

O “ato de cuidar” existe a partir da concepção da vida. O ser animal cuida de sua prole seguindo seus instintos naturais, seja ele racional ou não, buscando a preservação e perpetuação da espécie. E ao cuidar do hábitat, tem por objetivo a subsistência, a sua sobrevivência.

Segundo Boff (1999, p. 34), “... o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa”. Em outras palavras, está interligado com a origem do homem, é inerente à sua essência e dá suporte à sua existência, ou seja, sem cuidado não se mantém a vida.

Não obstante, apesar de o cuidado fazer parte da natureza humana, investigar os aspectos que permeiam o processo de cuidar no contexto da saúde envolve muito mais do que simplesmente o ato de cuidar, do que habilidade técnica e conhecimento científico para o desenvolvimento da assistência.

O ambiente hospitalar, por diversos fatores, é reconhecidamente tenso e estressante, essencialmente para o cliente, que não pode controlar os que o afetam, mas depende deles para sua sobrevivência. Além disso, a internação lhe é angustiante, pela exposição emocional e física a que está sujeito durante este período, evidenciando sua fragilidade.

Em face da condição de enfermidade, sentimentos como incapacidade, dependência e insegurança reforçam a sensação de perda do controle sobre si mesmo, sendo a hospitalização encarada pelos indivíduos como fator de despersonalização, por reconhecerem a dificuldade em manter sua identidade, individualidade e privacidade.

Na estrutura hospitalar, a concepção é que o corpo do cliente passa a ser de “domínio” da equipe de saúde, poder este exercido por ela deter o “saber” científico, o qual, sob a ótica dos profissionais, lhes assegura permissão irrestrita para manipulá-lo e tomar as decisões sobre o seu tratamento.

Na verdade, percebe-se pela experiência profissional que, em sua maioria, os clientes aceitam sujeitar seus corpos à manipulação e ao olhar de estranhos sem questionar, devido à desinformação acerca de seus direitos e à falta de esclarecimentos sobre o tratamento, procedimentos e cuidados. Submetem-se ao poder do “saber” incorporado pelos profissionais e às “normas” estabelecidas pelas instituições de saúde por entenderem que dependem deles para o seu restabelecimento.

Esta percepção é mais evidente em relação à UTI. Durante o período de atuação profissional neste serviço, muitos clientes e familiares manifestaram que o que sabem sobre estas unidades é que se trata de um serviço dentro da área hospitalar destinado ao atendimento de pessoas com pouca chance de sobreviver, no qual elas permanecem com tubos e soros, ligadas a máquinas; por isso relacionam esta unidade com o binômio vida/morte.

As enfermidades que acometem os clientes internados na UTI, a complexidade terapêutica empreendida e a sofisticação científica e tecnológica disponível, somadas às situações de emergência, geralmente comprometem o estado emocional dos profissionais e dos clientes. Em vista disso, a visão das pessoas sobre a terapia intensiva pode gerar ansiedade e estresse, dificultando a aceitação, a adaptação e a recuperação dos indivíduos para lá encaminhados.

Outro aspecto a ser considerado é a qualidade da comunicação. Muitos clientes estão sedados, inconscientes ou em tratamento com ventilação mecânica e, quando eliminada a causa de risco à vida, eles são transferidos para outras unidades; então, a comunicação se torna deficiente, prejudicando a interação com a equipe e fortalecendo a visão mecanicista e de insensibilidade conferida a estes ambientes.

Acrescentam-se a esses fatores algumas situações caracterizadoras da desumanização da assistência na terapia intensiva identificadas em estudo desenvolvido por Peixoto (1996), a partir de relatos de indivíduos internados nestas unidades, como a perda da privacidade, espaço para o cliente muito restrito, uso de fraldas, ficar nu, homem idoso ser atendido por mulheres na higiene íntima, entre outros.

No mesmo sentido, Pastore (1995, p. 74, 78) comenta, em reportagem apresentada pela revista *Veja*, que os clientes “... que sobrevivem, sabem que uma jornada na UTI só não é pior que a morte”, acrescentando “... que todos os pudores da vida em sociedade se esvanecem”, pois, homens e mulheres expõem seus corpos, que são manipulados pelas enfermeiras. O autor chegou a esta conclusão após ouvir depoimentos de pessoas que haviam sido internadas em UTI, depois de sua recuperação e alta hospitalar.

As colocações desses autores revelam a preocupação dos clientes com respeito à preservação da sua privacidade. Não se pode ignorar que, durante o

desenvolvimento das atividades pertinentes à terapia intensiva, o contato físico entre os profissionais e o cliente se torna íntimo, por envolver a exposição, o olhar, o toque e o manuseio do corpo, caracterizando-se a invasão da intimidade.

Leino-Kilpi *et al.* (2001) empreenderam uma revisão da literatura buscando o conceito de privacidade no contexto da saúde e constataram serem raros os estudos sobre este tema voltados para a prática do cuidado e na enfermagem, percebendo que não é fácil a sua definição. Os autores acrescentam não haver uma definição universal, concluindo que o conceito de privacidade é muito complexo e implica diferentes perspectivas e dimensões.

Neste estudo considerar-se-á privacidade como o direito do cliente hospitalizado de preservar seu corpo da exposição e manipulação por outrem, sendo que o desrespeito a este direito caracteriza a sua invasão.

Esta concepção emergiu por se concordar com Selli (1999, p. 123), ao afirmar que “*O direito à privacidade tem seus fundamentos na dignidade da pessoa humana*”, em referência aos cuidados e procedimentos executados pela enfermagem envolvendo a exposição corporal do cliente. Essa autora entende o respeito à privacidade e à dignidade na esfera do cuidar em enfermagem como a “*arte da conduta*”.

A enfermeira é o elemento da equipe de saúde que mais mantém contato com o cliente, conseqüentemente é a que mais manipula o seu corpo. A enfermagem expõe e toca o corpo para realizar curativos, cateterismo vesical, higiene corporal, mudança de decúbito e administrar medicamentos, entre outros procedimentos. O toque é inerente ao ato de cuidar. Este contato estabelece uma relação corporal íntima entre o cuidador e o ser cuidado.

Segundo Figueiredo (1995), o ato de cuidar é intrínseco ao ato de tocar, a ponto de se confundirem num só procedimento, sendo o corpo da enfermeira o instrumento da ação. Portanto, a compreensão do corpo e da corporeidade se faz necessária.

No contexto da enfermagem o corpo pode ser entendido como

“... unidade psicossomática que fala e se expressa, e onde cada célula repete a função criadora total do ser humano. O corpo revela-se em tom, cor, postura, proporções, movimentos, tensões e vitalidade, entendidos como expressões do interior de cada pessoa, que é energia e movimento” (Figueiredo *et al.*, 1995, p. 143).

Esta definição vai ao encontro da concepção de corporeidade apresentada por Polak (1997) como o modo de ser do ser humano, a expressão da natureza humana pelo corpo. Acrescenta que é pela corporeidade que se pode compreender o outro e se perceber as coisas, e que ela é vivenciada no encontro enfermeira-cliente.

No mesmo sentido, Silva (1995) coloca que a relação da enfermeira com o cliente efetiva-se pela voz, palavra, gesto, respiração, silêncio, olhar, toque, olfato, sorriso, lágrima. Assim sendo, o corpo é o meio pelo qual se estabelece a relação enfermeira/cliente, motivo pelo qual ele se torna imprescindível nesta interação, por que sinalizará a maneira mais adequada para a abordagem do indivíduo durante o processo de cuidar.

A enfermeira precisa conhecer o próprio corpo e o que ele significa, percebê-lo, ou seja, tomar consciência dele, porque na interação enfermeira/cliente o corpo da enfermeira se relaciona com o do cliente durante o processo de cuidar. Esta compreensão favorece o entendimento acerca do corpo do outro. O cliente é um ser humano, sendo importante conhecer sua natureza física, cultural, social, espiritual e psicológica, aspectos que influenciam o comportamento humano.

Muitas vezes questiona-se a importância dada à execução da prática da enfermagem com ênfase na técnica e na habilidade, sem a real preocupação com sentimentos como angústia, constrangimento, embaraço e vergonha, manifestados pelos indivíduos quando têm seus corpos expostos e manipulados. Aparentemente, esta questão não é tão discutida porque se desconsideram as emoções que a envolvem, relacionadas com a auto-imagem, a auto-estima, a autopreservação, a sexualidade, o pudor e a privacidade.

Por outro lado, ao mesmo tempo que os clientes manifestam tais sentimentos ao expor seu corpo, os profissionais de enfermagem parecem não perceber neles, muito menos sentirem estas emoções ao realizar os cuidados. Provavelmente isto ocorre por eles também não se sentirem à vontade ou por não terem habilidade para enfrentar esta situação, pressupondo-se que “disfarçam” tal percepção. Contudo, assim como os clientes, os valores incorporados no seio familiar também influenciam o comportamento e as reações dos profissionais, visto que estes se caracterizam como invasores da privacidade do cliente.

Afinal, no núcleo familiar aprende-se que é inadequado despir-se diante de outras pessoas, relacionando-se implicitamente a nudez com a sensualidade e a

sexualidade, que são comuns aos indivíduos, mas, de certa forma, reprimidas, de acordo com as normas de comportamento culturalmente estabelecidas. Mesmo vivendo-se em um período em que a mídia explora a imagem corporal para a divulgação de produtos, como também para cultuar um corpo saudável, não se encara com naturalidade a exposição corporal.

Ainda se evita discutir os aspectos que permeiam a nudez e a sexualidade no contexto da enfermagem, evidenciando-se os sentimentos puritanos, incorporados pelas enfermeiras, desde a época de Florence Nightingale, como condição para exercer a profissão, embora sua gênese se caracterize pela preocupação com a higiene do corpo e do ambiente como meio de promover a saúde e prevenir a doença.

Concorda-se com Miranda (1994), ao afirmar que as enfermeiras são desencorajadas a abordar este aspecto do cliente, visto como assexuado a partir da sua entrada no hospital. Entretanto, não é raro a enfermagem deparar-se com situações envolvendo manifestações sexuais emitidas pelos clientes durante a realização da assistência, como ereção, assédio sexual, homossexualismo, masturbação, entre outros (Oliveira *et al.*, 2000).

Se a expressão da sexualidade perturba os clientes e a equipe de saúde, provocando desconforto, embaraço e constrangimento para ambos, a questão da exposição e manipulação do corpo para a realização da assistência deve ser mais discutida pelos profissionais, principalmente no âmbito da enfermagem. Aparentemente, estas questões não são abordadas com a devida profundidade no período da formação profissional, e ao serem vivenciadas na prática cotidiana, pode ser difícil contorná-las.

Faz-se, então, necessário focalizar as Unidades de Terapia Intensiva e os aspectos ético-legais relacionados à privacidade, tendo-se em vista que nestes serviços o cliente geralmente permanece despido, coberto somente por lençol, devido à característica da assistência, voltada ao atendimento de indivíduos em estado grave.

1.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a exposição corporal do cliente

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram criadas a partir da

necessidade de atendimento a clientes cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros. Esta preocupação vem desde a civilização antiga, mas foi Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, em 1800, que procurou selecionar os indivíduos mais graves, procurando acomodá-los de forma a se favorecer o cuidado imediato (Lino & Silva, 2001).

No entanto, o desenvolvimento destas unidades só ganhou impulso durante a II Guerra Mundial e a Guerra da Coréia, em vista dos progressos nas áreas da anestesiologia, da cirurgia geral e dos avanços tecnológicos e científicos. Porém, a criação destes setores só se concretizou na década de 1960, com o surgimento da Sociedade de Tratamento Intensivo, criada por pesquisadores norte-americanos e ingleses, devido à complexidade das pessoas gravemente enfermas (Simão *et al.*, 1976).

Segundo Lino & Silva (2001), as primeiras UTIs criadas no Brasil datam de 1960 no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro e de 1961 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo-se desenvolvido nas demais regiões a partir de 1970. A planta física destes serviços, geralmente separando-se os leitos por divisórias, tem por finalidade a supervisão contínua e individual, na tentativa de oferecer melhores condições de atendimento ao cliente.

Em suma, estas unidades integram o ambiente hospitalar e se destinam à assistência de indivíduos criticamente enfermos, onde se concentram recursos humanos qualificados e recursos científico-tecnológicos sofisticados, com a finalidade de possibilitar rapidez, eficiência e racionalização ao atendimento.

A execução da assistência exige aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos, daí a necessidade de centralizar o serviço em núcleos especializados dentro da estrutura hospitalar. A partir de então, se mostra necessário investir na capacitação de profissionais de enfermagem para o atendimento às pessoas em estado crítico e manuseio de materiais, aparelhos e equipamentos específicos de alta sofisticação.

O que se esperava então das enfermeiras, sendo hoje imprescindível para a atuação em qualquer área, é conhecimento e atualização técnico-científica, discernimento, criatividade, tomada de decisão, interesse, iniciativa, observação acurada, rapidez, destreza, espírito de liderança, segurança, responsabilidade,

sensibilidade, paciência, tranqüilidade, bom-senso, autocrítica e equilíbrio emocional.

Destarte, no âmbito da terapia intensiva, o cuidado contínuo e rigoroso direcionado ao cliente, a tecnologia instalada e a exigência das habilidades citadas anteriormente caracterizam um ritmo de trabalho acelerado, propiciando uma relação superficial entre as pessoas que ali atuam e os indivíduos internados. Além disso, a monitorização constante do estado do cliente e a preocupação com a evolução do seu quadro clínico, somadas à desproteção corporal freqüentemente observada nestas unidades, podem aumentar o estresse do cliente e da equipe.

A condição de nudez para os clientes nas UTIs vem sendo justificada pela necessidade de manipulação do corpo e manuseio dos aparelhos e equipamentos, principalmente em situações de emergência, como também para favorecer o acompanhamento constante da evolução do quadro clínico (Silveira, 1997).

Em adição, o ambiente estranho, a iluminação artificial, os sons dos aparelhos e da movimentação da equipe, a distância da família, a restrição dos movimentos corporais e do espaço físico, o desconhecimento sobre os cuidados e procedimentos, como também o isolamento e a sensação de medo frente ao que pode lhe acontecer (Lima, 1993), acredita-se serem aspectos que contribuem para alterar a percepção do indivíduo, podendo dificultar o relacionamento com a equipe e comprometer sua recuperação.

Castro (1990) também evidenciou que, ao serem internados nessa unidade, os indivíduos percebem a gravidade do seu estado, experienciando a angústia, a solidão, o medo e o sofrimento. Observou que tais sentimentos são demonstrados a partir da percepção das alterações do estado clínico, do isolamento, do estado de imobilização no leito e da sensação de proximidade com a morte, assim como pela exposição e manipulação do corpo para a realização de cuidados ou procedimentos técnicos invasivos e traumáticos.

Na UTI, a equipe direciona sua atenção para as situações de crise, sendo quase impossível controlar todas as que expõem os clientes às condições consideradas desumanas, como exposição corporal, dor, desconforto, ansiedade, receio do desconhecido e dos aparelhos, além do medo de morrer (Peixoto, 1996).

Muitos profissionais envolvidos com estas unidades vêm se preocupando em melhorar o ambiente, tendo em vista o atendimento às necessidades

biopsicoespirituais, ressaltando a importância da humanização, mas ainda não encontraram uma solução para a manutenção da privacidade dos indivíduos ali internados.

A maioria dos autores que abordam aspectos relacionados à humanização na UTI aponta a persistência do entendimento comum, em relação às características da assistência, de que a prioridade está na manutenção da vida e recuperação da saúde, pouco se valorizando o respeito à individualidade e à privacidade dos clientes, principalmente quando inconscientes (Lima, 1993; Spíndola, 1993; Corrêa, 1995; Peixoto, 1996; Plowright, 1996; Silveira, 1997; Bettinelli & Erdmann, 1998; Osawa, 1998; Galvão & Tedesco, 1998; Santos *et al.*, 1999; Corrêa, 2000; Nascimento & Martins, 2000; Hayashi & Gisi, 2000; Lino & Silva, 2001; Nascimento & Caetano, 2003).

1.2 Aspectos ético-legais relacionados à privacidade do cliente

Marr & Pirie (1990) enfatizam que a proteção à privacidade está se tornando uma responsabilidade conjunta da equipe de saúde e do cliente, a qual implica independência, envolvimento e a necessidade de ser feita com orientação e educação. Concorda-se com esta visão por acreditar que o indivíduo enfermo deve ser visto como cliente¹ e, como tal, deve participar e opinar, podendo então reivindicar seus direitos, porém, observando também seus deveres.

Nesta perspectiva, concorda-se com Glen & Jowlally (1995) ao afirmarem que “... o papel do enfermeiro consiste, simultaneamente, em proteger a privacidade do doente e ajudá-lo a lidar com a perda da privacidade”. Contudo, esse papel parece não ser fácil, porquanto que é freqüente a invasão da intimidade do cliente durante a realização da assistência.

Deve-se considerar também que os indivíduos interagem constantemente com o contexto social onde estão inseridos, sendo influenciados por suas características socioculturais. Através destas relações desenvolve-se a consciência ética, que para Gelain (1992, p. 15) é “... a voz interna, o julgamento interior dos atos humanos”. Assim sendo, o ser humano apreende durante toda a sua existência uma

¹ Entende-se cliente como “Cidadão com direitos e deveres. Aquele que pode e deve exigir cuidados qualificados e/ou recusá-los quando se sentir pressionado e/ou em risco. Aquele que participa ou aceita os cuidados prestados pela enfermagem. Aquele que se encontra sob a responsabilidade da enfermagem, quando não pode se autocuidar” (Figueiredo & Machado, 1996, p. 145).

carga de valores morais e éticos, entre os quais o direito e o dever relativos ao resguardo da identidade e da privacidade (Pupulim & Sawada, 2002a).

Na mesma vertente, Pupulim & Sawada (2002b) colocam que sob o aspecto legal, o direito ao espaço pessoal é propriedade individual e inatingível de todo cidadão, ressaltando em seu estudo as questões ético-legais e morais relacionadas à invasão da privacidade durante os cuidados de enfermagem e enfatizando as responsabilidades dos enfermeiros. Essas autoras também discutem o papel dos Comitês de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e das Comissões de Ética de Enfermagem das Entidades como mecanismos de controle e proteção dos indivíduos.

No Capítulo I - DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS, o Art. 5º, parágrafo X, da Constituição da República Federativa do Brasil (1988, p. 6) prevê que *"... são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação"*.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, p. 9-10) preconiza no Art. 27, do Capítulo IV - Dos Deveres, que o enfermeiro deve *"Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar"*, e no Art. 28, que deve *"Respeitar o natural pudor, privacidade e a intimidade do cliente"*.

Da mesma forma, o Código de Ética Médica prevê, no Capítulo IV - Direitos Humanos, Art. 48, que é vedado ao médico *"Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar"*. Igualmente, o Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares, no Art. 63, preconiza que é vedado ao médico *"Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais"* (França, 1994, p. 497-99).

Ao mesmo tempo, os profissionais da área da saúde têm de reconhecer que o cliente ao procurar os serviços de saúde possui

"... o direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem o direito a um local digno e adequado para seu atendimento". (Gauderer, 1998, p. 303)

"... o direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação e higiênicas, quer quando atendido no leito, no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento" (Gauderer, 1998, p. 305)

Na esfera do hospital, relacionando privacidade ao cuidado à saúde e à

prática de enfermagem, Leino-Kilpi *et al.* (2001) alertam que os clientes têm dificuldade em controlar o ambiente, experienciando freqüentemente a perda da privacidade e o estresse, e apontam que a invasão do espaço pessoal também pode causar danos e prejuízo ao indivíduo.

Esta colocação está em concordância com o enfoque de Lima (1998), ao afirmar que o ato de cuidar na enfermagem está relacionado à interferência de profissionais capacitados e autorizados, por habilidades e qualidades próprias da profissão, os quais são reconhecidos e aceitos socialmente, para expor e tocar o corpo do cliente, incluindo os cuidados físicos íntimos, reportando-se à higiene corporal realizada no ambiente hospitalar.

Perante a realidade dos fatos, a equipe de enfermagem não pode continuar ignorando que, ao realizar os cuidados, expõe e manipula o corpo do cliente, adotando uma postura de “autoridade” sobre o corpo de outrem, sem pedir licença para tal na maioria das vezes. Autoridade esta, concedida pelos padrões culturais e alicerçada pelas necessidades individuais, interpessoais e sociais (Pupulim & Sawada, 2002b).

O profissional de enfermagem, durante a execução de alguns procedimentos ou cuidados, invariavelmente expõe a intimidade do cliente. Mesmo que adote medidas para preservar a privacidade, demonstre consideração e respeito pelos sentimentos do cliente, ocorre a invasão. Questiona-se sobre o preparo da enfermeira para contornar situações que geram conflitos, uma vez que esta profissional está mais sujeita a cometer deslizes pela presença e assistência constante.

Entende-se que uma postura de respeito é importante na assistência de enfermagem, porque consiste em reconhecer a dignidade, a individualidade e a herança cultural do ser humano que necessita de cuidados, visto que o respeito “... emerge como princípio ético da Enfermagem e serve de base para as atitudes, pensamentos e orientação de comportamentos de todos os enfermeiros” (Catarino *et al.*, 1996, p. 22).

Seguindo esta linha de pensamento, a equipe de saúde pode vivenciar situações ou deparar-se com comportamentos relacionados à sexualidade do cliente. Segundo Monteoliva (1996, p. 42), é necessário entender a sexualidade como “... dimensão fundamental da condição humana”, como relação interpessoal e constitutiva do ser humano, sem discriminação ou preconceito.

Esse autor define “*ética sexual*” como um sistema referencial que possibilita

avaliar as atitudes e comportamentos dos indivíduos, determinados pelas expressões sadias, enriquecedoras, honestas e válidas, que favoreçam uma sexualidade integrada e integradora, genuinamente humana e considerada sã, destacando sua importância no contexto hospitalar.

Os profissionais de enfermagem acreditam e difundem a profissão como a arte e a ciência do cuidado, contudo, apesar do grande desenvolvimento no processo de cuidar, pouco tem se discutido sobre a questão da nudez no seu contexto.

São poucos os estudos que se dedicaram à investigação dos aspectos que permeiam a invasão da privacidade relacionada à exposição corporal na assistência sob o ponto de vista de enfermeiras e clientes. Grande parte da literatura que se dedica aos temas relacionados à privacidade refere-se ao sigilo das informações sobre enfermidade, tratamento e preservação da identidade durante o acompanhamento terapêutico e à participação em pesquisas científicas (bioética).

Com relação aos estudos científicos envolvendo seres humanos, a Resolução N.º 196, de 1996, Capítulo III - Aspectos Éticos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, preconiza que as pesquisas devem

“... prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro” (USP-EERP/CEP, 1999, p. 9)

“... respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades” (USP-EERP/CEP, 1999, p. 10)

Do mesmo modo, no Capítulo IV - Consentimento Livre e Esclarecido, esta resolução preconiza que o termo esclareça a *“... garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa” (USP-EERP/CEP, 1999, p. 12).*

Observa-se que tal resolução enfatiza somente os aspectos direcionados à proteção da privacidade do indivíduo em relação ao sigilo das informações, garantindo a confidencialidade e o anonimato, sem se reportar às questões que implicam a exposição corporal e a invasão da intimidade. De fato, concorda-se com Cook (1987) ao alertar sobre algumas práticas questionáveis no desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, apontando que o direito à privacidade deveria

englobar também os de natureza íntima, e cita a higiene corporal, referindo-se indiretamente à exposição do corpo.

Alguns estudos apontam o desconforto e o constrangimento durante a realização de cuidados e procedimentos para os quais é necessário expor o corpo do cliente, salientando a relevância do tema no contexto da enfermagem (Glen & Jowlnally, 1995; Figueiredo *et al.*, 1995; Figueiredo & Machado, 1996; Lopes *et al.*, 1996; Polak, 1997; Mussi, 1999; Lunardi, 2000; Waldow, 2001a). Porém, embora este tema mereça mais atenção, ainda é escassa a literatura de enfermagem sobre ele, visto que, para a implementação da assistência, é imprescindível o contato do corpo da enfermeira com o corpo do cliente, sendo necessária a nudez, parcial ou total, em grande parte das atividades de cuidar.

Entende-se que, para a implementação de intervenções de enfermagem direcionadas aos fatores relacionados à privacidade durante a assistência à saúde, não é suficiente conhecer a percepção e as sensações vivenciadas e manifestadas pelos clientes, já constatadas em vários estudos (Ide, 1984; Ogasawara, 1989; Castro, 1990; Figueiredo & Machado, 1996; Silveira, 1997; Oliveira *et al.*, 2000, Bellato, 2001; Nascimento & Caetano, 2003). É necessário compreender como a enfermagem se sente e se comporta, visto que dentre os profissionais de saúde envolvidos com o atendimento na terapia intensiva, a equipe de enfermagem é a que mais atua como “invasor” da intimidade do cliente. No entanto, pressupõe-se que estes profissionais têm dificuldade em contornar situações de conflito oriundas da exposição corporal do cliente e, conseqüentemente, não conseguem ajudá-lo a lidar com a invasão da sua privacidade. Parece lógico acreditar que isto se deva ao despreparo dos profissionais para enfrentar e superar tais circunstâncias.

O reconhecimento de que a invasão da privacidade e da individualidade do cliente constitui problema a ser encarado pela enfermagem motivou a elaboração deste estudo, cuja finalidade é contribuir para a reflexão sobre as condutas das pessoas envolvidas nestas situações, como também os efeitos sobre elas.

Como os estudos sobre o “cuidar/cuidado” e sobre a “humanização” em enfermagem recentemente ganharam impulso, acredita-se poder, com o presente estudo, acrescentar dados que possibilitem o avanço destas investigações. A identificação de fatores que poderão influenciar a ação da enfermagem e das outras profissões da área da saúde, certamente contribuirão para a práxis profissional.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar os incidentes críticos positivos e negativos, relatados por enfermeiras, que emergem durante a assistência em Unidade de Terapia Intensiva, envolvendo a exposição corporal do cliente.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Identificar as situações positivas e negativas apontadas pelas enfermeiras que implicaram na exposição do corpo do cliente durante o atendimento na UTI.

1.3.2.2 Identificar os comportamentos da equipe de saúde e dos clientes, na visão das informantes, frente à exposição corporal durante a assistência na UTI.

1.3.2.3 Identificar as conseqüências para a equipe de saúde e para os clientes, na visão das informantes, decorrentes da invasão da privacidade durante a assistência na UTI.