensos, etc.

**Quadro 6** - Distribuição da amostra de acordo com as atitudes durante os cuidados de higiene

	Frequência	%
<i>Comunica com o utente conversando, tocando-o, olhando-o nos olhos</i>	58	98,31
<i>Conversa com outro enfermeiro ou colaborador sobre assuntos pessoais</i>	3	5,08
<i>Não conversa durante os cuidados de higiene</i>	1	1,69

Quando questionados sobre as atitudes adoptadas durante os cuidados de higiene (Quadro 6), verifica-se que 98,31% da amostra afirma comunicar com o doente, conversando, tocando-o e olhando-o nos olhos. Por outro lado, 5,08% também referem que conversam com outro enfermeiro ou colaborador sobre assuntos pessoais.

Nakatani et al. (2004, pág.15 e 16) constataram no seu estudo, que as situações de insensibilidade durante os cuidados de higiene, estão relacionadas com a ausência de relacionamento interpessoal durante os cuidados de higiene. Mencionando ainda que o momento de fragilidade do doente durante os cuidados de higiene pode ser minimizado quando na sua execução existe o cuidado para além da técnica, cuidado que proporcionará uma relação profunda, podendo haver comunicação, compreensão e confiança. Martins (2009, pág.97) refere também que

“ (...) a comunicação antes, durante e após os cuidados de higiene pode contribuir para o relaxamento do utente e facilitar uma interacção natural durante este procedimento ”.

**Quadro 7** - Distribuição da amostra de acordo com a importância atribuída na forma de agir nos diversos momentos da prática de cuidados

	<b>Nada importante</b>	<b>Pouco importante</b>	<b>Mais ou menos importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Muito importante</b>
<i>Como destapa o doente (n=56)</i>	3,57	7,14	7,14	10,71	71,43
<i>Como presta a higiene ao doente (n=59)</i>	6,78	3,39	5,08	15,25	69,49
<i>Respeito pelo ritmo do doente (n=56)</i>	12,50	3,57	19,64	14,29	50,00
<i>Hábitos dos doentes (n=55)</i>	16,36	9,09	18,18	20,00	36,36
<i>Promoção de um ambiente adequado (n=57)</i>	7,02	1,75	3,51	24,56	63,16

Quando questionados sobre o grau de importância na forma de agir nos diversos momentos da prática de cuidados de enfermagem (Quadro 7), verifica-se um predomínio muito elevado da opinião muito importante nas actividades relacionadas com a forma “como destapa o doente” (71,43%) e como “presta a higiene ao doente” (69,49%). Contudo, na actividade “atende aos hábitos dos doentes” observa-se uma distribuição muito próxima entre os alunos que consideram importante (20%), mais ou menos importante (18,18%) e nada importante (16,36%).

**Quadro 8** - Pontuação média da importância da forma de agir referida nos diversos momentos da prática de enfermagem

	Média	Desvio Padrão
<i>Como destapa o doente (n=56)</i>	4,39	1,123
<i>Como presta a higiene ao doente (n=59)</i>	4,37	1,173
<i>Promoção de um ambiente adequado (n=57)</i>	4,35	1,123
<i>Respeito pelo ritmo do doente (n=56)</i>	3,86	1,407
<i>Hábitos dos doentes (n=55)</i>	3,51	1,477

Por outro lado, pode-se observar (Quadro 8), que entre as diversas formas de agir durante a prática de cuidados de enfermagem, a “forma como destapa o doente” (4,39±1,123), “como presta a higiene ao doente” (4,37±1,173) e a “promoção de um ambiente adequado” (4,35±1,123) são as consideradas como sendo de maior importância para a amostra em estudo.

**Quadro 9** - Sentimentos despoletados na amostra, quando da necessidade de tocar em áreas íntimas do corpo dos doentes (do sexo oposto) durante a prestação de cuidados

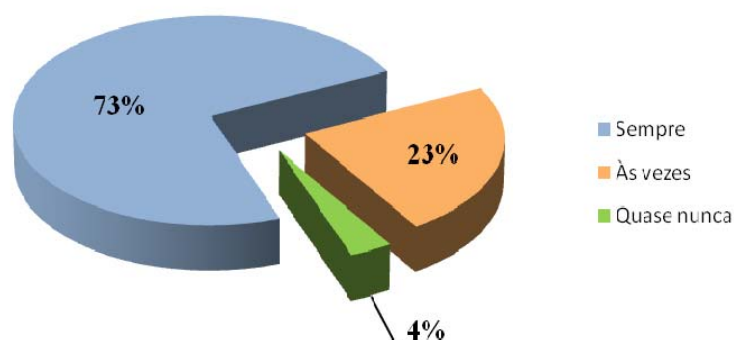
	Frequência	%
<i>Indiferença</i>	36	60,00
<i>Constrangimento</i>	11	18,33
<i>Receio</i>	9	15,00
<i>Incômodo</i>	8	13,33
<i>Inibição</i>	5	8,33
<i>Respeito</i>	5	8,33
<i>Agrado/carinho</i>	4	6,67
<i>Desagrado</i>	3	5,00

De acordo com os resultados (Quadro 9), verifica-se que durante a prestação de cuidados de enfermagem, a indiferença (60%) é o principal sentimento despoletado na

amostra, quando têm a necessidade de tocar em partes íntimas do corpo do doente. No entanto, 5% referem sentir desagradado durante tal evento.

Pupulim, (2003, pág.5) refere que simultaneamente os doentes manifestam angústia, constrangimento, embaraço e vergonha ao expor o seu corpo e os profissionais de enfermagem parecem não perceber, muito menos sentirem estas emoções ao realizar os cuidados. Provavelmente isto ocorre por eles também não se sentirem à vontade ou por não terem habilidade para enfrentar esta situação, pressupondo-se que “disfarçam” tal percepção.

**Gráfico 4** - Distribuição da amostra de acordo com o hábito de respeito do espaço do doente relativamente ao seu silêncio



Quando questionados se costumam respeitar o espaço do doente relativamente ao seu silêncio (interioridade), 73% da amostra refere que sempre o faz (Gráfico 4). A este propósito, Ogden (1999, cit. in Coelho e Barone, 2007, pág.91) refere que

“ É tão importante para o paciente saber que ele é livre para estar em silêncio, quanto é importante que saiba que é livre para falar. Privilegiar a fala sobre o silêncio, a revelação sobre a privacidade, a comunicação sobre a não - comunicação, parece ser tão não - analítico quanto privilegiar a transferência positiva sobre a negativa, a gratidão sobre a inveja, o amor sobre o ódio (...)”.

**Quadro 10** - Sentimentos despoletados nos doentes quando ocorre invasão da privacidade

	Frequência	%
<i>Incómodo</i>	48	80,00
<i>Vergonha</i>	41	68,33
<i>Tristeza</i>	15	25,00
<i>Ansiedade</i>	13	21,67
<i>Pudor</i>	9	15,00
<i>Desagrado</i>	1	1,67
<i>Indignação</i>	1	1,67

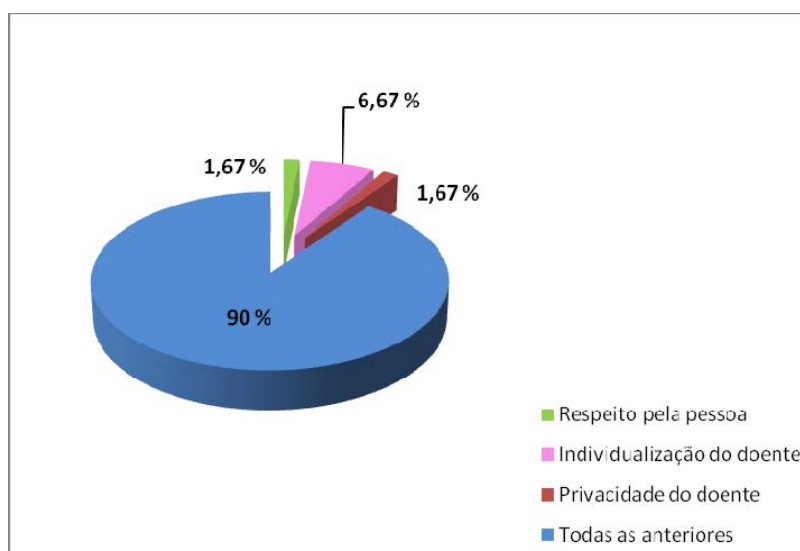
Verifica-se (Quadro 10), que para a amostra, o incómodo (80%) e a vergonha (68,33%) são os principais sentimentos despoletados nos doentes quando ocorre invasão da sua privacidade.

Pupulim (2003) no seu estudo concluiu que o sentimento prevalente entre os doentes é a vergonha, predominando no momento do internamento e na execução de procedimentos, seguida pela sensação de mal-estar, medo e tensão.

De acordo com o CDOE, no artigo 86.º, atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

**Gráfico 5** - Distribuição da opinião da amostra, sobre os principais aspectos necessários para a humanização dos cuidados de enfermagem



Na opinião da amostra (90%), o respeito pela pessoa, a individualização e a privacidade do doente é o principal fundamento para a humanização dos cuidados de enfermagem (Gráfico 5).

Bettinelli et al. (2003, pág.238) mencionam que “ Humanizar o processo do cuidado resume-se na responsabilidade profissional, no esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas; estimulando suas potencialidades; e considerando a sua autonomia nas escolhas ”.

De acordo com CDOE, no artigo 89º., o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

**Quadro 11** - Momentos de reflexão sobre a importância do respeito pela privacidade na prestação de cuidados

	Frequência	%
<i>Durante a prestação directa de cuidados</i>	47	78,33
<i>No final do turno</i>	14	23,33
<i>Durante os seminários</i>	10	16,67
<i>No final do ensino clínico</i>	8	13,33
<i>Durante os registos</i>	3	5,00
<i>No fim da semana de trabalho</i>	2	3,33

Verifica-se (Quadro 11) que, ao longo das experiências no contexto de ensinamentos clínicos, os principais momentos nos quais a amostra estudada, realizou alguma reflexão sobre a importância do respeito pela privacidade na prestação de cuidados, ocorreu durante a prestação directa de cuidados (78,33%) e durante o final do turno (23,33%).

Johns (1998, cit. in Waldow, 2009, pág.142) menciona que “ Reflectir sobre as experiências favorece olhar para dentro e ver-se a si próprio, confrontando o que se quer com o que se faz. Isso faz com que se consiga entender as contradições entre o que é desejado e o que é, na verdade, realizado no nosso quotidiano profissional. O conflito que inevitavelmente surge provoca uma reacção, ou seja, faz com que se busquem meios para resolver as contradições, portanto fortalece e encaminha para a acção que, em geral, é a de mudança ”.

**Quadro 12** - Pontuação e consistência interna da escala de privacidade durante os cuidados de enfermagem

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Privacidade (1-5 pontos)</b>		
3,33 pontos	1	1,67
3,67 pontos	1	1,67
4,00 pontos	9	15,00
4,33 pontos	7	11,67
4,67 pontos	19	31,67
5,00 pontos	23	38,33
<i>Média</i>	4,61	
<i>Desvio Padrão</i>	0,41	
<i><math>\alpha</math> de Cronbach</i>	0,501	

Com a finalidade de avaliar a importância que os alunos atribuem à privacidade, elaborou-se uma escala considerando os três aspectos principais relacionados com a privacidade durante os cuidados de enfermagem: intimidade, cuidados e comunicação. Tal instrumento apresenta uma razoável consistência interna ( $\alpha=0,501$ ), sendo adequada para aplicação neste estudo (Quadro 12). Como pode ser verificado, a amostra estudada refere um elevado nível de importância ( $4,61\pm 0,41$ ) em relação à privacidade.

**Quadro 13** -Pontuação média dos aspectos relacionados com a atribuição de privacidade dos doentes

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Intimidade</b>		
<i>Utilização de biombo</i>	4,80	0,480
<b>Cuidados</b>		
<i>Sala para tratamentos e exames</i>	4,68	0,537
<b>Comunicação</b>		
<i>Sala para falar com doentes</i>	4,37	0,736

Entre os aspectos considerados na atribuição de privacidade aos doentes (Quadro 13) verifica-se que a manutenção da intimidade através da utilização de biombos ( $4,80 \pm 0,480$ ) é o factor que mais contribui para a sua importância. Por outro lado, e apesar da elevada importância também atribuída, a privacidade para o processo de comunicação realizada dentro de uma sala ( $4,37 \pm 0,737$ ) é o aspecto considerado com menor importância.

O estudo elaborado por Soares (2010, pág.48) revela que existem diversos factores que contribuem para a violação da privacidade do doente no ambiente hospitalar, tais como a falta de biombos, de cortinas divisórias, as portas entreabertas, a circulação excessiva de pessoas, o “abre e fecha” das portas nos momentos de realização de procedimentos e a presença de pessoas que por vezes abrem as portas e espreitam para dentro do quarto.

**Quadro 14** - Comparação da importância atribuída à privacidade entre os géneros e entre o estado civil

	Privacidade			p
	Média	Desvio Padrão	Ranking Médio	
<b>Género</b>				
<i>Masculino</i>	4,59	0,371	28,44	0,531
<i>Feminino</i>	4,62	0,430	31,38	
<b>Estado Civil</b>				
<i>Solteiro</i>	4,62	0,411	31,08	0,461
<i>Casado/Divorciado</i>	4,52	0,424	26,14	

Com a finalidade de verificar diferenças na importância atribuída à privacidade entre os géneros e entre o estado civil (Quadro 14), aplicou-se o teste de Mann-Whitney, não sendo observadas diferenças estatisticamente significativas entre eles. Da mesma forma, e após a aplicação da correlação de Spearman, observou-se uma correlação negativa ( $\rho = -0,038$ ), porém não significativa ( $p = 0,776$ ) entre a importância da privacidade e a idade.

**Quadro 15** - Comparação entre os géneros na forma de agir referida nos diversos momentos da prática de enfermagem

	Género						p
	Masculino			Feminino			
	Média	Desvio Padrão	Ranking Médio	Média	Desvio Padrão	Ranking Médio	
<i>Como destapa o doente</i>	4,12	1,219	23,85	4,51	1,073	30,53	0,077
<i>Como presta a higiene ao doente</i>	4,76	0,562	34,24	4,21	1,317	28,29	0,380
<i>Promoção de um ambiente adequado</i>	3,63	1,408	25,31	3,95	1,413	29,78	0,319
<i>Respeito pelo ritmo do doente</i>	3,47	1,375	27,03	3,53	1,538	28,43	0,756
<i>Hábitos dos doentes</i>	4,50	0,985	30,50	4,28	1,191	28,31	0,588

Com a finalidade de verificar diferenças nas táticas de privacidade adoptada (forma de agir) pela amostra na prestação de cuidados entre os géneros (Quadro 15), aplicou-se o teste de Mann-Whitney, não sendo observadas diferenças estatisticamente significativas entre eles.

**Quadro 16** - Correlação entre a idade e a forma de agir referida nos diversos momentos da prática de enfermagem

	Idade	p
	Rho	
<i>Como destapa o doente</i>	-0,079	0,560
<i>Como presta a higiene ao doente</i>	0,096	0,468
<i>Promoção de um ambiente adequado</i>	0,129	0,331
<i>Respeito pelo ritmo do doente</i>	-0,064	0,639
<i>Hábitos dos doentes</i>	-0,099	0,468

Da mesma forma e após a aplicação da correlação de Spearman, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as táticas de privacidade adotada (forma de agir) pela amostra, na prestação de cuidados e a idade (Quadro 16).

## IV - CONCLUSÃO

O cuidado em enfermagem e a invasão da privacidade estão relacionados, é um tema pertinente e actual, tendo em conta o crescente aumento da consciencialização dos direitos do doente por parte da sociedade.

A comunicação é intrínseca ao ser humano mas muitas vezes não atribuímos verdadeira importância a este acto, que é essencial para nos relacionarmos com os outros. Para o enfermeiro, comunicar é essencial e imprescindível, quer para estabelecer um relacionamento empático quer para identificar as necessidades de cada doente, facto que contribui para que o doente tenha confiança no enfermeiro e se sinta seguro quando há a necessidade de se prestar cuidados.

Cuidar de alguém requer uma aproximação constante, o que torna o contacto físico inevitável criando assim, uma proximidade com a intimidade de quem se cuida. Deste modo, o cuidado muitas vezes leva à invasão da intimidade e privacidade, e ambas devem ser protegidas pelo enfermeiro.

A pessoa não é apenas um corpo onde são aplicados conhecimentos e procedimentos técnicos, tem consigo uma história de vida, valores, crenças e necessita de cuidados personalizados. Os princípios, os valores e as crenças, de cada pessoa fazem parte do processo de cuidar, assim, reflectir sobre o modo como se presta cuidados e como os melhorar, promove um progresso nos cuidados, o que se reflecte na melhoria do estado de saúde.

O respeito é uma condição necessária para cuidar, neste sentido, os cuidados, como refere Gaut (1986, cit. in Mckenna, 1994), são um gesto humano tencional, assim sendo, o respeito pela pessoa funciona como um princípio subjacente a todas as trocas de cuidados.

Portanto, o respeito pela pessoa implica dar atenção às suas necessidades bem como preservar a sua privacidade e respeitá-la, valorizando a sua singularidade enquanto pessoa e doente.

Sendo a privacidade uma necessidade e um direito humano, o seu desrespeito, como refere Camilo et al. (1999), constitui uma ameaça real ao equilíbrio interno de cada ser humano, dificultando a resposta às suas necessidades fundamentais e consequentemente impedindo-o de resolver os seus conflitos internos.

Assim, o profissional de enfermagem deve estar consciente de que se não respeitar a privacidade do doente isso vai reflectir-se por certo na sua recuperação. Neste sentido deve estar atento e minimizar as condições físicas da unidade, no sentido de preservar a privacidade do doente.

Este trabalho, constituiu um forte momento de aprendizagem e reflexão pelo que se atingiram os objectivos preconizados.

A totalidade da amostra em estudo, considerou a privacidade um direito do doente que assume especial relevância no âmbito do cuidar, bem como na prática dos cuidados. De salientar que alguns alunos não consideram que a privacidade seja importante no âmbito da admissão do doente e na administração de terapêutica.

Porém, alguns alunos da amostra, referiram conversar com outro enfermeiro ou colaborador sobre assuntos pessoais enquanto prestam cuidados e não respeitam o espaço do doente, relativamente ao seu silêncio.

Constatou-se também, que quando prestam cuidados, grande parte dos alunos considera ser muito importante a forma como se destapa o doente e como são prestados os cuidados de higiene. No entanto, no que diz respeito ao atendimento dos hábitos do doente há uma aproximação das opiniões (importante, mais ou menos importante e nada importante).

De notar que os alunos da amostra referiram que os principais momentos em que realizaram alguma reflexão sobre a importância do respeito pela privacidade na prestação de cuidados, ocorreram durante a prestação directa de cuidados, nos seminários e no final do ensino clínico.

A realização deste estudo foi muito gratificante pois proporcionou-nos reflexão, aprendizagem, crescimento e tornou-nos ainda mais conscientes da importância da privacidade. Espera-se que esta pesquisa contribua para a reflexão sobre a importância que cada um tem, enquanto pessoa e profissional na prestação de cuidados. Acreditamos, que não é a realização de procedimentos técnicos nem o conhecimento científico que faz de nós melhores profissionais de enfermagem, é preciso saber cuidar, e isso implica ter sensibilidade para escutar atentamente o que o doente nos diz, para promover a comunicação respeitando as suas crenças e valores, para dar suporte emotivo e psicológico e acima de tudo é preciso ter respeito pela vida e pelo grande valor que esta representa, porque antes de ser enfermeiro é necessário ser humano.

## V- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa, Lusodidáctica.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Portugal, Edições técnicas lidel e sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001). *Academia das Ciências de Lisboa*. Editora verbo.
- Fortin, M. F. (1997). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures, Lusociência - Edições técnicas e científicas.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures, Lusociência - Edições técnicas e científicas.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência - Edições técnicas e científicas.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidáctica.
- Frias, C.F.C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures, Lusociência.
- George, J.B. (2000). *Teorias da enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. Porto alegre, Artes médicas sul.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Lusociência.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Lusociência.
- ICN (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão β2. Lisboa, APE.
- Lamelas, M.A.F. et alii. (2008). El respecto à la intimidad. El secreto profesional en enfermería. *Cuadernos de bioética: asociación española de bioética y ética médica*. Vol. XIX, número 065, enero-abril.

- Marconi, M.A. e Lakatos, E.M. (2008). *Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis*. São Paulo, Editora Atlas S. A.
- Miguéns, C. (2001). Intimidade, privacidade. *Cadernos da bioética*, ano 11, nº26, Agosto.
- Oguisso, T. et alii. (2006). *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Editora manole Ltda.
- Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Brasil, Editora artes médicas Sul.
- Quivy, R. e Champenhoudt, L.V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva.
- Ribeiro, A. (2005). *O corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação*. Porto, Editorial notícias.
- Rios, I.C. (2009). *Caminhos da humanização na saúde, prática e reflexão*. São Paulo, Áurea editora.
- Santos, J.M.O. (2002). *Parceria nos cuidados, uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Porto, Edição Fernando Pessoa.
- Siqueira, J.E. et alii. (2008). *Bioética clínica*. Editora Gaia.
- Stefanelli, M.C. e Carvalho, E.C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem*. Editora manole Ltda.
- Stephen B.H. et alii. (2003). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Artmed.
- Tomey, A. M., e Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Lusociência.

## **Revistas**

- Baggio, M.A. et alii. (2010). Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 19(2), Abril/junho, pp. 378-385.

- Bettinelli, L.A. et alii. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O mundo da saúde*, vol.27, nº2, Abril/Junho, pp. 231-239.
- Bettinelli, L.A. et alii. (2010). Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. *Revista Bioethikos - centro universitário são Camilo*, 4 (1), pp. 44-50
- Camilo, P. et alii. (1999). Privacidade: condição ou critério para cuidar. *Revista Nursing*, nº 129, Janeiro, pp. 30-36.
- Cerdeira, A.B. (2004). O respeito pelos direitos humanos na perspectiva da enfermagem. *Revista ordem dos enfermeiros*, nº15, Dezembro, pp. 9-12.
- Coelho, N.E.J. e Barone, K.C. (2007). A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 41, nº3, pp.88-100.
- Costa, A. et alii. (2003). Escute-me Sr<sup>a</sup> Enfermeira, *Revista Enfermagem em foco*, nº50, Janeiro/Abril, pp. 26-27.
- Espinha, T. G. e Amatuzzi, M. M. (2008). O cuidado e as vivências de internação em um hospital geral. *Psicologia: teoria e pesquisa*, vol.24, nº4, Outubro/Dezembro, pp. 477-485.
- Espuela, F. L. et alii. (2010). La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería, *Revista Nure investigación*, nº46, Mayo/Junio, pp. 1-14.
- Loureiro, H.M.C.L. e Martins, M.T.P.L. (2004). Reflexão das práticas de enfermagem. *Revista enfermagem em foco*, nº54, Janeiro/Março, pp. 36-37.
- Mckenna, G. (1994). Cuidar é a essência da prática da enfermagem. *Revista Nursing*, n.º 80, pp. 33-36.
- Nakatani, A.Y. et alii. (2004). O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. *Revista Ciência, cuidado e saúde*, vol.3, nº1, Janeiro/Abril, pp.13-21.
- Pontes, A.C. et alii. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista brasileira de enfermagem*, 61(3), pp. 312-318.
- Pupulim, J.S.L., e Sawada, N.O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético – moral. *Revista latino-americana de enfermagem*, 10 (3), pp. 433-438.

- Pupulim, J.S.L., e Sawada, N.O. (2005). Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em unidade de terapia intensiva. *Revista brasileira de enfermagem*, 58 (5), pp. 580-585.
- Pupulim, J.S.L., e Sawada, N.O. (2010). Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção dos pacientes hospitalizados. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 19 (1), pp. 36-44.
- Silva, L.M.G. et alii. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista latino-americana de enfermagem*, vol.8, nº4, Agosto, pp. 52-58.
- Waldow, V.R. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na acção. *Revista brasileira de enfermagem*, 62 (1), pp. 140-145.
- Watson, C. (1992). Sexualidade nos cuidados de enfermagem, *Revista Nursing* nº59, Dezembro, pp. 25-26.

### **Teses e monografias**

- Almeida, M.J.F. (2004). *A intimidade da pessoa doente em contexto hospitalar: valores e fundamentos éticos*. Porto: dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Medicina.
- Amin, T.C.C. (2001). *O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários*. Rio de Janeiro: dissertação de mestrado apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública. [Em linha]. Disponível em <<http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/amintccm.pdf>>. [Consultado em 08/07/2010].
- Loch, J.A. (2007). *Privacidade e confidencialidade em diferentes cenários clínicos: comportamentos e justificativas de um grupo de jovens universitários de porto alegre*. Porto alegre: tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [Em linha]. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12626/000622900.pdf?sequence=1>>. [Consultado em 5/09/2010].

- Martins, S.I.A. (2009). *O banho no leito em contexto de internamento hospitalar. Vivências de pessoas idosas*. Porto: dissertação de mestrado apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pupulim, J.S.L. (2003). *Exposição corporal do cliente na assistência em unidade de terapia intensiva: incidentes críticos relatados por enfermeiras*. Ribeirão Preto: dissertação de mestrado apresentado à escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. [Em linha]. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15032004-085130/pt-br.php>> .[Consultado em 09/09/2010].
- Pupulim, J.S.L. (2009). *Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida*. Ribeirão Preto: tese de doutoramento apresentado à escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. [Em linha]. Disponível em <[www.teses.usp.br/teses/.../JussaraSimoneLenziPupulim.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/.../JussaraSimoneLenziPupulim.pdf)>. [Consultado em 08/07/2010].
- Soares, N.V. (2010). *A privacidade dos pacientes e as acções dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar*. Porto alegre: tese apresentada à escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [Em linha]. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/25198/000752735.pdf?sequence=1>> [Consultado em 08/07/2010].
- Veríssimo, M.D.A. (2009). *Importância que os alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem atribuem à humanização e ao respeito pela privacidade na prestação de cuidados*. Porto: projecto de graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa.

## **Internet**

- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. [Em linha]. Disponível em <[www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf](http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf)>. [Consultado em 05/06/2010].
- Código Deontológico dos Enfermeiros. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>. [Consultado em 20/09/2010].
- Declaração Universal dos Direitos Humanos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.boes.org/un/porhr-b.html>>. [Consultado em 21/06/2010].
- Dicionário da Língua Portuguesa (2010). Intimidade. [Em linha]. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/intimidade>>. [Consultado em 15/11/2009].
- Dicionário da Língua Portuguesa (2010). Pudor. [Em linha]. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/pudor>>. [Consultado em 16/11/2009].
- Goldin, J.R. e Francisconi, C.F. (1999). Atuação profissional e privacidade. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/privapoi.htm>> [consultado em 26 /08/2010].
- Iraburu, M. (2006). Confidencialidad e intimidad. *Anales del Sistema Sanitário de Navarra*, vol.29, suplemento 3. [Em linha]. Disponível em <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original5.pdf>>. [Consultado em 18/08/2010].

- Machado, L.A. (2008). Hospital: a organização hospitalar. [Em linha]. Disponível em <<http://pesquisaecia.blogspot.com/2008/09/organizacao-hospitalar.html>>. [consultado em 16/09/2010].
- Ministério da saúde (1965). História e evolução dos hospitais. [Em linha]. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf)>. [consultado em 10/09/2010].
- Oliveira, P.S. et alii. (2005). Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista electrónica de Enfermagem*, vol.07, nº01, pp. 54-63. [Em linha]. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_1/pdf/ORIGINAL\\_05.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/ORIGINAL_05.pdf)>. [Consultado em 10/09/2010]
- Pupulim, J.S.L. e Sawada, N.O. (2002). Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. [Em linha]. Disponível em <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000052002000100045&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100045&lng=en&nrm=iso)>. [Consultado em 21/06/2010].
- Rodriguez, M.F. et alii. (2005). Intimidad, cuidado. [Em linha]. Disponível em <[http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Intimidad\\_cuidado.pdf](http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Intimidad_cuidado.pdf)>. [Consultado em 18/07/2010].
- Wikipédia (2010). Intimidade. [Em linha]. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Intimidade>> [Consultado em 21/06/2010].
- Wikipédia (2010). Privacidade. [Em linha]. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Privacidade>>. [Consultado em 21/06/2010].

