

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

NARCISO VIEIRA SOARES

**A PRIVACIDADE DOS PACIENTES E AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS NO
CONTEXTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Porto Alegre

2010

NARCISO VIEIRA SOARES

**A PRIVACIDADE DOS PACIENTES E AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS NO
CONTEXTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

Porto Alegre

2010

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS

S676p Soares, Narciso Vieira

A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar [manuscrito] / Narciso Vieira Soares. – 2010.
104 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

Orientação: Clarice Maria Dall’Agnol

1.Privacidade – Paciente – Hospitalização. 2. Enfermagem hospitalar. 3. Comunicação sigilosa 4. Ética em enfermagem. 5. Administração hospitalar. 6. Papel do profissional de enfermagem. I. Dall’Agnol, Clarice Maria. II. Título.

WY125

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

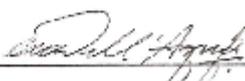
NARCISO VIEIRA SOARES

**A PRIVACIDADE DOS PACIENTES E AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS NO
CONTEXTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de maio de 2010.

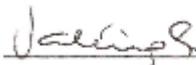
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



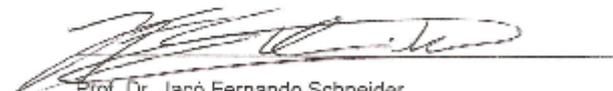
Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro da banca
UFSC



Profa. Dra. Valéria Lerch Lunardi
Membro da banca
FURG



Profa. Dra. Liana Lautert
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider
Membro da banca
PPGENF/UFRGS

DEDICATÓRIA

À minha esposa Carmem pelo amor, carinho, compreensão e incentivo que me fortaleceram nessa trajetória.

Aos meus filhos José Francisco e Mariangela e nora Elizah pelo apoio e compreensão que tiveram nos momentos de ausência física.

Aos netos Artur Eugenio, Otávio Augusto e Gustavo vocês são fontes de esperança, de renovação em nossas vidas em busca de um futuro melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta tese não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas, sem o auxílio das quais, certamente esta investigação não teria se desenvolvido da forma como transcorreu. Assim, expresso aqui meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora Professora Dra. Clarice Maria Dall’Agnol, pela disponibilidade e competência, criatividade, pelo cuidado-educativo solidário e humanizador, pelo estímulo à superação dos meus limites, com que me conduziu neste processo.

Às professoras Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra Liana Lautert, Dra. Valéria Lerch Lunardi, Dr. Jacó Fernando Schneider por aceitarem compor esta banca de doutorado. Entendo este momento como um processo de aprendizado, logo, a satisfação primeira é de estar, ainda, na condição de poder receber contribuições.

Aos sujeitos participantes desta pesquisa (pacientes, enfermeiros gerentes de equipe) meu especial agradecimento, pela disponibilidade e importantes contribuições para o resultado final do estudo.

Aos colegas doutorandos e mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS pelo convívio nessa caminhada ao longo das disciplinas.

À Profa. Jussara M. Lipinski pelo apoio e incentivo, meu abraço.

Aos colegas Professores da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus de Santo Ângelo, Rosane Fontana, Francisco Carlos, Zaléia Prado, Márcia Lopes, Sandra Cardoso, Maria Cristina, Mery Lilian, Alessandra Frizzo, Rosa Ramires, Jane Luca, Neiva Brondani e Carmem Zuse que torceram por mim durante o período de afastamento no doutorado.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Gestão em Enfermagem (NEGE) pelo convívio, pelas trocas, pelo apoio e contribuições a este trabalho.

Ao João Francisco, Nair, Pedro e Ervanis, meus irmãos pelo apoio e incentivo.

À Andréia Peres de Oliveira, estudante da Graduação em Enfermagem da UFRGS pela ajuda na revisão do texto.

À Secretária Tatiane Rambo dos Santos e aos Bolsistas Robson Ferreira da Silva e Camila Waterloo Radomski do PPGENF-UFRGS que sempre se mostraram disponíveis, contribuindo para a agilidade dos encaminhamentos.

À Profa. Geni Costa pelo auxílio nas traduções.

A todos meu muito obrigado.

EPÍGRAFE

“O futuro com que sonhamos não é inexorável. Temos de fazê-lo, de produzi-lo, ou não virá da forma como mais ou menos queríamos. É bem verdade que temos de fazê-lo não arbitrariamente, mas com os materiais, com o concreto de que dispomos e mais com o projeto, com o sonho por que lutamos”.

(Freire 1996, p. 102).

RESUMO

A privacidade é um direito individual que contempla situações relacionadas à proteção da intimidade dos sujeitos, respeito à dignidade, limitação de acesso ao corpo, aos objetos íntimos, aos relacionamentos familiares e sociais e a enfermagem tem como desafio a reflexão ética sobre a responsabilidade e compromisso de suas ações, nesse âmbito. O objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar situações relativas à privacidade do paciente no cotidiano da enfermagem hospitalar e as ações dos enfermeiros nesse contexto, tendo-se como objetivos específicos: identificar a percepção de pacientes de uma unidade de internação sobre aspectos relacionados à sua privacidade no hospital; descrever condições do ambiente hospitalar relacionadas à privacidade dos pacientes internados; destacar ações da equipe de enfermagem que repercutem na privacidade dos pacientes; discutir e propor encaminhamentos acerca da prática gerencial do enfermeiro sobre as questões apontadas. O estudo caracteriza-se como qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. A pesquisa ocorreu em um hospital de ensino do Estado do Rio Grande do Sul, mediante três técnicas de coleta de dados, no período entre outubro de 2008 e janeiro de 2009. Em um primeiro momento, coletaram-se informações por meio de entrevistas com doze pacientes internados em uma unidade de clínica médica e mediante observação simples da ambiência desse local. Posteriormente, foram realizados cinco encontros de grupo focal com dez enfermeiros gerentes de equipe. Os dados foram submetidos à análise temática, resultando nas categorias: exposição do corpo – de si e dos outros; postura inadequada da equipe de enfermagem; e acesso indevido ao prontuário do paciente. Os dados obtidos mediante entrevistas e observação do ambiente apontaram para situações do cotidiano que sugerem a ocorrência da violação do espaço pessoal e do corpo do paciente, por vezes sem justificativa aparente. A experiência de exposição do corpo de si e a postura inadequada de profissionais da equipe de enfermagem, na visão dos pacientes, constituem-se em condições geradoras de ansiedade, constrangimento e estresse, condição que repercute em sua saúde e bem estar. As falas deixaram transparecer a pouca expectativa de alguns pacientes sobre a privacidade no cuidado recebido na instituição. Os pacientes relacionaram privacidade à competência técnica e ao conhecimento dos profissionais sobre os procedimentos que realizam, associando idéias como prestatividade e gentileza no tratamento. Nos debates do grupo focal, os enfermeiros aludiram à inadequação do ambiente físico, à deficiência de recursos humanos e materiais e à falta de tempo como fatores que dificultam o planejamento e implementação de estratégias para a preservação da privacidade do paciente, no ambiente hospitalar. As atividades cotidianas dos enfermeiros gerentes de equipe centram-

se prioritariamente na competência técnico-burocrática, com ênfase na coordenação, supervisão e controle, assim como na previsão e provisão de recursos para as ações de cuidado. Os dados ilustram situações em que se percebe o agir profissional com ênfase na racionalidade técnica, pois a equipe se circunscreve no cumprimento de normas e rotinas, em detrimento de quesitos igualmente importantes que perpassam as relações com o paciente. Assim, outras dimensões que remetem à ética do cuidado tais como a subjetividade, a sensibilidade, a comunicação e o desenvolvimento da cidadania não vêm sendo priorizadas. Os enfermeiros assinalaram a necessidade de incluir abordagens sobre privacidade nos programas de educação continuada como uma possibilidade de mudança de postura em relação a essa temática. A ética do cuidado implica em exercício de reflexão e de autocrítica sobre o fazer cotidiano, adotando-se uma postura de estranhamento, inconformidade e de ruptura com as práticas que possam resultar em transgressão aos princípios éticos, de desrespeito aos direitos do paciente. No grupo focal com os enfermeiros gerentes de equipe foi elaborado um documento contendo estratégias viáveis para serem implementadas na instituição, no sentido de resguardar a privacidade do paciente naquele cenário. Assim, defendeu-se que haja maior proteção do prontuário do paciente, assegurando acesso exclusivo de profissionais diretamente envolvidos no cuidado e outras medidas que, embora elementares, podem representar um diferencial no resguardo da privacidade como o uso de biombos e manter fechada a porta do quarto durante a higiene pessoal, punções, curativos e outros procedimentos à beira do leito. Também foi ponderado acerca da necessidade de restringir acessos diversos ao paciente, preservando-o do contato indevido e/ou indesejado com pessoas alheias ao cuidado. Houve ênfase à capacitação e sensibilização das equipes de atendimento, incorporando temáticas desta natureza nos programas de educação permanente desenvolvidos na instituição.

Descritores: Privacidade, Comunicação Sigilosa, Ética em Enfermagem, Administração Hospitalar, Grupos Focais.

ABSTRACT

Privacy is an individual right that takes into account situations involving protection of the subjects' intimacy, in a dignified manner, limiting access to the body, to intimate objects, to family and social relations. Nurses are challenged to think ethically about the responsibility and commitment of their actions in this sphere. The study in general aimed at analyzing situations involving the patient's privacy in the daily work of hospital nursing and nurses' actions in this context. The specific objectives were: to identify the patients' perception in a hospital ward, regarding aspects related to their privacy in hospital; to describe the conditions of the hospital environment involving the privacy of the hospitalized patients; to highlight the actions of the nursing staff which have repercussions on the patient's privacy; to discuss and propose things to be done about the managerial practice of nurses regarding the issues mentioned. The study is characterized as qualitative, and exploratory-descriptive. It was performed at a teaching hospital in the State of Rio Grande do Sul using three data collection techniques, between October 2008 and January 2009. Initially, information was collected by interviews with twelve inpatients in a clinical medicine ward and by simple observation of the atmosphere in the ward. Later, five focus group meetings were held with ten nursing staff managers. The data were analyzed thematically, and the result was the following categories: exposure of the body – one's own and that of others; inappropriate attitude of the nursing staff; and looking at the patient's records without an appropriate reason. The data obtained in these interviews and observing the environment point to situations of daily life that suggest that the personal space and body of the patient have been violated, sometimes without any apparent justification. The experience of exposing one's body and the inappropriate attitude of nursing staff professionals, from the patients' perspective, are conditions that generate anxiety, embarrassment and stress, a condition that has repercussions on their health and wellbeing. The things they say show the lack of expectation among the patients regarding privacy in the care received at the institution. The patients related privacy to technical competence and to the professionals' knowledge about the procedures they perform, associating ideas such as helpfulness and kindness in the treatment. In the focus group discussions, nurses referred to the inadequate physical environment, lack of human resources and materials, and lack of time as factors that make it difficult to plan and implement strategies to preserve the patients' privacy in the hospital environment. The priority of daily activities of the nursing staff managers focuses mainly on the technical-bureaucratic competence, emphasizing coordination, supervision and control, as well as on forecasting and

providing resources for care actions. The data illustrate situations in which acting professionally is perceived as emphasizing technical rationality, since the staff limits itself to complying with rules and routines, to the detriment of equally important aspects that permeate relations with the patient. Thus, no priority has been given to other dimensions which concern the ethics of care, such as subjectivity, sensitivity, communication and the development of citizenship. Nurses point to the need for including approaches to privacy in the continued education programs as a possibility of changing attitudes about this topic. The ethics of care implies exercising reflection and self-criticism concerning daily work, adopting an attitude of taking a fresh look non-conformity and breaking with practices that may lead to infringing the ethical principles and disrespecting the patient's rights. In the focus group with the nursing staff managers a document was written containing feasible strategies to be implemented at the institution, to protect the patient's privacy in that environment. Thus it was advocated that the patient's records be better protected, ensuring that only the professionals directly involved in their care will be able to look at them, and other measures which, although elementary, n make a difference in protecting privacy, such as using screens and keeping the room door closed while performing personal hygiene, punctures, dressings and other bedside procedures. Thought was also given to the need to restrict to limit access to the patient preserving him from undue and/or undesired contact with people who have nothing to do with his care. Training and sensitization of the care staff was emphasized, as well as the inclusion of such topics in the permanent education programs carried out at the institution.

Keywords: Privacy, Confidentiality, Ethics in Nursing, Hospital Administration, Focus Groups.

RESUMEN

La privacidad es un derecho individual que contempla situaciones relacionadas a la protección de la intimidad de los sujetos, respeto a la dignidad, limitación de acceso al cuerpo, a los objetos íntimos, a las relaciones familiares y sociales y la enfermería tiene como desafío la reflexión ética sobre la responsabilidad y compromiso de sus acciones, en ese ámbito. El objetivo general de la investigación consistió en analizar situaciones relativas a la privacidad del paciente en el cotidiano de la enfermería hospitalario y las acciones de los enfermeros en ese contexto, se teniendo como objetivos específicos: identificar la percepción de pacientes de una unidad de ingreso sobre aspectos relacionados a su privacidad en el hospital; describir condiciones del ambiente hospitalario relacionadas a la privacidad de los pacientes internados; destacar acciones del equipo de enfermería que repercuten en la privacidad de los pacientes; discutir y proponer encaminamientos acerca de la práctica gerencial del enfermero sobre las cuestiones apuntadas. El estudio se caracteriza como cualitativo, del tipo exploratorio-descriptivo. La investigación ocurrió en un hospital de enseñanza del Estado de Rio Grande do Sul, mediante tres técnicas de colecta de datos, en el periodo entre octubre de 2008 y enero de 2009. En un primer momento, se habían colectado informaciones mediante entrevistas con doce pacientes internados en una unidad de clínica médica y mediante observación simple del ambiente de ese local. Posteriormente, habían sido realizados cinco encuentros de grupo focal con diez enfermeros gerentes de equipo. Los datos habían sido sometidos al análisis temático, resultando en las categorías: exposición del cuerpo – de sí y de los otros; postura inadecuada del equipo de enfermería; y acceso indebido al prontuario del paciente. Los datos obtenidos mediante entrevistas y observación del ambiente apuntaron para situaciones del cotidiano que sugieren la ocurrencia de la violación del espacio personal y del cuerpo del paciente, por veces sin justificante aparente. La experiencia de exposición del cuerpo de sí y la postura inadecuada de profesionales del equipo de enfermería, en la visión de los pacientes, se constituyen en condiciones generadoras de ansiedad, constreñimiento y estrés, condición que repercute en su salud y bien estar. Las hablas dejaron traslucir poca expectativa de algunos pacientes sobre la privacidad en el cuidado recibido en la institución. Los pacientes relacionaron privacidad a la competencia técnica y al conocimiento de los profesionales sobre los procedimientos que realizan, asociando ideas como utilidad y gentileza en el tratamiento. En los debates del grupo focal, los enfermeros aludieron a la inadecuación del ambiente físico, a la deficiencia de recursos humanos y materiales y a la falta de tiempo como factores que dificultan la planificación e implementación de estrategias

para la preservación de la privacidad del paciente, en el ambiente hospitalario. Las actividades cotidianas de los enfermeros gerentes de equipo se centran prioritariamente en la competencia técnico-burocrática, con énfasis en la coordinación, supervisión y control, así como en la previsión y provisión de recursos para las acciones de cuidado. Los datos ilustran situaciones en que se percibe el actuar profesional con énfasis en la racionalidad técnica, pues la plantilla se circunscribe en el cumplimiento de normas y rutinas, en detrimento de especialidades igualmente importantes que impregnan las relaciones con el paciente. Así, otras dimensiones que remiten a la ética del cuidado tales como la subjetividad, la sensibilidad, la comunicación y lo desarrollo de la ciudadanía no vienen siendo priorizadas. Los enfermeros habían señalado la necesidad de incluir abordajes sobre privacidad en los programas de educación continuada como una posibilidad de mudanza de postura en relación a esa temática. La ética del cuidado implica en ejercicio de reflexión y de autocrítica sobre el hacer cotidiano, se adoptando una postura de extrañamiento, inconformidad y de ruptura con las prácticas que puedan resultar en transgresión a los principios éticos, de falta de respeto a los derechos del paciente. En el grupo focal con los enfermeros gerentes de equipo fue elaborado un documento conteniendo estrategias viables para que sean implementadas en la institución, en el sentido de resguardar la privacidad del paciente en aquel escenario. Así, se defendió que haya mayor protección del prontuario del paciente, asegurando acceso exclusivo de profesionales directamente envueltos en el cuidado y otras medidas que, aunque elementales, pueden representar un diferencial en el resguardo de la privacidad como el uso de biombos y mantener cerrada la puerta de la habitación durante la higiene personal, punzones, curativos y otros procedimientos a la orilla del lecho. También fue ponderado acerca de la necesidad de restringir accesos diversos al paciente, preservándolo del contacto indebido y/o indeseado con personas ajenas al cuidado. Hubo énfasis a la capacitación y sensibilización de los equipos de atención, incorporando temáticas de esta naturaleza en los programas de educación permanente desarrollados en la institución.

Descriptor: Privacidad, Comunicación Sigilosa, Ética en Enfermería, Administración Hospitalario, Grupos Focales.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 OBJETIVO | 24 |
| 3 UM DIÁLOGO COM A LITERATURA | 25 |
| 3.1 A privacidade e aspectos da confidencialidade no cotidiano da enfermagem na perspectiva do agir ético | 25 |
| 3.2 Ética, bioética e moral e sua relação com o agir humano | 30 |
| 4 CAMINHO METODOLÓGICO | 37 |
| 4.1 Tipo de estudo | 37 |
| 4.2 Cenário do estudo | 38 |
| 4.3 Os sujeitos do estudo | 39 |
| 4.4 Técnicas de coleta de dados | 39 |
| 4.4.1 Entrevista semi-estruturada..... | 39 |
| 4.4.2 Observação simples..... | 40 |
| 4.4.3 Grupos Focais..... | 41 |
| 4.5 Organização e análise dos dados | 43 |
| 4.6 Aspectos éticos da pesquisa | 45 |
| 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 46 |
| 5.1. Exposição do corpo - de si e dos outros | 46 |
| 5.1.1 No olhar da observação e com a palavra, os pacientes..... | 47 |
| 5.1.2 O que dizem os enfermeiros gerentes de equipe..... | 58 |
| 5.2 Postura (in)adequada da equipe de enfermagem – uso da voz | 71 |
| 5.2.1 No olhar da observação e com a palavra os pacientes..... | 71 |
| 5.2.2 O que dizem os enfermeiros gerentes de equipe..... | 74 |
| 5.3 Acesso indevido a informações do prontuário do paciente | 78 |
| 5.3.1 No olhar da observação e com a palavra, os pacientes..... | 78 |
| 5.3.2 O que dizem os enfermeiros gerentes de equipe..... | 81 |
| 6 VISUALIZAÇÃO DE POSSIBILIDADES E CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS COM OS GERENTES DE ENFERMAGEM | 84 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 89 |
| REFERÊNCIAS | 93 |
| APÊNDICES | 98 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Informado Relativo à Entrevista ... | 99 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Informado Relativo à participação dos Enfermeiros no Grupo Focal | 100 |

| | |
|--|-----|
| APÊNDICE C – Anuência do Campo de Pesquisa para desenvolvimento da pesquisa.... | 101 |
| APÊNDICE D – Roteiro para entrevistas com Pacientes..... | 102 |
| ANEXO – Carta de Aprovação do Comitê de Ética da URI..... | 103 |

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a privacidade dos pacientes no cotidiano de trabalho da enfermagem em ambiente hospitalar, para compreender como os enfermeiros gerentes de equipe de enfermagem vêm conduzindo esta questão em sua prática. O interesse em estudar esta temática decorre de minha trajetória profissional na assistência e na docência de enfermagem, por mais de uma década, quando gradativamente foi se solidificando o processo de indagações e reflexões acerca das questões que envolvem a ética e os direitos do paciente.

Nessa caminhada, constatava por meio da observação empírica da prática dos enfermeiros, assim como durante os estágios teórico-práticos desenvolvidos na área hospitalar, a dificuldade destes profissionais para lidar com os aspectos relacionados à ética, à moral e ao direito dos pacientes. Questionava-me se os enfermeiros gerentes de equipe, em seu agir cotidiano, têm a compreensão de que estão transgredindo os princípios éticos ao não dimensionarem os aspectos relacionados à privacidade dos pacientes como componente do processo de cuidado.

Deparava-me com múltiplas situações da prática dos enfermeiros que se configuravam como transgressão aos princípios éticos, à medida que implicavam em desrespeito aos direitos dos pacientes, à autonomia, à dignidade, à privacidade sobre si, acentuando-se, assim, as inquietações, dúvidas e sensação de impotência frente à realidade vivenciada. Percebia que os enfermeiros, ao realizarem cuidados aos pacientes, tocavam e expunham seu corpo, sem solicitar autorização prévia, ferindo o seu espaço pessoal, despreocupando-se em realizar ações mais efetivas visando à preservação de sua intimidade. Alguns pacientes expressavam por meio da comunicação não verbal, sentimentos de vergonha, constrangimento e angústia diante da exposição a que eram submetidos.

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

Ao problematizar a ética na relação com o paciente, um estudo⁽²⁾ considera que apesar de discursos reforçarem a participação do paciente nas decisões que envolvem seu cuidado, como sujeito capaz de pensar e agir, decidir o que é melhor para si, alicerçado em conhecimentos e informações compartilhadas com os profissionais da equipe de enfermagem, na prática “parece não se fazer de modo satisfatório, já que o sujeito que determina o processo parece ainda ser o profissional da saúde”⁽²⁾. Em outra abordagem sobre a ética no gerenciamento em enfermagem, ponderou-se que o poder de interferência dos profissionais da saúde na vida dos pacientes “pode ser decorrente dos intensos avanços científicos e tecnológicos que trazem muitos benefícios para a humanidade, entretanto geram conflitos, notadamente na relação profissional paciente”⁽³⁾.

A partir de constatações acerca do (des)respeito à intimidade dos pacientes, multiplicavam-se os questionamentos, impulsionando-me a realizar outras associações, dentre elas, a de como os ambientes das unidades vêm sendo organizados no sentido de preservar a privacidade dos pacientes internados. Constatava que, em sua organização, muitas vezes, não eram considerados aspectos que contemplassem a privacidade dos pacientes. Um aspecto importante é a facilidade de acesso às informações sobre os pacientes por pessoas que, muitas vezes, não estão envolvidas no processo de cuidado, constituindo-se em risco de serem divulgadas informações confidenciais obtidas na relação profissional-paciente.

No cenário hospitalar, por vezes presenciava a veiculação de informações confidenciais sobre os pacientes em ambientes inapropriados como corredores, elevadores, lancherias, dentre outros. Percebia discussões sobre diagnósticos e tratamentos de pacientes em elevadores, na fila do refeitório, nos corredores, ou, até mesmo em vias públicas, nas imediações, como parada de ônibus. Muitas vezes, com o intuito de obter êxito em tratamento ou condutas, estes profissionais culminavam em revelar a outras pessoas a história de vida dos pacientes, possibilitando, inclusive, a transmissão do conteúdo destas conversas aos pacientes envolvidos através de familiares ou conhecidos que presenciam estes momentos. Observava que a quebra da privacidade ocorria de forma injustificada, muitas vezes por quem tinha o dever de preservar tais informações.

Ao mesmo tempo em que constatava as fragilidades relativas à preservação da privacidade dos pacientes, instigava-me a aparente ausência de discussão e reflexão dos enfermeiros sobre aspectos que envolvem a privacidade e confidencialidade das informações relacionadas à vida e à saúde dos pacientes, nos contextos observados, consolidando-se, assim, um interesse crescente pelo tema. Diante da reflexão sobre a prática cotidiana dos

enfermeiros, tornou-se gradativa a preocupação sobre os direitos do paciente, especialmente no que tange à privacidade em ambiente hospitalar.

Na pesquisa intitulada “A problematização dos direitos do cliente como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem”⁽⁴⁾, buscou-se discutir com os enfermeiros questões relativas aos direitos dos pacientes, na tentativa de compreender como estes percebiam e vinham enfrentando tais situações. No entanto, evidenciou-se que, antes de discutir questões referentes aos direitos dos pacientes, os enfermeiros necessitavam discutir aspectos relacionados à transgressão dos próprios direitos como trabalhadores de enfermagem, em decorrência das condições inadequadas de trabalho, medo e opressão vivenciados na prática.

Os achados dessa pesquisa, aliados às constatações da prática, contribuíram para a busca de respostas às indagações sobre a prática dos enfermeiros gerentes de equipe. No presente momento, direciono o olhar para o contexto em que atuo, na tentativa de aprofundar conhecimentos sobre a ética no gerenciamento da assistência de enfermagem, especialmente para o trabalho dos enfermeiros gerentes de equipe com a temática da privacidade dos pacientes no cotidiano de trabalho em ambiente hospitalar.

Vivenciam-se momentos de intensas transformações nos mais variados campos da atividade humana, de ordens econômicas, sociais, cultural, técnica, política, dentre outras. O saber na área biológica e os avanços tecnológicos têm permitido aos profissionais da saúde realizar procedimentos com maior segurança. Cada vez mais, pode-se dispor de novas tecnologias do cuidado, do diagnóstico e do tratamento decorrentes de estudos e pesquisas, seja em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, os quais têm possibilitado aumentar as expectativas de vida das pessoas. Transplantes de órgãos, questões relativas aos doadores de órgãos, pesquisas com gens de seres humanos, animais e plantas têm avançado numa perspectiva ainda não bem definida, sendo, também, objeto de polêmica e controvérsia em diferentes contextos. Em decorrência de tais avanços evidenciados, emergem questões que merecem reflexão dos enfermeiros gerentes de equipe, sobre os aspectos relacionados ao direito do paciente, à sua privacidade. Na área da ética, bioética e da moral muitos são os avanços e/ou possibilidades de avanços decorrentes de estudos, discussões e reflexões acerca dos direitos e deveres do cidadão e dos profissionais da saúde.

O modo de vida contemporâneo, baseado especialmente em valores pragmáticos e mercantilistas, parece impor um modelo que, na maioria das vezes, é incompatível com reflexões relacionadas ao nosso agir. Raramente, questionamo-nos por que agimos desta ou daquela maneira. A ética vem sendo apresentada como base para a reflexão e resolução de

crises morais vivenciadas pela sociedade, nos diferentes campos de atuação humana. Na medida em que permeia todas as atitudes e comportamentos, está presente nas relações que se estabelecem, seja no trabalho, na família, na sociedade ou com os pacientes/usuários. Tais relações são configuradas por idéias, princípios, valores e conceitos que definem como agir, ou seja, aprovam e desaprovam as ações e condutas^(5,6). A ética é definida como “a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade”⁽⁷⁾. Constitui-se na relação do sujeito consigo mesmo, aponta para a possibilidade deste agir autonomamente, realizar opções individuais relativas ao seu modo de ser e de viver, mesmo diante de limitações e determinações concretas. Já, a moral refere-se ao agir humano, aos comportamentos cotidianos, às opções existenciais, pois está contida nos códigos que tendem a regulamentar o agir das pessoas. Antes de seguir normas ou de interiorizar valores, a moral busca conhecê-los, procurá-los e descobri-los, pressupondo, então, um esforço de reflexão e de criação. A privacidade contempla situações relacionadas à proteção da intimidade dos sujeitos, respeito à dignidade, limitação de acesso ao corpo, aos objetos íntimos, aos relacionamentos familiares e sociais. Já a confidencialidade diz respeito ao dever dos profissionais da saúde de resguardar as informações que dizem respeito ao paciente em todos os ambientes do cuidado⁽¹³⁾.

O exercício profissional do enfermeiro implica o respeito à dignidade humana em sua plenitude. Nesse sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) apresenta um conjunto de normas e princípios, direitos e deveres que norteiam a prática e a conduta ética dos profissionais de enfermagem. O Código estabelece a responsabilização do enfermeiro pela promoção do ser humano em suas múltiplas dimensões⁽⁸⁾. O conhecimento e a reflexão acerca das determinações do CEPE, pelos enfermeiros gerentes de equipe, pode constituir-se em importante instrumento norteador da conduta ética do profissional, na relação que estabelece com o paciente, família, equipe e instituição. O CEPE determina aos profissionais de enfermagem, dentre outros aspectos, o dever de respeitar a individualidade, o pudor, a privacidade dos pacientes em seu processo de cuidado⁽⁸⁾.

Paralelamente ao crescente desenvolvimento das ciências e à utilização do aparato tecnológico daí decorrente, intensificam-se os questionamentos e as indagações sobre a ética, a bioética, a moral e o direito no contexto da saúde. Vários estudos vêm chamando a atenção para o elevado potencial de risco de transgressão aos direitos dos pacientes decorrentes dos avanços tecnológicos, sem um processo de reflexão que busque discutir e redefinir limites e possibilidades desses avanços, alicerçados em valores éticos e morais⁽⁹⁻¹⁴⁾. A violação da privacidade e da confidencialidade das informações sobre os pacientes é considerada como um dos princípios éticos mais vulneráveis no âmbito da saúde, nas relações que se

estabelecem entre profissional e pacientes. Estes dois princípios estão intimamente relacionados à idéia de respeito à autonomia do paciente, pois implicam em liberdade de escolher para quem, quando e em que circunstâncias informações sobre si podem ser reveladas.

Os avanços evidenciados no âmbito da saúde vêm mobilizando a sociedade no sentido de questionar-se acerca de seu papel como consumidora dos serviços de saúde. Cada vez mais, exige-se dos profissionais da saúde habilidades e competências para lidar com a complexidade que envolve as necessidades individuais e coletivas dos sujeitos, bem como as crescentes demandas de cuidados e da defesa de seus direitos. É nesse cenário de mudanças e incertezas que o enfermeiro líder de equipe desempenha suas ações tendo como objeto de trabalho o cuidado humano e como desafio a articulação de saberes, valores éticos, morais e sociais para lidar com os conflitos presentes em seu cotidiano de trabalho. Esses conflitos que emergem na interação entre enfermeiro, paciente, e equipe se originam, por vezes, das diferenças de valores, das crenças e dos objetivos individuais dos sujeitos envolvidos, sendo que a possibilidade de fusão desses objetivos, numa perspectiva dialética, poderá resultar numa síntese conciliadora que faz nascer algo de novo, mais complexo, a consciência da necessidade de respeito mútuo dos direitos e deveres.

Ao gerenciar o processo de cuidado, o enfermeiro utiliza saberes administrativos no momento em que planeja as ações diárias, delega atividades, prevê e provê recursos para que o trabalho se desenvolva, participa da educação do paciente e equipe, ocupa espaços de articulação e negociação, dentre outras atividades. A todo o momento, necessita decidir sobre questões que repercutem na vida dos pacientes, havendo a necessidade de realizar um juízo moral de seus atos, embasado em princípios éticos. Muitas vezes, por desconhecimento, negligência^a, ou sem suficiente reflexão sobre as implicações de sua decisão, desrespeitam os pacientes em seus direitos à individualidade e autonomia. Na medida em que está inserido no contexto político, econômico e social, o enfermeiro sofre influência desse ambiente, o que por vezes influencia seu processo de autonomia e sua decisão.

O enfermeiro líder de equipe convive cotidianamente com a necessidade de preservar, respeitar e reconhecer as particularidades, as individualidades e a variabilidade das situações

^a A negligência na enfermagem pode ser caracterizada por meio da atuação profissional sem a responsabilidade e compromisso exigível de quem deve cuidar da vida e da saúde do paciente. “Consiste na falta de cuidados ou atenção daquele que embora possuidor dos conhecimentos indispensáveis, deixa de agir com as preocupações ou cuidados devidos, levando a resultados prejudiciais. Ela é a inação, a inércia, a passividade, a omissão de precauções e cuidados tidos como necessários, sem os quais devem ser previstos danos”⁽¹⁵⁾.

que envolvem os pacientes, a equipe, assim como as próprias necessidades. A experiência ética se manifesta neste espaço, à medida que este profissional se dá conta de que não está só nesse cenário, mas que existe um emaranhado de relações com outros sujeitos que são possuidores de direitos e valores que necessitam serem respeitados. Cabe ao enfermeiro no exercício da gerência, problematizar novas metodologias e estratégias agregando esforços entre pacientes e trabalhadores, estabelecendo sinergias, visando instituir práticas que priorizem o paciente como “ator social”^b, respeitando sua subjetividade, sua individualidade e autonomia⁽¹⁶⁾.

O trabalho da enfermagem, por suas características, oportuniza aos seus atores o acesso a informações sobre as condições de vida e de saúde daqueles que buscam o cuidado e atendimento. No momento de interação entre profissional/paciente, seja na área hospitalar ou extra-hospitalar, são compartilhadas informações sobre hábitos de vida, modos de ser e de viver, muitas vezes como condição para o planejamento e estabelecimento da assistência. No ambiente hospitalar, o acesso a informações sobre os pacientes ocorre pelos diferentes profissionais que os atendem, sendo transmitidos por meio de resultados de exames, em laudos de procedimentos e em demais registros no prontuário do paciente. Muitas dessas informações podem ser potencialmente embaraçosas ao paciente que, por vezes, não as divulgam nem mesmo aos seus familiares, entretanto, são compartilhadas com o profissional num ambiente de grande confiança e com o propósito de estabelecimento do seu plano de cuidado⁽¹⁷⁾.

As instituições de saúde e os profissionais que nelas atuam devem garantir a confidencialidade das informações relativas aos pacientes, não podendo divulgá-las, salvo nos casos previstos em lei, conforme determina a Constituição Federal⁽¹⁸⁾. O Código Penal, em vigor desde 1940, e o Código Civil garantem o resguardo das informações sobre os pacientes, obtidas no exercício profissional, proibindo sua revelação sem justa causa. Em caso de descumprimento desse preceito constitucional, o profissional estará sujeito à pena de detenção ou multa⁽¹⁸⁾.

Na enfermagem, a privacidade dos pacientes constitui-se em um dever preconizado pelo CEPE, em vigor a partir de 12 de maio de 2007, assumindo, assim, característica moral obrigatória. Preconiza que é dever e responsabilidade do enfermeiro, no exercício

^b Entende-se por ator social, o indivíduo que com sua subjetividade e singularidade é capaz de agir e interagir no contexto em que vive, influenciando e sendo influenciado pelas múltiplas relações que estabelece com outros seres⁽¹⁶⁾.

profissional, garantir o resguardo de informação sigilosa relacionada ao paciente. Compete ao enfermeiro no exercício da gerência orientar a equipe sobre as questões que envolvem o sigilo das informações sobre o paciente e as implicações daí decorrentes. A não observância do que é preconizado pelo CEPE constitui-se em infração ética, sendo passível de penalidades previstas na lei do exercício profissional⁽⁸⁾. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (CDUS)⁽¹⁹⁾ regulamentada através da Portaria nº 675 de 30 de março de 2006 do Ministério da Saúde, elaborada com a participação de representantes dos governos federal, estadual e municipal, sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, convoca aos gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e comunidade em geral para que promovam o respeito aos direitos do paciente do SUS assegurando seu reconhecimento e aplicação. Em seu terceiro princípio, a CDUS reforça a necessidade dos profissionais da saúde defenderem os direitos dos pacientes à privacidade e confidencialidade em todas as fases do atendimento, seja em nível hospitalar ou extra hospitalar, incluindo o respeito aos seus valores éticos, morais, culturais e religiosos, cabendo aos profissionais da saúde resguardar suas informações.

Contemporaneamente, o segredo profissional adquiriu fundamentação mais rigorosa, centralizada nas necessidades e direitos dos cidadãos à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade. Esta dupla natureza do conceito de segredo profissional transforma-o em um direito-dever, na medida em que, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde que devem respeitar o direito dos pacientes⁽¹⁷⁾. A violação da privacidade das informações sobre os pacientes, nas instituições de saúde, não acontece exclusivamente na enfermagem. Outros agentes da equipe de enfermagem frequentemente transgridem o direito à privacidade ao divulgar informações sobre sua doença, suas condições de saúde, mesmo que estes não estejam sob sua responsabilidade profissional.

Com base na trajetória docente-assistencial anteriormente descrita e nas observações empíricas da prática da enfermagem, agora, proponho-me aprofundar reflexão a partir das seguintes **inquietações**: qual a concepção dos enfermeiros sobre a privacidade dos pacientes no contexto hospitalar? Como os enfermeiros gerentes de equipe vêm gerenciando as questões que envolvem a privacidade dos pacientes no cenário de enfermagem hospitalar?

Tem-se como **tese** que **as ações gerenciais do enfermeiro gerente de equipe, quando planejadas e discutidas com base em pressupostos éticos, repercutem na reflexão sobre o respeito à privacidade do paciente no contexto da internação hospitalar**. A relevância do estudo alicerça-se nas contribuições que traz para a enfermagem visando melhor

conduzir as questões que envolvem a privacidade do paciente, no hospital, embasado em princípios éticos de respeito aos seus direitos.

2 OBJETIVO

O **objetivo geral** consistiu em analisar situações relativas à privacidade do paciente no cotidiano da enfermagem hospitalar e as ações dos enfermeiros nesse contexto.

A partir deste eixo, desdobraram-se os **objetivos específicos**:

- Identificar a percepção de pacientes de uma unidade de internação sobre aspectos relacionados à sua privacidade no hospital.
- Descrever condições do ambiente hospitalar relacionadas à privacidade dos pacientes internados.
- Destacar ações da equipe de enfermagem que repercutem na privacidade dos pacientes.
- Discutir e propor encaminhamentos acerca da prática gerencial do enfermeiro sobre as questões apontadas.

3 UM DIÁLOGO COM A LITERATURA

Tem-se como pressuposto que toda produção de conhecimento emerge das indagações e questionamentos dos indivíduos em determinado momento histórico, acerca da prática vivenciada e que a possibilidade de novas construções teóricas ocorrem a partir dos conhecimentos produzidos e sistematizados. Neste momento, busco suporte em autores que vêm enfocando a privacidade, sob diferentes ângulos.

Com objetivo de identificar as produções sobre o tema privacidade do paciente, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e no Banco de Teses do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), tendo por base estudos publicados entre 2000 e 2010. Nessa pesquisa, utilizaram-se os descritores ou palavras-chave: ‘privacidade do paciente’, ‘enfermagem e a privacidade do paciente’, ‘segurança do paciente’, ‘liderança em enfermagem’, ‘direito do paciente’, ‘ética no cuidado’, ‘privacy and dignity’, ‘nursing privacy’, ‘leadership and nursing privacy’. Constatou-se a existência de inúmeros estudos sobre a temática privacidade do paciente, notadamente na área da saúde, incluindo-se teses, dissertações, artigos e resumos. Porém, quando confrontados com o estado da arte do conhecimento de enfermagem em relação às produções sobre o foco gerencial do enfermeiro e a privacidade do paciente, verificou-se um espaço para pesquisas que venham subsidiar esta temática.

3.1 A privacidade e aspectos da confidencialidade no cotidiano da enfermagem na perspectiva do agir ético

A preocupação com a privacidade e a divulgação de informações confidenciais das pessoas tem sido objeto de discussões, o que tem resultado na criação de instrumentos legais visando garantir esse direito. A Organização das Nações Unidas na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, em seu Art. XII já declarava que Ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação⁽¹³⁾.

Nos Estados Unidos, a Quarta Emenda da Constituição trata da privacidade dos cidadãos americanos; na Inglaterra há uma legislação específica chamada *Justices of Peace Act*, de 1361, que protege a intimidade de seus cidadãos; na Itália a norma protetora conjugando a Constituição de 1947 com o Art. 10º do Código Civil de 1942 referem-se à privacidade dos seus cidadãos; a Constituição alemã traz o direito à intimidade em seu Art. 30; na França, o Código Civil, Art. 9º, garante a proteção da intimidade da vida privada; a Constituição portuguesa, de 1976, confere no Art. 13 cominado com o Art. 80 do Código Civil o “*Direito à reserva sobre a intimidade da vida privada*”; no Canadá essa temática é tratada na Constituição de 1982 em seu Art. 8º⁽¹³⁾.

No Brasil a garantia ao resguardo das informações obtidas profissionalmente, é assegurada no Código Penal, que está em vigor desde 1940, e pelo novo Código Civil de 2002. O Código Penal estabelecia o resguardo da informação profissional, apenas com a ressalva da possibilidade de revelação por justa causa, sem defini-la. A privacidade é assegurada na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 5º parágrafo X, assim como na maioria dos Códigos de Ética dos Profissionais da Saúde, conferindo dessa forma, um *status* de dignidade pessoal, em que se pode usufruir da independência para construir um círculo de relacionamentos e ações de acordo com valores próprios. No artigo 229 do Código Civil brasileiro, Lei 010406/2002, em vigor desde 11 de janeiro de 2003, propõe que o profissional não está obrigado a depor caso haja o envolvimento de informações obtidas durante o exercício profissional. Desta forma, testemunhar em corte judicial não configuraria uma "justa causa"⁽¹³⁾.

O conceito de privacidade pode ser apresentado sob dois enfoques distintos: o primeiro, centra-se no controle que o indivíduo exerce sobre o acesso de outros a si próprio; o segundo define a privacidade como uma condição ou estado de intimidade. A maioria das definições encontradas segue a primeira linha conceitual, fundamentada em direitos e poderes de controlar a intimidade⁽¹⁷⁾.

Etimologicamente, a palavra privacidade empregada originalmente como um termo militar, deriva da palavra latina *privatus* ou *privo* tendo como significado privar, ou aquilo que é privativo de alguém, de foro íntimo. Pode ser entendida como a limitação de acesso à pessoa, à sua intimidade, envolvendo questões relacionadas ao sigilo e anonimato. Pode ser relacionada ao estilo de vida, à privacidade de evento e à privacidade de personalidade. A privacidade do estilo de vida do sujeito refere-se à preferência individual nas vivências cotidianas. Já a privacidade de evento significa que para determinadas atividades é necessário manter a privacidade, como por exemplo, no momento do paciente tomar banho, de realizar

determinados exames ou um procedimento cirúrgico. A privacidade de personalidade está vinculada à parte íntima da atividade autônoma do indivíduo⁽²⁰⁻²¹⁾.

A privacidade pode ser analisada sob quatro dimensões, ou seja, física, psicológica, social e informacional. A dimensão física está relacionada ao espaço pessoal e territorial do indivíduo, representada pelo espaço físico do paciente em ambiente hospitalar. A territorialidade, no contexto da saúde, pode ser considerada como uma necessidade do paciente que deve ser preservada, estando associada à provisão da autonomia, privacidade, segurança e identidade própria do indivíduo⁽²⁰⁾. O respeito à privacidade do paciente em seu espaço territorial, pode gerar no paciente, segurança, sentimentos de liberdade, favorecendo a manifestação da sua autonomia em relação às decisões sobre si⁽²⁰⁾. Por outro lado, a invasão do espaço territorial, pode representar manifestação de poder do profissional para com o paciente, podendo gerar insegurança, perda da autonomia, medo de quem representa naquele momento, a instituição⁽¹⁴⁾.

A privacidade física e a confidencialidade enquanto princípios éticos e morais têm seus limites fundamentados na possibilidade do profissional não causar dano à saúde ou à segurança individual ou coletiva do sujeito. Nessa perspectiva, a privacidade transita entre os pólos de interesses individuais e públicos, constituindo-se em uma ponderação entre riscos individuais e benefícios sociais. Assim, a relação que se estabelece entre o público e o privado é de natureza dialética, distinguindo-se entre o que pode ser comum e o que é particular, entre o que pode ser aberto e o que deve ser preservado. As instituições de saúde preocupadas na manutenção da privacidade de seus pacientes frequentemente estão diante de dilemas de natureza ética, para os quais as recomendações legais não dão conta, em virtude da complexidade das situações que se apresentam⁽²⁰⁾.

A dimensão psicológica da privacidade abarca a capacidade e habilidade do indivíduo em controlar aspectos cognitivos e afetivos, formar valores, constituindo-se no direito do paciente em decidir com quem e em que circunstância deve compartilhar pensamentos, informações pessoais e íntimas⁽²⁰⁾. A privacidade psicológica do indivíduo envolve mecanismos de defesa contra pressões sociais, constituindo-se em uma condição necessária para o crescimento pessoal. A privacidade psicológica pode desenvolver ou limitar o crescimento dos indivíduos. O desenvolvimento ocorre quando o indivíduo utiliza suas potencialidades visando ultrapassar a condição de objeto do cuidado para uma condição de sujeito, diante dos limites impostos pelo viver cotidiano.

A dimensão social da privacidade envolve a habilidade do indivíduo em manter e controlar as interações sociais. A privacidade social apresenta forte influência cultural,

repercutindo no modo como as pessoas se mobilizam para manter a sua privacidade em nível individual e social⁽²⁰⁾.

Na dimensão informacional, a privacidade assegura o direito do paciente em determinar, como, quando, para quem, e até que ponto as informações sobre si, sobre sua saúde, seu bem ou mal estar, poderão ser reveladas para outro indivíduo ou instituição^(12,20,21). Ao exercer esse direito de decidir sobre aspectos relativos à sua vida, o paciente está exercendo sua autonomia, o que nem sempre é possível na relação que estabelece com os profissionais da saúde.

A autonomia refere-se ao poder de decisão do indivíduo sobre si mesmo, constituindo-se na capacidade de se autogovernar. O direito à autonomia é inerente a cada indivíduo e gera o dever nos demais em respeitá-lo, portanto requer condições favoráveis à liberdade para agir. Entretanto, vivencia-se na prática da saúde que o paciente, por vezes tenta fazer suas escolhas, tomar suas decisões, mas por acharmos que podemos fazer melhores escolhas do que ele, e que sabemos mais o que é melhor para ele, na maioria das vezes, ignoramos sua vontade, decisões, valores, histórias de vida^(5,13,22).

Ao elaborar um instrumento para medir a satisfação do paciente com sua privacidade física, ancorado em teorias da privacidade, da territorialidade e da teoria proxêmica, um estudo⁽²³⁾ considera importante avaliar a satisfação do paciente com sua privacidade, “visto que o nível de satisfação revela, implicitamente, as preferências e necessidades dele por privacidade, e indiretamente também reflete o desempenho dos profissionais de saúde relativo à proteção e manutenção da privacidade no hospital”⁽²³⁾. Para um autor⁽¹⁴⁾ as quatro condições básicas de privacidade individual de pessoas hospitalizadas são: a solidão, a intimidade, o anonimato e a reserva. A solidão é quando o indivíduo está separado do grupo e livre da observação de outras pessoas; a intimidade refere-se ao desejo do indivíduo ou do grupo para promover relacionamentos pessoais íntimos como, por exemplo, na família, no trabalho, dentre outros; o anonimato constitui-se na possibilidade do indivíduo “deslocar-se sem ser reconhecido ou ser objeto de atenção; a reserva é a “indisposição para revelar aspectos pessoais próprios aos outros”⁽¹⁴⁾.

A teoria proxêmica “estuda o significado social do espaço, ou seja, estuda como o homem estrutura consciente ou inconscientemente o próprio espaço”⁽²⁴⁾. A cultura do indivíduo é quem determina a utilização do espaço, pois o que é considerado respeito à privacidade em uma cultura, em outra, pode significar transgressão, na medida em que as pessoas vivenciam diferentemente esse princípio. Essa teoria analisa o espaço em três aspectos que são: o espaço de características fixas que corresponde ao ambiente físico como

portas, paredes; o espaço com características semi-fixas refere-se aos móveis que compõem o ambiente físico; e, o espaço informacional relaciona-se ao território pessoal ao redor do corpo do indivíduo⁽²⁵⁾.

À medida que é considerado um direito individual, a privacidade contempla muitas situações como a proteção da intimidade, oportunizando ao sujeito utilizar todas as suas potencialidades, autonomia e pensamento criativo-crítico. Ao preservar a análise crítica de sua situação como sujeito, a informação e o respeito à privacidade garantem a independência do indivíduo para constituir sua cidadania, alicerçada em valores próprios. A privacidade assegura o direito de sentir-se seguro dentro de seu próprio lar e propriedade, englobando, ainda, os direitos de autodeterminação, que permitem que uma pessoa mantenha em segredo certos fatos sobre si mesmo, de acordo com sua vontade⁽¹⁷⁾.

Ao investigar em que extensão os direitos à privacidade e dignidade dos pacientes estavam sendo respeitados pelos profissionais, de acordo com as normas de conduta profissional, um estudo⁽⁹⁾ considera que os termos privacidade e dignidade são conceitos inter relacionados. A dignidade incorpora muitas características da privacidade do indivíduo, como o respeito pela pessoa, a privacidade do corpo, a privacidade do espaço e do território. Nesse sentido privacidade e dignidade implicam em respeito à autonomia, no controle do paciente sobre suas escolhas.

Ao analisar situações implicadas na exposição corporal do paciente na assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), os comportamentos das pessoas envolvidas e as consequências para si próprias, um estudo⁽²⁶⁾ evidenciou que proteger e respeitar a privacidade do paciente garante qualidade assistencial. Identificou insegurança e inabilidade dos profissionais em contornar os conflitos decorrentes da exposição corporal na realização do exame físico⁽²⁶⁾. Em relação aos aspectos relacionados à falta de privacidade do paciente no ambiente hospitalar destacam-se os achados de uma pesquisa que buscou compreender o significado da internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para os familiares dos pacientes. Refere que os profissionais da enfermagem sentem-se autorizados a tocar nos pacientes ao realizarem as ações de cuidado, e que aspectos relacionados ao ambiente e as atividades realizadas naquele ambiente desfavorecem a preservação da privacidade do paciente. Os pacientes, por vezes permanecem despidos sobre o leito, o que os torna totalmente dependentes dos profissionais, além de gerar constrangimento, estresse, dificultando o seu relacionamento com os profissionais, comprometendo sua recuperação⁽²⁷⁾

A exposição desnecessária e constrangedora do corpo do paciente e as relações de poderes intrinsecamente ligadas a essa temática foram objeto de uma pesquisa bibliográfica⁽²⁴⁾

que analisou as questões de percepção do corpo, disciplina como forma de poder, pudor e dilemas éticos. Essa pesquisa identificou a necessidade de uma transformação no pensamento e na prática dos profissionais de enfermagem a partir de um processo reflexivo e de autocrítica social que poderá contribuir para um cuidado mais complexo e humanizado. Considera que as relações entre a equipe e os pacientes constituem-se na apropriação da enfermagem de ter o poder de determinar as formas de tratamento e as práticas de cuidados mais adequadas ao paciente. Esse poder é legitimado e institucionalizado pelo reconhecimento desses profissionais, uma vez que a enfermagem julga conhecer melhor o corpo do paciente através do saber-clínico. Entretanto, em face da complexidade e singularidade atribuídas ao corpo, observa-se que tais profissionais não conhecem realmente o significado do papel da enfermagem⁽²⁴⁾.

Pesquisa desenvolvida em uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de São Paulo identificou que a privacidade dos pacientes representa importante estratégia visando à humanização dos serviços de atenção em saúde⁽²⁵⁾. Justificam sua importância por ser um princípio derivado da autonomia, englobando a intimidade, a vida privada, a honra das pessoas⁽²⁵⁾. Nessa perspectiva, cabe aos pacientes a autonomia de decidir sobre as informações que devem ser divulgadas, quando, onde e em que circunstâncias. Por constituir-se um direito do usuário, cabe aos profissionais de enfermagem, o dever de resguardá-lo.

3.2 Ética, bioética e moral e sua relação com o agir humano

As reflexões acerca do agir humano e a tentativa de compreender os critérios e os valores que orientam o julgamento e suas ações acompanham o trilhar da história, sendo objeto de estudos não apenas de filósofos, mas de outros pensadores e pesquisadores. As doutrinas éticas desenvolvem-se em diferentes épocas e sociedades como respostas aos problemas básicos apresentados pelas relações entre os homens⁽⁷⁾. Os problemas éticos passam a ser objeto de atenção especial na filosofia grega exatamente quando se democratiza a vida política desta antiga sociedade. Despontam filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles os quais apresentam, em suas ideias, relações com a existência de uma comunidade democrática limitada e local, já a filosofia dos estóicos e dos epicuristas surge

quando a relação entre indivíduo e a comunidade se apresentam em níveis mais democráticos (7,27).

A ética de Sócrates apresenta uma concepção do bem (como a felicidade da alma) e do bom (como o útil para a felicidade). Sócrates apresenta a tese da virtude (areté), como capacidade última do homem, e o vício como ignorância. Segundo essa concepção, o ser humano age retamente em relação a si e aos outros, quando tem conhecimento das implicações de sua ação. O conhecimento do bem implica a prática da virtude e o exercício desta faz felizes os homens. Nessa concepção, ninguém faz o mal voluntariamente, o faz, muitas vezes por desconhecimento, se tem conhecimento do bem, o homem não pode deixar de praticá-lo⁽⁷⁾.

Para Sócrates, o processo de aprender é um processo interno ao homem que está relacionado à vontade e ao interesse de aprender. Sócrates preocupava-se com o respeito ao ser humano e sua individualidade, pois considerava que aqueles que estudavam o ser humano, podiam aplicar seu conhecimento para melhorar a si próprio, ou para melhorar os outros. No entanto, a aplicação desse conhecimento deveria atentar para o respeito a si e ao outro. A virtude para Sócrates é alcançada através do conhecimento, sendo condição para o homem agir éticamente na relação com outros sujeitos^(7,28).

A ética em Platão relaciona-se à identificação do belo, da verdade e do bem, para isso, o homem deveria realizar a ultrapassagem do sensível para o inteligível. Aponta para alternativas de liberdade e construção da felicidade. Enfatiza as formas de pensamentos, ou seja, o mundo das idéias, o mundo das formas e o mundo dos conceitos que passam a ser primordiais em sua forma de ver o mundo, filosofia e dialética aí se identificam como processos, na busca dos valores absolutos⁽²⁸⁾.

Para Aristóteles, nossas virtudes e, por conseguinte, nossos valores não são dons naturais, são predisposições que possuímos e que apenas se constituem como tal, ou seja, deixam de ser possibilidade para ser fato, à medida que as exercemos em nossos atos⁽²⁹⁾. Podemos compreender a partir do pensamento de Aristóteles que as aptidões e virtudes dos homens são apenas possibilidades e que a transformação destas, em fatos concretos depende do esforço e da dedicação consciente dos sujeitos, do processo de refinamento da natureza humana na qual o agir ético ocorre. Para concretização dessa possibilidade, três elementos são considerados indispensáveis: a educação, a transcendência do ato sobre os costumes e a visibilidade da ação moral. Pode-se depreender que ele referia-se à reflexão crítica sobre o agir cotidiano; a crença na supremacia do agir consciente sobre o agir habitual e, necessariamente, a expressão fenomênica do produto final desse processo em ato.

Aristóteles concebia a ética como parte da política, pois entendia que ambas legislam sobre o que devemos ou não fazer, para buscar os objetivos mais nobres, atingíveis com nossa conduta, que é o bem humano. Considerava que a comunidade social e política constituía-se um meio necessário à moral, tendo como pressuposto que esta só pode ser exercitada coletivamente com outros sujeitos, na prática coletiva. Se a ética legisla sobre o que devemos ou não fazer, para atingirmos o bem, então legisla sobre os meios necessários para atingir tal fim. Essa idéia de Aristóteles acerca da politicidade do ser humano é retomada por pensadores contemporâneos^(30,31) que teorizam sobre a temática como razão humana fundamental da autonomia, resgatando conceitos da biologia para fundamentar essas características do sujeito. Essas teorias consideram que “a politicidade no homem se complexifica assumindo peculiaridades próprias do ser dialético que sabe intervir pela reconstrução permanente da realidade”⁽³²⁾.

Na obra “Ética a Nicômaco” o autor⁽³³⁾ interpreta a ética como a reflexão filosófica sobre o agir humano e suas finalidades. Seus questionamentos foram objeto de atenção por parte de outros filósofos, em aspectos envolvendo a moral, a relação entre as normas e o direito, a relação entre a ética individual e social. Concebia a justiça como um conceito relacional que implicava em alteridade, em igualdade e respeito à individualidade do outro. Dentre os filósofos que retomaram as idéias de Sócrates, destaca-se Kant, ao abordar aspectos relativos à ética laica sem fundamento teológico. Kant, na filosofia moderna, contribuiu de maneira oposta a Aristóteles na idéia de valor que saiu do cosmos para o domínio da consciência, assim, a consciência moral torna-se verdadeira prática dos valores éticos⁽²⁹⁾.

Hipócrates é considerado como uma das figuras mais importantes na história da saúde, foi um dos pioneiros na formulação de princípios e leis que visavam defender os direitos dos doentes, em relação à privacidade, a confidencialidade das informações dadas aos profissionais da saúde. Preconizava como dever moral do profissional da saúde, manter sigilo acerca das informações relacionadas à vida e à saúde do doente por ele atendido. A ética de Hipócrates destaca-se no Juramento Hipocrático, escrito há aproximadamente 430 anos antes de Cristo, considerado como fundamento para origem da ética dos profissionais de saúde. Preconiza dentre outros, que “àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei em segredo e contarei a ninguém”⁽³⁴⁾. Reafirma a importância da manutenção da confidencialidade das informações sobre o outro como uma virtude ética, quando afirma que “se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da

minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça”⁽³⁴⁾.

A dimensão ética do cuidado, a possibilidade de violação da intimidade dos sujeitos, de violação de segredos e confidências obtidas na relação terapeuta/paciente constituíam-se em preocupação para Hipócrates, pois já visualizava a diferença de poder estabelecido nessa relação, decorrente da fragilidade e vulnerabilidade dos pacientes em decorrência da doença⁽²⁸⁾.

A ética, na era Medieval, caracterizava-se por uma índole religiosa e dogmática, principalmente nos pensamentos de Santo Agostinho, ao reforçar o valor da experiência, da vontade e do amor. Concebe o homem como ser social e político, entretanto todo poder deriva de Deus e o poder supremo cabe à Igreja. São Tomás de Aquino condena a discriminação e a violência, pois os seres humanos têm direitos naturais, que devem ser respeitados, caso contrário, acena a possibilidade de rebelião dos que forem submetidos a condições indignas⁽³⁵⁾. A ética religiosa parte de um conjunto de verdades sobre Deus, revelando-se nas relações estabelecidas dos homens com seu criador e do modo de vida que o homem deverá seguir para obter a salvação no outro mundo⁽⁷⁾. O homem criado a imagem e semelhança de Deus deve pautar seu comportamento, incluindo a moral, visando a beatitude, a elevação de uma ordem terrestre para uma ordem sobrenatural.

A ética moderna apresenta como características principais a libertação dos pressupostos teológicos, passando a ter como centro e fundamento o homem, embora este ainda se conceba de uma maneira abstrata. Dentre os filósofos dessa época, destaca-se Espinosa que defendia que Deus e natureza constituíam-se em uma mesma realidade, ou seja, a única substância em que consiste o universo e do qual todas as entidades menores compõem modalidades ou modificações. A sua visão da natureza, da realidade, então, parecia tratar os mundos físicos e mentais como dois mundos diferentes ou submundos paralelos que nem se sobrepõem nem interagem. A ética de Espinosa evita oferecer um quadro de valores ou de vícios e virtudes, distanciando-se de Aristóteles e da moral cristã, para buscar uma ideia moderna de indivíduo livre, constituindo-se, assim, o núcleo da ação moral. Espinosa aborda a relação do homem com a natureza e a sociedade, centrando-se nos aspectos relacionados à integridade individual e considerando a força interior como essencial para a concretização das inter-relações homem natureza^(7,36).

A liberdade em Espinosa não é a possibilidade de dizer não àquilo que nos acontece, mas sim, a possibilidade de dizer sim e compreender completamente por que as coisas deverão acontecer de determinada maneira. Embora muitos autores considerem a teoria de

Espinosa determinista, negadora da liberdade, na prática apresenta-se em sentido inverso, em direção a uma concepção inovadora da relação corpo-alma e uma ética da alegria e da liberdade. O propósito de Espinosa é livrar os homens das cadeias da imaginação, que os prendem e os impedem de ver a totalidade e, assim chegar à verdade. Espinosa considerava que todos os seres humanos apresentam um potencial natural de auto-conservação que ele denominou de *conatus*, constituindo-se em uma força vital, afirmativa que se expressa no corpo como apetite e na alma como desejo⁽³⁷⁾.

As noções cristãs de pecado e dever, abandonadas por Espinosa no século XVII, são retomados por Emanuel Kant, um importante filósofo dos princípios da Idade Moderna. Seus escritos influenciam fortemente a ciência e a ética moderna, sua ética formal e autônoma caracteriza-se por imperativos categóricos, encontrando lugar na moralidade atual⁽⁷⁾. Em suas obras “Crítica da Razão Prática” e “Metafísica dos Costumes”, Kant estabelece os fundamentos do conhecimento científico da natureza, estabelecendo também os fundamentos que guiam as condutas humanas em suas ações na prática. Kant concebe o comportamento moral como pertencente a um sujeito autônomo e livre, ativo e criador e sua ética aponta para um ser humano ativo, capaz de transformar e transformar-se. Preocupa-se em como o ser humano deve agir para que sua ação seja correta, justa e, por conseguinte, uma ação moral. Considerava que as exigências da razão prática não necessariamente coincidem com as da razão teórica, pois o autoconhecimento não garante aos indivíduos agirem de modo mais responsável ou melhor porque a razão tem limites. Os seres humanos são sociais, livres e racionais, o que permite transcender do reino do ser para o dever. O homem como ser racional que pertence ao mundo inteligível, só pode pensar a causalidade da sua vontade própria e, portanto, autônoma a partir da ideia de liberdade, já que a liberdade consiste na possibilidade de independência em relação às causas que determinam o mundo sensível. Segundo Kant, os seres humanos devem ser tratados como fim e não como meio⁽⁷⁾.

A ética de Kant é considerada como uma teoria deontológica, a qual preconiza que as ações humanas certas ou erradas são determinadas características das ações, e não, apenas, as suas consequências⁽³⁸⁾. A moralidade se funda na razão pura, ou seja, o valor moral da ação de um indivíduo depende da aceitação moral da regra de acordo com a qual a pessoa age. Numa visão Kantiana, devemos agir de acordo com a obrigação moral generalizável, obrigação provinda das regras categóricas, ou seja, o motivo da ação de uma pessoa tem de provir de um reconhecimento de que ela deseja aquilo que é moralmente exigido. O bem se impõe como um dever, a ação é consistente, ou seja, passível de ser concebida e desejada sem contradição, o que é denominado de máxima categórica ou imperativo categórico⁽³⁸⁾. Assim

como Aristóteles, Kant coloca sua ética em direção oposta aos hábitos e costumes, busca construir uma ética coletiva, através de um princípio universal para as ações humanas. Um de seus pressupostos é de que existem alguns valores que não dependem do discernimento particular dos homens, mas, estão presentes nestes de forma inata, sendo possível o seu conhecimento por dedução racional, podendo a partir dessa compreensão, poder agir livremente.

Na contemporaneidade, as comunidades científicas, pesquisadores, filósofos, juristas, dentre outros, vêm refletindo sobre os conflitos que se originam dos novos fatos gerados pelo crescente avanço tecnológico. A ética passa a ser intensamente discutida em diferentes âmbitos, na tentativa de dar respostas às questões que emergem na prática cotidiana, especialmente, na área da saúde, parecendo não mais dar conta de responder a questões cada vez mais complexas, resultantes das relações que se estabelecem entre profissionais da saúde e pacientes. A ética se ocupa, fundamentalmente, da reflexão sobre as ações do ser humano. Assim, busca orientação para a tomada de decisão mediante apreciação crítica, envolvendo conhecimentos, razão, sentimentos, vivências e valores socialmente construídos. Enquanto a moral e a lei estabelecem regras para as ações, a ética busca justificá-las. A ética busca responder os motivos pelos quais devemos agir de determinada maneira^(39,40).

A bioética surge como uma ciência fruto de reflexões filosóficas acerca dos problemas morais que emergiram no campo da vida, apresentando como característica fundamental, a defesa dos direitos do paciente, reconhecendo-o como sujeito. Preocupa-se em mediar os inúmeros conflitos advindos das práticas em saúde, bem como do desenvolvimento tecnológico e as novas formas de cuidar. Através dessa reflexão filosófica, a bioética prioriza questões teóricas surgidas na prática cotidiana, desenvolvendo critérios para enfocá-las. A bioética é descrita como sendo “o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais”⁽⁴¹⁾. Aborda reflexivamente os problemas éticos decorrentes dos extraordinários avanços das ciências biológicas, bioquímicas e médicas. A bioética, então, depara-se com múltiplos fatores de análise para melhor responder às questões da vida e do planeta em sua complexidade, ocupando-se das discussões e reflexões sobre aspectos relativos à vida humana e todos os fatores que podem interferir em seu desenvolvimento⁽⁶⁾. Aborda a relação entre profissional e paciente, na perspectiva de humanização dessa relação e do cuidado, através da reflexão, busca oportunizar ao paciente conhecer seus direitos podendo, autonomamente decidir o que é melhor para si⁽³⁹⁾.

Estudos ^(2,10,32) vêm defendendo a importância do conhecimento e informação sobre as múltiplas possibilidades de cuidados em saúde, como importante estratégia para a humanização e respeito à autonomia dos pacientes. Argumentam sobre o conhecimento como uma forma natural de participar de um mundo socialmente e fundamentalmente calcado em relações de cuidado/poder. Entende-se que a relação entre saber e poder na área da saúde é intensa e dialética constituindo-se, por vezes, em instrumento de dominação, em outras vezes, de conhecimento, de libertação⁽³¹⁾.

É importante para os enfermeiros gerentes de equipe intervir na realidade complexa e contraditória, dispor não apenas de competência e habilidades técnicas, mas de habilidade de negociação diante dos conflitos, visão apurada da complexidade que se configura a atuação profissional. Entretanto, tem-se percebido que os enfermeiros em seu agir cotidiano, geralmente atribulado, vêm exercendo sua prática, sem a necessária reflexão acerca das implicações éticas do cuidado humano. A seguir, apresenta-se o caminho metodológico realizado para esta investigação.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo descreve a trajetória metodológica percorrida na coleta e análise dos dados empíricos na busca de respostas aos objetivos e questões norteadoras relacionadas ao tema em estudo. Apresenta-se o tipo de estudo e o contexto de sua realização, a forma de seleção dos sujeitos participantes, as técnicas utilizadas na coleta de dados no desafio de apreensão da realidade, a técnica de análise dos dados e as considerações éticas observadas na presente pesquisa. A metodologia adotada, neste estudo, foi delineada de modo a permitir compreender como os enfermeiros gerentes de equipe vêm enfrentando as situações que envolvem a privacidade do paciente no contexto hospitalar.

4.1 Tipo de estudo

Esta investigação caracterizou-se como um estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo. Pensar qualitativamente uma realidade pressupõe concebê-la sempre mais complexa e profunda do que a pretensa análise ou descrição que dela se faz. É pensar o indivíduo e sua história, suas relações, suas representações, suas crenças, percepções e opiniões emergidas de sua interpretação como sujeito no mundo⁽⁴²⁾. A abordagem qualitativa não busca apenas estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Esta abordagem, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referente a determinados grupos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. A pesquisa qualitativa constitui-se em entidades capazes de incorporar questões relativas ao significado e à intencionalidade como inerentes aos atos e relações e às estruturas sociais, nessa perspectiva; sujeito e objeto confundem-se e se intercompletam na totalidade⁽⁴²⁾.

A opção pelo estudo exploratório é porque este permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, pois ao iniciar a pesquisa, parte de determinadas questionamentos, aprofundando seus conhecimentos em uma realidade específica, buscando elementos que permitam visualizar a face oculta da realidade e obter os resultados esperados. No estudo descritivo o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fenômenos ou fatos, sem interferir no ambiente analisado. Consiste em um

levantamento das características conhecidas que são componentes do fato, do problema, ou do fenômeno em estudo, abrangendo aspectos gerais e amplos de um contexto social⁽⁴²⁾.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa ocorreu em um hospital geral de grande porte do Rio Grande do Sul, mantido por uma Associação do Município onde está localizado com sede e foro. É uma entidade privada de caráter filantrópico, fundada por representantes da comunidade. Tem como missão colocar à disposição da comunidade uma infra-estrutura hospitalar auto-sustentável, praticando o melhor serviço de saúde e zelando pelo precioso bem que é a vida. A instituição tem caráter filantrópico, atende usuários do Sistema Único de Saúde e dispõe de setores diferenciados destinados ao atendimento de pacientes particulares ou de outros convênios.

Ao longo dos anos, as ampliações elevaram a área construída para cerca de oito mil e cem metros quadrados, condição necessária para abrigar os serviços de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, centro cirúrgico, centro obstétrico, unidades de tratamento intensivo adulto e neonatal, pronto atendimento e ambulatório de urgência e emergência, dentre outros, oferecidos pela Instituição, sendo considerado um hospital de grande porte segundo a Associação Brasileira de Hospitais⁽²³⁾.

Constitui-se em hospital de referência, pois recebe pacientes oriundo de 25 municípios da região de abrangência, caracterizando-se como geral, isto é, capacitado para assistir pacientes de várias especialidades clínicas e cirúrgicas, dentre outras. Conta ainda com serviços de apoio como hemoterapia, nutrição, higiene, lavanderia, manutenção, serviços de diagnóstico por imagem, serviço de controle de infecção hospitalar e serviços de terceiros como: hemodiálise, oncologia, fisioterapia e laboratório.

Em média, 70% dos pacientes do hospital são usuários do Sistema Único de Saúde e os demais são pacientes que possuem outros convênios ou particulares, sendo os mesmos atendidos por um corpo clínico das mais diversas especialidades. O Hospital conta com 410 funcionários dos quais 220 são da área de enfermagem: 25 enfermeiros e 195 profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem). A jornada de trabalho diurno é de 6 horas totalizando 36 horas semanais. Duas equipes se revezam na cobertura do noturno, em plantões

de 12 horas. Em seus turnos de trabalho, os enfermeiros exercem predominantemente as funções de supervisão e liderança de equipes.

A chefia de enfermagem é exercida por uma enfermeira que também é docente de um curso de graduação em enfermagem, na mesma localidade. Atualmente, nem todas as unidades de internação possuem enfermeiros em todos os turnos de trabalho, com exceção das unidades de terapia intensiva que contam com enfermeiro vinte e quatro horas por dia.

4.3 Os sujeitos do estudo

Os sujeitos foram pacientes internados em uma unidade de clínica médica e enfermeiros gerentes de equipe que atuam no hospital, cenário do estudo. Os pacientes internados pelo SUS em enfermarias com três leitos apresentavam idade entre 20 e 80 anos, sendo 8 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, todos com experiências de internações anteriores. Os enfermeiros participantes do grupo focal caracterizavam-se por serem todos do sexo feminino, no exercício da função de gerente de unidade de internação. Os critérios de seleção são explicitados na descrição das técnicas de coleta de dados, a seguir.

4.4 Técnicas de coleta de dados

Em um primeiro momento, coletaram-se informações por meio de entrevistas com pacientes de uma unidade de internação clínica e mediante observação simples da ambiência desse local. Em um segundo momento, foi realizado o grupo focal com enfermeiros gerentes de equipe.

4.4.1 Entrevista semi-estruturada

A entrevista é referida como um importante instrumento na coleta de dados nas pesquisas qualitativas, pois permite ao pesquisador manter interação face-a-face, com o

pesquisado. Constitui-se uma forma de interação social, de diálogo assimétrico em que uma das partes busca coletar informações relevantes e a outra, se apresenta como fonte de informação⁽⁴²⁾. Na presente investigação, a entrevista semi-estruturada mostrou-se adequada, pois se desenvolveu a partir de um esquema básico, previamente organizado, oferecendo bastante flexibilidade na condução do diálogo face-a-face, possibilitando captar melhor os aspectos subjetivos e objetivos envolvidos na comunicação como expressões faciais, tons de voz, gestos, dentre outros.

Para determinar o número de entrevistas, neste módulo, considerou-se que nas pesquisas qualitativas a amostragem deve abranger a totalidade do problema nas suas múltiplas dimensões, não sendo relevante a quantidade de sujeitos entrevistados, mas a qualidade do material empírico resultante das entrevistas, até o momento em que se alcançasse a saturação dos dados. Esse fenômeno que consiste na repetição do teor das falas dos sujeitos foi observado aproximadamente na décima segunda entrevista, não mais alterando os resultados das informações prestadas^(42,44). Assim, **foram realizadas doze entrevistas com pacientes internados em uma unidade de clínica médica, nos meses de outubro e novembro de 2008**, adotando-se os seguintes critérios de inclusão: estar internado há mais de 24 horas e já ter vivenciado a experiência de internação em uma enfermaria com outros pacientes; estar orientado, consciente.

A duração das entrevistas oscilou entre vinte minutos e uma hora e as mesmas ocorreram à beira do leito, utilizando-se um roteiro (Apêndice D) com perguntas que indagavam sobre a privacidade no cenário hospitalar.

4.4.2 Observação simples

A observação simples ocorreu em dois momentos, iniciando por ocasião da admissão do paciente no setor de internação até sua acomodação no leito. O segundo momento consistiu na observação do ambiente de uma Unidade de internação, nos aspectos que interferem na privacidade do paciente. **A observação ocorreu nos dias 25 e 26/11/2008, entre 07:00 e 13:00 horas.**

Esta técnica de coleta de dados possibilita registrar os movimentos, os discursos, as ações dos sujeitos e o ambiente no cenário da prática dos atores sociais. Permite ao investigador entrar em contato com a realidade a ser estudada, olhar para ela e proceder ao

registro de todas as manifestações durante o processo das relações interpessoais presentes na equipe de enfermagem, ou seja, descrição do ambiente, dos sujeitos, das ações, dos conflitos, das ocorrências, das comunicações verbais e não verbais, das atitudes e comportamentos no desenrolar do cotidiano e, ainda, favorece o processo de reflexão do próprio ato de observar⁽⁴⁵⁾.

Nesta pesquisa, a observação simples foi utilizada para potencializar os resultados das entrevistas. Buscou-se não apenas apreciar o contexto visando estabelecer possíveis associações deste com o tema em estudo, mas também observar as interrelações que nele se desenvolviam, tentando “penetrar em sua estrutura íntima, inclusive não visível ou observável à simples observação ou reflexão, para descobrir suas relações e avanços no conhecimento e seus aspectos evolutivos”⁽⁴⁵⁾. Utilizou-se um roteiro norteador de observação, focalizando o posto de enfermagem, os corredores internos da Unidade de Internação e as enfermarias. As anotações de campo consistiam fundamentalmente em descrever as manifestações observadas nos sujeitos, no ambiente físico e nas circunstâncias que o rodeavam e contextualizavam, constituindo-se nas primeiras buscas espontâneas de significados, explicações sobre o tema abordado.

Buscou-se um direcionamento pautado no objeto de estudo, ou seja, a privacidade do paciente em ambiente hospitalar. Para tanto, realizou-se o registro dos eventos com a maior fidedignidade possível, visando compreender a totalidade do que foi observado.

4.4.3 Grupos Focais

Esta técnica de coleta de dados foi proposta e aplicada pela primeira vez no campo das ciências sociais em uma investigação sobre o potencial de persuasão de propaganda durante a segunda guerra⁽⁴⁶⁾. No Brasil, um estudo⁽⁴³⁾ constitui-se em importante instrumento teórico metodológico que vem contribuindo com os pesquisadores que desejam utilizar, em seus estudos, essa técnica de pesquisa. As autoras consideram que a técnica, além de sua utilização nas áreas Mercadológicas e de Educação em Saúde, vêm sendo utilizada com ênfase em investigações no campo da enfermagem. Pode ser definida como um método de pesquisa qualitativa que possibilita entendimento de diferentes concepções sobre um determinado tema, pensado de forma coletiva num dado contexto e momento histórico⁽⁴⁷⁾. Esta técnica contempla “a possibilidade de intensificar o acesso às informações acerca de um fenômeno,

seja pela intenção de gerar tantas possibilidades ou pela averiguação de uma idéia em profundidade”⁽⁴³⁾. Considera-se fundamental, para o sucesso da técnica, que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado.

Neste estudo, o convite para compor o **grupo focal** foi dirigido a todos os enfermeiros gerentes de unidades de internação e **foi consolidado com 10 sujeitos, enfermeiros gerentes**, considerando-se um módulo ideal de 6 a 15 participantes, descrito na literatura⁽⁴³⁾. Realizaram-se 5 encontros, no período entre 22/11/08 e 19/01/09, cada um com duração de 1h30min à 2h, uma vez por semana no período da tarde, iniciando-se às 14:00 horas até às 15:30 horas sem intervalo, conforme contrato grupal.

O local definido junto à coordenação de enfermagem para realização dos encontros do grupo focal foi o auditório da Instituição, o qual possibilitou aos integrantes sentarem-se em uma configuração de círculo, propiciando interação face-a-face. Esta configuração permitiu ao participante situar-se dentro do campo de visão dos demais, estimulando a interação entre os membros. O ambiente escolhido apresenta as condições necessárias para garantir o conforto e a privacidade dos participantes, tais como boa luminosidade, ventilação adequada, temperatura ajustada conforme necessidade, ausência de ruídos excessivos, dentre outras.

Esses cuidados e atenções foram levados em conta pelo pesquisador, atentando aos momentos-chave que compõem uma sessão de grupos focais, ou seja, na abertura da sessão, na apresentação dos participantes entre si, no esclarecimento sobre a dinâmica de discussões, no estabelecimento do *setting* (contrato grupal), nos debates propriamente dito, na síntese dos momentos anteriores e no encerramento da sessão, dentre outros⁽⁴³⁾.

A utilização da técnica de grupo focal envolveu planejamento cuidadoso e flexível, sendo que em cada sessão grupal existem momentos-chave que norteiam o seu desenvolvimento. O momento introdutório visa descontrair os participantes, estabelecer regras básicas da sessão, enfatizando a confidencialidade e esclarecer algumas questões que os participantes tenham sobre o processo grupal.

Na primeira sessão do grupo focal, em sua abertura, incluiu dar as boas vindas e agradecimento às enfermeiras pela participação, a apresentação do pesquisador e da observadora, apresentação das participantes entre si, as informações relativas aos objetivos da pesquisa e sobre a técnica utilizada. O pesquisador esclareceu que a dinâmica de discussões se daria a partir dos temas geradores levantados nas entrevistas e observações. Estabeleceu-se o *setting* ou contrato grupal, constituindo-se em regras básicas de convivências entre todos os envolvidos, no sentido de preservar o compromisso ético entre pesquisadores e pesquisados.

Ao finalizar o encontro, o pesquisador realizava uma síntese dos temas discutidos, visando definir com o grupo como os dados poderiam ser utilizados. Nesse momento, realizavam-se os acertos e combinações finais para o próximo encontro.

A presença de uma observadora é considerada por alguns autores de extrema importância, entendendo que esta pode auxiliar, assumindo uma observação do tipo participante. As atribuições da observadora, nesta pesquisa, consistiram em contribuir no apoio logístico mediante monitoramento dos equipamentos de gravação, preparo do ambiente físico, registrar em diário de campo as formas não verbais de comunicação dos participantes, registrar o nome da participante no início de sua fala, com vistas a facilitar a compreensão dos diálogos, contribuir com perguntas esclarecedoras em casos de dúvidas^(43,48). A observadora convidada para participar desta fase da pesquisa no grupo focal é enfermeira, atualmente exercendo a função de Coordenadora de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do Município onde se realizou a pesquisa.

4.5 Organização e análise dos dados

Após transcrição literal, os dados das entrevistas foram confrontados com os dados da observação simples e submetidos à análise temática⁽⁴²⁾ como uma unidade articulada, num movimento concomitante e complementar na interpretação das falas dos sujeitos, enfatizando os elementos psicossociais subjacentes em suas verbalizações. Esse movimento de reflexão e análise do material empírico que se concretizou através da aproximação do empírico para o teórico e vice e versa, entre o concreto e o abstrato, resultou na obtenção de três categorias temáticas: exposição do corpo – de si e dos outros; postura inadequada da equipe de enfermagem; e acesso indevido ao prontuário do paciente. Esses resultados parciais constituíram-se em temas norteadores das discussões nas sessões de grupo focal, sendo objeto de reflexão e aprofundamento com os enfermeiros gerentes de equipe.

Os dados que emergiram do grupo focal também foram submetidos à análise temática, com o objetivo de descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação com os sujeitos, cuja presença ou frequência são significativas para o objeto analítico visado. Buscou-se descrever o conteúdo das mensagens, de maneira objetiva, sistemática, indo além do que estava sendo comunicado⁽⁴²⁾. Partiu-se de uma leitura de primeiro plano das falas, aprofundando-se de ir além dos sentidos manifestos no material empírico. Dessa maneira, os

procedimentos utilizados convergiram para o relacionamento de estruturas significantes com estruturas sociológicas – significado - articulando com suas variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem⁽⁴²⁾.

A análise temática desdobrou-se operacionalmente em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação adotando-se os passos preconizados por Minayo⁽⁴²⁾.

1ª Etapa: Pré-análise momento em que o pesquisador fez a escolha dos documentos a serem analisados, retomaram-se os questionamentos e os objetivos iniciais da pesquisa. Estabeleceram-se relações entre as etapas realizadas, elaborando-se indicadores que orientassem na compreensão do material e na interpretação final. A pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas, momento em que o pesquisador tomou contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; constituição do corpus resultando na organização do material de tal forma que pudesse responder a algumas normas de validade, tais como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade, a pertinência na tentativa de responder aos objetivos do trabalho; a formulação de hipóteses e objetivos confrontando-os com os iniciais, o que pode significar a correção de rumos interpretativos ou abertura de novas indagações.

2ª Etapa: Exploração do Material consistiu essencialmente na codificação, quando ocorreu a transformação de dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase o pesquisador geralmente adota, como primeiro passo, o recorte do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré-análise. O segundo passo se processou mediante a classificação e agregação dos dados, escolhendo-se as categorias teóricas ou empíricas que comandaram a especificação dos temas.

3ª Etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, momento em que se colocaram em relevo, as informações obtidas e a partir daí, realizaram-se inferências, abrindo outras pistas em torno de dimensões teóricas. A articulação do material empírico com a teoria embasou a construção de novas formas de apreensão da realidade.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade que desenvolve estágio no hospital, campo do presente estudo, obtendo homologação sob nº 055-04/PPH/08.

Para a coleta de dados, seguiu-se o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁴⁹⁾. Os procedimentos iniciais incluíram o contato com a coordenação do serviço de enfermagem explicitando-se os objetivos e os procedimentos metodológicos do estudo. Encaminhou-se ao Diretor Técnico da instituição, uma cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética, solicitando-se a autorização formal (Apêndice C) para a coleta de dados, incluindo as entrevistas com pacientes, a observação do ambiente de internação e o grupo focal com enfermeiros. Depois de cumpridas todas as exigências necessárias para inserção no campo de pesquisa, deu-se início a coleta de dados.

Tanto nas entrevistas como no grupo focal assegurou-se o anonimato e livre participação dos sujeitos no estudo. Garantiu-se aos pacientes a não interferência no cuidado e tratamento na Instituição em decorrência das entrevistas e, durante as mesmas zelou-se pela privacidade na obtenção das informações, com escuta restrita ao binômio entrevistador-entrevistado. Aos enfermeiros, garantiu-se que a participação no grupo focal não interferiria em seu vínculo empregatício. Obteve-se concordância para gravação em fitas cassete das entrevistas e das sessões do grupo focal, cujo material transcrito será guardado por cinco anos após a publicação dos resultados. Estes e outros aspectos constaram nos Termos de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE A, APÊNDICE B), os quais foram assinados em duas vias de igual teor, ficando uma cópia com os sujeitos e outra com o pesquisador.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram agrupados em três categorias temáticas: exposição do corpo de si e dos outros, postura inadequada da equipe de saúde e acesso indevido ao prontuário do paciente.

A apresentação de cada uma das categorias é iniciada pelo teor da análise do material oriundo das entrevistas com pacientes, adicionando-se informações obtidas por meio da observação do ambiente hospitalar. Posteriormente, agregam-se resultados das discussões transcorridas no grupo focal com enfermeiros gerentes de equipe, para cada tópico de análise.

Em um segundo momento (capítulo 6) elencam-se estratégias que foram construídas com os enfermeiros, no grupo focal. Com base nos resultados da pesquisa, são sugeridas ações concretas, viáveis de serem implementadas, do ponto de vista dos enfermeiros gerentes de equipe.

Realizou-se a codificação das falas dos entrevistados, estipulando-se códigos para facilitar a identificação e ancorar as citações das mesmas, nas categorias temáticas. Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, no momento das transcrições das falas, cada paciente recebeu um código de identificação, utilizando-se a letras E, seguida do número que indica o informante de acordo com a ordem cronológica em que ocorreram as entrevistas. As interlocuções empíricas oriundas das entrevistas com pacientes são identificadas como E1, E2, [...] E12 e o teor das observações com a designação OBS, seguida da respectiva data de realização. Para os participantes do grupo focal, adotou-se P1, P2, [...] P10 na identificação dos enfermeiros participantes do grupo focal.

5.1 A exposição do corpo – de si e dos outros

Esta categoria retrata uma importante questão ética que protagonizou as falas dos pacientes, sendo também realçada na observação, conforme é descrito na subseção 5.1.1. Esse conteúdo consistiu no tópico disparador dos debates com enfermeiros gerentes, no grupo focal, apresentado na sequência, na subseção 5.1.2.

5.1.1 No olhar da observação e com a palavra os pacientes

Os relatos obtidos nas entrevistas com os pacientes denotam vivências diversas, algumas positivas e outras negativas, envolvendo por vezes sentimentos de aprovação, outras vezes de contrariedade quanto à condução de situações que envolvem a privacidade e a exposição do corpo, de si e do outro, em ambiente hospitalar. Os pacientes manifestaram que a exposição do corpo ocorre notadamente durante os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, tais como o banho, a higiene, a troca de roupas, a troca de curativos, dentre outros. É preciso considerar que a exposição do corpo provoca constrangimento, desconforto, preocupação e insegurança, durante a internação, “condição agravada pelo que representa o ambiente hospitalar, às vezes hostil, descortinando fragilidade física e vulnerabilidade emocional do paciente, decorrentes do processo saúde-doença”⁽¹⁴⁾. As falas que seguem são ilustrativas:

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

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

“Eu tenho muita vergonha sabe, a gente foi criado na campanha [referindo-se à região do estado do Rio Grande do Sul, mais voltada à pecuária extensiva e produção de arroz em larga escala] com tudo muito reservado, então não se acostuma com essa rotina no hospital”. (E6)

Depreende-se que a exposição de si e do outro, na realização das ações de cuidado, gera desconforto no paciente, provocando receio e medo. Outros fatores também contribuem para o desconforto e a fragilização do paciente na internação hospitalar como o seu afastamento do convívio familiar, passando a conviver com normas, rotinas e diferentes pessoas, tendo que se adaptar ao ambiente hospitalar e às circunstâncias que interferem em seu estilo de vida. Necessita, ainda, sujeitar-se às determinações da equipe de saúde, às alterações em seu processo saúde-doença, podendo causar tensão, vulnerabilidade, sensação de desamparo, levando ao surgimento de estresse emocional, sensação de inferioridade, perda de controle, e da autonomia sobre si mesmo^(14,50,51).

O estresse psicológico, referido como uma experiência negativa, manifesta-se em decorrência da sobrecarga de fatores emocionais a que o indivíduo é submetido quando da exposição corporal, ultrapassando sua capacidade de adaptação às situações estressoras. Nessa situação, os mecanismos reguladores habitualmente encontrados para enfrentamento deste estado de tensão fazem com que o paciente busque ajustar-se ao ambiente hospitalar e suas peculiaridades. Dessa maneira, os sentimentos e emoções, quando não trabalhados convenientemente, podem desencadear alterações fisiológicas pela estimulação nervosa, interferindo diretamente na saúde do indivíduo⁽⁵²⁾.

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

“Eles fecham a porta para dar banho nele [paciente do leito ao lado], ficam sozinhos, mas a gente consegue ver tudo, porque não tem uma cortina ou biombo. [...] olha, até um lençol estendido aqui no meio não deixava a gente exposto”. (E4)

“Na hora de passar a sonda na bexiga daquela senhora [paciente do leito ao lado] elas [técnicas de enfermagem] pedem para os homens saírem do quarto, mesmo assim, as pessoas entram e saem. A porta fica só encostada, aí elas abrem a porta, espiam e vão embora. Às vezes é os familiares e acompanhantes dos outros pacientes, outras vezes, os funcionários da unidade ou de outros setores. [...] se fechassem a porta com chave, dificultaria um pouco a entrada, nesses momentos”. (E1)

“São poucos funcionários para dar conta de atender a todos como deveriam na hora de fazer o atendimento eles precisam fazer tudo rápido, porque tem outro esperando, às vezes não dá tempo de tocar nesses assuntos da privacidade, eu acho importante isso”. (E9)

Os relatos indicam que diversos fatores contribuem para a violação da privacidade do paciente no cenário hospitalar como a falta de biombo, de cortinas divisórias, as portas entreabertas, a circulação excessiva de pessoas, o “abre-e-fecha” das portas nos momentos de realização de procedimentos, a presença de pessoas curiosas que, por vezes, abrem as portas e espiam para dentro do quarto. Tais condições, embora presentes no cotidiano das instituições de saúde, parecem que não são suficientemente discutidas e refletidas pelos gerentes de equipe visando à adoção de práticas que modifiquem essa realidade. O relato acerca da transgressão aos direitos dos pacientes, referidas nas entrevistas, requerem atenção da equipe, visando garantir a privacidade daqueles a quem prestam cuidados.

Os dados das entrevistas confirmam importantes questões que permeiam os bastidores das instituições de saúde, amplamente discutidos na literatura^(14,53,54) e que integram o rol de condições inadequadas de trabalho, envolvendo limites e precariedades de recursos humanos e materiais e as conseqüências indesejadas dessa situação com repercussão na privacidade dos pacientes e na assistência oferecida. Dessa maneira, o cuidado oferecido é parcial e se limita, por vezes, à realização de ações do cuidado, caracterizando-se como um “somatório de procedimentos”⁽⁵³⁾.

Nas entrevistas foram bastante incisivos os destaques conferidos pelos pacientes quanto à possibilidade de chavear as portas para evitar a entrada de pessoas estranhas no quarto durante a realização das ações de cuidado. Entretanto, em outros relatos, os pacientes referiram não se importar com tal situação, o que remete a considerar a relevância da equipe questionar-se constantemente sobre a melhor forma de abordagem dessas questões com os pacientes, no ambiente hospitalar.

Ao responderem indagações sobre experiências positivas de respeito à sua privacidade no ambiente hospitalar, os pacientes associaram a privacidade à competência técnica ao conhecimento dos profissionais sobre os procedimentos que realizam. Outras dimensões envolvidas no cuidado como o respeito à privacidade, as relações interpessoais, a sensibilidade, a solidariedade, a ética e o respeito à autonomia dos sujeitos, não são destacadas como parte do processo de preservação da privacidade, conforme mostram as falas que seguem:

“Esta é minha primeira internação. Durante esses 18 anos, foi meu primeiro banho no leito que eu tomei. Eu precisei tomar no leito, porque estava com muita dor, o atendimento foi muito bom [...]. A toda hora vinham me ver, a gente percebe que a equipe se importa contigo, assim você fica mais seguro”. (E 5)

“Eu acho a equipe daqui muito competente, eles tem muita experiência e sempre que se precisa estão à disposição. [...] já internei várias vezes e acho bom o atendimento, aqui eu tenho tudo no tempo e na hora certa”. (E2)

As falas dos entrevistados deixam transparecer a pouca expectativa de alguns pacientes sobre a privacidade no cuidado recebido na instituição. Para eles, privacidade está relacionada à experiência dos profissionais que os atendem, associando idéias como prestatividade e gentileza no tratamento. Um estudo realizado com pacientes idosos sobre a invasão do espaço pessoal e territorial revela que as situações consideradas mais

desagradáveis referem-se ao desrespeito a modificações do espaço físico, isto é, quando sem permissão a equipe acessa gavetas onde estão guardados seus pertences⁽²⁴⁾.

As condições relacionadas ao ambiente físico e o modo como este é organizado, repercutem na preservação da privacidade do paciente, seja no seu respeito, ou violação. A precariedade de recursos materiais pode ter reflexos na qualidade da assistência oferecida aos pacientes, na medida em que dificulta a adoção de estratégias necessárias para garantir a privacidade do paciente. Pode-se citar como exemplo, a inexistência de biombos em quantidade suficiente, na unidade, a ausência de cortinas divisórias, a circulação excessiva de pessoas no quarto, o que pode aumentar a vulnerabilidade do paciente quanto à violação da privacidade. Destacam-se as anotações de campo:

A unidade de internação é composta de 14 enfermarias - 12 com 3 leitos e 2 com dois leitos - totalizando 40 leitos. Não há cortinas divisórias entre os leitos que, devido ao pouco espaço, ficam próximos uns dos outros. Percebe-se grande fluxo de pessoas no ambiente, incluindo profissionais de diferentes equipes: enfermagem, medicina, farmácia, fisioterapia, psicologia, nutrição, além de familiares dos pacientes que, pelos mais diversos motivos, entram e saem das enfermarias. Algumas portas das enfermarias permaneciam entreabertas, mesmo em momentos da realização de procedimentos. Constatou-se a existência de um biombo na sala de procedimentos, para utilização quando necessário. Durante o período em que o pesquisador permaneceu na unidade, não se percebeu a utilização do mesmo pela equipe de enfermagem, embora fosse horário de realização de higiene corporal dos pacientes internados na unidade.

Fonte: OBS. 25.10.2008.

A experiência da exposição de si e do outro, na internação hospitalar, ensejou aos pacientes refletirem sobre possíveis estratégias que podem ser adotadas pela equipe de enfermagem, no momento da realização dos procedimentos, tais como chavear as portas, utilizar lençol como divisória entre os leitos, visando resguardar sua privacidade. Por outro lado, tais estratégias, consideradas como adequadas pelos pacientes, precisam ser consideradas pela equipe de enfermagem, de forma a compatibilizar preservação de aspectos éticos e ao mesmo tempo cuidado seguro, ponderando aqui sobre a viabilidade de manter portas chaveadas, uma discussão a ser conduzida pela equipe sobre o procedimento mais adequado, em tais circunstâncias.

Nos relatos, os entrevistados confirmam que a manipulação do seu corpo pela equipe de enfermagem na realização de cuidados é necessária e inevitável, constituindo-se em experiência geradora de ansiedade, constrangimento e incerteza quanto ao prognóstico e evolução de seu processo saúde-doença. Reconhecem que, em situação de doença, há

necessidade desta intervenção como forma de ajuda na realização de ações, principalmente, quando o paciente, por si só, não consegue executá-las. É indiscutível que tais acessos, por vezes, são indispensáveis, considerando-se a necessidade de intervenção, contudo, questiona-se quais são os limites e as normas para a ação dos profissionais, tendo em vista os direitos do paciente^(9,14). As manifestações transcritas a seguir, sinalizam tais inquietações:

“Quando eu fiz uma cirurgia precisei tomar banho na cama, porque não podia levantar. Sabe, a gente fica envergonhado naquele momento, pois é outra pessoa mexendo contigo. A gente sabe que é necessário e que elas [auxiliares e técnicas de enfermagem] estão acostumadas a fazer isto para os pacientes, mas para nós não é comum, a gente fica impotente diante da situação e tem que aceitar. [...] imagina tu passar por tudo isso na frente dos outros”. (E12)

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

As manifestações anteriores revelam a sensação de impotência sentida pelos pacientes diante da exposição do seu corpo e do corpo do outro na realização das ações de cuidados, em ambiente hospitalar. Destaca-se a importância que assume o enfermeiro, no sentido de dialogar com a equipe, adotando postura reflexiva sobre a necessidade de incentivar a progressiva independência do paciente, através do diálogo, da mobilização do potencial subjetivo e transformador dos sujeitos envolvidos, para o exercício da autonomia. Nessa perspectiva, o desafio do enfermeiro gerente de equipe é de ser capaz de “analisar a prática cotidiana de cuidado em suas condições ambientais, culturais e sociais, possibilitando a construção de novas formas de pensar e agir, em direção a melhores práticas para o cuidado de si, do outro, do nós”⁽⁵⁵⁾. Assim, o cuidado assume características solidárias, implicando, não apenas em proteger a saúde e bem estar dos sujeitos envolvidos, mas preservando sua dignidade, assegurando sua privacidade e buscando sua autonomia.

A autonomia nas instituições de saúde, por vezes é equivocadamente confundida com independência, onde decorre que o respeito à pessoa resume-se a não interferência em suas decisões e escolhas. Assegurar a autonomia do paciente implica respeitar sua individualidade e subjetividade, sua capacidade de fazer escolhas, avaliar e decidir sobre questões que dizem respeito a si mesmo, ancoradas em informações e conhecimento das múltiplas possibilidades de ação. Ao enfermeiro, pressupõe o desafio de compreender a necessidade de criar espaços e legitimar a possibilidade de uma atuação diferenciada, em que as deliberações podem ser

compartilhadas, numa perspectiva de co-responsabilização e descentralização das decisões⁽⁵⁷⁾. Nessa perspectiva, a prática do cuidado implica em exercício da reflexão e de crítica sobre o fazer cotidiano, adotando-se uma postura de estranhamento, inconformidade e de ruptura com as práticas que possam resultar em transgressão aos princípios éticos, de desrespeito aos direitos do paciente.

Os fragmentos das anotações de campo descritos na sequência ilustram situações da prática cotidiana, em que se percebe a atuação profissional com ênfase na racionalidade técnica, em que o profissional busca seguir o cumprimento das normas e rotinas da instituição, preocupando-se com a competência técnica em suas ações, sem atentar para os aspectos subjetivos, envolvidos na relação profissional paciente. Constatou-se, através das observações realizadas, desde o momento da admissão do paciente até sua acomodação no leito na unidade de internação, que a equipe não dialogava com ele sobre aspectos relacionados à privacidade no ambiente hospitalar. A abordagem predominantemente referia-se à doença e ao tratamento prescrito, às rotinas das vistas médicas e dos familiares:

O paciente é recebido no setor de admissão acompanhado da esposa. Depois de cumpridas as formalidades para sua internação no hospital são levados para o quarto pelo técnico de enfermagem. No trajeto houve a necessidade de cobrir o paciente com cobertor, em virtude de manifestação de que estava com frio. Ao chegar à unidade de internação, no posto de enfermagem é recebido pelo técnico de enfermagem responsável pelo pacientes da enfermaria em que permanecerá internado. É colocado no leito com ajuda de familiares dos outros pacientes. A esposa solicitou ao técnico de enfermagem que lhe auxiliasse na troca das roupas do paciente. Este procedimento foi realizado na presença de familiares dos outros pacientes que estão no quarto. Enquanto se processava a mudança da roupa do paciente, o enfermeiro da unidade entrou no quarto observando a finalização das ações do técnico de enfermagem e do familiar. O enfermeiro indaga ao paciente, qual o motivo de sua internação. Após obter resposta, o enfermeiro prossegue na avaliação do paciente, realizando a anamnese e o exame físico inicial. Nesse momento, permanecem no quarto a esposa do paciente e um acompanhante do paciente ao lado. Menciona-se que na enfermaria não existem cortinas divisórias, não sendo utilizado, neste caso, o biombo disponível na sala de procedimentos.

Fonte: OBS. 25.11.2008.

As anotações de campo anteriormente descritas demonstram que o toque, o despir, a observação e a avaliação do paciente são ações comumente realizadas pelos profissionais que o atendem, demandando acesso a sua privacidade física, especialmente pela equipe de enfermagem. No período de internação hospitalar, o corpo do paciente “passa a ser de domínio da equipe de saúde”⁽⁵⁶⁾, estando associadas tais condições aos saberes técnicos que,

na ótica dos profissionais, permite-lhes acesso e manipulação irrestrita do corpo sem autorização prévia. Entretanto, questionam-se os limites dessa intervenção e manipulação no corpo do outro sem ferir sua privacidade.

Nesse sentido, diferentes estudos^(9,14,51,57,58) que enfocam a privacidade e a dignidade do paciente no cenário hospitalar vêm chamando a atenção para a importância do enfermeiro, na condução das questões que envolvem essa temática, nos diferentes espaços de atuação profissional. Estudos^(14,58), que abordam a privacidade e dignidade do paciente no ambiente hospitalar, asseveram que o processo de internação constitui-se numa ameaça presente à privacidade e dignidade do paciente, em decorrência da fragilidade que essa situação representa. Diante de situações como essas e a que se verifica no presente estudo, emerge a necessidade de estabelecer estratégias que incluam espaços para reflexão e trocas de experiências, valorizando situações problematizadoras, mediante participação de profissionais especializados como membros de comissões de ética e bioética, gerentes de equipe, visando melhor subsidiar e ancorar processos que resultem em nova postura para a ação.

Com base nos depoimentos, cogita-se sobre a inexistência de iniciativas concretas que incluam nos diálogos entre a equipe de enfermagem e paciente os aspectos que envolvem a privacidade, no cenário hospitalar. Isto possivelmente resulte da ausência de discussão da equipe sobre a temática, no cotidiano de trabalho. Pode decorrer também do descompromisso de alguns integrantes da equipe de enfermagem em relação ao atendimento ao paciente, desconsiderando a dimensão dialógica envolvidas no cuidado, em que a privacidade e os fatores nela envolvidos sejam temas do discurso.

Estas constatações podem ser indícios de que a equipe de enfermagem tem direcionado seu olhar predominantemente aos aspectos biológicos do corpo do paciente, não identificando e nem compartilhando outras possibilidades de valorizar os aspectos subjetivos envolvidos na relação profissional-paciente, em seu contexto de trabalho. Assim, tanto o profissional quanto o paciente podem ter dificuldade em compreender as situações que envolvem na privacidade e as estratégias a serem adotadas diante da exposição e manipulação do corpo, no contexto hospitalar. Dessa forma, o paciente, ao não ter clareza sobre a privacidade como direito, pode vir a ter limitações em suas reivindicações, comprometendo o exercício de sua autonomia e cidadania^(59,60). As falas que seguem sugerem essa possibilidade:

“Eles [referindo-se aos técnicos de enfermagem] não comentaram nada comigo sobre a privacidade, explicaram sobre o atendimento e o que eu preciso fazer para melhorar, mas como fazer para se trocar de roupa e banho,

não falaram. Eu acho que isso seria importante, pois demonstra preocupação e cordialidade com a gente”. (E3)

“Até agora ninguém me falou sobre privacidade, a gente sabe que aqui no quarto sempre vêm muitas pessoas, são três pacientes, mais os acompanhantes, então tem que merecer cuidado. [...] quando precisar, eles vão dizer o que fazer [...]”. (E5)

“Acho seria bom discutir com a gente, assim poderíamos escolher quem vai nos dar o banho, pois assim a gente ficaria mais à vontade com uma funcionária do sexo feminino, mas ninguém discutiu isso comigo, até agora”. (E10)

Por meio das entrevistas, cogita-se a possibilidade de que os pacientes necessitam de mais informações sobre a privacidade podendo assim alcançar melhor compreensão sobre a temática e, assim, reivindicar esse direito na internação hospitalar. Os pacientes referem que os aspectos abordados nos diálogos com a equipe enfocam predominantemente a organização do ambiente e do cuidado, não referindo abordagem sobre privacidade naquele contexto. Pode-se inferir que ao planejar as ações de cuidado, o líder de equipe não vem incluindo tais questões como prioritárias.

A falta de inclusão pelo enfermeiro de estratégias de preservação da privacidade ao planejar as atividades cotidianas, talvez esteja relacionado às limitações dos recursos disponíveis na instituição. Os enfermeiros se dão conta que estão diante de um dilema moral, pois reconhecem o que é correto e as ações que deveriam ser realizadas, porém, não conseguem seguir o rumo de sua consciência, em decorrência de obstáculos institucionais, “falta de tempo, relutância das chefias, constrangimentos legais [...], seja por dificuldades individuais de enfrentamento da situação”⁽⁶¹⁾.

Nessa dinâmica, a indecisão supera a atitude de protagonismo que, por vezes, recai sobre valores contraditórios ou cursos incompatíveis de ação, resultando em conflitos de valores. Os “valores” de uma pessoa são integrados à “personalidade”⁽⁶¹⁾, tanto para o desenvolvimento pessoal, quanto para alcançar a integridade moral, o que significa desenvolver uma perspectiva crítica através de um ponto de vista que permita analisar, aceitar ou rejeitar situações novas.

A privacidade configura-se como dever *prima facie* de todos os profissionais da saúde; constitui-se em uma obrigação que deve ser cumprida, a menos que conflite com outra obrigação de igual ou maior força⁽¹³⁾. Constitui-se em uma obrigação legal dos profissionais da saúde, pois está contida no Código de Processo Penal, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, nos códigos de deontologia da

enfermagem e da medicina. Envolve uma problemática, da qual derivam várias implicações éticas, que abrange a autonomia do paciente, seus valores, suas crenças, modos de ser e de viver dos sujeitos. Assegura ao paciente o direito de não ser observado sem sua permissão, o que requer respeito à sua vontade, ao exercício da autonomia. Exercer a autonomia pressupõe a capacidade do paciente de autogovernar-se, de escolher, avaliar, decidir, sem restrições internas e/ou externas, ou seja, é a legislação pelo sujeito sobre seus projetos de vida e de suas atitudes de liberação, decisão e execução⁽¹³⁾. Constitui-se em um princípio fundamentado no “critério ético da emancipação da razão humana, do direito sócio-político da decisão e da ação”⁽⁶²⁾. Nessa perspectiva, o sujeito regula quando e em que dimensão haverá invasão de sua privacidade.

Nas entrevistas, os pacientes referiram sentimentos de desconforto diante de situações em que houve exposição do seu corpo. Estudos apontam que no contexto hospitalar os pacientes dividem seu espaço com pessoas estranhas em momentos de fragilidade, submetem-se ao atendimento e a procedimentos que necessitam manipulação de seu corpo, situação esta que pode gerar ansiedade, inquietação com repercussão em sua saúde e bem estar^(14,24,51). Este cenário também é retratado em falas do presente estudo:

“Eu tinha muita vergonha, mas no dia da cirurgia, elas vieram cedo por volta das 5 horas, por aí, fizeram a raspagem, fizeram a lavativa [referindo-se à tricotomia e enema]. [...] Sabe eu fico constrangido, porque nunca passei por isso, mas o pior é ficar exposto na sala de cirurgia, era um entra e sai de gente e a gente fica constrangida. Eles não se preocupam, não é com eles”. (E7)

“De repente entra alguém, olha e vai embora, acho que só por curiosidade sabe [...] até durante a realização dos exames de RX eles não se preocupam muito em cobrir as pessoas”. (E1)

Os pacientes manifestaram constrangimento diante da exposição de seu corpo pela equipe de enfermagem, durante a realização do cuidado, demonstrando insatisfação e desconforto. Cabe alerta de que tais sentimentos, além de gerar ansiedade e estresse no paciente, podem resultar em alterações fisiológicas com repercussão em seu processo de recuperação. Em estudo que pesquisou a experiência da hospitalização vivenciada pelo pacientes na internação hospitalar, o autor⁽⁶³⁾ constatou a ausência de privacidade nos momentos de exposição do corpo do paciente durante a realização de exames e/ou procedimentos nas enfermarias. Assevera que os pacientes manifestaram reações de

indignação, constrangimento, vergonha, desrespeito e humilhação diante da exposição de seu corpo, nesse contexto.

Em outro estudo⁽⁵¹⁾ as pesquisadoras apontam a comunicação eficiente como uma ferramenta útil à interação profissional-paciente, visto que permite estabelecer uma relação de confiança, através da qual se pode acessar e conhecer as preferências e especificidades do indivíduo com relação à privacidade. Ressaltam também que a comunicação não verbal (expressão facial e corporal), por vezes, transmite mais os sentimentos e reações do paciente ante à intrusão de sua privacidade física, cabendo à enfermagem interpretá-la e agir de modo a respeitar e preservar sua privacidade.

Destaca-se que o toque e a exposição do corpo do paciente no ambiente hospitalar por vezes são inevitáveis e necessários, entretanto deve-se abordar com o paciente em que momento e em que circunstância podem ocorrer. A ênfase maior, geralmente, é dada ao tratamento médico do paciente no ambiente hospitalar, o que faz com que aspectos que envolvem a sua privacidade permaneçam em segundo plano, o que pode justificar o desconhecimento de alguns profissionais quanto a necessidade de respeitar a privacidade e dignidade do paciente⁽¹⁴⁾.

Ao direcionar o olhar para esse modelo de cuidado adotado pela equipe de enfermagem, como expressão de seus sistemas de crenças e valores relativos à saúde e ao cuidado, percebe-se que os fundamentos para agir não vêm sendo ancorados em um processo de reflexão e de crítica sobre seu fazer e as implicações deste para a saúde e bem estar do paciente. Diante dessa realidade, cogitam-se os seguintes questionamentos: as equipes de enfermagem dispõem de espaços para dialogar sobre suas ansiedades? O que os enfermeiros gerentes tem feito em relação a isso?

A circulação excessiva de pessoas no quarto é referida pelos pacientes como algo que gera desconforto e preocupação, aumentando a possibilidade de violação da sua privacidade durante a realização de algum procedimento. Para os pacientes, os curiosos são pessoas alheias ao cuidado que abrem e fecham as portas, sem se importar com a nudez e constrangimento de quem está sendo atendido, conforme transcrições a seguir:

“Eu não gosto quando elas [técnicas de enfermagem] vêm dar o banho e a gente tem que ficar descoberta. Naquela paciente ali do lado, quando vão dar o banho, elas viram ela para cá e para lá, não se preocupam com os outros acompanhantes se estão olhando ou não”. (E 1)

“Às vezes o quarto fica cheio de gente, por um lado é ruim quando tu precisa fazer alguma coisa, um procedimento que envolve partes mais íntimas, todo

mundo tem que sair do quarto. É bom e ao mesmo tempo é ruim porque expõe muito”. (E 12)

Os depoimentos mostram o constrangimento dos pacientes diante de situações que expõem seu corpo, mesmo diante de seus familiares, pois o fato de estarem acompanhando o paciente durante a internação, não significa ter acesso à sua intimidade. O cuidado, na esfera familiar e social, envolve carinho, afeto, preocupar-se com o outro, entretanto, “tais sentimentos não são compartilhados com todas as pessoas com as quais se convive”⁽¹⁴⁾. Por isso, ao tocar ou expor o paciente, deve-se atentar para aspectos como diversidade cultural, sexo, idade, classe social avaliando cuidadosamente suas reações diante das situações que envolvem a privacidade, no sentido de adotar condutas que sejam aceitáveis para ele.

A privacidade do paciente constitui-se em uma obrigação ético-legal que deve ser respeitada nas comunicações orais ou escritas, não apenas nas interações mantidas entre o paciente e a equipe de enfermagem, mas com os demais trabalhadores que participam do cuidado, assim como com seus familiares. Assim, é dever profissional da equipe de enfermagem, defender o paciente em todas as circunstâncias durante a realização dos cuidados, garantindo sua privacidade e o resguardo de sua autonomia conforme prevê o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (CDUSUS)⁽⁸⁾.

No cotidiano hospitalar não apenas aspectos relacionados ao ambiente físico representam ameaça à privacidade do paciente, mas também a postura adotada pela equipe de enfermagem, ao não se importar com comentários inadequados, realizados na presença dos pacientes. Essa postura pode gerar insegurança no paciente diante da possibilidade de ter seus dados divulgados sem sua autorização. Dessa forma, pode estar acontecendo um distanciamento entre seus atos e os fundamentos éticos adotados, à medida que o profissional sequer identifica o significado de seu cuidar de modo nítido.

Contemporaneamente, alguns autores^(14,50,58) vêm discutindo estratégias para o enfrentamento das questões que envolvem a nudez, a privacidade pessoal e territorial do paciente no ambiente hospitalar. Apontam para o estabelecimento da comunicação dialógica entre enfermeiro e paciente, a partir do compartilhamento de idéias, sentimentos e atitudes, como importante iniciativa, na consolidação de uma prática de respeito e valorização da relação sujeito-sujeito, enfatizando a intensa convivência e não a intervenção. O estabelecimento de espaços/momentos de discussão e reflexão acerca da nudez, no cotidiano de trabalho, contribui para melhor entendimento e compreensão dos trabalhadores sobre a

temática, podendo, assim, pautar suas ações e decisões, embasados em atitudes éticas adequadas de respeito à privacidade do outro.

Nas falas dos entrevistados e nas observações realizadas no ambiente da Unidade de internação não se percebeu com clareza a existência de espaços/momentos para reflexões e diálogos sobre a privacidade do paciente internado. Essa aparente ausência de espaços/momentos de reflexões acerca da temática entre os integrantes da equipe de enfermagem pode acabar repercutindo negativamente no estabelecimento de estratégias visando garantir esse direito do paciente, conforme mostram os fragmentos:

No interior do posto de enfermagem, há murais onde são afixados cartazes contendo informações relacionadas com a dinâmica de trabalho da Unidade. Observou-se a presença de cartaz que contém a proposta de temas da educação continuada para serem abordados junto à equipe de enfermagem para o ano em curso. Os assuntos abordados incluem conteúdos relacionados ao aperfeiçoamento técnico, às normas e rotinas da Unidade, aos registros e controles ligados à assistência de enfermagem, às habilidades e competências profissionais da equipe para realização do cuidado, à avaliação clínica do paciente, dentre outros. A proposta de educação continuada para a equipe da Unidade, naquele período, não apresenta conteúdos que incluem a temática privacidade do paciente no ambiente hospitalar.

Fonte: OBS. 26.10.08.

Portanto, o programa de educação continuada, no período, não contempla o tema privacidade do paciente, o que pode ser um indicativo de que não se constitui em problema, naquele contexto. A ausência de um programa de educação continuada que resulte em mudança de postura da equipe em relação à prática de atendimento ao paciente, no que se refere ao respeito a sua privacidade, pode estar sugerindo que as necessidades de educação continuada da equipe de enfermagem na Unidade estejam centradas num enfoque que prioriza as habilidades técnicas, as normas e rotinas institucionais.

5.1.2 O que dizem os enfermeiros gerentes de equipe

A categoria “exposição do corpo – de si e dos outros” constituiu-se no tópico disparador das discussões com os enfermeiros gerentes de equipe, no grupo focal. Após relato

acerca dos resultados parciais obtidos nas entrevistas com pacientes e por meio da observação, investigou-se junto ao grupo sobre suas percepções desse conteúdo.

A partir desse questionamento, estabeleceu-se um breve silêncio, momento em que se observou ligeiro nervosismo no grupo, identificado pela observadora que permaneceu atenta às expressões não verbais dos sujeitos. Os participantes retomaram o debate, assinalando situações da prática cotidiana que revelam o descuido dos enfermeiros e da equipe de enfermagem com as situações que envolvem a privacidade do paciente na prática cotidiana como mostra o diálogo transcrito na sequência:

“- Eu penso que, às vezes, nós da equipe de enfermagem acabamos fazendo os procedimentos muito tecnicamente, esquecemos e deixamos o paciente muito à mostra. [...] às vezes, você faz o trabalho tão tecnicamente porque eu tenho dez pacientes para cuidar, para dar banho, então, você se despreocupa totalmente com o lado pessoal do paciente. Até nós, enfermeiros, quando vamos passar uma sonda chegamos ali e descobrimos o paciente, bem rapidinho, pedimos ao técnico me alcança isto, me alcança aquilo, vamos lavar a cabeça. [...] aí eu penso que tenho que passar a visita, tenho pacientes que não estão bem, esqueço às vezes que o biombo está ali do ladinho, é muito fácil puxar, ou pedir para o pessoal se retirarem, aos acompanhantes saírem do quarto e tu acaba fazendo aquilo sem pensar, acaba fazendo tecnicamente esquecendo-se dessa parte da privacidade do paciente. (P2)

- A questão também é do enfermeiro, eu acho que os enfermeiros das unidades, também estão deixando um pouco isso de lado, porque a equipe, ela é o reflexo de sua chefia, de sua supervisão, da pessoa que está liderando e coordenando os trabalhos. E isso, a gente percebe no dia a dia pelo acúmulo de tarefas, pela necessidade de cumprir horários, obedecer a normas e rotinas, o enfermeiro acaba se envolvendo nesse mundo tecnicista do trabalho no meio hospitalar, esquecendo dessas individualidades do paciente. (P3)

- Na realidade, há falta de uma educação desses profissionais. (P3)

- Quem são estes profissionais a quem você se refere? (Moderador)

- Nós enfermeiros e a equipe toda, começando pelo enfermeiro, pela equipe de técnicos, a partir da mudança de postura de cada um para se mudar isso. (P3)”

Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 22/12/2008.

O diálogo anuncia que os enfermeiros reconhecem a necessidade de preservar a privacidade do paciente, entretanto, questões como sobrecarga de trabalho, falta de tempo, organização do ambiente e ênfase na racionalidade técnica em detrimento da subjetividade do paciente são apontados como fatores que contribuem para a exposição do corpo de si e dos

outros. As manifestações explícitas dos sujeitos confirmam a ausência de discussão sobre o tema no cotidiano de trabalho, o que resulta em distanciamento dos enfermeiros da busca de estratégias para mudança da prática em relação à privacidade. Os múltiplos afazeres no dia a dia, a necessidade de cumprir as normas e rotinas da unidade, em seu turno de trabalho, também são referidas como “desculpa” para a não inclusão de temas referentes à privacidade dos pacientes em seu planejamento diário, permanecendo estas questões sem discussão nas equipes.

As manifestações dos enfermeiros mostram as contradições presentes no ambiente da instituição pesquisada, em que o discurso aponta para a prestação do cuidado humanizado, porém, os diálogos sugerem a manutenção de uma prática que enfatiza a competência técnica e a fragmentação dos sujeitos. Os enfermeiros reconhecem-se imersos em uma prática em que predomina a sobrecarga de trabalho, os múltiplos afazeres que extrapolam suas capacidades de pensar, planejar e agir, resultando, por conseguinte, em receio de não conseguirem realizar todas as atividades previstas para seu turno de trabalho. Diante desta realidade vivida no ambiente de trabalho, afloram sentimentos de medo de ser demitido em decorrência do não cumprimento das rotinas estabelecidas, por isso se submetem às determinações da instituição, negando não apenas a si, mas comprometendo o cuidado dos pacientes⁽²⁾.

Os enfermeiros, ao planejarem o cuidado, alicerçando-se na competência técnica, enfatizam saberes ancorados no modelo biomédico. Isto reafirma uma prática acentuadamente intervencionista que não visualiza o corpo para além da sua dimensão física, “um corpo com suas singularidades do viver e do sentir”⁽⁶⁴⁾, mas um corpo sujeito à intervenção profissional. Dessa forma, o corpo é reconhecido e descrito em suas funções fisiológicas, sendo apresentado através de síntese que o traduz sobre o olhar da clínica degradada⁽¹⁴⁾ que é resultante de uma mescla de políticas de saúde inadequadas com comportamento alienado dos profissionais que a praticam. Esse olhar sobre o corpo valoriza quantificações e parâmetros tais como tamanho, peso, porcentagens, sinais vitais, estabilidade, instabilidade. As práticas que se orientam nessa direção parecem não guardar relação com o olhar proposto pela integralidade da assistência ou pelo paradigma da complexidade⁽⁵⁵⁾. Convém que se repense, resgatando-se a concepção da prática em saúde como é teorizada na clínica ampliada⁽¹⁶⁾ que, em vez de excluir a dimensão curativa, contempla-a, porém o faz na perspectiva do sujeito e não com foco central na doença⁽¹⁶⁾. Pensar o cuidado, neste prisma, requer uma transformação não somente no âmbito da prática em que o cuidado é implementado, mas também no âmbito da política e gestão da saúde. Ancora-se na valorização das subjetividades, nas percepções, nos sentimentos, nas inter-relações que se constituem em prioridades ao se planejar o cuidado.

Os diálogos estabelecidos no grupo focal sinalizam que a postura adotada pelo enfermeiro repercute de maneira positiva ou negativa no comportamento da equipe, no que diz respeito à privacidade e dignidade do paciente. A repercussão positiva, neste caso, se estabelece quando o líder adota postura proativa que estimula a participação e discussões da equipe nas questões que envolvem a privacidade e a dignidade do paciente, no cotidiano do trabalho. A atuação do enfermeiro pautada no respeito, a si, aos pacientes e à equipe, no ambiente de trabalho, favorecem a consolidação das mudanças necessárias, visto que tais mudanças são inicialmente internas, mediante a viabilização de condições necessárias à construção e evolução de perspectivas para uma nova postura para a ação. A repercussão negativa acontece quando o enfermeiro líder da equipe adota uma postura de indiferença, de passividade frente a essas questões, não problematizando com sua equipe tais temas.

Os enfermeiros entendem que a abordagem de tais temas junto à equipe é necessária, assim como a cobrança de atitudes respeitadas para com o paciente que deve ser diária e incisiva, demonstrando interesse e valorização pela temática na prática cotidiana. O grupo entende que se não houver a cobrança por parte do enfermeiro, a equipe pode desinteressar-se em respeitar a privacidade do paciente nos momentos de efetivação do cuidado, conforme explicita a fala:

“O enfermeiro deve dar o exemplo cobrando da equipe que respeite o paciente, deve dar o exemplo ao atender o paciente, senão a equipe vai pensar [...] se a chefia que é a chefia, que deveria respeitar o paciente não faz, então por que eu vou fazer?” (P2).

Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 29/12/2008.

Os enfermeiros reconhecem a necessidade do líder da equipe assumir uma postura diferenciada de valorização e respeito à privacidade no ambiente hospitalar, no sentido de romper com a passividade e indiferença que aliena a equipe nessas questões. O grupo entende que uma das estratégias para mudança dessa realidade perpassa pelo compromisso ético dos enfermeiros gerentes, em incluir em seu planejamento diário as discussões com a equipe de enfermagem, acerca do tema, bem como o planejamento e direcionamento de ações de cuidado que convirjam para o respeito a esse direito.

A inclusão do tema privacidade do paciente em ambiente hospitalar, nos programas de educação continuada, como uma das estratégias para se mudar essa realidade, emergiu nos diálogos dos enfermeiros que consideram a necessidade desse processo tornar-se permanente,

permeando discussões não apenas na enfermagem, mas incluindo outras equipes. Tais discussões poderiam despertar nos trabalhadores um espírito crítico e reflexivo, para que sejam capazes de vislumbrar novas possibilidades de ação alicerçada em princípios éticos de respeito à dignidade e direitos do paciente. Nas manifestações que seguem, os enfermeiros apontam a educação continuada como possibilidade de inserir a temática da privacidade no contexto hospitalar:

“- Eu penso naquela educação continuada que se faz aquela reunião mensal que acontece, poderia servir para isso para discussão desse tema com a equipe e colegas. [...] Eu acho que deveria começar por aí, uma educação continuada com toda a equipe discutindo junto, mas uma educação capaz de produzir a mudança na postura de todos. (P2)

“- Tem que se investir na educação continuada como uma forma de trabalhar com os funcionários sobre a privacidade do paciente, a partir daí acho que se pode esperar mudança nessa realidade”. (P8)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 29/12/2008.

Os enfermeiros referem-se aos programas de educação continuada e educação permanente como instrumentos para a introdução da temática privacidade junto à equipe de enfermagem, o que pode resultar em mudanças da prática. Nesse sentido, convém estabelecer a diferenciação entre educação continuada e educação permanente. É necessário reconhecer que esses processos operam sobre relações de trabalho como relações sociais, que envolvem diferentes atores, com diferentes intencionalidades, concretizando-se, portanto, em um trabalho imerso em conflitos⁽⁶⁵⁾. Enquanto a educação continuada engloba atividades com finalidade mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades com duração definida e através de metodologias tradicionais, a educação permanente desenvolve-se a partir de estratégias de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Busca reconhecer o profissional como sujeito, e no centro do processo de ensino/aprendizagem⁽⁶⁵⁾.

O grupo debateu sobre a exposição do corpo de si e do outro a partir de suas vivências cotidianas, estabelecendo elos entre suas experiências e o assunto em pauta, convergindo para a emergência de questionamentos sobre o tema para sua melhor compreensão. A Participante 4 indaga ao grupo:

“Eu queria saber se quando a gente vai fazer um procedimento em um paciente e o paciente do lado está assistindo, olhando, isso também diz respeito à privacidade não é?” (P4)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 29/12/2008.

A partir desse questionamento, houve um breve silêncio, interrompido pela fala do Moderador que retomou a palavra, devolvendo a pergunta ao grupo:

“O que o grupo pensa sobre a pergunta da colega?”. (Moderador)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 29/12/2008.

Estabeleceu-se novamente o silêncio, um pouco mais prolongado, em que se percebeu a troca de olhares entre os participantes, talvez na expectativa que alguém respondesse o questionamento. Esse silêncio pareceu denunciar a insegurança, o medo dos participantes, diante de um tema para o qual, naquele momento, ainda não se sentiam suficientemente instrumentalizados, demonstrando a dificuldade inicial para lidar com uma nova situação. Explicita-se, assim, o medo do ataque, ao mesmo tempo em que são elaboradas e reelaboradas novas idéias acerca do tema. Os debates sobre este assunto foram retomados, no grupo focal, mediante intervenção de uma enfermeira que assim se manifestou:

“Sim, tem relação com a privacidade do paciente. Na verdade, qualquer exposição desnecessária é considerada invasão da privacidade, mesmo que seja dos pacientes entre si, pois é outro paciente, ele não gostaria de ser exposto, se estivesse na mesma situação. [...] a gente às vezes nem se dá conta, mas é comum no dia a dia, a equipe na tentativa de ajudar o paciente mexer em seus pertences, em sua gaveta, sem pedir licença”. (P2)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 29/12/2008.

Ao analisar as falas dos enfermeiros, em busca de conteúdos que explicitassem seu conhecimento sobre as situações da prática cotidiana que se configuram como violação da privacidade e suas implicações para o paciente, encontraram-se expressões que revelam tal compreensão. O grupo atribui aos fatores relacionados às condições inadequadas de trabalho como os que mais interferem na privacidade do paciente no ambiente hospitalar. Diante da necessidade de gerenciar a precariedade de recursos humanos e materiais presentes no campo

de estudo, os enfermeiros admitem não priorizar seu tempo para incluir a privacidade como assunto a ser discutido em seu cotidiano de trabalho.

É necessário atentar para a naturalização das condições inadequadas de trabalho em seu cotidiano, o que se estabelece mediante aceitação e passividade dos profissionais em aceitar trabalhar em tais condições, pois determinados modos de ser e de fazer adotados, não apenas comprometem e prejudicam os profissionais, mas comprometem o cuidado e a assistência aos pacientes^(2,53,66).

Os enfermeiros referiram que os ambientes das instituições hospitalares, notadamente os destinados aos pacientes do SUS, dificultam as ações que visam à preservação da privacidade dos pacientes. Reconhecem que, diante de tais condições, por vezes, não conseguem produzir uma qualidade de assistência que contemple necessidades sociais, psicológicas e espirituais dos pacientes, aspecto retratado no diálogo:

“- Temos uma unidade com 40 – 50 pacientes internados e quando tu vai precisar daquele isolamento, daquele biombo em mais de um quarto ao mesmo tempo, tu não tem porque a situação econômica da instituição não permite um biombo para cada quarto. (P2)

- Uma das dificuldades que eu encontro para não expor os pacientes tem a ver com a parte física hospitalar, que é inadequada; foi projetada assim, há muitos anos; é o que a instituição te oferece. (P3)

- Então você não tem, não dispõe de material sobrando, tem o mínimo necessário, essa é a realidade da nossa e de muitas outras instituições. (P8)

- É uma forma de você dar privacidade a ele, principalmente nas enfermarias que tem três, quatro, cinco pacientes no mesmo quarto. Às vezes, até o paciente passa mal, ou tem uma parada, tem que manipular com o paciente em parada, dentro do quarto, fica difícil para os outros pacientes”. (P4)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 29/12/2008.

Os enfermeiros referem-se ao ambiente físico das unidades como fatores que aumentam as dificuldades na implementação de ações mais efetivas para promover a privacidade do paciente. Diante de tais afirmações, acredita-se que um estudo sobre a problemática em discussão, centrado nas condições do ambiente físico, perpassa necessariamente a análise da realidade histórica e social das instituições hospitalares. Observa-se que os mecanismos de organização e estruturação dos hospitais na realidade brasileira em muitos casos favorecem a rotina da exposição do corpo do paciente⁽⁵³⁾.

Na mesma linha de discussão sobre as condições do ambiente físico interferindo na privacidade do paciente, o grupo debateu o que emergiu nas entrevistas com os pacientes e nas observações, no que se refere “às portas entre-abertas” expondo o paciente em sua intimidade, conforme as manifestações:

“Eu acho que isso é uma coisa que a gente tem que cobrar da equipe, tem que mostrar para nós mesmos e para os próprios funcionários, que deve haver respeito ao paciente; não deixar a porta aberta na hora dos procedimentos, tem que bater na porta, pedindo licença para o paciente para entrar no quarto, quando estiver fechada, porque tu está ali no quarto dele. Nós não somos donos do paciente, nem donos do quarto onde ele está”. (P5)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 3, 05/01/2009

“Me chama a atenção trabalhando na unidade, o fato da equipe entrar sem bater na porta. [...] mesmo que a porta esteja fechada, aí tu pega e entra como se estivesse na tua casa. [...] eu acho isso um desrespeito. Eu já estive com familiar meu internado, eu mesma já estive como paciente, a gente vivencia isso e sabe quanto isso é complicado”. (P7)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 3, 05/01/2009

“São poucas as instituições que permitem que as portas dos quartos fiquem abertas, pois o correto é todo o paciente que está dentro do quarto permanecer com a porta fechada. Pelo menos é o que a gente vê em outras instituições maiores, em outros lugares, tu não pode ficar com a porta aberta. Tu tens que estar com o paciente com a porta fechada, então eu acho que é uma coisa, às vezes até de rotina da instituição, cobrança da própria organização, não é, da enfermagem quanto a isso”. (P1)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 3, 05/01/2009

“Eu acho que se há necessidade de realizar um procedimento com exposição do paciente, tem que entrar e chavear a porta, porque se nós deixarmos só encostada alguém vai entrar ali, ou é alguém de fora, ou é alguém da própria equipe. Então já para garantir a privacidade do paciente, o melhor mesmo é chavear a porta”. (P2)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 3, 05/01/2009

“A gente tenta fazer alguma coisa para resguardar a privacidade do paciente, mas nem sempre é possível, por tudo isso que já se falou. [...] então a gente acaba ficando decepcionado quando não pode fazer muita coisa, tu pensa no final do dia, ah! podia ter feito isso, aquilo, mas sem condições”. (P3)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 3, 05/01/2009.

As falas do grupo mostram a preocupação dos enfermeiros com a privacidade do paciente, reconhecendo a necessidade de insistir com a equipe para que adote postura

respeitosa ao atender os pacientes, pois tal atitude pode minimizar os efeitos negativos da exposição de seu corpo. O grupo apontou algumas estratégias que poderiam ser utilizadas visando resguardar a privacidade do paciente no momento da realização de ações de cuidado, tais como bater na porta, pedir licença ao entrar no quarto e chavear as portas nos momentos de exposição do corpo do paciente. Considera-se relevante refletir acerca da estratégia apontada pelos enfermeiros de fechar as portas durante a realização das ações de cuidado no ambiente hospitalar, visto que em algumas unidades de internação atua apenas uma enfermeira. Se a porta estiver chaveada durante o procedimento, poderá dificultar acesso aos demais profissionais a essa enfermeira em caso de que ocorra uma intercorrência urgente na Unidade. Os enfermeiros referiram a necessidade de mais diálogo entre enfermeiro e equipe de enfermagem no sentido de discutir essa temática no dia a dia de trabalho. A partir do diálogo, na concepção dos enfermeiros, visualiza-se a possibilidade do estabelecimento de novas estratégias para serem adotadas na prática, durante a realização das ações de cuidado ao paciente.

As falas evidenciam, ainda, o desconforto e a sensação de impotência dos enfermeiros, quando não conseguem realizar ações mais efetivas visando proteger a nudez do paciente, o que, por vezes, resulta em preocupação e ansiedade ao não alcançarem seus objetivos. Quando isso acontece referem que se mobiliza uma sensação de impotência, parecendo que “faltou algo” por ser feito naquele dia de trabalho.

Estudos^(14,26) vêm demonstrando que a multiplicidade de fatores envolvidos na privacidade e intimidade do paciente em ambiente hospitalar mobiliza ansiedades, não apenas no paciente, mas também na equipe, em razão das múltiplas e complexas dimensões que envolvem a ambiência do cuidado. Destaca-se que as pessoas não conseguem conviver com tensões emocionais ou suportar as agressões cotidianas durante muito tempo. Essa situação se reflete diretamente na qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, no desempenho profissional⁽⁶⁶⁾.

Nesse sentido, a postura adotada pelo enfermeiro líder de equipe de enfermagem, assume papel relevante, no sentido de discutir com seus pares e estabelecer estratégias de superação de tais questões em ambiente hospitalar. Assegurar a privacidade e intimidade do sujeito implica a necessidade de adoção de postura proativa, de ação-reflexão-ação, respaldando-se em atitudes que direcionem condutas profissionais de respeito ao outro, pois a privacidade “deve ser entendida como um dever que emerge como o primeiro princípio ético da enfermagem”⁽¹⁴⁾.

Os diálogos no grupo mostram que a equipe de enfermagem não vem enfocando suficientemente com o paciente e/ou familiares, assuntos relacionados à privacidade, no contexto hospitalar. A ausência de diálogo pode reiterar o desconhecimento do paciente sobre esse direito, dificultando a compreensão dos pacientes sobre as estratégias que podem adotar para reivindicar esse direito. O diálogo a seguir ilustra como os enfermeiros visualizam essas questões na instituição em que atuam:

“- A própria repercussão da equipe que não está pensando tanto na valorização que se deve dar ao tema da privacidade do paciente, pois se eles não estão habituados a fazer isso no dia-a-dia, eles também não vão orientar e não vão tentar esclarecer isso para o paciente. A começar pelo supervisor que deve estar atento para essas questões no seu trabalho. Então, uma coisa leva a outra, é consequência. [...] é importante, mas primeiro, acho que tem que se trabalhar isso com as equipes. As equipes têm que se dar conta disso primeiro, aí sim, isso vai fazer parte da realidade. Isso não está acontecendo. Essa questão envolvendo a privacidade do paciente é tratada muito superficialmente, raramente é discutida na prática hospitalar. (P3)

- Acontece que um ou outro cuida dois, três, quatro não. Assim vai passando os dias e não se trabalham essas questões com os trabalhadores ou com os pacientes. (P6)

- Os próprios familiares às vezes não se tocam em cobrir os pacientes, não querem nem saber, falta orientar eles quanto a isso. (P1)

- Às vezes a gente se lembra de falar sobre horários de visitas, mostrar o banheiro, olhar o quarto, entretanto, esquecemos dessas questões que são básicas, não lembramos de abordar aspectos que estão envolvidos na privacidade do paciente. De repente poderia se implantar como rotina, abordar com os pacientes e familiares, questões ligadas à privacidade do paciente. (P5)

- Poderia se estabelecer como protocolos, porque com o tempo, com a correria da manhã, correria da tarde, daí tu acaba deixando de lado certas coisas que seriam tão importantes no respeito à privacidade e o direito do paciente. (P8)

- Eu acho que o profissional poderia ficar um minutinho conversando com o paciente, com os familiares, orientando o que fazer nos momentos de ir ao banheiro, quando colocar a comadre, quando trocar as roupas, cuidar de seus objetos pessoais. (P4)

- O que faltaria então é a conscientização de que deve se falar com o paciente e a família sobre isso para protegê-lo”. (P5)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 3, 05/01/2009.

As manifestações anteriores mostram que os enfermeiros identificam a necessidade de dialogar com os próprios pacientes e familiares sobre temas que dizem respeito à privacidade no ambiente hospitalar. Reconhecem que muitos fatores interferem nessa intenção como a sobrecarga de trabalho, a não priorização de tais temas no cotidiano das instituições de saúde, a falta de espaços/momentos que viabilizem discussões em grupo sobre a temática. Na área da enfermagem, vários pesquisadores^(51,67) vêm enfatizando em seus estudos, a comunicação como instrumento fundamental no processo de interação entre pacientes e equipe, constituindo-se em estratégia facilitadora para a proteção e independência do paciente. Através dos processos comunicacionais, as pessoas se influenciam reciprocamente, havendo intercâmbio de significados. Este pressuposto é realçado na obra pichoniana⁽⁶⁸⁾ de que toda a comunicação é bicorporal e tripessoal, sugerindo que entre duas pessoas existe um conteúdo intersubjetivo que se interpõe, a que se denomina o terceiro da relação, o qual corresponde às cenas internalizadas em nosso mundo interno, que projetamos na relação presente, e que, portanto, preexistem à situação atual, mas das quais nos utilizamos para ler, significar as relações. Essa noção remete aos vínculos que são estabelecidos com o paciente, importante recurso para o enfermeiro compreender as necessidades do mesmo a partir de sua realidade, podendo estabelecer estratégias de cuidado que melhor se aproximem de suas aspirações, pois mesmo quando a comunicação não é verbalizada, permite o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico, fundamentado na confiança e respeito mútuo⁽⁶⁸⁾.

A comunicação dialógica entre paciente e equipe facilita a expressão, a transmissão de saberes, de sentimentos, podendo efetivar-se numa relação direta, pessoa-pessoa, num ato de compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas, num intercâmbio de informações, de experiências, anseios e dúvidas. O compartilhamento de saberes entre equipe e paciente acerca das dimensões envolvidas no cuidado, pode acontecer no espaço da internação hospitalar. Por meio da educação transformadora, a equipe pode expressar as concepções sobre a privacidade que influenciam no comportamento dos pacientes sob seus cuidados.

O estabelecimento da comunicação dialógica entre a equipe é referido pelos enfermeiros, pois a entendem como estratégia capaz de consolidar um processo educativo que resulte em aprendizado de todos envolvidos no processo de cuidado. Os enfermeiros reconhecem que a comunicação e o diálogo são instrumentos fundamentais para o exercício da coordenação das atividades grupais, na Unidade, favorecendo a efetivação do processo de liderança. Entendem que o êxito desta liderança está relacionado à sua habilidade de comunicar-se com os liderados no sentido de alcançar os objetivos propostos, mediante a ordenação do pensar, do sentir e do agir como um conjunto articulado com vistas à garantia

do respeito à dignidade e privacidade dos sujeitos do cuidado. Os diálogos reafirmam essas constatações:

“- Eu penso que, para conseguir dialogar melhor com a equipe, há necessidade de adotar uma nova postura frente ao paciente. Vai depender de como nós abordamos o tema da privacidade nas reuniões com eles. [...] Ao mesmo tempo em que tu fala com teu funcionário, tu deve ouvi-lo, estabelecendo uma comunicação que avança, que ele te compreenda. É importante porque através de um diálogo aberto e responsável há compreensão sim, da equipe, assim pode facilitar a todos assumirem compromisso de mudança em relação ao respeito ao paciente. (P2)

- Aí entra o papel do enfermeiro líder da equipe, estabelecendo um bom diálogo com todos, buscando a cooperação da equipe, facilita a concretização dos seus objetivos na prática. (P9)

- O diálogo com o grupo, com a equipe é importante. Dessa forma são estabelecidas as melhores relações. Se houver cooperação de todos da equipe haverá melhores condições para mudar a prática, caso contrário é difícil mudar. (P3)

- Talvez até nem é tanto a questão da escala, de colocar mais profissionais para atender, mas do enfermeiro coordenador falar com a equipe, se comunicar bem com todos da equipe, mostrando por que deve agir dessa ou daquela maneira, porque não é para ele a melhoria, é para o paciente, mas no final todos saem ganhando. (P1)

- Na verdade, o funcionário até sabe como agir para respeitar a privacidade do paciente, mas com o tempo contado vai lá correndo e nem faz direito. [...] Me pergunto por que faz assim? [...] aí entra o papel da chefia da equipe, de conversar num clima de confiança, um no outro, chamar a atenção para mudar aquela forma de agir. (P5)”

Fonte: Grupo Focal, Encontro 3, 05/01/2009.

As falas indicam que os enfermeiros reconhecem a importância da comunicação e do diálogo junto à equipe de enfermagem, como possibilidade de adoção de uma nova prática, em que a privacidade do paciente seja vista como prioridade. Reconhecem a importância do enfermeiro líder de equipe problematizar com seus pares as questões que dizem respeito à privacidade do paciente, com objetivo de construir estratégias para garantir esse direito. Em suas falas, os enfermeiros reportaram-se novamente sobre a necessidade de estabelecer a educação continuada como uma estratégia capaz de operar mudanças da realidade, mediante a mobilização dos sujeitos envolvidos. Por outro lado, a mudança referida sedimenta-se em um modelo comportamental em que as atitudes para operacionalizá-las convergem para uma

predisposição à imposição, pois, a realidade apresenta uma prática fortemente alicerçada na racionalidade técnica com hegemonia da submissão e do enaltecimento do poder hierárquico. Questiona-se, no entanto, se a educação continuada constitui-se no melhor processo capaz de operar as mudanças necessárias e almejadas.

A educação continuada a que os enfermeiros se referem ainda permanece centrada no domínio das técnicas, sem mencionar outras dimensões tais como relacionamento humano, coordenação do trabalho em equipe, desenvolvimento da capacidade de lidar com os conflitos cotidianos, conforme situam as falas dos enfermeiros:

“A educação continuada tem que fazer com que o funcionário lembre do que foi dito, do que foi comentado, só assim ele pode internalizar a necessidade de mudança. Seria uma rotina que não está sendo cumprida. Eu acho que teria que começar por aí, uma educação continuada, mas uma educação a fim, daquilo que tu faz, e que tu retoma, que tu cobre uma postura e que a chefia esteja sempre em cima cobrando fazendo com que o profissional que trabalha ali naquele local tenha esta postura, assuma esta postura”. (P7)

“Mesmo que a gente inclua esse assunto na educação continuada, acho que as mudanças têm que começar por nós primeiro. [...] se você não insistir, as mudanças se tornam difíceis de acontecer, por tudo que envolve, a equipe, a chefia”. (P9)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 3, 05/01/2009.

Nas discussões do grupo focal, os enfermeiros mencionaram a educação continuada como uma possibilidade de ampliar os conhecimentos da equipe sobre as práticas cotidianas na Unidade de internação. Eles entendem ser viável incluir conteúdos que enfocam a privacidade e suas implicações para o paciente e trabalhadores da equipe de enfermagem na proposta de educação continuada. O grupo enfatizou a necessidade do líder da equipe adotar uma postura de “cobranças” contínuas dos trabalhadores da equipe de enfermagem, no que diz respeito à privacidade do paciente. Entretanto questiona-se qual proposta de educação permeia esse processo pensado no grupo: alicerça-se na horizontalidade das relações em que trabalhadores e pacientes podem contribuir na definição das estratégias mais viáveis para essa realidade, mediante o diálogo, a reflexão e convergência de objetivos? Ou, constitui-se em um processo determinado pela chefia de enfermagem sem que haja um convencimento da necessidade e importância da aderência de todos os trabalhadores da enfermagem com a participação dos pacientes na definição das estratégias a serem adotadas? Não se visualiza nos

diálogos do grupo uma proposta que inclua a Educação Permanente, capaz de envolver os trabalhadores no desenvolvimento de um processo educativo permanente que promova o desenvolvimento integral dos profissionais da equipe de enfermagem, alicerçado em conhecimentos e experiência do cotidiano.

5.2 Postura (in)adequada da equipe de enfermagem – uso da voz

Aborda-se a postura inadequada da equipe de enfermagem como uma importante questão ética nas relações de cuidado, no ambiente hospitalar, principalmente no que tange à concessão e troca de informações entre a equipe que, por vezes, podem violar a privacidade do paciente, ao realizarem comentários sobre experiências pessoais dos profissionais de enfermagem e/ou experiências vividas durante o atendimento de outros pacientes, em momentos inadequados ao contexto.

5.2.1 No olhar da observação e com a palavra, os pacientes

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

Integrantes das equipes de enfermagem e médica conversam em voz alta, situação que aconteceu envolvendo paciente internado na Unidade. Os comentários mencionados são de reprovação à atitude adotada pelo paciente e familiar, ao reivindicarem determinada postura da equipe na prestação do cuidado. Tais comentários podem ser ouvidos por familiares de outros pacientes, visitantes, profissionais alheios ao cuidado, pessoas do setor de manutenção, limpeza, Rx, etc. No posto de enfermagem, a equipe comenta em voz alta sobre situação que diz respeito à vida privada de determinado paciente, o que é compartilhado por outros profissionais, não apenas os envolvidos no processo de cuidado.

Fonte: OBS. 26.10.2008.

No ambiente hospitalar, as informações relativas ao diagnóstico e tratamento do paciente são compartilhadas como parte do processo de cuidado, sendo responsabilidade da equipe de enfermagem, especialmente do enfermeiro líder, a adoção de estratégias com intuito de garantir a privacidade e confidencialidade dessas informações. Os profissionais da saúde, assim como os funcionários de outras equipes, entram em contato com informações relativas ao paciente. No entanto, por dever de ofício, eles teriam autorização para o acesso apenas em decorrência da necessidade profissional. O desafio do enfermeiro líder de equipe consiste na adoção de estratégias, no sentido de prevenir que ocorram comentários sobre o paciente em locais inapropriados que extrapolam a ambiência do cuidado, tais como corredores, elevadores, refeitório, lanchonete, vestiários, transporte coletivo, entre outros. O enfermeiro líder de equipe necessita atentar para os locais vulneráveis à realização de comentários indevidos sobre o paciente como nos corredores da unidade, posto de enfermagem e sala de prescrição, salas de espera e nas enfermarias que agregam vários pacientes, separados ou não por cortinas. A divulgação de dados e informações privadas sem consentimento pode causar dano moral ao paciente, ferindo sua dignidade, pois o “direito à privacidade confere ao paciente um *status* de dignidade pessoal, em que se pode usufruir da independência para construir um círculo de relacionamentos de acordo com valores próprios”⁽⁶⁾.

Os relatos dos entrevistados apresentam situações da prática cotidiana que se configuram como postura inadequada da equipe de enfermagem diante dos pacientes, na medida em que seus integrantes realizam comentários sobre questões relacionadas à sua própria vida pessoal e sobre aspectos do atendimento que realizam a outros pacientes internados. Nas falas, há indicativos de que a postura assumida pela equipe, na relação com o paciente, vem sendo permeada pela indiferença, em que o sujeito do cuidado por vezes é desconsiderado em sua individualidade. Sentimentos de insegurança e inadequação podem se manifestar no paciente em virtude da observância do descompromisso da equipe para consigo, interferindo em sua privacidade e dignidade. Os relatos dos pacientes deixam transparecer que a conduta adotada pela equipe vêm se pautando em condutas eticamente inadequadas. Essa postura da equipe pode ser identificada nas falas dos participantes:

“Na outra vez que estive internada, reclamei para a chefia de enfermagem sobre as conversas do pessoal na hora que dão banho nas pacientes. Elas [integrantes da equipe de enfermagem] falam da vida pessoal dos funcionários, dos outros pacientes que estão internados [...]”. (E9)

“Não gosto quando eles [integrantes da equipe de enfermagem] ficam falando dos outros pacientes sobre coisas que a gente nem precisa saber. [...] Comentavam sobre a festa do aniversário do filho, do celular novo”. (E11)

Os excertos anteriores denunciam a contrariedade dos pacientes com os diálogos mantidos pela equipe entre si sobre assuntos que não lhes dizem respeito, no momento da realização do cuidado. Esta conduta ética da equipe referida nas entrevistas pode estar sinalizando a ocorrência de uma crise de valores permeando as relações estabelecidas entre profissionais da enfermagem e pacientes, convergindo para um distanciamento nos objetivos do cuidado. Tais atitudes podem denunciar a desestruturação de valores, em que o descuido com os princípios éticos parece assumir aspectos de normalidade, diante de uma nova cultura inserida nas várias maneiras de cuidar, nas posturas assumidas pelos trabalhadores⁽⁶⁶⁾.

Esta situação aludida nas entrevistas pode representar desrespeito ao paciente mediante a banalização que ocorre com a realização de comentários pessoais da equipe de enfermagem, durante a realização do cuidado. Por um lado, esta situação pode estar sinalizando despreparo da equipe em lidar com as questões éticas no cotidiano de trabalho, por outro lado, pode significar uma tentativa da equipe de aliviar as tensões que advêm do próprio trabalho, culminando em comentários não propícios e em momentos inadequados.

Um estudo⁽⁶⁹⁾ que investigou a compreensão de pacientes sobre a importância do relacionamento interpessoal e a frequência com que ela ocorre na relação auxiliar, técnico e paciente, constatou o despreparo que estes profissionais têm de se comunicarem adequadamente com os pacientes. Evidenciou que em razão da ênfase atribuída aos aspectos relacionados à qualidade no atendimento em saúde os pacientes e familiares são quem melhor avaliam os cuidados recebidos. A ênfase principal da avaliação não costuma centrar-se nas habilidades técnicas da equipe, mas sim, nas habilidades humanas, relacionadas à simpatia, à paciência, ao respeito e à atenção para com o outro. Assim, a qualidade na saúde é ressaltada no cuidado, pela maximização do bem estar do paciente mediante “a soma dos aspectos técnicos, das características da atenção interpessoal e as consequências fisiológicas e psicossociais”⁽⁶⁹⁾.

Os entrevistados referem contrariedade diante das manifestações verbais de integrantes da equipe de enfermagem, ao atribuírem ao próprio paciente à culpa pela sua doença e internação, o que pode ser identificado nas transcrições:

“Eu reclamei que a funcionária disse que as pacientes vêm para o hospital para evacuar, elas não têm culpa se fazem as necessidades na cama”. (E1)

“[...] O pessoal não tem muita paciência com os pacientes, chegam e já vão descobrindo a gente, nem esperam a gente se arrumar, às vezes, ainda reclamam como se a gente fosse culpado de estar doente”. (E12)

Os relatos sinalizam que determinados comportamentos da equipe de enfermagem não parecem contemplar as expectativas, os desejos e as necessidades do paciente, ao manifestarem sentimentos de desaprovação ao paciente no transcorrer do atendimento. É necessário um novo olhar para essas questões no ambiente hospitalar, constituindo-se um desafio, ao enfermeiro líder de equipe, discutir com a equipe, estratégias que propiciem reflexões sobre o atendimento aos pacientes, reafirmando os direitos e os deveres de ambos nesse processo^(22,61).

5.2.2 O que dizem os enfermeiros gerentes de equipe

O grupo de enfermeiros gerentes discutiu sobre a postura inadequada de integrantes da equipe de enfermagem, quando são feitos comentários em voz alta, no posto de enfermagem, sobre informações privadas do paciente, e que isto propicia o acesso a tais informações, por quem circula na unidade; houve menção aos técnicos e auxiliares de enfermagem que, durante procedimentos, realizam comentários sobre a vida pessoal dos funcionários e de pacientes.

Os enfermeiros fizeram alusão à ocorrência de situações cotidianas envolvendo a postura dos profissionais da equipe de enfermagem diante dos pacientes, nos aspectos que envolvem a privacidade e confidencialidade, resultando em problemas éticos. As falas sugerem ausência de reflexão por parte dos enfermeiros sobre as possíveis consequências da divulgação de dados relacionados ao seu diagnóstico e tratamento do paciente em momentos inapropriados. Essa atitude pode causar constrangimento no paciente diante da possibilidade de divulgação de informação que diz respeito à sua privacidade e intimidade. Nas ações do cuidado, a ênfase ainda permanece no desempenho técnico da equipe, em que o paciente é visto como objeto e não como sujeito do cuidado, conforme mencionado:

“- A gente não pára e pensa quem é o paciente, quem é o sujeito que está ali conosco, então a gente acaba, às vezes, até ultrapassando os nossos limites, as nossas vozes, enfim acaba às vezes falando e a pessoa está perto de nós. A

gente se preocupa mais com a parte prática e acaba deixando o objeto, ou seja, nosso paciente de lado. Ele se entrega com total confiança a nós, e, às vezes acabamos infringindo a ética daquele paciente, a gente também faz parte desse teatro da vida dessas pessoas. (P10)

- Lá na Unidade a gente expõe muito o paciente, começando por fazer as medicações, às vezes acabamos comentando de outros pacientes na frente deles. Expõem-se o paciente baixando sua roupa na frente de outros profissionais, isso não é correto, tratar de assuntos pessoais, ou de outros profissionais na frente daquele paciente. Enfim, penso que ali [...] o paciente é muito exposto, não há respeito, acabam dando risadas, falando coisas que não se deve, na frente do paciente, expondo muito o paciente. Já virou rotina [referindo-se à transgressão]. (P8)

- Até na passagem de plantão, ali no posto de enfermagem que é mais aberto, se não cuidarmos nossa voz, até quem está passando no corredor ouve o que a gente está falando e, às vezes, estamos nos referindo ao seu familiar. É uma situação constrangedora para o paciente, então devemos tomar cuidado com o que dissemos, com o que revelamos entre nós, sobre os pacientes e seus familiares. (P1)

- Como é um assunto assim, que, a gente comenta bastante, também, tem sido assim no grupo, a respeito da privacidade do paciente, do cuidado com as informações que a gente manuseia sobre ele, é uma questão que para a gente também, às vezes é muito polêmica, principalmente porque a gente vê muita coisa do paciente exposto. [...] ele [paciente] muitas vezes, vem sendo meio esquecido, então, isso é uma coisa que faz parte da nossa atividade e a gente não pode deixar, sei lá, vários fatores interferirem para que isso não continue acontecendo. Mas a esse respeito, acho que o trabalho em grupo sempre tem uma coisa legal porque a gente pode falar o que a gente pensa, ouvir o que os outros também pensam. Às vezes, muitas vezes a gente muda de opinião não é, acrescenta algumas coisas na opinião da gente. (P8)”

Fonte: Grupo Focal, Encontro 4, 12/01/2009.

As manifestações deixam transparecer um sentimento de frustração dos enfermeiros, diante da realidade vivenciada, ao não conseguirem realizar o cuidado individualizado, em decorrência de fatores como acúmulo de atividades, necessitando ultrapassar seus próprios limites para assumir ações do cuidado. Percebe-se a inconformidade dos enfermeiros quanto à forma de atendimento prestado ao paciente, cuja ênfase na competência técnica desconsidera o sujeito em suas múltiplas dimensões, seus valores, suas crenças, modos de ser e de viver. O grupo reconheceu que determinados comentários da equipe de enfermagem, quando realizados em momento inadequado, podem gerar insegurança e desconforto no paciente.

As falas aludem à precariedade da estrutura organizacional da instituição de saúde, cuja condição recai na insatisfação dos pacientes em relação aos serviços prestados pela equipe, interferindo na natureza das interações mantidas entre ambos. Assim, muitas vezes,

pode haver uma predisposição para conflitos mal resolvidos, tensões e uma expectativa negativa quanto ao atendimento dispensado pela equipe de enfermagem.

A passagem de plantão é referida como um momento em que acontecem comentários sobre dados confidenciais do paciente. Dependendo do procedimento utilizado na passagem de plantão entre a equipe de enfermagem e do ambiente em que a mesma ocorre, pode se constituir em espaço de transgressão à privacidade e confidencialidade do paciente.

O grupo discutiu sobre a postura inadequada da equipe pelo fato de realizar agressões verbais punitivas aos pacientes, referindo-se às evacuações dos pacientes, deixando transparecer que a equipe se incomoda quando o paciente está defecado, conforme foi dito:

“- Isso é uma coisa que a gente escuta bastante nas Unidades, às vezes o familiar vem lá no posto de enfermagem pedir: ó, o paciente sujou a roupa, não sei o que. E o funcionário já sai meio que batendo boca, dizendo, ah, de novo, recém vim de lá, não sei o que lá. O paciente e a família às vezes percebem a contrariedade do funcionário. Cabe ao enfermeiro líder da equipe chamar a atenção deste funcionário, falar, ó vai fazer o que tem que fazer, pois, para isso você é responsável pelo paciente. Você foi contratado para realizar as ações de cuidado ao paciente. O enfermeiro enquanto líder da equipe deve conscientizá-lo de que isso faz parte das suas atribuições [...]. Faz parte da assistência de enfermagem, envolve todo esse cuidado, com as questões fisiológicas dos pacientes. (P6)

- Acho que às vezes um funcionário contamina os outros, então depende do grupo que está trabalhando, a forma com que o paciente é atendido, a forma com que o paciente é recebido no posto de enfermagem é diferente. Agora, se tem um mal humorado, que só reclama, muitas vezes acaba contaminando outros funcionários. Os outros também entram no jogo, porque é bem fácil tu aprenderes a fazer as coisas erradas, é bem ligeiro. É mais fácil do que fazer as coisas certas. [...] tinha uma funcionária contaminando os outros colegas. Quando os pacientes chamavam na campanha ela dizia: tocou de novo, por que já estão chamando. Demonstrava ficar irritada. Então, um faz com que os outros se contaminem com esse mau humor, essa má vontade e acabam não fazendo as coisas como realmente devem ser feitas. (P8)

- É o vício dos antigos, os antigos vão passando para os novos, os velhos já são cheios de vício, e os novos que vão chegando, chegam sem vício nenhum, mas acabam sendo contaminados com os vícios dos funcionários com mais tempo de casa. Então, nós, como enfermeiros, temos que conscientizá-los de que, se estão nessa profissão, devemos ter consciência de nossas responsabilidades com o respeito aos pacientes e com as atividades que devem ser executadas. (P3)

- Um dia desses, eu estava até me questionando assim, nós como chefes de equipe, de unidade, como é que a gente motivaria esse profissional, para não fazer isso e continuar sendo o profissional de sempre. Daí eu me lembro daquela palestra que alguns de nós foi, em que o palestrante falava muito que a motivação é responsabilidade individual de cada um. Então eu acho que, se todos tivessem essa consciência, porque na realidade, tu tem como

despertar algumas coisas no outro, mas muito vai da persistência dele. Então, é como diz o ditado, excelência não é um dom, é uma prática. Então a gente tem que insistir para as coisas acontecerem. Nas reuniões que realizo com minha equipe, eu chamo atenção, isso às vezes, motiva o grupo”. (P7)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 4, 12/01/2009.

Nas discussões, os enfermeiros enfatizaram a importância do processo educativo como possibilidade de promover mudanças na prática vivenciada. Embora não tenham clareza sobre a diferenciação conceitual entre a educação continuada e a educação permanente, admitem a necessidade de se investir em um programa que resulte em transformação profissional dos sujeitos envolvidos, colocando-os no centro do processo ensino-aprendizagem, a partir de suas vivências do cotidiano. Um estudo⁽⁶⁵⁾ que aborda os novos desafios para a formação de recursos humanos em saúde, chama a atenção para a concretização das mudanças, na prática, referindo que não basta ter uma opção teórico-conceitual para o desenvolvimento dos programas educativos. É necessário reconhecer que esses processos operam sobre relações de trabalho, como relações sociais, que envolvem diferentes atores, com diferentes intencionalidades, concretizando-se, portanto, em um trabalho permeado por conflitos. Tais situações de conflitos, se bem conduzidas podem ter efeitos positivos, podendo despertar sentimentos e energia como fatores motivacionais da atividade criadora e emancipatória dos sujeitos, ao romperem a rotina, desafiando a acomodação de idéias, estimulando a criatividade. É necessário o incentivo à educação plural e formadora de consciências; é importante também estimular o profissional da saúde a buscar a interdisciplinaridade^(6,65).

Os diálogos no grupo focal mostram que a postura inadequada da equipe, no cotidiano hospitalar, muitas vezes se concretiza mediante o trato rude e ofensivo dos profissionais de saúde para com os pacientes no momento de realização das ações de cuidado, o que pode comprometer a dignidade e a autonomia do sujeito do cuidado. Os enfermeiros reconhecem que a equipe, ao estabelecer um comportamento agressivo na relação com o paciente, inviabiliza a possibilidade da concretização de relações simétricas e solidárias. Nesse desencontro de necessidades e interesses, o cuidado humanizado que se efetiva pelo diálogo respeitoso e escuta qualificada, não se concretiza.

Os diálogos transcritos anteriormente mostram uma realidade ainda presente no ambiente hospitalar de muitas instituições de saúde brasileira, em que a atuação profissional reflete a falta de compromisso com o respeito à privacidade do paciente⁽⁷⁰⁾. Entretanto, destaca-se o crescente empenho que alguns profissionais e instituições de saúde vêm empreendendo, no sentido de melhorar e qualificar os serviços oferecidos aos cidadãos,

através da incorporação de noções vinculadas à humanização, à ética, ao respeito aos direitos dos pacientes e à cidadania. Ao focar a reflexão crítica sobre a tendência ética do enfermeiro para enfrentar as demandas das instituições de saúde, no novo século, um estudo⁽⁷⁰⁾ chama a atenção para uma revolução que começa a se desenvolver nos serviços de saúde, tendo como foco central o investimento no capital humano dos trabalhadores. O atendimento aos pacientes deve levar em conta as dimensões envolvidas no processo de cuidado como física, psíquica, social e espiritual, no sentido de realizar ações com competência técnico científica e humana. Para concretização desse objetivo, impõe-se ao enfermeiro líder o desafio de estabelecer estratégias para trabalhar com sua equipe, os aspectos que envolvem o relacionamento interpessoal equipe/paciente, em face da importância que representa para o cuidado humanizado, com repercussão na saúde e bem estar dos pacientes.

5.3 Acesso indevido a informações do prontuário do paciente

Nesta categoria, abordam-se aspectos relacionados ao acesso indevido às informações do prontuário do paciente como uma relevante questão com implicações éticas e legais que envolve não apenas a equipe de enfermagem, mas também profissionais de outras equipes que atuam no cenário da instituição em estudo. Principalmente diz respeito ao caráter sigiloso e à postura adotada por integrantes da equipe de enfermagem e outras equipes que, por vezes, sem motivo aparente, violam informações confidenciais relativas ao paciente internado naquele ambiente.

5.3.1 No olhar da observação e com a palavra, os pacientes

Um dos aspectos presentes nas entrevistas foi o acesso indevido às informações contidas no prontuário do paciente por pessoas não envolvidas em seu processo de cuidado. Nos depoimentos, os entrevistados explicitam preocupação com a possibilidade de divulgação de dados sobre si:

“Eu vi o pessoal de enfermagem deixar a pasta [prontuário] do paciente em cima da mesa de cabeceira, ali estão os dados daquela pessoa, que por descuido podem ser visto por alguém curioso. Deve-se ter atenção a esses detalhes, pois é preocupante”. (E9)

“Um funcionário comentou que teve acesso aos dados de um conhecido que estava internado em outra Unidade. Por trabalhar na instituição isso se torna mais fácil para conseguir essas informações”. (E4)

“Às vezes a gente pode identificar de quem eles [membros da equipe de enfermagem] estão falando, quem é a pessoa, qual é a doença que tem, principalmente quando é alguém importante existe muita curiosidade das pessoas”. (E7)

“Assim ó, eu não gostaria de saber por outra pessoa o que eu tenho, qual é a minha doença. São coisas que só a mim interessam”. (E1)

As manifestações referem-se aos sentimentos e reações dos pacientes diante da divulgação de dados relacionados à suas condições de vida e de saúde por quem tem o dever de preservá-los. Assim, destaca-se que a preservação do segredo sobre a saúde e bem estar dos sujeitos está associada tanto com a questão da privacidade quanto da confidencialidade. A privacidade, mesmo quando não há vínculo direto, impõe ao profissional o dever de resguardar as informações que obteve junto ao paciente, preservando o próprio paciente do acesso a dados privativos seus por quem não participa dos seus cuidados.

No ambiente hospitalar, o prontuário do paciente constitui-se em um instrumento bastante eficiente de intercomunicação entre as equipes de saúde por meio do qual os profissionais se comunicam, fornecendo informações com vistas ao planejamento e implementação de ações de cuidado. Pode ser considerado um importante meio de integração da equipe de saúde no ambiente hospitalar. Entretanto, o acesso indevido às informações contidas no prontuário do paciente constitui-se em transgressão aos princípios éticos, pois a garantia da confidencialidade acerca de informações nele contidas é um direito de todo cidadão, respaldado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso X que garante a inviolabilidade da vida privada, da imagem e da honra dos sujeitos. Este dever de preservação de segredo é previsto em nosso Código Penal, artigo 154, e na maioria dos códigos de ética dos profissionais da saúde. É dever de todos aqueles que, em função de sua profissão tenham acesso ao prontuário do paciente, de preservar o caráter confidencial sobre os dados nele contidos.

Os avanços tecnológicos na área da informática têm propiciado que muitas instituições de saúde adotem sistemas eletrônicos de informações, tais como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Nele são inseridas informações fornecidas pelo paciente em confiança durante

o atendimento ou, obtidas a partir de exames e procedimentos realizados com finalidades diagnósticas ou terapêuticas⁽⁶⁵⁾. As instituições de saúde e os profissionais que se utilizam dessa tecnologia são os fiéis depositários do prontuário e responsáveis por evitar que ocorra o acesso inadequado por parte dos profissionais de saúde e de outras equipes que atuam nesses ambientes.

Estudos^(14,71) apontam a desestruturação de determinadas instituições hospitalares para a promoção do cuidado como alguns dos fatores que facilitam o acesso indevido ao prontuário do paciente. Assinalam, dentre outros, que o modo como o ambiente é organizado, a dinâmica de trabalho nas unidades de internação, as inter-relações que se estabelecem inter e intra equipes, repercutem na privacidade do paciente naquele ambiente, conforme observação:

No posto de enfermagem há um prontuário que apresenta em sua parte externa a inscrição precaução respiratória [TBC+]. Na mesma folha, aparecem as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), relativa aos cuidados que a equipe de enfermagem deve adotar, ao realizar ações de cuidado naquele paciente. O diagnóstico é escrito em caneta vermelha para chamar atenção da equipe. Na porta do quarto desse paciente, também consta um formulário elaborado pela CCIH, afixado na porta, orientando às pessoas que entram em contato com o paciente, o uso obrigatório de máscara. No ambiente da Unidade observa-se a entrada e saída de profissionais de diferentes equipes (enfermagem, médica, fisioterapia, nutrição, manutenção, Rx, transporte de pacientes, secretaria, alunos de enfermagem e fisioterapia, dentre outras). Além dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, profissionais de outras equipes, também acessam ao prontuário do paciente.

Fonte: OBS. 26.10.2008.

Os fragmentos dessa observação mostram o ambiente da Unidade em que se desenvolvem inúmeros relacionamentos, entre profissionais de diferentes equipes que agem e interagem compartilhando espaços, informações tendo acesso direto ao prontuário do paciente. Nesse contexto, a possibilidade de violação das informações do paciente é uma constante. O enfermeiro líder de equipe, ao dimensionar as questões relativas à organização do trabalho, naquele espaço, necessita atentar para os aspectos envolvidos no acesso ao prontuário do paciente.

Embora as informações do paciente no ambiente hospitalar sejam frequentemente compartilhadas em virtude do planejamento e implementação das ações de cuidado, é necessário que o enfermeiro líder problematize com a equipe para ficar atenta e não incorrerem em comentários inadequados ou na revelação de dados privados que são disponibilizados no prontuário. Embora profissionais de outras equipes tenham acesso aos dados do prontuário do paciente, é a enfermagem que mais acessa e utiliza tais informações,

até mesmo em razão da assistência contínua, nas 24 horas. Estudo⁽²¹⁾ mostra que profissionais da equipe de enfermagem são os que mais acessam indevidamente as informações dos pacientes em ambiente hospitalar e que muitos desses acessos, se dão por mera curiosidade.

Mediante observação do ambiente da unidade, constatou-se a existência de informação sobre o diagnóstico do paciente, na parte externa do prontuário. Esta situação pode facilitar o acesso a essas informações por quem não participa de seu cuidado, havendo a quebra da confidencialidade. Embora seja um procedimento adotado como rotina institucional em presença de paciente com doença infecto contagiosa, objetivando prevenir o contágio dos profissionais que o atendem, por outro lado pode contribuir para a divulgação de informações privadas do mesmo. Determinadas rotinas adotadas nas instituições de saúde podem representar risco à exposição do corpo do paciente e de informações privativas suas.

Diante da realidade observada, questionam-se as rotinas adotadas pela instituição ao incluir na parte externa do prontuário, informações sobre diagnóstico do paciente.

5.3.2 O que dizem os gerentes de equipe de enfermagem

As manifestações no grupo sinalizam a ocorrência de situações da prática cotidiana de violação das informações do prontuário do paciente, no trabalho cotidiano. Embora todo esforço e atenção do enfermeiro líder no sentido de impedir que essa violação aconteça, nem sempre surte os efeitos desejados, conforme relatos:

“Na verdade, quem tem acesso a essas informações dentro da unidade, quem é? É a enfermagem, o fisioterapeuta e o médico. Outros, quem? Outras pessoas não têm acesso, por exemplo, o pessoal do RX não tem porque mexer em pastas, a não ser que a gente permita não é. Na realidade eles não têm essa liberdade de ir até a pasta do paciente, nem o prontuário. Para obtenção do carimbo, ele não precisa necessariamente ir até o prontuário, pode através da secretária, orientar o trabalho dele. Ele passa, carimba e vai embora, não precisa, pois o diagnóstico está lá dentro do prontuário. Eu acho que o grande problema disso, não são as pessoas de fora que pegam o prontuário. Eu sinceramente, eu nunca vi, pessoas desses setores pegarem. O problema maior está na equipe que leva a informação. É através da equipe que acontece a veiculação [...]”. (P4)

Fonte: Grupo Focal Encontro 5, 19/01/2009

O grupo apontou o ambiente da Unidade de internação e a circulação excessiva de trabalhadores de diferentes equipes como condições desencadeadoras de ocorrências da invasão da privacidade do paciente, durante a realização dos cuidados e procedimentos, bem como aumentando a possibilidade do acesso indevido a dados confidenciais. O estabelecimento de um processo de discussão e reflexão sobre a temática no cotidiano do trabalho pode operar transformações na forma de agir da equipe, potencializando o processo de interação entre os profissionais da saúde visando às necessidades de cuidado dos pacientes. Em situações em que a violação da privacidade é necessária e inevitável cabe ao enfermeiro auxiliá-lo a lidar com a possível perda da mesma, pois, na internação hospitalar, os pacientes deparam-se com dificuldades em manter a sua privacidade e individualidade, encarando a hospitalização como fator de despersonalização⁽⁵¹⁾, conforme mostra o diálogo:

“- A curiosidade às vezes se manifesta quando chega uma situação nova, um pouco diferente que a equipe nunca viu igual, todo mundo quer ver, às vezes tem alunos que nunca se depararam com caso semelhante. Outras pessoas também ficam curiosas. O enfermeiro tem que estar atento e cobrar da equipe que proteja o paciente dos olhares dos curiosos. (P7)

“- Existem situações que fogem ao nosso controle, pois a todo o momento o paciente pode estar em risco de ser desrespeitado em sua privacidade, vai depender do profissional que estiver atendendo, uns têm mais consciência que outros, se dão conta da necessidade de cuidar a privacidade do paciente, outros não se importam. (P10)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 5, 19/01/2009

As falas deixam transparecer que embora os esforços empreendidos pelos enfermeiros no sentido de resguardar a exposição dos dados relativos à saúde e bem estar dos pacientes sob seu cuidado, há ocorrência de situações do cotidiano que ultrapassam seus limites e controles, pois envolvem profissionais de outras equipes de saúde. Os diálogos no grupo focal sinalizam que a equipe de enfermagem realiza comentários sobre questões que dizem respeito ao paciente em locais inapropriados, o que pode resultar em constrangimento ao paciente, familiares e equipe, correndo-se o risco de tais informações serem interpretadas de forma errônea. As falas anteriores revelam situação da prática cotidiana em que o enfermeiro, na tentativa de minimizar os efeitos negativos da divulgação indevida de informações sobre o paciente, atribui a culpa a outro profissional. As falas a seguir mostram as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para resguardar a privacidade do paciente no ambiente hospitalar:

“Eu acho que a gente perde um pouco o controle dos nossos prontuários, o prontuário fica muito exposto na Unidade, as pastas ficam ali, as secretárias pegam, levam, trazem, buscam. Eu acho que para mantermos um maior sigilo eu acho que tem que ser restrito o acesso aos prontuários. Teria que diminuir os riscos é claro. [...] a gente deveria pensar numa maneira de, então, diminuir os riscos desse prontuário chegar ao alcance de outras pessoas, mesmo que seja da equipe multidisciplinar, pois não há necessidade, por exemplo, do pessoal do RX saber qual é o diagnóstico do paciente. Lá na Unidade, ele entrega o laudo, não tem porque saber o diagnóstico do paciente. Ele sabendo o nome e os dados do paciente, é o suficiente. [...] eu acho que é uma maneira de tentar organizar melhor o acesso ao prontuário, isso não é uma coisa fácil”. (P8)

Fonte: Grupo Focal, Encontro 5, 19/01/2009

O comentário anterior aponta que o enfermeiro por vezes perde o controle, o domínio sobre as ações que se desenvolvem na Unidade de internação, ao dimensionar seu trabalho cuja centralidade enfoca as técnicas, não contemplando outras dimensões com o devido destaque. Dessa forma, as questões que envolvem a privacidade do paciente são marginalizadas, adquirindo um caráter secundário e rotineiro. Com a banalização da privacidade, a tendência é uma abordagem sem grande importância ofuscada pela centralidade conferida a técnicas e ao ambiente de trabalho.

Os enfermeiros reconhecem a necessidade de reorganização da dinâmica de trabalho da Unidade, visando diminuir ou impedir o acesso aos dados do paciente por integrantes de outras equipes que não as envolvidas diretamente no cuidado. Essa situação implica em dialogar com as equipes sobre a temática da privacidade do paciente em busca da adesão de todos os envolvidos na dinâmica de cuidado da Unidade e assim estabelecer novas formas de agir em relação ao acesso aos dados do paciente. As estratégias a serem adotadas, no entender dos enfermeiros gerentes de equipe, perpassam pela competência ética em que a sensibilidade profissional é constantemente confrontada no sentido de saber os limites de até aonde ir, o que fazer, quais as implicações do seu agir, no cotidiano de trabalho.

6 VISUALIZAÇÃO DE POSSIBILIDADES E CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS COM OS GERENTES DE ENFERMAGEM

Neste capítulo, busca-se demarcar algumas das estratégias que emergiram nos diálogos do grupo focal com enfermeiros gerentes de equipe de enfermagem constituindo-se em possibilidades de melhor conduzir as questões que envolvem a privacidade do paciente no cenário hospitalar.

No grupo focal, os participantes debateram as questões que envolvem a privacidade do paciente, enfocando em profundidade essa temática o que fez aflorar questionamentos que os levaram a discutir possíveis estratégias para lidar com essas questões. Percebeu-se a inquietação inicial dos enfermeiros diante da realidade vivenciada na instituição, em que a prática gerencial concentra-se predominantemente na dimensão técnica da gerência, ancorando-se numa abordagem clássica da administração, cujas estratégias não favorecem o desenvolvimento do trabalho em equipe e a realização do planejamento participativo. Ao se ocuparem prioritariamente com ações pontuais, envolvem-se com múltiplos afazeres, não dispendo de tempo para pensar e propor o que deve ser feito em relação à melhora nos aspectos relacionados à privacidade do paciente no ambiente hospitalar.

A partir dos debates, o grupo despertou para a importância de se interrogar qual o seu papel diante da privacidade do paciente, o que fazer para garantir esse direito, por que discutir com a equipe essas questões, e para que buscar alternativas às práticas atuais. Na busca de respostas a essas perguntas, foi resgatada a importância do olhar para outras direções, desencadeadas por uma postura que não se acomoda, mas que indaga e investiga em busca de novas perspectivas. O mérito dos debates desta importante questão foi de que se abriram horizontes para a descoberta de estratégias que representam um redimensionamento do como fazer em relação à privacidade do paciente em ambiente hospitalar. Juntamente com os enfermeiros, construiu-se um documento entregue à direção da instituição contendo as estratégias emergidas nos debates do grupo focal em relação à privacidade do paciente.

Os debates acontecidos no grupo focal representaram momentos privilegiados de debate e integração dos enfermeiros, entre si, favorecendo de forma significativa o aprimoramento das relações e o estabelecimento de vínculos que contribuíram para a definição de estratégias com vistas à preservação da privacidade do paciente. Em busca da construção do conhecimento sobre como melhor lidar com as questões que envolvem a privacidade, no cenário hospitalar, as estratégias aqui apresentadas fornecem subsídios para a

construção de modo de trabalho que favoreça o alcance de um cuidado de enfermagem que efetivamente responda às necessidades individuais de cada paciente. Tais estratégias emergiram a partir de um processo de análise e crítica da realidade e são sinalizadas a seguir:

1) Orientar a equipe de enfermagem para que feche a porta ao realizar procedimentos junto ao paciente, visando evitar sua exposição.

A proposta de orientar a equipe para fechar a porta do quarto ao realizar as ações de cuidado constitui-se em uma medida elementar, mas que implica em chamar a atenção da equipe para assegurar que seja cumprida por todos profissionais que atenda ao paciente. Os dados mostram que por vezes há descuido de alguns profissionais, aumentando a vulnerabilidade do paciente à exposição do seu corpo.

2) Colocar, na porta do quarto do paciente, uma placa indicativa informando “em procedimento”, toda vez que a equipe realizar algum cuidado que necessita exposição do corpo do paciente.

Esta estratégia poderia contribuir para a proteção da privacidade do paciente mediante a restrição do acesso às pessoas que não estão diretamente envolvidas no cuidado. Pode ser concretizada através da confecção de pequenas placas em papel cartolina colorida, cujo objetivo é chamar a atenção de que, naquele momento, a equipe de enfermagem realiza ações de cuidado que requerem a exposição do corpo do paciente.

3) Proporcionar aos integrantes da equipe de enfermagem que vivenciem situações de ensino-aprendizagem, mediante técnica de dramatização, em que ele mesmo seja colocado na condição de paciente, permitindo, assim, refletir sobre a exposição de si e dos outros.

A técnica de dramatização em que os papéis são vividos tal como na realidade pode sensibilizar o grupo, propiciando um momento de reflexão e análise acerca do cuidado ao paciente nos aspectos relacionados à privacidade, no cenário hospitalar. Análise e reflexão sobre o seu fazer cotidiano pode resultar em nova postura que inclua o respeito à privacidade do paciente.

4) Orientar a equipe de enfermagem para que, no momento do banho de leito no paciente, solicite que os acompanhantes de outros pacientes saiam do quarto;

Esta medida faz-se necessária porque, muitas vezes, os profissionais da equipe de enfermagem não solicitam que os acompanhantes saiam do quarto, o que por vezes resulta em transgressão à privacidade do paciente. No entanto, este procedimento deve ser objeto de reflexão da equipe, ponderando acerca da vontade do paciente, quanto à participação de seu familiar, principalmente na realização do cuidado em que necessita a exposição do seu corpo.

5) Restringir o acesso aos dados do prontuário do paciente apenas aos profissionais envolvidos diretamente em seu processo de cuidado.

O atendimento deste quesito pela equipe de enfermagem está previsto no CEPE que preconiza como dever do enfermeiro garantir o resguardo das informações sigilosas relacionadas ao paciente. Incumbe-lhe a responsabilidade de orientar a equipe de enfermagem sobre os aspectos envolvidos na privacidade, bem como de estabelecer as estratégias necessárias para sua concretização. Discutiu-se a importância de abordar questões desta natureza na Comissão de Ética Hospitalar que é o fórum especialmente instrumentalizado para subsidiar a equipe no encaminhamento das questões que envolvem a privacidade no contexto hospitalar, por meio da participação de equipe multiprofissional.

6) Nos casos em que o paciente necessita de cuidados especiais, ou esteja com restrição de visitas em decorrência de doença infecto contagiosa, utilizar uma placa com cores indicativas para representar o tipo de precaução adotada. Essas cores podem ser representadas por flores penduradas na porta do quarto

A adoção deste procedimento poderia evitar a revelação inadvertida do diagnóstico do paciente àqueles que visitam o ambiente hospitalar, evitando também atitude discriminatória do paciente portador de uma doença infecto contagiosa. Um dos aspectos positivos apontados pelos enfermeiros em relação a essa estratégia de códigos, consiste no diálogo que pode se estabelecer entre a equipe, os pacientes e familiares sobre essa temática que, segundo os gerentes de enfermagem, não vêm sendo enfocada na instituição em que atuam. Implica no estabelecimento de planos de ação adequados para a abordagem de tais conteúdos, com os atores envolvidos, instituindo-se espaços e os momentos adequados para sua efetivação.

7) Solicitar junto à direção da instituição a aquisição de mais biombos para disponibilizá-los à equipe de enfermagem nos momentos da realização de procedimentos no paciente.

Esta possibilidade envolve a apresentação de justificativas adequadas capazes de convencer a direção da instituição quanto à importância da privacidade para o paciente como diferencial de qualidade. O grupo debateu aspectos relacionados à instituição no que diz respeito às práticas e dinâmicas preconizadas pelo programa de qualidade total em que participam. Na percepção do grupo, as propostas do programa de qualidade visualizam a atenção aos pacientes como diferencial de qualidade e competitividade, por isso se tornaria fácil justificar a necessidade da aquisição de mais biombos para as Unidades no intuito de melhorar a assistência prestada aos pacientes. No grupo discutiu-se sobre o programa de qualidade e as novas tecnologias e sua influência na privacidade do paciente, compreendendo que os programas de qualidade devem ser questionados à luz dos princípios éticos quanto à sua utilização e ao sentido do seu uso. Os princípios éticos devem nortear a conduta dos profissionais da equipe em prol de um cuidado que assegure o respeito pelo ser humano.

8) Abordar sobre os aspectos relativos à privacidade na internação hospitalar com os pacientes e familiares .

Os enfermeiros reconhecem a importância da abordagem com o paciente e familiar sobre os aspectos relacionados à privacidade do paciente em ambiente hospitalar. Discutiu-se que a concretização desta estratégia implica em preparação da equipe para abordar essa temática com os pacientes e seus familiares. Viu-se que, para melhor discutir com a equipe esta temática, os próprios enfermeiros devem instrumentalizar-se no desenvolvimento de habilidades e atitudes que lhes permitam estabelecer um processo educativo que vai além do repasse de informações. Um processo de educação em que se possam articular saberes capazes de incorporar conhecimentos, atitudes pessoais e habilidades que estimulem a mudança de postura da equipe em relação à realidade vivida.

9) Incluir temas que enfatizam a privacidade dos pacientes no ambiente hospitalar nos processos de educação continuada junto à equipe de enfermagem

Nos diálogos, os sujeitos conferiram destaque à inclusão da temática privacidade do paciente nos processos de educação continuada como uma possibilidade de mudança no comportamento dos trabalhadores da equipe de enfermagem, podendo ocorrer maior valorização desses aspectos nos momentos do cuidado.

Os enfermeiros acreditam na educação continuada como fonte de reflexão e aprendizado por meio do qual se organizariam espaços e momentos para a discussão de estratégias que podem viabilizar o resguardo da privacidade do paciente naquele cenário. Entretanto, merece reflexão sobre a natureza das ações de educação continuada desenvolvidas na instituição, pois há indícios de que se constituem predominantemente em treinamento de habilidades enfatizando-se as competências técnicas. Depreende-se que a educação continuada aludida, ainda é pautada em modelos mais tradicionais de aprendizado, constituindo-se em treinamentos pontuais da equipe de enfermagem em relação a determinados conteúdos. Nessa abordagem, o objetivo principal da educação continuada é desenvolver habilidades manuais dos indivíduos para realizarem melhor as ações para as quais foram treinados, ou seja, o aprimoramento técnico, sendo incompatíveis, por vezes, o desenvolvimento de atributos psicológicos e atitudinais dos profissionais que participam desse processo.

Embora possam ter dificuldade em compreender o significado e a amplitude de uma proposta de educação permanente, os enfermeiros fizeram referência a essa estratégia como importante instrumento para mudança da prática em relação à privacidade do paciente. Os enfermeiros aludem a uma política institucional de qualificação de pessoal que ultrapassa a mera educação em serviço, que vai além da valorização e incorporação de conhecimentos científicos e tecnológicos de gestão no âmbito gerencial e que também problematiza a dimensão ética dos processos de formação e capacitação de pessoal. Nesse sentido, a aprendizagem significativa ocorre por meio de processos que consideram a pertinência dos conteúdos, os instrumentos e os recursos para a formação técnica alicerçada em um projeto de mudança da orientação política das ações no ambiente institucional.

Esse processo educativo, portanto, deve favorecer o trabalhador da equipe não apenas em seus aspectos técnicos científicos, mas principalmente deve contribuir para sua emancipação como ser humano, pois isto reverterá em benefício de todos e para todos envolvidos na e com a equipe de enfermagem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, de enfoque qualitativo, buscaram-se respostas às indagações e dúvidas emergidas ao longo da trajetória profissional, numa tentativa de compreender como os enfermeiros gerentes de equipe de enfermagem vêm enfrentando as questões relacionadas à privacidade do paciente, no cenário hospitalar. Partiu-se da tese de que as ações gerenciais do enfermeiro coordenador de equipe, quando planejadas e discutidas com base em pressupostos éticos, repercutem na preservação e respeito à privacidade do paciente.

Os dados foram coletados em um hospital geral de grande porte do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de entrevistas semi-estruturadas com pacientes internados em uma unidade de clínica médica, por meio de observação desse ambiente e de discussões em grupo focal com enfermeiros gerentes. O material, submetido à análise temática, gerou três categorias: exposição do corpo – de si e do outro; postura inadequada da equipe de enfermagem; acesso indevido ao prontuário do paciente.

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

É através do corpo que o ser humano se relaciona com o mundo, ele é o elo com o universo e outros corpos, como um ser livre, constituindo-se núcleo da ação moral. A liberdade permite-lhe estabelecer relações com os outros, com a natureza e a sociedade, devendo-se considerar a integridade, a individualidade e a força interior como essenciais para a concretização das interações com outros sujeitos e com a natureza, mediante reconhecimento e exercício da autonomia⁽⁷⁾. Entretanto, em decorrência de fatores relacionados ao ambiente físico, à cultura institucional, o paciente, por vezes, é desrespeitado em sua privacidade e dignidade. Tais fatores associados à condição de fragilidade, em razão da doença vivenciada na internação, podem interferir no processo de autonomia e tomada de decisão do paciente, necessitando que o enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem estejam atentos para auxiliá-lo a exercer sua autonomia.

Os dados das entrevistas com pacientes deixam transparecer a sua pouca expectativa sobre a privacidade no cuidado recebido na instituição. Para eles, privacidade está relacionada à experiência dos profissionais que os atendem, associando idéias como prestatividade e gentileza no tratamento.

Ressalva-se que a prática do cuidado implica em exercício crítico-reflexivo sobre o fazer cotidiano, em que não se abdique de uma postura de estranhamento, inconformidade e de ruptura com práticas que possam resultar em transgressão aos princípios éticos e em desrespeito aos direitos do paciente.

Identificou-se que as relações interpessoais entre equipe e paciente, no contexto do estudo, ainda são permeadas pela assimetria e verticalidade, em que os profissionais não têm favorecido que os pacientes expressem livremente suas vontades e prioridades. A equipe de enfermagem por vezes adota postura incompatível com propostas humanizadoras do cuidado, ao reproduzirem práticas alicerçadas em relações autoritárias. Posturas inadequadas da equipe foram relatadas, tanto por parte dos pacientes entrevistados quanto pelos enfermeiros gerentes de equipe. Tais fatos merecem reflexão acerca de como o enfermeiro gerente/coordenador de equipe encaminha essas questões em seu ambiente de trabalho.

No grupo focal, os enfermeiros aludiram à inadequação do ambiente físico, à deficiência de recursos humanos e materiais e à falta de tempo como fatores que dificultam o planejamento e a implementação de estratégias para a preservação da privacidade do paciente, no ambiente hospitalar. Também, em vários momentos das discussões, houve sinalização sobre uma prática em que outros aspectos relacionados à ética do cuidado como a humanização e a sensibilidade no contato face-a-face não vêm sendo priorizadas. Os enfermeiros mencionaram que, em suas atividades cotidianas, investem prioritariamente seu tempo na previsão e provisão de recursos para as ações de cuidado como, por exemplo, dispor de lençóis em número suficiente para a higienização dos pacientes ou contar com um número mínimo de profissionais para atendê-los em um turno de trabalho, assim como encaminhamento de equipamentos para consertos, dentre outros.

Os diálogos no grupo focal apresentaram indícios de uma prática hospitalar em que o líder de equipe não consegue concretizar o planejamento estabelecido, em decorrência de fatores alheios à sua vontade, com insuficiência de recursos humanos e materiais. Por vezes, o conhecimento e a competência gerencial para fazer frente às situações que se apresentam no cotidiano não têm o respaldo necessário da cúpula administrativa, dificultando sua atuação como líder de equipe.

O desafio parece estar na busca da concretização de uma prática em que a interação entre os profissionais possa encontrar um caminho para conduzir às ações do cotidiano, levando-se em consideração a multidimensionalidade do cuidado requerido pelo paciente, incluindo-se, aí, as questões que envolvem sua privacidade e dignidade.

Tanto nos debates do grupo focal como à guisa das considerações finais deste estudo, considera-se um desafio para o enfermeiro gerente aproximar as diversas motivações, sentimentos e desejos dos sujeitos, no trabalho em equipe, sem perder de vista a atuação pautada em princípios éticos. Talvez, isto possa ser alcançado se o gerente se mostre capaz de estimular a equipe em sua prática cotidiana, incentivando construções coletivas que alicerces práticas defensoras da autonomia dos sujeitos. Essa mudança na atitude gerencial poderá também estimular maior responsabilização dos integrantes da equipe e, assim, aproximar o processo de trabalho de seus objetivos e finalidades, quando o mesmo é idealizado sob o prisma do agir ético.

A realização da pesquisa oportunizou refletir sobre o trabalho da enfermagem, em especial do enfermeiro gerente/coordenador de equipe, possibilitando, assim, melhor compreensão dos aspectos envolvidos na privacidade do paciente. Aposta-se na necessidade de reflexão dos profissionais em relação às suas práticas e, também, na importância do trabalho interdisciplinar, no sentido de promover ações concretas que incluam o respeito à privacidade no ambiente hospitalar.

Assertivamente, espera-se dos enfermeiros que se instrumentalizem para a gerência do cuidado, incluindo a dimensão ético-política e o façam de tal modo que compatibilizem conhecimentos, habilidades e atitudes na condução de situações que envolvem a privacidade do paciente. Nos debates do grupo focal, viu-se que as ações gerenciais do enfermeiro, quando planejadas e discutidas com base em pressupostos éticos, culminam em repercutir na busca respeito ao sujeito, em seu cotidiano de trabalho.

Talvez os primeiros sinais de (des)acomodação dos enfermeiros gerentes em busca de uma nova postura tenha sido a elaboração conjunta com o pesquisador, no grupo focal, de um documento com estratégias viáveis de serem implementadas, visando assegurar a privacidade dos pacientes, o qual foi entregue à coordenação de enfermagem para os devidos encaminhamentos. Outra iniciativa do grupo consistiu no agendamento de uma palestra destinada à equipe de enfermagem sobre ética e a bioética no contexto hospitalar, enfatizando questões relacionadas à privacidade dos pacientes internados na instituição.

É relevante considerar que as questões que envolvem a privacidade do paciente exigem uma postura crítica-reflexiva dos profissionais de enfermagem, pois os riscos de

transgressão à privacidade estão nos pequenos atos cotidianos como expor partes do corpo do paciente, sem justificativa e/ou necessidade, chutar seus chinelos à beira do leito, mexer em sua gaveta de cabeceira, sem pedir permissão, dentre outras ações. Por isso, as estratégias de preservação da privacidade, no cenário hospitalar, não se restringem a uma ação pontual e aleatória, pois devem estar alicerçadas em propostas que transversalizem a organização do serviço e o processo de trabalho da enfermagem.

Uma das limitações do estudo diz respeito ao momento de vulnerabilidade vivenciado pelos enfermeiros gerentes, em meio a incertezas quanto ao vínculo empregatício no hospital, aos processos de trabalho e à alocação de vagas no serviço de enfermagem. Os enfermeiros manifestaram-se apreensivos diante da instabilidade no emprego e da baixa perspectiva no cargo, tendo realçado que esta condição vinha interferindo nas tomadas de decisões para gerir o processo de trabalho das equipes de enfermagem pelas quais eram responsáveis. Em vários momentos, essas questões se sobressaíram nos debates do grupo focal, porém, não foram aprofundados porque tangenciavam o foco da presente pesquisa. Pondera-se que o momento de vulnerabilidade vivenciado pela equipe de enfermagem talvez estivesse repercutindo no cuidado aos pacientes.

Por meio dos diálogos no grupo focal, percebeu-se que a ênfase do trabalho da equipe de enfermagem vinha sendo direcionada predominantemente aos aspectos biológicos, sobretudo para a doença, em conformidade com o modelo biomédico, privilegiando sinais e sintomas e alterações fisiológicas, em detrimento de outras dimensões igualmente importantes como as psicossociais e o foco na subjetividade do sujeito. Houve reconhecimento dos sujeitos de que os saberes produzidos e utilizados nessa lógica se circunscrevem e se retroalimentam na competência técnica e em saberes clínicos.

Diante da instabilidade vivenciada pela equipe de enfermagem, na instituição, em meio à rigidez de normas e rotinas, receia-se que venha ocorrer diminuição e abandono dos espaços de discussões e reflexões acerca de conflitos éticos. Pondera-se que tal ausência possa silenciar as vozes da equipe, sufocando suas aspirações e reivindicações. No entanto, é preciso levar em conta o poder dos micro-espços ao alcance das equipes e o compromisso ético dos enfermeiros gerentes de estimular tal apropriação. Aposta-se nesta possibilidade para redimensionar práticas e gerar novas construções.

REFERÊNCIAS

1. Serino SAL. Diagnóstico compreensivo simbólico: uma psicossomática para a prática clínica. São Paulo: Escuta; 2001.
2. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004;12(6):933-9.
3. Massarollo MCKB, Fernandes MFP. Ética e gerenciamento em enfermagem. IN, Kucgant et al. *Gerenciamento em enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
4. Soares NV. A problematização dos direitos do paciente como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
5. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto Enf.* 2005;4(1):106-10.
6. Dall'Agnol et al. Ética e bioética no exercício da enfermagem. In. Leite MMJ, Costa ALJ, Oliveira DL, organizadores. *Sistema de educação em saúde continuada a distância.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
7. Vázques AS. Ética. Tradução João Dell'Anna. 17^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1997.
8. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro; 2007.
9. Woogara J. Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing Stand.* 2005;19(18):33-37.
10. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev Lat-Am Enferm.* 2007;15(1):34-41.
11. Whitehead J, Wheeler H. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(1):23-36.
12. Francisconi CF, Goldim, JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. (Org.). *Iniciação à Bioética.* Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM, 1998.
13. Goldim JR. Bioética. [internet] 2009 [citado 2009 Out 24] Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/bioetica>.

14. Populim JSL. Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
15. Sobrinho VG, Carvalho EC. Uma visão jurídica do exercício profissional da equipe de enfermagem. *Rev Esc UERJ*. 2004;12(1):102-8.
16. Campos GWS. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde: um modo singular de produzir política pública. *Rev Serv Social e Sociedade*. 2006;26:132-146.
17. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Rev Bioét*. 2003;11(1).
18. Brasil. Ministério da Justiça. Código do Processo Penal. Brasília; 2003.
19. Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007
20. Leino-Killpi H et al. Privacy: a review of the literature. *Intern Jour of Nursing Studies*. 2001;38(6):663-671.
21. Sacardo DP, Fortes PAC. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde. *Rev Bioét*. 2000;8(2):307-322.
22. Zoboli EL, Sartório NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. *O mundo da Saúde*. 2006;30(3):382-97.
23. Brasil. Associação Brasileira de Hospitais. Apresenta as classificações de hospitais brasileiros. São Paulo: EPU; 2007.
24. Prochet TC, Silva MJP. Proxêmicas: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão de espaço pessoal e territorial. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2008;17(2):321-326.
25. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(5):1328-1333.
26. Populim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2005;13(3):388-396.
27. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. 2007;28(3):377-84.
28. Nalini JR. Ética geral e profissional. São Paulo: Editora dos Tribunais; 2001.
29. Prudente MG. Bioética conceitos fundamentais. Porto Alegre: Editora do Autor; 2000.
30. Prigogine I, Stengers I. A nova aliança: a metamorfose da ciência. Brasília: UnB; 1997.

31. Demo P. *Politicidade: razão humana*. Campinas: Papirus; 2002.
32. Pires MRGM. *Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*. [tese]. Brasília: Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília; 2004.
33. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. 3^a ed. Brasília: Editora UnB; 1992.
34. Hipócrates. *Juramento de Hipócrates*. Natal: DHnet, 2003. [internet]. 2009 [citado 2009 out 15] Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica>.
35. Dallari DA. *Bioética e direitos humanos*. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. (Org.). *Iniciação à Bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. [internet]. [citado em nov 2008]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIdireitoshumanos.htm.
36. Chauí M. *Convite à filosofia*. 13^a ed. São Paulo: Ática; 2004.
37. Aranha IDA, Martins MH. *Filosofando: introdução à filosofia*. 3^a Ed. São Paulo: Moderna; 2003.
38. Beuchamp T, Childress, L. *Princípios da ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
39. Clotet J, Goldim JR, Francisconi CF. *Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.
40. Fernandes MF. *A ética e a bioética no contexto da educação em enfermagem*. In: Malagutti W. *Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas*. Rio de Janeiro: Rubio; 2007. p. 1-15.
41. Pessini L. *O desenvolvimento da bioética na América Latina*. In: Pessini L, Barchifontaine CP. (Org.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus; 2002.
42. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
43. Dall’Agnol CM, Trench MH. *Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem*. *Rev Gaúcha de Enferm*. 1999;20(1):5-25.
44. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
45. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas; 1990.
46. Westpal MF. et al. *Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil*. *Bol da Of Sanit Panamericana*. 1996;120(6):476-481.
47. Morgan DL. *Focus group as qualitative research*. London: Sage; 1997.

48. Debus M. Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales. Washington, Academy for Development; 1996.
49. Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF; 1996.
50. Gasparini RC, Guirardello EB. Sentimento de invasão do espaço territorial do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(5):652-5.
51. Populim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Lat-Am Enferm.* 2002;10(3): 433-438.
52. Camelo SHH Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégias de gerenciamento. [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo; 2006.
53. Silva VR. A dimensão gerencial da prática do enfermeiro nos serviços de saúde: subsidiando o ensino de graduação. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2008.
54. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006; 14(1).
55. Baggio MA, Monticelli M, Erdmann AL. Cuidado de si, do outro e do nós na perspectiva da complexidade. *Rev.Bras Enferma,* 2009;62(4):627-631.
56. Populim JSL. Exposição corporal do cliente na assistência em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiros. [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo; 2003.
57. Whitehead J, Wheeler H. Patients' experience of privacy and dignity. Part 2: an empirical study. *Brit Jour of Nursing.* 2008;17(7):458-464.
58. Birrell J et al. Promoting privacy and dignity for older patients in hospital. *Nursing Standard.* 2006;20(18):41-46.
59. Veloso RC, Ferreira MA. Representações sociais da cidadania e seus nexos com as ações dos usuários de um serviço de saúde. *Rev enferm UERJ;* 2007; 15:527-32.
60. Erdmann et. al. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da saúde. *Rev Enferm UERJ.* 2008;16(4):477-81.
61. Lunardi et. al. Sofrimento moral: discutindo o significado e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(4);599-603.
62. Fernandes JD, Rosa, DOS, Vieira TT, Sadigursky D. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(2):396-403.

63. Bellato R, Pereira WR. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. *Rev Texto Contexto Enfermagem*. 2005;14(1):17-24.
64. Ceccim RB. O cuidado como categoria no ensino baseado na integralidade. In: Pinehrio R, Ceccim RB, Matos R. (Orgs). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2005.
65. Motta GHMB. Um modelo de autorização contextual para o controle de acesso ao prontuário eletrônico do paciente em ambientes abertos e distribuídos. [Tese]. São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo; 2003.
66. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva MRS, Dei Svaldi JS, Bulhosa MS. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(3):493-497.
67. Marri H, Pirie M. Protection privacy. *Nursing Times March*. 1990; 86(13): 58-9.
68. Pichon-Rivière E. *O processo grupal*. 7ª. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
69. Ribeiro MILC A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo; 2005.
70. Trevisan MA, Mendes IAC, Hayashida M, Godoy S, Nogueira MS. La búsqueda del compromiso actidunal: tendência de la conducta ética del enfermero gerente. *Rev Esc. Enferm USP*. 2009;43(3):721-5.
71. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado em ambiente hospitalar. *O mundo da saúde*. 2003;27(2):321-329.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Informado relativo à Entrevista

Projeto de Pesquisa: A privacidade do paciente na práxis da enfermagem hospitalar e o papel do enfermeiro líder neste contexto*

Pesquisadores: Narciso Vieira Soares (Doutorando EENF/UFRGS) (55)9922.0371 ou (55)3313-1358 E-mail: nvsoares@terra.com.br

Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol (Pesquisadora Responsável Orientadora) (51)9919-26.27 E-mail clarice@ufrgs.ufrgs.br

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da UFRGS

Sr(a) Participante:

A presente pesquisa tem como objetivo investigar acerca da privacidade do paciente no cotidiano da enfermagem em ambiente hospitalar. Entre os benefícios do estudo, visualiza-se que os resultados possam se constituir em subsídios para melhor atender aos que internam neste hospital.

Assim, contamos com sua colaboração em participar de entrevistas com pacientes internados nesta Instituição hospitalar. Fica assegurada a livre participação e se mudar de idéia pode desistir a qualquer momento sem prejuízo moral ou financeiro. Asseguramos que, em nenhum momento, seu nome será revelado. Além disso, todas as informações serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos desta pesquisa que tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração da Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol. O pesquisador e sua Orientadora colocam-se à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso no início desta folha constam as formas de contato com os mesmos. Salientamos que as informações obtidas por meio das entrevistas não terão nenhum tipo de implicação em seu tratamento e atendimento na instituição em que será realizado o estudo.

Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

Ddo. Narciso Vieira Soares

De acordo,

Local: _____ Data: ___/___/___

Nome/Assinatura: _____

Obs.: Termo a ser assinado em duas vias de igual teor: uma destinada ao pesquisador e outra a(o) participante.

* Título original do projeto.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Informado Relativo à participação no Grupo Focal

Projeto de Pesquisa: A privacidade do paciente na práxis da enfermagem hospitalar e o papel do enfermeiro líder neste contexto*

Pesquisadores: Narciso Vieira Soares (Doutorando EENF/UFRGS) (55)9922-0371 E-mail nvsoares@terra.com.br

Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol (Pesquisadora Responsável Orientadora) (51)9919-2627 E-mail clarice@adufgrs.ufrgs.br

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da UFRGS

Sr(a) Participante:

Com este projeto pretende-se investigar questões relativas à privacidade no cotidiano de trabalho da enfermagem, em ambiente hospitalar.

Assim, por meio deste termo buscamos obter sua concordância em participar da 2ª etapa de coleta de dados que consiste na realização de reuniões (Grupo Focal) com enfermeiros que atuam nesta Instituição. Fica assegurada a livre participação e se mudar de idéia pode desistir a qualquer momento sem prejuízo moral ou financeiro. A sua identidade será preservada, portanto, não haverá associações nominais que possam identificá-lo(a) na publicação dos resultados. Além disso, todas as informações serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos desta pesquisa.

A pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração da Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol. Entre os benefícios do estudo, visualiza-se que os resultados possam se constituir em subsídios para os enfermeiros lidarem melhor com as questões que envolvem a privacidade dos pacientes no contexto hospitalar.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso no final desta folha constam as formas de contato. Garantimos aos participantes o acesso aos resultados obtidos no final do estudo. Salientamos que as informações obtidas não terão nenhum tipo de implicação legal ou trabalhista que possa lhe trazer prejuízo junto à Instituição.

Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

Ddo. Narciso Vieira Soares

De acordo,

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome/Assinatura _____

Obs.: Termo a ser assinado em duas vias de igual teor: uma destinada ao pesquisador e outra a(o) participante.

* Título original do projeto.

APÊNDICE C**Solicitação de anuência à instituição para realização da pesquisa****Porto Alegre, 23 de abril de 2008**

Projeto de pesquisa: A privacidade do paciente na práxis da enfermagem hospitalar e o papel do enfermeiro líder neste contexto*

Instituição de Origem: Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS

Ao Sr. XXXXXX

MD. Diretor Técnico

Sr. Diretor

Por meio deste, vimos solicitar anuência para coletar dados referentes ao projeto de pesquisa acima mencionado que tem por objetivo analisar questões relativas à privacidade do paciente na práxis da enfermagem hospitalar e o papel do enfermeiro líder neste contexto. No delineamento metodológico, estão previstas três técnicas de pesquisa: Entrevistas com pacientes na Unidade de Clínica Médica, Observação simples desse mesmo local e Grupo Focal com enfermeiros líderes de equipe.

Esclarecemos que o projeto já foi submetido à apreciação da banca examinadora do Curso de Doutorado EENF/UFRGS e ao Comitê de Ética na Pesquisa recebendo a homologação sob nº 0055-04/PPH/08.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Ddo. Narciso Vieira Soares

De acordo, _____

Local/Data: _____

* Título original do projeto.

APÊNDICE D

Roteiro para Entrevista com Pacientes

QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1) Sexo:.....
- 2) Idade:.....
- 3) Consegue lembrar-se de alguma situação em que ficou embaraçado (envergonhado) durante sua internação?
- 4) Quando a equipe de enfermagem lhe presta atendimento, havendo a necessidade de expor alguma parte de seu corpo você prefere ficar sozinho?
- 5) Você já precisou que alguém lhe desse banho na cama? Se já, consegue descrever como se sentiu?
- 6) Identifica alguma situação que representa respeito à sua privacidade?
- 7) Você consegue identificar alguma estratégia utilizada pelo enfermeiro/equipe visando à preservação de sua privacidade?
- 8) O Sr. (a) teria alguma sugestão para melhorar o atendimento nestes questões que estamos conversando?



**URI - UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA
DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES**

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 708 de 16/06/92 - D.O.U. de 21/05/92
Mantida pela Fundação Regional Integrada - FURI

Santo Ângelo, 31 de julho de 2008.

Prezado (a) Senhor (a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da URI - Campus de Santo Ângelo aprovou, o projeto de pesquisa registrado sob o nº. 055-04/PPH/08, intitulado: "A PRIVACIDADE DO PACIENTE NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM HOSPITALAR E O PAPEL DO ENFERMEIRO LÍDER NESTE CONTEXTO", sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) NARCISO VIEIRA SOARES.

Reiteramos que um relatório anual, do projeto em andamento, deverá ser apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - SAN) URI - Santo Ângelo.

Atenciosamente,

**Vera Regina Andrade Vargas
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
URI - Campus de Santo Ângelo**