

X
M/01/13

Ismael José Azevedo Barroso

100 / 1103
18/01/13



O Direito à Privacidade: Um direito, um dever...



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

NEW
ARKHOLBY

Ismael José Azevedo Barroso

O Direito à Privacidade: Um direito, um dever...

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Ismael José Azevedo Barroso

O Direito à Privacidade: Um direito, um dever...



Ismael José Azevedo Barroso

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

Sumário

A problemática da invasão da privacidade do doente tem sido frequentemente descurada por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente, por parte dos enfermeiros, que no seu dia-a-dia com as técnicas e intervenções no doente, frequentemente invadem a sua privacidade e intimidade.

Ora, não obstante este problema ser uma realidade, infelizmente frequentemente vivenciada, verifica-se alguma dificuldade no acesso a literatura, o que não foi obstáculo para a selecção desta temática que nos preocupa e nos moveu para uma revisão teórica e uma reflexão da mesma.

Ficará pois visível a importância que o conceito de Privacidade tem para o doente, bem como, a sua influência para uma melhor recuperação. Deste modo, considera-se importante a reflexão e discussão deste assunto, por forma a garantir uma melhor prática de enfermagem, vendo o doente não só no seu aspecto fisiológico, mas também, no seu aspecto psico-social. Assim, o enfermeiro desenvolve, não só os conhecimentos e competências técnicas e científicas, mas assegura ao doente, a protecção e o direito à privacidade e à sua intimidade.

Palavras-chave: privacidade, intimidade, direito à privacidade, ética em enfermagem

Abstract

The issue of invasion of patient's privacy has often been controversial speech on the part of health professionals, particularly from nurses, who in their day to day with their techniques and interventions in patients, often invade their privacy and intimacy.

However, despite this problem being a reality, unfortunately often experienced, there is some difficulty in access to literature, which was not obstacle for the selection of this subject that concerns us and moved us to a theoretical review and a reflection of it.

It will become visible as the importance that the concept of privacy has on the patient, as well as their influence to a better recover of him. Thus, it is important to reflect and discuss this matter in order to ensure better nursing practice, seeing the patient not only in its physiological aspect, but also on their psycho-social aspect, offering not only the their expertise, but also protection for their right to privacy and intimacy.

Keywords: privacy, intimacy, privacy rights, ethics in nursing

Dedico este trabalho a todos quantos de alguma forma contribuíram para a sua realização e me acompanharam ao longo destes quatro anos de licenciatura.

Agradecimentos

Ao terminar este trabalho, gostaria de agradecer a todos aqueles que me ajudaram e contribuíram para a sua concretização.

À Doutora Júlia Rodrigues, pelos conhecimentos, orientação e incentivo sempre demonstrado durante estes meses de trabalho.

À Mestre Teresa Brandão, pela orientação, pela amizade e por sempre se ter disponibilizado a partilhar os seus conhecimento durante a realização deste trabalho e pela inspiração transmitida aquando das aulas teóricas de Ética e Deontologia Profissional.

A todos os meus colegas e amigos pelo apoio durante estes meses, companheirismo demonstrado e acima de tudo pela amizade estabelecida.

À minha família, em especial ao meu pai e à minha mãe pelos valores e princípios éticos e morais que sempre me inculcaram, pela compreensão, pelo carinho e apoio que sempre me deram.

Ao meu irmão pelo apoio e incentivo sempre demonstrados.

À Joana pelo apoio, confiança e principalmente pela paciência demonstrada.

A Deus pela saúde e a todos os que contribuíram para a realização deste trabalho.

“Vivemos num mundo que presta pouca atenção ao valor do cuidado e partilha. Assim, é importante que os enfermeiros continuem a defender e vencer a causa da Enfermagem como qualidade numa vida sã e morte livre de stress e de dor.” (Castledine, 1999).

Índice

	<i>Página</i>
0. INTRODUÇÃO	11
I. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
1. Clarificação de Conceitos	16
2. O Direito dos Doentes e o Código Deontológico dos Enfermeiros	31
3. A Ética e o Cuidar em Saúde	36
II. CONCLUSÃO	42
III. BIBLIOGRAFIA	47

0. Introdução

A profissão de enfermagem tendo em conta que labora através de um “conhecimento exacto, racional e verificável (...)”, nomeadamente, por meio de uma prática de enfermagem baseada na evidência científica, é justamente considerada de ciência, sendo que, como tal, deve procurar uma evolução constante (Dicionário da Língua Portuguesa, 1994).

Assim sendo, por força desta tão necessitada evolução requerida à enfermagem, surge a “Escola do Cuidar”. A sua criação mobilizou teóricos, que provaram que o exercício da enfermagem não é, nem deve ser, restrito e confinado à área da execução de técnicas, nomeadamente invasivas e/ou procedimentos meramente técnicos, mas em vez disso, o enfermeiro deve envolver o seu lado de prestador ao seu lado de pessoa, não se restringindo pois à sua componente de “prestador de técnicas”.

Para Collière (1999, p.29) “Toda a situação de cuidados é uma situação antropobiológica, isto é, diz respeito ao homem inserido no seu meio, composto por todas as espécies de laços simbólicos, por isso, a abordagem antropológica parece ser a forma mais adaptada para descobrir as pessoas tratadas e tornar significativas as informações que transportam”, sendo pois claro que, o processo de enfermagem deve envolver o sujeito utilizador de cuidados em toda a sua dimensão humana, ou seja, na sua dimensão biológica, psicológica e social, actualmente chamada de dimensão holística; dimensão essa que valoriza não só o sujeito mas também a sua cultura, as suas crenças, os seus valores e o meio em que este se encontra inserido.

Ainda para a mesma autora, o cuidar é “ (...) mobilizar em alguém tudo o que vive, tudo o que é portador de vida, toda a sua vitalidade, o seu “vital power”, todo o seu potencial de vida, mas também toda a vida que tem em potência (...), procurar aquilo a que a pessoa ainda dá valor, como aquele olhar a uma pessoa querida, aquela mão que ainda deseja tocar.”, mostrando que o enfermeiro também deve dar valor a aquilo que o sujeito dá valor, respeitando-o assim na sua dimensão holística.

Para Frederico (1999, p.17) citando Lenninger afirma que o cuidar será “...essencialmente fornecer apoio, conforto, segurança e ajuda ao paciente (...) é transcultural, apela para a valorização das crenças que influenciam a forma como manifestam as suas necessidades de cuidados.”.

Para o autor Watson (2002), “cuidar significa actuar de forma a que a pessoa seja considerada um fim em si mesmo. Esta actuação implica, por parte da enfermeira, valores e empenhamento nas acções e suas consequências, para além do sentido do dever e da obrigação moral, numa perspectiva ética”.

O cuidar “representa a maneira como se desenvolve assistência destinada ao doente e compreende condutas e sentimentos, tais como, interesse, afeição, consideração, solidariedade e outros.” (Sawada, 2005, p.3).

Assim sendo, o respeito pelo sujeito como ser autónomo e com direitos, nomeadamente direito à dignidade, o direito à privacidade e a consciência de que devemos tentar não invadir o seu território íntimo (espaço vital) é algo de fundamental para que possam ser prestados cuidados de enfermagem com qualidade.

Estes factos ganham ainda outra dimensão se tivermos em conta que diariamente entram no nosso país um grande número de imigrantes, das mais variadas partes do mundo e das mais variadas culturas, cada um com o seu próprio conjunto de crenças e valores.

Com isto, a profissão de enfermagem para poder evoluir precisa não só de se humanizar, nomeadamente através dos cuidados de enfermagem prestados, mas necessita também de ter bases científicas, uma vez que, através da investigação fortalecem a enfermagem enquanto ciência.

De acordo com Fortin (1997, p.12), “A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. O objecto da investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estatuto sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina...”.

Assim, este trabalho insere-se no âmbito da componente da Unidade curricular de Projecto de Graduação e Integração Profissional, nomeadamente, Projecto de graduação, e tem por base a temática do Direito à Privacidade.

Este tema foi pensado e seleccionado, uma vez que, após se reflectir os problemas detectados ao longo de vários ensinos clínicos, verifica-se que o Direito à Privacidade é frequentemente quebrado pelos profissionais de saúde, que eventualmente o desvalorizam, ou que, por factos alheios à sua vontade, tais como condições estruturais de cada serviço, poderão não permitir que estes cumpram este direito tão importante para os doentes.

Contudo, é pois um facto, que os profissionais de saúde de enfermagem, constantemente invadem o espaço do doente, a sua intimidade e a sua privacidade e ainda assim, nem sempre reflectem sobre esse facto.

Os enfermeiros pertencem a uma profissão que é a que “mais mantém contacto com o doente durante o internamento, conseqüentemente, é a que mais expõe, toca e lida com o corpo do doente (...)”, por exemplo, aquando dos cuidados de higiene e conforto. “Considerando que a nudez, parcial ou total, é indispensável em diversas actividades referentes ao acto de cuidar, julga-se imprescindível respeitar e manter a dignidade humana, uma vez que, o indivíduo hospitalizado torna-se objecto de manipulação.” (Sawada,2005, p.4).

Partimos com as seguintes questões de investigação:

- Estará o conceito de privacidade esquecido da prática diária dos enfermeiros?
- Será o Direito à Privacidade impraticável devido a condições estruturais e organizacionais de determinados serviços?
- Será o Direito à Privacidade algo realmente necessário ao doente?
- Será o conceito de privacidade algo absoluto ou será variável consoante o conjunto de valores e respectiva inserção socio-cultural?
- Será aceitável e/ou compreensível o Direito à Privacidade passar a segundo plano, consentindo-se assim a exposição corporal?

Com este trabalho pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Desenvolver conhecimentos e competências na área da investigação;
- Ampliar conhecimentos na área da Bioética e das Ciências de Enfermagem;
- Evidenciar o conceito da Privacidade nos cuidados de enfermagem;
- Desenvolver uma reflexão crítica na prática diária.

Por questões de tempo, optamos por, nesta fase do estudo, limita-lo a uma revisão de literatura, método este que, como afirma Reis (2006, p. 12) “É uma técnica de investigação que permite analisar e explicar uma problemática fundamentando-se essencialmente nas contribuições secundárias, ou seja, em obras de diferentes autores que versam sobre o tema estudado.”

O conceito de investigação define-se como sendo “acto ou efeito de investigar; inquirição ou pesquisa.” (Dicionário da Língua Portuguesa, 1994, p.589)

Reis afirma que uma investigação por método de revisão bibliográfica é “uma técnica que possibilita não só conhecer como também compreender melhor a problemática do tema pesquisado.” (Reis, 2006, p.12).

Assim, a investigação por método de revisão de literatura permite:

- “Explicar um problema teórico a partir de informações obtidas de fontes secundárias;
- Obter informações sobre a situação actual do tema ou da problemática estudada;
- Verificar as opiniões similares ou diferentes sobre o tema investigado;
- Conhecer publicações existentes sobre o tema;
- Descobrir não só as lacunas, mas o que já foi estudado e investigado, bem como, as barreiras do tema de investigação seleccionado.” (Ibidem, 2006, p.13)

Em suma e segundo Reis este método de investigação “(...) tem grande importância didático-pedagógica pois além de fornecerem os fundamentos teóricos e metodológicos, desenvolvem no estudante o espírito de análise e crítica, habilitando-o também a exercitar a leitura, o entendimento e a interpretação de conceitos, de ideias e dos conteúdos necessários à sua formação académica e profissional.” (Ibidem, 2006, p.13)

Este trabalho encontra-se assente em três pilares, nomeadamente, Introdução, Revisão Bibliográfica e Conclusão.

Neste trabalho ficará visível o quão importante se considera ser o estabelecimento e criação de relações de confiança e empatia entre os profissionais de enfermagem e os doentes a seu cargo, dispensando para com estes sensibilidade e respeito, tendo por foco a sua doença mas vendo o doente como um todo, ou seja, de forma holística. Considera-se também importante para que isto se suceda, espaços e infraestruturas adequadas para que se crie uma atmosfera calma, de bem-estar e onde o doente não se sinta ameaçado de invasão de privacidade, sentindo-se portanto, seguro e confiante nos profissionais que deste cuidam diariamente com vista à sua recuperação.

I. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica constitui uma fase importante para a elaboração deste trabalho. É através desta que podemos argumentar e sustentar aquilo que é redigido, uma vez que, ela reflecte o conhecimento existente sobre o tema seleccionado.

Acerca da revisão bibliográfica Fortin (1999, p.93) refere, que tem “ (...) função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo. Representa a ordenação dos conceitos e sub conceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto de estudo.”

Nesta fase, propomo-nos efectuar uma revisão dos conhecimentos já existentes e esclarecer os conceitos-chaves inerentes ao tema do Direito à Privacidade, verificando também o aquilo que diferentes autores escreveram sobre este mesmo tema. Será também feita um pequeno apanhado histórico no que concerne ao cuidar e ao cuidar com privacidade, bem como sobre este direito.

1. Clarificação de conceitos

Aquando do início deste estudo foram enumerados conceitos que se revelaram importantes de abordar, sendo que, importa começar pelo conceito de Privacidade, conceito esse que não se revelou inequívoco ou não concensual na sua definição para os diferentes autores mencionados neste trabalho.

Assim, relativamente a *privacidade* e de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (1994), podemos considerar que privacidade significa “ambiente de sossego e recato, intimidade, vida íntima”; como tal, mesmo que apenas tivéssemos apenas por base esta definição do Dicionário da Língua Portuguesa, poderíamos ver que pelo simples facto de não respeitarmos “um ambiente de sossego e recato”, já não estaríamos a assegurar o Direito à Privacidade, direito este que assiste todo o doente.

Com efeito, é facilmente compreensível que, ao não protegermos a sua vida íntima, ou seja, a intimidade do doente, não estaremos também a assegurar o Direito à Privacidade que o doente merece e necessita, nem o estaremos, portanto, a respeitar.

Para Martins (1999), este respeito pode ser demonstrado através da manutenção da dignidade da pessoa, capacidades de decisão e aceitação dos seus valores, respeitando-o como um ser único com os seus respectivos direitos.

Para Bolander o “*Eu*” pode ser definido como sendo a junção de todos os elementos individuais e particulares que compõem um indivíduo (Sorensen, 1998).

Assim, “estamos isolados uns dos outros” pois “nunca nos poderemos transformar noutra pessoa”, assim como “ninguém se pode transformar em nós.” (Sorensen, 1998)

Adicionalmente, a cultura e todo o conjunto de experiências de vida que o indivíduo adquiriu e a forma como este moldou por via da socialização, interferem com a percepção que este tem do conceito de privacidade e do que significa para si.

Acerca da cultura, podemos defini-la como sendo “ (...) o conjunto de características, herdadas socialmente de um grupo humano, que são transmitidas de uma geração para a seguinte. Estas características são a visão do mundo, valores, crenças e padrões de conduta social. Cultura é uma série aprendida de símbolos, que servem de enquadramento à nossa individualidade, à nossa qualidade de ser, como pessoa e forma o modo como a pessoa vive a saúde e a ausência dela.” (Phipps, 2003, p.29).

Por outro lado, outro conceito que importa referir é o conceito de moral. Por *moral* o Dicionário da Língua Portuguesa (1994, p.773) define como sendo:

“Ciência dos costumes ou dos deveres do homem;”

“Doutrina;

“Tratado sobre o bem e o mal;”

Ora, assim sendo, “implica o reconhecimento de que algumas acções, embora originárias de valores defendidos com sinceridade, são moralmente erradas e não devem ter lugar; e que outras, mesmo apesar de não comumente preferidas, são moralmente obrigatórias.” (Phipps, 2003, p.109).

Acerca do conceito de *valor*, o Dicionário da Língua Portuguesa (1994, p.1182) define como sendo “ (...) preceito ou princípio moral passível de orientar a acção humana”.

O enfermeiro não deve tentar impor o seu conjunto de valores ao doente, uma vez que, assim estará a “(...) evitar interferir no que os outros estão a tentar alcançar, na sua convicção de uma vida boa, ou digna (...)” (Phipps, 2003, p.109).

Devemos ter sempre bem presente que “Perante a complexidade que é a pessoa, o adoecer humano é sem dúvida um processo ou acontecimento complexo. No fenómeno de adoecer como na procura da saúde estão inevitavelmente presentes expectativas pessoais, bem como, alguns padrões de conduta socialmente aceites e relevantes que acabam por orientar, condicionar de alguma forma, a pessoa nestes processos.” (Coelho, 2000, p.11).

Assim sendo, para que o enfermeiro se possa adequar a cada doente, com o seu conjunto próprio de valores, conceitos, percepções, ou seja, com o seu próprio quadro de referência, deve pois tentar “entrar” na sua mente, tentando ler o mundo da mesma forma que este, para que possa tomar decisões de forma a não constrangir o doente, antes pelo contrário, demonstrando assim que o compreende e que este pode confiar no enfermeiro.

Temos portanto, o dever de ajudar o doente a encontrar estratégias para que, durante o período de doença, ou mesmo durante o período da sua convalescença, este consiga enfrentar melhor uma certa invasão do seu espaço bio-psico-social, que poderá acontecer neste período decorrente dos cuidados necessários que terão de ser prestados com vista ao seu completo restabelecimento.

Ora, este dever do enfermeiro para com o doente é facilmente compreendido se tivermos sempre presente em nosso pensamento aquando da prática diária que “A sensação de perda do controlo sobre si mesmo e sobre os factores que afectam a sua saúde, a inovação tecnológica e científica instalada, a terapêutica empreendida e a presença constante da equipa de saúde, (...) comprometem a aceitação e a adaptação do doente (...)”, comprometendo, conseqüentemente, a sua recuperação (Sawada, 2005, p.22).

Segundo alguns estudos (Ibidem, p.23), os doentes descrevem aspectos “relativos à exposição do corpo na hospitalização, tais como humilhação, desconforto, constrangimento, vergonha, imagem corporal afetada, embaraço, incómodo, algo desagradável e difícil, falta de privacidade, desinformação e mesmo desrespeito (...)”, sendo que, se reflectirmos e analisarmos serviços como os de Urgência, facilmente entendemos todos estes sentimentos experienciados pelos doentes.

Reconhecidamente, o enfermeiro tem um papel de proximidade para com o doente e nesse sentido, é ele que tem maior preponderância na redução do stress hospitalar que o doente possa sentir aquando do seu internamento, devendo para isso, engloba-lo no processo de cuidados tornando-o, conforme as capacidades de cada indivíduo, parte activa do mesmo e não, como de resto por vezes se verifica, apenas parte passiva.

Adicionalmente, o facto de não possuir muito controlo sobre a sua situação na globalidade, o facto de constantemente sentir o seu espaço social invadido e o possível sentimento de perda de identidade, contribuem para o seu descontentamento e falta de alento, o que certamente não irá potenciar a sua rápida recuperação.

Um estudo efectuado por Carapinheiro (1993) evidencia que o doente se submete passivamente aos profissionais de saúde visto reconhecer neles conhecimentos necessários e importantes para a sua cura, sujeitando-se assim, à manipulação do seu corpo, sendo que, todavia, sentimentos de timidez, receio, vergonha, embaraço e constrangimento, poderão estar presentes.

Então, torna-se claro que nomeadamente a exposição corporal e a “desprotecção da intimidade do doente interferem expressivamente com a qualidade dos cuidados prestados (...) demonstrando (...) desconsideração por parte da equipa de saúde (...)” e reflecte pois, alguma desumanização nos cuidados de saúde prestados. (Sawada, 2005, p. 14).

Outro factor que eventualmente contribui, para a inibição do doente e potenciar um sentimento de vergonha ou mesmo de profunda violação de privacidade, são as crenças religiosas de cada doente.

Por religião podemos considerar “ (...) a crença em poderes divinos ou sobre-humanos, que são seguidos e adorados como criadores e reguladores (...). Os valores religiosos e éticos, afinal um sistema de crenças e práticas, ajudam a clarificar a etnicidade, fornecendo o modelo de referência (...).”(Phipps, 2003, p.30).

No sentido de entender melhor o doente no seu todo, entender as suas atitudes e acções e por conseguinte, conseguir “entrar” na sua mente, outro conceito que também importa falar é o conceito de *territorialidade*.

Este conceito de *territorialidade* está definido no Dicionário da Língua portuguesa (1994, p.899) como:

“Estatuto a que estão subordinadas as disposições relativas ao território de um indivíduo;”

Sobre este mesmo conceito, Sorensen (1998) defende que todos possuímos um espaço individual, como que privado ou como que um “escudo” em nosso redor, espaço esse que sentimos como que uma extensão do nosso próprio corpo, o que, por si só demonstra a atenção que devemos ter aquando do contacto com qualquer pessoa, nomeadamente com o próprio doente, uma vez que, violando este seu espaço o mesmo se poderá sentir desconfortável, pois habitualmente só a um número limitado de pessoas permitimos que entrem dentro deste território, muitas vezes também designado de espaço vital.

Ainda a propósito do conceito de espaço individual ou espaço vital, outro conceito que se correlaciona com este último e que importa abordar é o de *proxémica*; conceito este que, cada vez mais tem vindo a ser utilizado nas mais diversas áreas, quer por arquitectos aquando da construção de um hospital, quer mesmo até por técnicos de marketing e publicidade, sendo que, nos pareceu ainda de maior importância a sua aplicação à profissão de enfermagem, dado o nosso constante relacionamento e interacção com outros indivíduos, muitos deles em situações muito debilitadas e frágeis.

Este conceito foi criado por um antropólogo, de seu nome Edward Hall, por volta de 1963, aquando de um estudo que este efectuou através de observações de indivíduos no seu contexto social e analisando o a forma como estes utilizavam e ocupavam o espaço físico em seu redor nas mais variadas situações, especialmente quando envolvendo interacção com outro (s) indivíduo (s), ou seja, proxémica pode ser definida como um conceito utilizado para descrever o espaço físico, ou jogo de distâncias, entre indivíduos inseridos num determinado espaço no seu meio social (Hall, 1976, p. 32).

Hall definiu tipos de distâncias sociais expressas em distâncias físicas e relativas à interacção de indivíduos, sendo que, estas definições físicas não são transculturais, uma vez que, pode-se verificar variações nas distâncias de cultura para cultura (Ibidem, 1976, p.58).

Para Hall, e com aplicação na maioria das culturas, estas distâncias podiam ser divididas em quatro grupos de acordo com o seu grau de proximidade entre indivíduos, ou seja, distância íntima, cerca de 0 a 0,45m; distância pessoal de 0,45 a 1,20m; distância social de 1,2 a 3,5m e distância pública para interacções efectuadas a distâncias acima de 3,5m (Ibidem, 1976, p.134).

Assim sendo, e se tivermos em consideração que na relação terapêutica com o doente e aquando da prestação de cuidados, nomeadamente nos cuidados de higiene, estamos extremamente próximos do doente, inclusivamente em contacto físico com o corpo do próprio doente, verificamos que, segundo Hall, estamos dentro da “distância pessoal” e inclusive dentro da “distância íntima”.

Ora, se tivermos em conta o facto de que, segundo os estudos de Hall a distância pessoal é destinada à interação com amigos chegados e que a distância íntima é aquela que se destina à interação com pessoas que habitualmente abraçamos, tocamos e/ou sussurramos, vemos pois que, na nossa profissão estamos constantemente a quebrar ou transpor “barreiras” que existem no subconsciente de cada um de nós e que habitualmente apenas permitimos que sejam transpostas por pessoas que nos são próximas.

Já o Dicionário da Língua Portuguesa (1994, p.558) define *íntimo* como algo: “muito cordial”; “familiar”.

Tendo então estes factos em consideração, verificamos que a relação com o doente deve exigir por parte do enfermeiro um esforço para que este não se sinta manipulado, envergonhado, desprotegido e que não perdeu autonomia nem tão pouco o controlo do seu próprio corpo.

Isto requer pois, trabalho por parte do enfermeiro visto que somos os profissionais que mais e mais vezes se aproximam e entram em contacto directo com o corpo do doente e das mais diversas formas, podendo deste modo comprometer a privacidade do doente e levar a que este se sinta de alguma forma ameaçado.

Segundo a autora Sorensen (1998, p.553) “Todos temos um território individual, uma zona privada ou bolha à volta do nosso corpo que sentimos como uma extensão de nós (...)”. A mesma autora defende que apenas “Excepto a um número muito seleccionado de pessoas às quais permitimos que entrem neste território, temos tendência para nos sentirmos desconfortáveis se outras pessoas invadem este espaço”.

Para Martins (1999) , é necessário ser-se delicado na prestação de cuidados nas zonas mais íntimas do corpo do doente, uma vez que, são zonas às quais só a pessoa tem acesso e desta forma o enfermeiro deve encontrar uma forma de entender o doente na sua globalidade e assegurar que a sua privacidade está garantida, cuidando-o assim da melhor forma possível.

Para que tal aconteça, considera-se pois, também necessário capacidade por parte do enfermeiro para que promova a escuta activa, uma vez que, “escutar é um acto exigente que obriga a um empenhamento total por parte do enfermeiro que quer captar todos os indicadores emitidos pelo doente, tanto verbal como não verbalmente. A escuta total exige uma vigilância sensorial completa, intelectual e emocional, e é necessário saber que esta vigilância consome muita energia” (Lazure, 1994, p.107).

Deste modo, promovendo uma escuta activa, vamos ser capazes de interagir com o doente e englobá-lo nos cuidados de saúde, tirando-o apenas do papel de mero espectador ou de “marionete”, como por vezes se verifica. Então, para que esta escuta activa se dê com sucesso e para que haja interação entre enfermeiro e doente, considera-se também importante que, não obstante do nosso conjunto de valores, consigamos entrar no “mundo” do doente e compreender o seu quadro de referências, para que assim e segundo os olhos do próprio doente, este se sinta tranquilo, seguro e confiante e não sinta que a sua intimidade e a privacidade, na sua maneira de entender e de perceber, foram devassadas.

Ora, apesar de a privacidade à vista de alguns poder parecer algo relativamente fácil de assegurar a todos os doentes, devemos ter consciência que a profissão de enfermagem é uma profissão em que o toque no doente é algo muito frequente, e assim sendo, torna-se algo provável que esse toque venha a ser efectuado sem que haja por parte do enfermeiro uma reflexão acerca dos efeitos que esse mesmo toque possa vir a ter no doente.

Considera-se ainda assim, que muitas das vezes a violação da privacidade do doente é como que inerente ao processo de cuidados, contudo, devemos ter sempre bem presente que a violação deste direito “(...) gera sentimentos fortes e contraditórios, que traduzem por um lado, revolta, vergonha, medo, inibição, perda de autonomia e violação, e pelo outro respeito, individualidade, bem-estar, carinho, dedicação e confiança” (Leigo, 1995, p.14).

Carvalho (1996, p.27) considera mesmo que, “É pela via do sentimento como consequência íntima, como sensibilidade ou faculdade de sentir, que passa o amar e o odiar, o gostar e o desgostar, para citar só estes, como formas perceptíveis de transmitir a sentimentalidade, uma vez que um dado objecto ou fenómeno pode não ter precisamente o mesmo significado para todos.”

Como afirma Coelho (2000, p.19), “É hoje aceite que a pessoa humana é uma unidade de corpo e espírito. Como tal, o homem é único e é importante a constatação deste facto, ou seja, de que cada pessoa tem uma individualidade própria, da qual derivam necessidades e desejos seguramente diferentes dos de outrem.”.

Assim, todos os seres humanos têm as suas próprias percepções, conceitos, crenças e valores; e transpor este tipo de “barreiras” não tem portanto o mesmo tipo de efeito em todas as pessoas, pois certamente nos depararemos com doentes mais permissivos que outros.

Não obstante estes factos, a todos os doentes teremos que entender e tratar de forma equalitária com o maior respeito, assegurando sempre o seu bem-estar não só biológico, mas também o bem-estar psicológico do mesmo.

Podemos também afirmar que, se os enfermeiros respeitarem “(...) a autonomia, a individualidade e privacidade do doente, ele sentir-se-á menos ameaçado e ansioso, o que vai facilitar a sua recuperação e tornar a experiência menos traumatizante” (Hayter, 1999, p.17).

Para Watson (1995, p.15) “Cada pessoa é um ser que (...) possui uma totalidade de experiências vividas, sendo estas o seu quadro de referência.”.

Adicionalmente, visto o ser humano possuir “desejo e vontade, é necessariamente, um fim em si mesmo. Tal significa que não deverá ser nunca instrumentalizado.” (Ética em Cuidados de Saúde, 1998, p.49).

Assim, o enfermeiro deve tudo fazer para entender o doente, como ser único que é, sendo que, “a melhor forma de o conseguir é entrar no seu mundo, olhar o mundo dele através dos seus olhos” (Leigo, 1995, p.16).

Collière (1999, p.126) afirma que, “o processo de cuidados de enfermagem não tem razão de ser se não se enraizar no que as pessoas viver”, sendo pois, “um processo de descoberta”, ou seja, uma “acção entre parceiros sociais com uma competência diferente e complementar, visando encontrar a sua forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um, num dado meio.”.

O período de convalescência de um doente, significa para este também uma perda da sua autonomia e da sua identidade pessoal, sendo que também, conseqüentemente, ao encontrarem-se dependentes de outrem, sentem-se naturalmente mais sensíveis e frágeis, acarretando para si maior stress e não dificultando assim o restabelecimento do bem-estar bio-psico-social.

Segundo Sawada (2002, p.16), “Um estudo que discute as relações sociais e de poder no contexto hospitalar, sugere que a submissão do doente à enfermagem e a outros profissionais da área da saúde ocorre por entender que o saber dessas profissões lhes confere o direito de manipular o seu corpo”.

Citando Lazure (1994, p.107), “a enfermeira que preserva a confidencialidade abstém-se, também, de julgar o doente e de o manipular (...).”.

Assim, e segundo Martins (1999), as funções de manter a autonomia do indivíduo, de o ajudar na sua auto-avaliação, de lhe permitir ter liberdade emocional aquando do stress do dia-a-dia e mesmo de lhe permitir limitar a sua comunicação no que concerne a informações confidenciais, podem ser desempenhadas por meio da privacidade, sendo que esta é de grande importância para a dignidade humana.

Lazure considera que devemos respeitar sempre o doente, pois ao fazê-lo, estamos “(...) a aceitar a sua realidade presente de ser único” e a “demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial.” (1994, p.107).

Assim, relativamente a *respeito*, o Dicionário da Língua Portuguesa define como: “Consideração”; “relação”. (1994, p.887)

Já Lazure afirma que “Manifestar activamente respeito, é adoptar comportamentos que traduzem que o doente é de tal forma importante para nós, que estamos prontos a dar-lhe do nosso tempo e das nossas energias.” (Lazure, 1994, p.105).

Voltando ao conceito de dignidade humana, podemos afirmar que esta “constitui a base do respeito pela pessoa humana. Esta vai-se desenvolvendo progressivamente, desde a concepção até à morte biológica, atingindo a sua influência máxima na ocasião em que um ser humano atinge a idade da razão.” (Ética em Cuidados de Saúde, 1998, p.43).

Martins (1999, p.30) afirma que um dos pilares para a manutenção da dignidade humana é a privacidade, sendo que, esta pode assumir diversas funções, tais como, “Manter a autonomia pessoal como singularidade do ser humano, permitir uma liberdade emocional no stress do dia-a-dia, ajudar na auto-avaliação e permitir limitar e proteger a comunicação, no que se refere a informações confidenciais.”

Assim, podemos também afirmar que a dignidade humana “significa, acima de tudo, a promoção da sua capacidade de pensar, decidir e agir.” (Ética em Cuidados de Saúde, 1998, p.48).

Acerca da dignidade humana, o Dicionário da Língua Portuguesa (1994) define-a como sendo: “Qualidade moral que infunde respeito”; “valor particular que tem todo o homem como homem, isto é, como ser racional e livre, como pessoa”.

Assim também, facilmente se percebe que, ao não garantirmos o respeito pela dignidade do doente, estamos a reduzir ou a desvalorizar o “valor” que esse indivíduo tem como ser único e indivisível que é, ou seja, como ser humano que merece ser respeitado, nomeadamente a nível do conjunto de direitos que o assistem; conjunto de direitos esse no qual está incluído o Direito à Privacidade.

Os profissionais de saúde pertencentes à categoria profissional de enfermagem, a par de outros, devem ver este direito como de especial importância, uma vez que, a enfermagem é uma profissão que tem como profissionais pessoas que cuidam de pessoas e se devem preocupar com as mesmas de uma forma holística, e assim sendo, relativamente à perda ou violação da privacidade Scott (2003) defende que “A invasão ou violação de privacidade psicológica, social e ou física corrompe activamente a noção que o indivíduo tem de si mesmo”.

Esta invasão que Scott menciona é tão mais grave que, como revelou o estudo de Pastore (1995), os doentes abordados e que sobreviveram, nomeadamente a um internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos, mencionaram em seu estudo que a sua experiência de internamento tinham perdido os pudores existentes numa vida em sociedade, uma vez que, é extremamente frequente doentes de ambos os sexos permanecerem com seus corpos expostos, sendo que, para muitos doentes os sentimentos inibitórios causados por estas situações são inclusivamente “piores que a morte.” (Pastore, 1995, p.28).

Este acontecimento, ou seja, a violação deste direito por parte dos enfermeiros deveria ser algo inexistente, pois, se há algo que em enfermagem se deve sempre ter, é o respeito pela vida e a dignidade humana, visto que, somos uma profissão que se preocupa principalmente com o outro (Carvalho, 1996). O mesmo autor considera também que, nesta era da tecnologia em que hoje se vive, com meios deveras sofisticados, muitas vezes causam problemas que não deveriam existir, uma vez que, desvendam a intimidade do indivíduo, não levando em conta o mal que desses actos ou intervenções, podem advir.

Apesar de, efectivamente se viver na época da tecnologia, Miguéns (2001, p.115) considera que é deveras importante não nos esquecermos da componente “ (...) mais importante que é a humana (...)”, e assim sendo, é fundamental que “(...) na nossa prática diária nos questionemos sobre o nosso modo de agir diário e também sobre a forma como cuidamos do outro.”.

De acordo com Archer devemos atentar para o facto de que “Nunca sociedade que se rege cada vez mais por um imperativo tecnológico, torna-se fundamental questionar se que é tecnicamente possível é éticamente legítimo.” (Ética em Cuidados de Saúde, 1998, p.87).

Ora, isto assim sucede, uma vez que, “(...) os progressos da ciência assim como das aplicações científicas respeitantes à vida, abre um vasto leque de interrogações éticas (...)” (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999, p.35).

Carvalho (1996, p.33) considera também que “(...) hoje sente-se que cada vez é difícil guardar a sua privacidade, pois até a sua intimidade pessoal, familiar ou profissional, estão permanentemente ameaçadas de violação”.

Glen (1995) considera que a perda de privacidade aquando de um período de internamento é inevitável, contudo afirma que tal facto é passível de ser “minimizado”, devendo o enfermeiro auxiliar o doente a “lidar com a perda de privacidade”.

Citando Porto, “as pessoas não pensam nas consequências, nem se apercebem de que é muito mais importante fazer uma Medicina humana do que uma Medicina de ponta. Porque, os doentes não estão em condições de avaliar a qualidade técnica dos actos técnicos, mas já o mesmo não acontece quando se trata de aferir a qualidade humana desses mesmos actos” (Porto, 1997, p.21).

Ora assim, e tendo em conta que o enfermeiro ou técnico de saúde não se deve preocupar ou centrar a sua atenção apenas na parte tecnicista do seu trabalho, escreve Glen que o enfermeiro tem também de prestar “(...) auxílio ao doente não só para proteger a sua privacidade mas também para lidar com a perda de privacidade que na situação de internamento, é inevitável, mas que não deixa de se poder minimizar.” (Glen, 1995, p.35).

Para que isto se cumpra diariamente na vida profissional dos enfermeiros, considera-se necessário a sensibilização dos profissionais para que prestem cuidados mais humanizados; assim, George citando Watson, afirma que os enfermeiros precisam de “(...) oferecer conforto, privacidade e segurança, como parte desse farto cuidado.” (George, 1993, p.255).

Também Carvalho declara que há algo que os enfermeiros devem ter sempre bem presente no seu pensamento e na sua consciência, ou seja, o enfermeiro deve sempre recordar que tem de “(...) manter o respeito pela vida e pela pessoa humana. Está nos livros e na consciência de cada um (...)”. Assim pois, também considera que a classe de enfermagem deve sempre aliar as técnicas e os saberes a uma “imagem humanizada (...), principalmente nos momentos cruciais, bem como uma fé inabalável quando posto ao serviço de um único fim: o cuidar da pessoa.” (Carvalho, 1996, p.46).

Pode-se contudo afirmar que não devemos esquecer o “saber”, concentrando-nos apenas no “saber fazer e no “saber ser”, uma vez que, desta forma é possível cair-se “(...) num modelo compartimentado que produz práticas predominantemente empiristas.” (Formosinho, 1996, p.47).

Ora, ainda assim e tal como Archer afirma, “Perante os os novos poderes que a ciência dá ao Homem sobre a vida e sobre si próprio, é importante que ele segure as rédeas do progresso e tome as decisões éticas que lhe tornem possível planear um futuro autenticamente humano.” (1996, p.32).

Nos pacientes que são sujeitos, nomeadamente, à exposição física, é normal e natural o sentimento de pudor. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (1994, p.798), *pudor* define-se como: “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”.

Acerca deste mesmo sentimento Almeida (1997, p.62) considera-o “um sentimento de vergonha, de incómodo que se tem ao (...) ser testemunha das coisas de natureza sexual (...)”, sentindo-se algum desconforto “(...) perante aquilo que a dignidade de uma pessoa parece proibir.”

Para Azpitarte (1990, p.28) criamos uma linha barreira entre o que é público e o que consideramos privado, guardando tudo aquilo que ao expormos publicamente seria psicologicamente difícil de suportar.

Cabete, citando Annie Altschul, afirma que o ser humano precisa de nos sentirmos seguros no nosso ambiente e que algumas das nossas necessidades primordiais, tais como, o sermos respeitados, amar e sermos amados, não podem ser inteiramente satisfeitas aquando de um internamento num hospital (Cabete, 1999, p.33).

Assim sendo, Virgínia Henderson dá tanta importância à privacidade que para a autora a privacidade é mesmo um “(...) dos mais importantes alicerces para o desenvolvimento da saúde (...)” (Martins, 1999, p.30).

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (1994, p.586), *intimidade* define-se como: “vida íntima”; “qualidade do que proporciona bem-estar e privacidade”.

Logo por aqui se verifica que os conceitos privacidade e intimidade estão interligados, sendo que, acerca de intimidade o autor Miguéns (2001, p.115) descreve como sendo um espaço de confiança mútua no qual os indivíduos sentem os seus “segredos pessoais” salvaguardados.

Carvalho (1996, p.33) afirma que, nos dias de hoje a privacidade é algo difícil de salvaguardar, uma vez que, até a “intimidade pessoal, familiar ou profissional, estão permanentemente ameaçadas de violação.”

Ora, face a tudo isto, Almeida (1997, p.65) considera extremamente importante que se construam relações sólidas de confiança com um certo grau de intimidade para que assim se possa atenuar ou reduzir os eventuais pudores pessoais que se pudessem vir a sentir aquando da recuperação do doente.

Algo que também habitualmente está aliado à relação de confiança é o segredo profissional, sendo que, sobre isto Miguéns (2001, p.114) escreve que “(...) a possibilidade de permitir uma intromissão nesta privacidade de si está muito ligada à confiança numa confidencialidade, que é a base do segredo profissional.”.

Camilo (1999) fazendo alusão a Watson refere que, a privacidade deve englobar exposições físicas e psíquicas, assim como, o segredo e a confidência da comunicação, sendo que, estes aspectos são deveras importantes para que se estabeleça um ambiente propício à recuperação do doente.

Martins (1999, p.29) considera que, sendo o corpo do doente o meio “privilegiado da prestação de cuidados”, devemos ter delicadeza “na abordagem das zonas mais íntimas do corpo”, caindo sobre o enfermeiro a responsabilidade de relativamente ao doente a seu cargo o ver como um ser global e de “encontrar a melhor forma de o entender, defendendo-o na sua privacidade.”.

2. O Direitos dos Doentes e o Código Deontológico dos Enfermeiros

Primeiramente importa referir o que se entende pelo conceito de *direito*, conceito este que segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (1994, p.335) define como: “Poder moral ou legal de fazer, de possuir ou exigir algo”; “Poder legítimo; aquilo que é recto ou justo”; “Conjunto de leis ou preceitos que regulam as relações sociais”.

Adicionalmente, por *direito natural*, a mesma obra define como aquilo que “pertence ao homem pelo facto de ser homem, independentemente de qualquer convenção ou legislação;” (Dicionário da Língua Portuguesa, 1994, p.336)

Podemos também considerar que “Direito e ética são duas ordens normativas, na medida em que, se traduzem em normas ou regras de conduta.” (Archer, 1996, p.35).

Já Serrão afirma que, o direito regula “ (...) a actividade humana em razão do bem comum.” (Serrão, 1998, p.171).

Assim, acerca do direito podemos afirmar que “é um mínimo em relação à moral, mas um *mínimo* cuja observância se reclama com um máximo de intensidade. Esse *mínimo* reportar-se-ia àquelas regras morais básicas sem as quais a ordem social careceria de paz, liberdade e justiça.” (Archer, 1996, p.33)

Já relativamente então ao Direito à Privacidade, Serrão (1998, p.222) afirma que “toda a pessoa tem direito à protecção da lei contra qualquer intromissão arbitrária ou ilegal na sua vida privada.”.

Este facto pode também ser comprovado através do Código Penal, mais propriamente através do artigo 192º, o qual consagra que, “Quem, sem consentimento e com intenção de devassar a vida privada das pessoas (...), divulgar factos relativos à vida privada ou a doença grave de outra pessoa é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias.” (Ibidem, p.222).

Ora, isto assim sucede visto que, tal como afirma Martins (1999, p.30), violar a privacidade de alguém, nomeadamente de um doente, “(...) constitui um atentado à dignidade humana, não pelos actos em si, mas pela forma como os abordamos, o que vai tornar mais penosa a vivência dos cuidados prestados ao doente.”

Vemos assim, que a privacidade é algo de elevada importância para um indivíduo, aqui abordado mais propriamente na condição de doente e por isso mesmo Martins (1999, p.29) afirma que “A privacidade ajuda a manter a dignidade humana, constituindo a sua violação, uma alteração à dignidade do doente.”.

O mesmo autor considera o Direito à Privacidade como sendo uma “(...) uma propriedade inatingível, sendo protegida pela lei. A invasão da privacidade é um tipo de delito semi-intencional, que implica a violação do direito da pessoa à privacidade.” (Ibidem, p.30).

Segundo Camilo (1999, p.30) os enfermeiros devem “reconhecer a privacidade como fazendo parte dos direitos básicos do indivíduo, (...)”. Ora, sendo o enfermeiro o profissional mais apto para esta compreensão, este tem então “o dever de se preocupar e compreender o doente na sua globalidade, defendendo e promovendo a ajuda necessária para a realização e manutenção da sua privacidade e, inerente, da sua dignidade.”.

Para que esta sensibilização e compreensão se dêem no íntimo do enfermeiro, os seus cuidados devem ser guiados com base no Código Deontológico. Assim sendo, atentemos para os seguintes artigos do Código Deontológico do Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei N°104/98 de 21 de Abril:

“Artigo 78º - Princípios gerais:

1 — As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

2 — “São valores universais a observar na relação profissional:

- a) A igualdade;
- b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- c) A verdade e a justiça;
- d) O altruísmo e a solidariedade;
- e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.” (Ordem dos Enfermeiros, p. 21)

“Artigo 86º- Do respeito pela intimidade”, menciona que “atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

- 0. Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- 1. Salvar sempre, no exercício das suas funções, e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.” (Ordem dos Enfermeiros, p. 87).

“Artigo 89º- da humanização dos cuidados” menciona que “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. (Ordem dos Enfermeiros, p. 107)

Ora, também a Constituição da República Portuguesa consagra o direito à protecção da saúde e no sentido de salvaguardar os direitos (e deveres) dos doentes, entre outros, o Direito à Privacidade, a instituição humanitária designada “Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços” elaborou um documento apelidado de Carta dos Direitos e Deveres do Doente; documento esse que discrimina e define um conjunto de deveres e direitos que assistem o doente.

Ora neste trabalho, desse documento iremos focar os dois direitos que atestam o nosso dever para o respeito pela privacidade do doente e pela dignidade humana e assim sendo, atente-se para com os seguintes artigos:

Direito 1: O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana

Relativamente a este direito, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes refere que independentemente da situação “(...) toda a pessoa tem direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está inferiorizada, fragilizada, perturbada pela doença.”

“Os profissionais de saúde, ou seja, os que prioritariamente dispõem cuidados (médicos, enfermeiros) mas também todos os outros (...), que intervêm no complexo sistema de saúde, têm de respeitar a dignidade do doente, direito fundamental do qual decorrem os restantes.” (Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes).

“Esta atitude de respeito tem consequências práticas importantes: o doente será acolhido com civilidade (...), será sempre respeitado o seu pudor e privacidade (...)” (Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes)

Direito 11: O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico

Relativamente a este direito, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes refere que “(...) o doente tem direito à manutenção da sua privacidade (...) O direito à privacidade e o respeito pelo pudor exigem manobras diagnósticas, terapêuticas ou de cuidados, praticadas sobre zonas íntimas, sejam realizadas com recato.”

“Isto tanto se aplica a gabinetes de consulta como a enfermarias, que devem ter cortinas a separar as camas (...) O respeito pela privacidade do doente internado significa ainda que este tem direito a estar sozinho e a não comunicar com outros doentes ou profissionais, fora das actividades hospitalares normais.” (Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes)

Como afirma Coelho (2000, p.8), “Perante tudo isto não é demais referir que cuidar para além do saber científico, de uma acção técnica e de relações interpessoais, há um valor intrínseco e implica no acto de cuidar reconhecer, respeitar e defender a pessoa, como sujeito com direitos e deveres.”.

O ser humano quando desenvolve patologia, habitualmente fica mais sensível, sendo que o internamento vai acrescentar para si uma maior carga emocional, o que o vai debilitar ainda mais a nível psicológico e conseqüentemente a sua saúde, visto esta ser o completo bem-estar bio-psico-social.

Assim, considera-se pois necessário que os enfermeiros usem de empatia e sensibilidade para com o doente, tendo sempre em conta o estado de cada um e a individualidade de cada um, sendo pois necessário um cuidado especial no tratamento do doente e como diria Florence Nightingale:

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!” (História da Enfermagem, 2002, p. 7).

3. A Ética e o Cuidar em Saúde

Primeiramente iremos abordar o conceito de Ética em saúde, sendo que, este conceito pode ser entendido ou denominado como um “ramo” da filosofia, a qual pretende atribuir um sentido, ou caminho, para a nossa existência e os fins para o alcançar.

Para Archer a Ética pode ser a “fundamentação do agir” e se quisermos completar este significado, podemos pegar nas palavras de Queré, para quem a ética “define os valores e procura fundamentos para medir as acções dos homens (...) fixa os princípios gerais (...) e procura a definição de princípios de conduta que conduzem ao respeito pela dignidade humana, estando por isso ligada à noção do bem e do mal (...)” (Archer, 1996, p.35).

Ética pode também ser definida como sendo “ (...) o estudo do processo racional de tomar decisões de carácter moral.”. Assim sendo, “Quando nós levantamos questões éticas, estamos a procurar saber se, numa determinada situação, a acção é moralmente correcta ou como devemos proceder para termos uma vida aceitável ou digna (...)” (Phipps, 2003, p.107).

Já as teorias éticas servem para que possamos ter “ (...) um enquadramento para a compreensão dos fenómenos existentes num certo âmbito. (...) No estudo da ética, procuramos resposta a questões como “que tipos de actos são correctos?” e “O que torna certos valores justificáveis?”. (Phipps, 2003, p.107).

Podemos pois, considerar que “O exercício da liberdade ética individual surge, assim, como o único valor absoluto, como o único valor normativo no relacionamento entre pessoas pertencentes a universos culturais distintos.” (Ética em Cuidados de Saúde, 1998, p.74)

Enquanto enfermeiros estamos inseridos numa classe laboral de indivíduos que não obstante terem conhecimentos técnico-científicos, estes devem ser guiados por uma consciência voltada para a dignidade do ser humano e respeitá-lo enquanto ser único e livre, tendo em conta o mesmo como ser bio-psico-social, repetindo também a sua dimensão espiritual e as suas crenças e valores, nunca esquecendo que este é merecedor de toda a nossa competência e de todo o nosso respeito aquando da prestação de cuidados, tendo para tal como nossas “ferramentas de trabalho” não só os conhecimentos científicos, teóricos e práticos, mas também a componente ética que deve ser como que o nosso “braço direito” aquando do exercício da nossa profissão.

Assim, podemos afirmar que a ética deve guiar sempre o enfermeiro em todo o seu caminho, acompanhando-o no seu crescimento como enfermeiro e mesmo enquanto pessoa, tendo consciência de que, muito da ética nos cuidados de enfermagem é aprendida e testada no dia-a-dia do profissional, e as suas concepções e visões podem e são moldadas ou transformadas com o decorrer do seu crescimento enquanto enfermeiro.

Ora, é pois indubitável que a ética deve estar sempre presente na vida de um enfermeiro, para que este possa agir assertivamente, respeitando sempre a dignidade do doente. Deste modo, partilhamos a ideia de que, a ética deveria ser algo imperativo e não algo opcional, visto que, irá beneficiar os doentes na melhoria da sua qualidade de vida e nos cuidados prestados.

Devido ao facto da importância ser já reconhecida, “O interesse actual pelas questões éticas também reflecte a crescente consciencialização e o interesse, do público, em se tornarem participantes activos nestes debates.” (Phipps, 2003, p.107).

Devemos pois, ter sempre em conta o ambiente socio-cultural de cada doente e tal como afirma Serrão (1998, p.13) “O exercício da liberdade ética individual surge, assim, como o único valor absoluto, como único valor normativo no relacionamento entre pessoas pertencentes a universos culturais distintos.”.

Ora, assim sendo, se ética é a ciência da moral, implicando juízo de valores, e moral refere-se a conduta/comportamento do ser humano, a invasão da privacidade do doente, durante o cuidado de enfermagem, deveria ser uma questão ética a ser encarada com mais seriedade e importância por estes profissionais de saúde.

Relativamente ao cuidar, este deve, provavelmente, ser a actividade mais antiga da história do Homem, uma vez que, e segundo a autora Collière (1999, p.29) “Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer.”.

Segundo a mesma autora (1999, p.29), “Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo. Foi e sempre será este o fundamento de todos os cuidados”.

Se atentarmos nas palavras de Collière (1999, p.29), verificamos que podemos definir o cuidar como sendo uma acção recíproca de nossa parte para com a pessoa que da nossa ajuda, “temporariamente ou definitivamente,” necessita.

Se olharmos com atenção para todas as civilizações que viveram até aos nossos dias, iremos verificar que todas davam enorme importância tanto ao cuidar, como às pessoas que se ocupavam do cuidar.

Inicialmente eram as mulheres que se ocupavam desta tão importante e nobre tarefa, uma vez que, eram elas que já tomavam conta de crianças e assim podiam também garantir cuidados aos enfermos. Contudo mais tarde, o cuidar passou a ser sinónimo de poder, e como tal, os homens passaram-se a dedicar a esta tarefa, juntando os saberes de então ao misticismo.

A isto se deve o facto de desde os tempos mais remotos se considerar que as doenças eram como que um castigo de Deus. Assim sendo, inicialmente também os feiticeiros eram ao mesmo tempo sacerdotes, médicos e enfermeiros.

Textos do antigo Egipto revelam que também naquela terra a prática do cuidar era acompanhada de rituais religiosos.

Já na Índia, documentos referem que os Hindus dominavam os conhecimentos teóricos da anatomofisiologia humana, bem como, a prática nomeadamente, de suturas e amputações, contudo, numa primeira fase da existência humana, os cuidados eram baseados apenas no instinto, mas garantiam a assistência a todos quantos necessitavam de ajuda, mantendo assim a sobrevivência. Podemos pois, considerar o Cuidar um fenómeno transcultural e transcivilizacional.

Watson sobre este conceito de cuidar escreveu que a enfermagem tem a sua principal atenção nos aspectos relacionados com o cuidar e que advêm de uma base tecnicista e científica aliada a uma visão humanista (George, 1993, p.254).

Mas porque consideramos pois necessário a chamada visão humanista e então, “humanizar os cuidados de saúde? Sucintamente, diríamos que o risco de desumanização se deve, principalmente, às modificações surgidas no exercício das profissões de saúde e à sua inclusão na malha complexa do tecido social.” (Programa da Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, 1998)

Considera-se adicionalmente importante a humanização dos cuidados de saúde também para que, além do doente, indivíduo com patologia, “se veja sempre a pessoa que procura os serviços, com a sua dignidade essencial, tornada mais apelativa ainda quando fragilizada pela doença.” (Programa da Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, 1998).

Em suma, como afirma George (1993, p.255), podemos considerar o cuidar como sendo “(...) o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade.”, ou seja, “O cuidado é a essência da enfermagem.”.

Sendo então o cuidar algo de tão preciosos e importante na prática da enfermagem, o que se poderá pois definir de boa prática do cuidar? Considera-se ser aquela que é ajustada para cada doente mediante a situação em que este se encontra ou mediante os cuidados que este necessita. Para o efeito, será certamente necessário uma preocupação com todos os aspectos relacionados com o indivíduo e não apenas uma preocupação e atenção centradas no aspecto anatomofisiológico.

De acordo com Martins (1999, p.30), existem “catorze necessidades básicas, comuns a todo o ser humano, que vão desde a falta de oxigenação à necessidade de aprendizagem, podendo a falta de privacidade interferir em cada uma delas”.

Como afirma Carvalho (1996, p.50), “Há, no entanto, um princípio imutável que a enfermagem não pode esquecer: manter o respeito pela vida e pela pessoa humana. Está nos livros e na consciência de cada um. O acto de enfermagem deve oferecer uma imagem humanizada quando manobra saberes e técnicas, principalmente nos momentos cruciais bem como uma fé inquebrável quando posto ao serviço de um único fim: cuidar da pessoa.”.

A real boa prática do cuidar não é algo inato, ou seja, não é algo que a formação inicial lhe cede, mas sim, algo que o enfermeiro vai desenvolvendo ao longo da sua carreira, decorrente do seu conjunto de experiências vividas que, por si só não o vão valorizar, a menos que, este use de capacidade de análise e reflexão da sua prática diária, para que assim se gere conhecimento e daí venha um aumento da qualidade prestada nos seus serviços.

A motivação para a qualidade dos cuidados deverá estar sempre presente em todos os enfermeiros, uma vez que, tal facto irá influenciar as suas atitudes e as suas acções, sendo que um enfermeiro motivado para a qualidade vai pautar o seu comportamento pela qualidade que deseja nos seus cuidados e daí advirá certamente ganhos em saúde.

II. Conclusão

A elaboração deste trabalho pretendeu conhecer a importância que o Direito à Privacidade tem para cada ser humano que se encontra hospitalizado e a sua influência na recuperação destes, tendo por base obras de autores que sobre esta temática escreveram.

Assim e dando resposta à 3ª questão enunciada na Introdução deste trabalho, toda a literatura que foi estudada, nomeadamente de Leigo (1995, p.17), aponta no sentido de que, a violação da privacidade constitui ofensa grave para o doente, podendo inclusive aumentar o período de internamento deste, uma vez que, o bem-estar psicológico do doente influenciará directamente o tempo de recuperação que este irá necessitar, sendo pois, como tal justamente considerada de extrema importância e necessária para o doente.

Sendo certo que, durante o período de internamento de um doente haverá certamente momentos em se tornará praticamente inevitável uma certa invasão da intimidade do doente e uma certa violação do seu legítimo direito à privacidade, nomeadamente, aquando da prestação dos cuidados de higiene e conforto, o enfermeiro deve aplicar os seus esforços no sentido de tornar estas intervenções o menos constrangedoras possíveis.

Esta temática transporta-nos para o ser exterior a nós, ou seja, para o doente, com quem estabelecemos uma relação; relação essa que pode não se circunscrever apenas à relação terapêutica. Autores como Martins (1999, p.31), Miguéns (2001, p.114 e p.116) e Serrão (1998, p.180) referem unânime que o direito à Privacidade é um direito inviolável e referem adicionalmente que o doente tem de ser visto como um todo, sendo que, o enfermeiro não deve tratar o doente apenas usando técnicas e conhecimentos mecanizados sem usar simultaneamente cuidados humanizados.

Ora neste processo, como sugere o estudo de Carapinheiro (1993), o doente não obstante poder experienciar sentimentos de tristeza, vergonha e timidez, visto reconhecer nos profissionais de saúde a competência e os saberes necessários para a sua

recuperação e restabelecimento, vai consentir ser todas e quaisquer técnicas, com maior ou menor exposição corporal, uma vez que, como referido, o mesmo vê as acções e técnicas efectuadas como necessárias para o seu próprio bem-estar e recuperação.

Importa também referir o estudo da proxémica realizado por Hall em 1963, estudo este que, entre outras considerações, refere que a distância média que habitualmente o ser humano reserva para interações de cariz público é de, pelo menos 3,5m sendo que, as distâncias que habitualmente reservamos para interações de cariz social situam-se entre o 1,2m e os 3,5m. Para todos aqueles que nos são mais íntimos, ou seja, mais próximos, tais como, os familiares mais chegados, habitualmente interagimos com estes em distâncias que vão desde os 45cm e o 1,20m.

Assim sendo, devemos então sempre recordar aquando da nossa prática diária que iremos interagir com o doente em distâncias que ultrapassam o que habitualmente seria o mais confortável para este caso este estivesse no seu completo bem-estar bio-psico-social.

Deste modo, devemos pois abordar o doente com especial sensibilidade, dialogando com o mesmo e explicando-lhe todo o processo de cuidados, envolvendo-o nos mesmos, para que se sinta parte activa aquando dos cuidados, vendo no enfermeiro não um estranho que o manipula, mas sim, alguém em quem pode confiar, reduzindo assim algum desconforto, timidez, vergonha e ansiedade que o doente possa naturalmente e legitimamente sentir.

O simples gesto de, no final de uma técnica cobrir o doente, seria o suficiente para melhorar o seu conforto físico e psicológico. Contudo nem sempre o enfermeiro tem esta preocupação para com o doente, o que pode levar a uma certa despreocupação com todos os aspectos relacionados com este, uma vez que, quando cuidamos, sentimo-nos mais vigilantes para com a pessoa e mais preocupados na defesa do seu completo, bem-estar, ou seja, não só a nível fisiológico, como também a nível psico-social.

Assim sendo, autores como Queirós (1999) consideram como algo de extrema importância o criar laços de empatia com o doente, devendo pois, o enfermeiro executar sempre as intervenções de enfermagem de consentimento informado, escuta activa e dialogar sempre com o doente empenhando-se ao máximo por explicar ao mesmo todo o processo pelo qual este está ou irá atravessar, contribuindo assim, para uma redução efectiva de sentimentos de ansiedade, revolta, medo, ou mesmo de vergonha.

O estudo de Sawada (Sawada, 2002, p.3) ao referir que os doentes habitualmente se submetem aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros, visto serem estes os que detêm o conhecimento e o saber, mostra-nos mais uma vez, o nosso dever de englobar o doente no processo de cuidar, nomeadamente explicando-lhe todo o processo, executando o consentimento informado e promovendo uma escuta activa no sentido de reduzir neste sentimentos de inibição, tais como, a timidez, a vergonha, o medo e a revolta.

Outro aspecto que ficou visível e que deu resposta à 4ª questão enunciada é o facto de a literatura, nomeadamente Coelho, referir que conceitos como os privacidade podem variar na sua concepção de doente para doente, sendo que, deste modo, o enfermeiro deve fazer um especial esforço na compreensão de todos os seus doentes, tendo em conta as individualidades de todos, as suas características, os seus meios sociais, culturais e os seus conjuntos de valores, não tentando impor os seus valores aos de cada doente, mas sim, tentando entende-lo e tentando perceber o mundo da mesma forma que este.

Como refere Camilo (1999, p.30), os doentes devem pois, ser sempre tratados em ambientes calmos e acolhedores, com uma atmosfera de empatia que permita ao doente e ao enfermeiro uma sã relação com alguma intimidade.

De referir que, não obstante os enfermeiros terem um papel importante de proximidade para com o doente e de serem os que em melhor posição se encontram para a criação de laços de empatia, são também ao mesmo tempo, os que estão em melhor posição para invadirem algo de precioso que o Homem tem, ou seja, a sua individualidade. Desta forma, os autores consideram pois, impossível separarmos o respeito e cumprimento do

direito à privacidade do acto de bem cuidar e de uma boa prática de enfermagem, assim como, do respeito pela intimidade e pudor do doente.

Conceitos como o respeito pela privacidade, intimidade e pudor encontram-se na essência do cuidar, e essa essência podemos observar existir aquando dos primeiros prestadores de cuidados, aquando dos tempos de Florence Nightingale e certamente nos nossos dias aquando da prática diária de todo aquele que zela pelo doente.

Face ao exposto, considera-se pois também de extrema importância a disciplina da Ética e Deontologia Profissional, sendo que, esta deve abordar esta temática com algum tempo e dedicação, uma vez que, o ensino, nomeadamente, a licenciatura, contribui para a base daquilo que cada um virá a ser como enfermeiro e assim sendo, como referem os autores, os aspectos éticos e morais considera-se que devem sempre ser abordados com a mesma importância e relevância dos aspectos técnicos da nossa profissão.

Ao longo do trabalho ficou visível que o profissional de enfermagem aquando da sua prática diária, deve pois usar sempre de preocupação, afecto e compreensão para com os seus doentes e não se centrar apenas no aspecto fisiopatológico, mas sim, ver cada doente como um semelhante seu e procurar entendê-lo de uma forma holística, ou seja, vendo-o na sua totalidade, lembrando sempre que ser enfermeiro é ser “gente que cuida de gente” (Horta, 1995).

A elaboração de um trabalho de investigação permite ao aluno a aplicação de um conjunto de ferramentas aprendidas em contexto de ensino teórico, desenvolver competências na área da investigação, bem como, aprofundar conhecimentos em determinada área de estudo, nomeadamente, a área relativa ao tema seleccionado.

As dificuldades sentidas ao longo destes meses de elaboração deste trabalho estiveram relacionadas com a selecção e leitura da literatura ajustada ao tema.

Além destes factos, dizer também que, visto pessoalmente até ao presente momento ser um pouco inexperiente na elaboração deste tipo de trabalho, tal facto foi também dificultando o progresso em certas etapas do trabalho; contudo o gosto pela área da ética e o desenvolvimento do gosto pela leitura, foram determinantes para que pudesse ir ultrapassando estas etapas.

Este trabalho desenvolveu e cultivou em mim um ainda maior gosto pela leitura e aquisição de conhecimentos, pelo que, na próxima fase de ensino, ou seja, aquando do 2º ciclo do ensino superior, pretende-se dar continuidade ao estudo iniciado neste Projecto de Graduação.

III. Bibliografia

Almeida, M. (1997). *Enfermagem Oncológica*. nº.3. Julho.

Archer, L. et al (1996). *Bioética*. Lisboa. Editorial Verbo.

Bernardo, F. (1992). *Bioética e Saúde*. Porto. Amigos do Frei Bernardo.

Bernardo, F. (1996). *Tornar-se Pessoa Ética E Saudável*. Porto. Amigos do Frei Bernardo.

Bernardo, F. (1998). *Amplitude da Bioética*. Lisboa. Servir, Vol. 43. nº.2. Março/Abril.

Bernardo, F. (1999). *Acolher, escutar, entender e estimar a pessoa doente. Enfermagem oncológica*. Porto. nº.10. Abril.

Cabete, D. G. (1999). *O impacto do internamento no idoso*. Nursing. Lisboa. nº.136. Setembro.

Camilo, P. et al (1999). *Privacidade: condição ou critério para cuidar*. Nursing. Lisboa. nº.129. Janeiro.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento.

Carvalho, M. M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Lisboa: Lusociência.

Castledine, G. (1999). *The role of the nurse in the 21st century*. Nursing. Lisboa. nº.133. p. 28. Maio.

Coelho, Maria Teresa V. (2000). *Revista Servir*, volume N°48 – N°4, pag.174.

Colliére, M. F. (1999). *Promover a vida: Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Tradução Maria Leonor B. Abecasis. Lisboa. Sindicato Enfermeiros Portugueses

Costa, A. J.; Melo, A. S. (1994). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto. Porto Editora.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures. Lusociências.

Frederico, Manuela; Leitão, Maria dos Anjos – *Princípios de Administração em Enfermagem*. Edição Sinais Vitais, Coimbra, 1999.

George, J. B. et al (1993). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional*. Tradução Regina Machado Garces. Porto Alegre. Artes Médicas.

Germano, A.; Vieira, M. et al. *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Edição Ordem dos Enfermeiros.

Glen, S. (1995). *Privacidade: um conceito chave em enfermagem*. Nursing. Lisboa. nº.94. Novembro

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Tradução Maria Isabel B. Ferreira. Loures. Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.

Horta, W. (1995). *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa. Lusodidáctica.

Leigo, Á. M. A. et. Al (1995). *Privacidade No Cuidar – Que Vivências? Informar*. Porto. nº. 11. Outubro /Dezembro.

Lopes, I. (2002). *Privacidade/Intimidade Dupla Dimensão*. Vitae Enfermagem. Lisboa. Dezembro.

Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações*. Artlandia.

Martins, A. R. (1999). *A privacidade do doente internado. Enfermagem Oncológica*. Lisboa. nº.12. Outubro.

Miguêns, C. (2001). *Intimidade, Privacidade. Cadernos de Bioética*. nº.26. Agosto.

Ordem dos Enfermeiros (1998). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Anexo do Dec. - 104/98 de 21 de Abril*. Novembro.

Pastore, K. (1995). *Uma Jornada ao Inferno*. Publicação Veja - Maio

Palma, A. P. (1998). *Revista Servir*. nº.43.

Phipps, Wilma Jay, (2003) et. al. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Camarate: Lusociência,

Portugal – Ministério da Saúde (2004). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*.

Queirós, A. A. (1999). *Empatia e respeito*. Lisboa. Quarteto.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 1ª edição. Lisboa. Ed. Gradiva.

Reis, Linda G. (2006). *Produção de Monografia – Da teoria à prática: O Método de Educar pela Pesquisa*. Guara: Editora Senac.

Salgueiro, A. (2000). *Viver a relação de Ajuda*. Nursing. Lisboa. 140 Janeiro.

Sawada, Namie O. (2002) – *O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral*. Revista Latino-Americana Enfermagem, Vol.10, Nº3.

Sawada, Namie O. (2005) – *Exposição corporal do doente no atendimento das necessidades básicas em UCI*, Revista Latino-Americana Enfermagem, Vol.13, Nº3.

Scott, A. et al (2003). *Autonomia, Privacidade e Consentimento Informado 1: conceitos e definições*. Nursing. nº.178. Junho.

Serrão, D.; Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto. Porto Editora.

Sorensen; Lucckman (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidácta.

Telma, G. et. al. (2002). *História da Enfermagem* – Rio de Janeiro: Revinter