

Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em Unidade de Terapia Intensiva

Exhibition of the client's body during the physical examination in the Intensive Care Unit

Exposición corporal del paciente en la evaluación física en Unidad de Tratamiento Intensivo

Jussara Simone Lenzi Pupulim

Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.
jslpupulim@bol.com.br

Namie Okino Sawada

Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Centro colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.
sawada@eerp.usp.br

RESUMO

Estudo descritivo em abordagem quanti-qualitativa, que objetivou analisar situações implicadas na exposição corporal do cliente na assistência em UTI, os comportamentos das pessoas envolvidas e as consequências para as próprias. Os dados foram coletados junto a 15 enfermeiras, empregando-se a Técnica do Incidente Crítico. Identificaram-se categorias de situação, comportamento e consequência. Optou-se, neste trabalho, por discutir a categoria de situação avaliação física, pela importância para o tratamento intensivo. Constatou-se que proteger a privacidade do cliente e respeitá-lo garantem a qualidade assistencial. O gênero do cuidador emergiu como fator complicador para a manutenção da privacidade. Percebeu-se insegurança e inabilidade nos profissionais em contornar conflitos oriundos da exposição corporal para o exame físico, mesmo prevalecendo condutas direcionadas ao resguardo da intimidade do cliente.

Descritores: Exame físico; Assistência ao paciente; Privacidade; Identidade de gênero; Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

Descriptive study with a quanti-qualitative approach that aimed at analyzing the involving situations during the exhibition of the client's body in his assistance in the ICU, the involved people's behaviors and the consequences for the own ones. The data were collected together with 15 female nurses, being used the Critical Incident Technique. It was identified situation, behavior and consequence categories. It was chosen, in this study, to discuss the category physical evaluation due to its relevance for intensive treatment. It was evidenced that the patient privacy protection and respect assure the quality of care. The gender of the person who care emerged as a complicating factor for the maintenance of privacy. Both professional insecurity and inability in solving conflicts related to the exhibition of the client's body are perceptible, even predominating attitudes addressed to the protection of the client's intimacy.

Descriptors: Physical examination; Patient care; Privacy; Gender identity; Intensive care units.

RESUMEN

Investigación descriptiva cuantitativa, objetivando analizar situaciones que implican la exhibición corporal del paciente asistido en UTI, los comportamientos de las personas involucradas y las consecuencias para ellas. Los datos fueron recolectados con 15 enfermeras, aplicándose la Técnica del Incidente Crítico. Se obtuvieron categorías de situación, comportamiento y consecuencia. En este estudio se optó por discutir la categoría de situación evaluación física, debido a su importancia en UTI. Fue verificado que proteger la privacidad del cliente y respetar lo garantizan la calidad asistencial, y que el género del cuidador surgió como el factor complicador para el mantenimiento de la privacidad. Se notó inseguridad e incapacidad en los profesionales para resolver conflictos producidos por la exhibición corpórea, mismo prevaleciendo las conductas dirigidas a la protección de la intimidad del cliente.

Descritores: Examen físico; Atención al paciente; Privacidad; Identidad de género; Unidades de terapia intensiva.

Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm 2005 set-out; 58(5):580-5.

1. INTRODUÇÃO

A hospitalização imbrica aspectos que afetam direta e indiretamente o cliente, sendo vista, geralmente, como fator de despersonalização pelo reconhecimento da perda do controle sobre si mesmo e sobre os fatores que o atinge, somando-se a dificuldade em preservar a identidade, a individualidade e a privacidade. Esta visão é reforçada em face da exposição emocional e física a que os indivíduos estão sujeitos, evidenciando sua fragilidade, incapacidade e insegurança.

Isto é mais nítido nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde o atendimento se destina a clientes em estado grave. O tecnicismo e a racionalização empreendidos para a resolutividade das questões que ameaçam a vida transpõem a sensibilidade, conferindo a estes setores impessoalidade e desumanização. Além disso, nestas unidades é comum o cliente permanecer desnudo, protegido com lençol, predispondo-

o à exibição física. Tal prática tem sido justificada pela necessidade de manipulação do corpo e manuseio de equipamentos e materiais durante a assistência, sobretudo em casos de emergência⁽¹⁾.

Dentre as atividades desenvolvidas na UTI, que envolvem a exposição do corpo do cliente, destaca-se o exame físico pela importância fundamental para a obtenção de informações e detecção de alterações no estado clínico. Entende-se que esse método é imprescindível, porém não é a única fonte para a identificação de irregularidades. Radiografia, exames laboratoriais, ultrassonografia, tomografia, eletrocardiograma e outros, complementam os achados. Em se tratando de terapia intensiva, os dados fornecidos pelo cliente e por familiares, os procedimentos terapêuticos e equipamentos utilizados, também ajudam a determinar anormalidades⁽²⁾.

O contato físico entre cliente e profissional é inevitável na assistência em UTI e necessário à avaliação física. O toque, o manuseio do corpo e o olhar são inerentes ao ato de cuidar, estabelecendo uma relação íntima entre cuidador e ser cuidado. O reconhecimento que a equipe de enfermagem é a que mais toca, manipula e expõe o corpo do cliente, atuando como *invasor* da intimidade, motivou a elaboração deste estudo, pressupondo-se que os profissionais, em especial os da enfermagem, têm dificuldade para enfrentar problemas relacionados à nudez e a privacidade³.

Acreditando que a identificação de aspectos circundantes à assistência contribua para a qualidade do atendimento, para o processo de cuidar e de humanização, o estudo objetivou analisar situações positivas e negativas, relatadas por enfermeiras, implicando a exposição corporal do cliente na assistência em UTI, os comportamentos das pessoas envolvidas e as consequências para as próprias.

2. MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, aplicando-se a Técnica do Incidente Crítico (TIC)⁽³⁾. Julgou-se a técnica adequada à pesquisa por permitir evidenciar os elementos que circundam o processo de trabalho da enfermagem, cuja realização compreende condutas e respostas, as quais podem gerar resultados satisfatórios e insatisfatórios.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, sendo os dados coletados junto a 15 enfermeiras, total desse profissional nas UTIs para adultos do município de Maringá-PR, onde executam assistência direta ao cliente. Todas concordaram em participar do estudo após elucidação do tema, objetivo, divulgação das informações, garantia do anonimato e privacidade, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96). Destaca-se que não havia profissional do sexo masculino lotado no quadro de funcionários das referidas UTIs.

O instrumento esclarece a intenção do estudo e a relevância da participação, caracteriza os sujeitos e apresenta as questões sobre o tema a ser investigado, as quais nortearam o relato de uma situação **positiva**, e de uma **negativa**, envolvendo a exposição corporal do cliente durante a assistência na UTI. Assim, as informantes forneceram dois relatos, um positivo e um negativo.

Constatou-se que nenhuma das enfermeiras tem especialização em UTI, verificando-se a média de 08 anos de exercício profissional e de 5,4 anos de atuação nesta unidade. As entrevistas ocorreram em agosto e setembro de 2002, durando em média de 45 a 60 minutos. Os sujeitos foram orientados a fixar-se aos fatos do caso experienciado, de forma precisa e completa, sem se reportar a eventos vivenciados e contados por outros. A pesquisadora registrou o relato por escrito e leu-o ao final da entrevista para retificações, complementações e confirmação das informações, o qual, posteriormente, foi redigido, codificado e organizado. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, a fim de sintetizá-los e descrevê-los eficientemente, buscando ampliar sua utilidade sem lesar a validade,

³ Neste estudo, considerou-se privacidade 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.

compreensão e especificidade⁽³⁾, para se extrair os incidentes críticos positivos (ICPs) e negativos (ICNs), apontados pelas informantes.

Inicialmente separaram-se os relatos segundo a atribuição emitida pelos sujeitos, positiva e negativa. Em seguida, após leituras extenuantes, identificaram-se as situações, os comportamentos e as consequências⁽³⁾. Assinala-se que as condutas da equipe de saúde e dos clientes, e os efeitos para os próprios, foram identificados sob a ótica das enfermeiras. Na seqüência, os dados foram agrupados, lidos repetidas vezes e reunidos conforme as similaridades. Nesta etapa definiram-se subcategorias de comportamento e consequência, o que favoreceu a categorização.

3. RESULTADOS

Obtiveram-se 30 relatos, 15 positivos e 15 negativos, dos quais extrairam-se 52 (100%) incidentes críticos, 22 (42,3%) positivos e 30 (57,7%) negativos. A análise dos dados permitiu a definição de seis categorias de situação relativas à exposição do corpo do cliente durante a assistência na UTI, apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das categorias de situação relacionadas à exposição corporal do cliente na assistência em UTI, extraídas dos incidentes críticos relatados pelas enfermeiras. Maringá, 2002.

SITUAÇÃO	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Necessidades básicas	11	21,2	6	11,5	17	32,7
Admissão e permanência na UTI	3	5,8	8	15,4	11	21,2
Procedimentos terapêuticos	4	7,7	6	11,5	10	19,2
Avaliação física	2	3,8	6	11,5	8	15,3
Horário de visita	2	3,8	1	2,0	3	5,8
Manifestações da sexualidade	-	-	3	5,8	3	5,8
Total	22	42,3	30	57,7	52	100,0

Optou-se por discutir a categoria **avaliação física** pela relevância à definição do tratamento e condução da assistência, pela participação da enfermagem e de outros profissionais da saúde, e por apresentar a quarta maior frequência (15,3%) entre os incidentes críticos identificados. Tal categoria englobou uma avaliação de região genital com referência positiva e outra negativa; três avaliações cardiorrespiratórias, uma positiva e duas negativas; e uma atribuição negativa para avaliação neurológica, eletrocardiográfica (ECG) e radiográfica (Rx), respectivamente. Dentre essas, predominaram situações nos ICNs (11,5%), sendo minoria nos ICPs (3,8%). Vale destacar, que quatro clientes estavam conscientes, dois inconscientes, um semiconsciente e um confuso e agitado, sendo seis mulheres e dois homens; a maioria em repouso no leito.

Entre as categorias de comportamento da equipe de saúde prevaleceu **proteção e manutenção da privacidade** (Quadro 1), sobretudo exposição corporal parcial e proteção corporal parcial do cliente. A categoria **atitudes do profissional** emergiu apenas nos ICNs, predominando preocupação com o cliente, pela exibição do corpo no exame físico, e desconsideração de alguns profissionais pelo próprio ante sua nudez. Na **questão de gênero** destacaram-se as condutas envolvendo cuidador do sexo oposto. Em menor proporção, verifica-se **orientação ao cliente** e **orientação à equipe**, consistindo em esclarecimento sobre cuidado ou procedimento.

Os clientes emitiram poucos comportamentos (Quadro 1), prevalecendo **proteção e manutenção da privacidade**, os quais versaram em reagir à exposição corporal. Verificam-se, em menor proporção, **atitudes do cliente** e **questão de gênero**, sendo preocupação com remoção das roupas e reação a cuidador do sexo oposto.

No Quadro 2 constam as categorias de consequências para a equipe, não sendo evidenciadas nos ICPs. Nos **sentimentos negativos** sobressaiu sensação de mal-estar e constrangimento. Na **garantia da qualidade da assistência** destacou-se proteger a intimidade do cliente, e em relação ao **prejuízo na qualidade da assistência** emergiu, somente, desproteção da intimidade do cliente.

Para os clientes (Quadro 2) também predominaram **sentimentos**

Equipe	ICPs		ICNs		Subcategorias	ICPs	ICNs
	f	%	f	%		f	f
Categorias							
Proteção e manutenção da privacidade	05	55,6	12	32,5	Exposição corporal parcial Proteção corporal parcial Proteção corporal total Proteção do espaço pessoal Condutas para proteção da intimidade	02 01 01 01	04 04 02 02
Questão de gênero	02	22,2	08	21,6	Cuidador do mesmo sexo Cuidador do sexo oposto Cuidador de ambos os sexos	01 01	02 01
Orientação ao cliente	02	22,2	04	10,8	Execução de cuidado ou procedimento Motivo para atitude do médico	02	03 01
Orientação à equipe			02	5,4	Execução de cuidado ou procedimento		02
Atitudes do profissional			11	29,7	Manifestar preocupação com o cliente Manifestar dedicação ao cliente Priorizar cuidados intensivos Desconsideração pelo cliente		04 02 02 03
Total	09	100	37	100	Total	09	37
Cliente							
Categorias							
Proteção e manutenção da privacidade	01	50	03	50	Manifestar-se sobre exposição corporal	01	03
Questão de gênero	01	50	01	16,7	Manifestar-se sobre cuidador do sexo oposto	01	01
Atitudes do cliente			02	33,3	Manifestar preocupação sobre necessidade de remoção das roupas		02
Total	02	100	06	100	Total	02	06

Quadro 1. Distribuição das categorias de comportamento da equipe de saúde e do cliente referentes à avaliação física, e respectivas subcategorias, extraídas dos ICPs e dos ICNs. Maringá, 2002.

Equipe	ICPs		ICNs		Subcategorias	ICPs	ICNs
	f	%	f	%		f	f
Categorias							
Sentimentos negativos			30	66,7	Sensação de mal-estar Constrangimento Preocupação Insegurança		13 12 03 02
Sentimentos positivos			02	4,4	Sensação de bem-estar		02
Garantia da qualidade da assistência			09	20	Proteger intimidade do cliente Respeitar o cliente		07 02
Prejuízo na qualidade da assistência			04	8,9	Desproteção da intimidade do cliente		04
Total	00	00	45	100	Total	00	45
Cliente							
Categorias							
Sentimentos negativos	02	20	15	55,6	Sensação de mal-estar Vergonha Constrangimento Indignação	02	01 05 07 02
Sentimentos positivos	06	60	09	33,3	Sensação de bem-estar Ficar à vontade Tranquilidade	02 04	02 01 06
Garantia da qualidade da assistência	02	20			Proteção da intimidade	02	
Prejuízo na qualidade da assistência			03	11,1	Submissão à atitude do profissional Desconsideração do profissional		01 02
Total	10	100	27	100	Total	10	27

Quadro 2. Distribuição das categorias e subcategorias de consequência para a equipe de saúde e para o cliente, referentes à avaliação física, extraídas dos ICPs e dos ICNs. Maringá, 2002.

negativos nos ICNs, em especial constrangimento e vergonha. Nos sentimentos positivos sobressaíram tranquilidade (ICNs) e ficar à vontade (ICPs). Evidenciou-se, em menor proporção, a proteção da intimidade (ICPs) como garantia da qualidade da assistência, e submissão à atitude do profissional e desconsideração do próprio ante a nudez do cliente (ICNs) no prejuízo na qualidade da assistência.

4. DISCUSSÃO

A complexidade das doenças que acometem os clientes internados em UTI suscita avaliação física freqüente e, geralmente, envolve vários profissionais pela característica da assistência e do tratamento empreendido. Dentre os eventos identificados, observou-se que na avaliação neurológica em uma mulher de meia-idade e semiconsciente (Escala de Coma de Glasgow), e também para o Rx de tórax, em mulher jovem confusa e agitada,

ambas foram expostas e manipuladas, não se constatando um motivo concreto para tal. A primeira foi realizada por enfermeiras e a segunda por técnico do serviço de radiologia acompanhado por médico e elementos da enfermagem. Tais procedimentos são possíveis de se realizar sem expor o tórax e partes íntimas da clientela⁽⁴⁻⁶⁾. Pode-se deduzir, então, que essa seja a razão para a atribuição negativa das informantes, visto que nos dois casos houve exposição de mamas.

Por outro lado, as três avaliações médicas, dos sistemas cardíaco e respiratório, exigiram exibição torácica para ausculta, percussão e observação da ferida operatória, sendo realizadas em clientes do sexo feminino, uma idosa consciente e duas adultas jovens, uma inconsciente e outra consciente. Para tanto, é recomendável despir o cliente até a cintura por facilitar o exame físico. No caso de tórax posterior, pode-se manter o

anterior protegido⁽⁵⁾. A atribuição negativa a duas delas, assim como à execução de ECG, em mulher idosa e consciente, leva a acreditar que as condutas dos profissionais foram insatisfatórias ante a exposição torácica, indicando que também sensibilizaram as informantes por envolverem as mamas. Ao contrário, percebe-se que a situação positiva relacionada à avaliação médica gerou satisfação, embora realizada em mulher adulta jovem inconsciente e envolver exposição mamária.

As duas avaliações de genitália, feitas por enfermeiras, consistiram na observação e na inspeção local, conseqüentemente a região precisou ser exposta. Ressalta-se que os dois clientes eram homens, um jovem e outro idoso, ambos conscientes. Nestes casos, deve-se orientar o cliente sobre o procedimento, expor somente a região a ser examinada, sendo conveniente evitar a presença desnecessária de mais pessoas. Além disso, em se tratando de homem, pode-se pedir a ele que desloque o pênis com o intuito de se visualizar melhor o local⁽⁴⁾. Entende-se que tal conduta minimize o desconforto do cliente quando o examinador é do sexo feminino. A descrição de uma avaliação genital positiva indica que a enfermeira também considerou a maneira de abordar o cliente, e as condutas, apropriadas perante exibição de partes íntimas. Entretanto, outra enfermeira avaliou negativamente uma situação similar, provavelmente por tratar-se de homem idoso e pela reação dele por ela ser mulher.

Em síntese, na maioria das vezes em que se realizou **avaliação física** na UTI, as enfermeiras perceberam aspectos que geraram desconforto e insatisfação, tanto para a equipe como para os clientes, levando-as a apontá-las majoritariamente com referência negativa. De fato, a enfermeira está capacitada para realizar atividades que favoreçam “a identificação de problemas relacionados ao processo saúde-doença”, podendo contribuir, junto aos outros profissionais, para a promoção da qualidade assistencial. Destaca-se a necessidade de conhecimento sobre fisiologia, anatomia e técnicas básicas para a execução do exame físico, tais como inspeção, percussão, palpação e ausculta⁽⁷⁾.

No tocante ao exame físico realizado na UTI, pela variação do comprometimento fisiológico, a enfermeira é quem, geralmente, detecta alterações significativas no estado clínico do cliente, cabendo a ela alertar o médico. Porém, entende-se que para tal, o profissional deve aprimorar a aptidão para observar, a qual sinalizará a necessidade de reavaliá-lo fisicamente o cliente. O papel da enfermeira como examinadora é considerado como fundamental, entretanto, ela deve ter competência para levantar dados e para tomar decisões diante de cada circunstância⁽²⁾. Reconhece-se, então, que a **avaliação física** não é de competência exclusiva dos médicos, podendo e devendo, sobretudo na atenção ao cliente grave, envolver outros profissionais, primordialmente a enfermagem.

Os resultados indicam que as informantes conferem significativa importância ao exame físico na UTI, comprovando-se sua preocupação com a exposição do corpo do cliente quando apontam aspectos intervenientes, negativos e positivos. Não obstante, a constatação que a maioria das condutas voltadas ao resguardo da privacidade foi emitida pela enfermagem demonstra que tal inquietação se estende a todas as categorias dessa profissão. Assinala-se, que em várias situações outro profissional realizou a **avaliação física** do cliente, todavia, elementos da enfermagem participaram em todos os casos, direta ou indiretamente.

Admite-se que manter a privacidade do cliente em UTI é uma tarefa difícil, pela estrutura física e tipo de atendimento, embora o esforço da equipe em protegê-la sinalize o seu valor. Mesmo assim, uma conduta configurou descuido à proteção corporal nos ICNs, a qual consistiu em não cobrir o tórax de cliente feminino após exame físico.

Em contrapartida, as poucas condutas dos clientes voltadas à sua privacidade demonstram pudor (virar o rosto, se retrair ou tremer) e, sob a ótica das enfermeiras, que alguns deles se importam em exibir o corpo, sobretudo partes íntimas, visto que ambiente e profissionais são estranhos, explicitando a necessidade de resgatar e manter sua privacidade (tentar se cobrir). Vale lembrar que a maioria deles estava consciente.

O mesmo foi ratificado em estudo sobre a vivência da hospitalização, junto a clientes em enfermarias, no qual se observou ausência de privacidade ao presenciar a exposição corporal para exames e procedimentos⁽⁸⁾. Outro estudo comenta que as normas de privacidade, estabelecidas culturalmente, se redefinem na interação entre a enfermagem e o cliente durante o cuidado⁽⁹⁾. Em outras palavras, o papel e a responsabilidade de prover o cuidado estabelece que o preceito cultural de privacidade pode ser violado, e as pessoas institucionalizadas frequentemente percebem que as normas não são respeitadas. Talvez isto explique o fato da enfermagem implementar mais medidas para proteger a privacidade do cliente.

Acredita-se, também, que os clientes reagiram menos à proteção do corpo na **avaliação física** em decorrência das condutas adotadas pela equipe ao resguardo da intimidade. Por outro lado, permanecer em silêncio ou não se manifestar pode ser devido ao entendimento de ter perdido o direito à privacidade a partir da admissão e no decorrer da internação. Esses comportamentos parecem admitir que os mecanismos de poder disciplinares aplicados nos hospitais configuram-se como passaportes legais ao acesso e manuseio do corpo do cliente, reprimindo reações e questionamentos⁽¹⁰⁾.

Isto fica mais evidente quando, entre as **atitudes do profissional** nos ICNs, identificaram-se comportamentos que denotam desvalorização e desconsideração pelo ser humano, o qual depende dos profissionais para seu restabelecimento, como exigir que o cliente fosse mantido somente com lençol, chamar a atenção da enfermagem na frente dele por mantê-lo com camisola, descobri-lo sem pedir licença ou explicar o motivo, e apertar e torcer o mamilo para avaliar reflexos dolorosos.

No entanto, boa parte dos profissionais, em especial os da enfermagem, manifestou preocupação e dedicação pelo cliente, embora condutas que apontem priorização aos cuidados intensivos, sob o ponto de vista técnico, também tenham sido encontradas. Aparentemente a equipe está consciente da desvalorização do cliente como sujeito do cuidado, tendo em vista que a fragmentação do corpo pelo modelo biomédico vislumbra o homem como objeto, aludindo impessoalidade. As rotinas do cotidiano na UTI podem coibir a percepção dos profissionais. Observa-se, ainda, que a tecnologia ao mesmo tempo em que dá segurança à equipe contribui para a despersonalização do cuidado em detrimento das relações humanas^(11,12).

Nesse sentido, admite-se que os intensivistas geralmente exteriorizam controle emocional e racionalidade, imprimindo certa frieza e distanciamento na interação com os clientes por priorizarem o tecnicismo e o mecanicismo. Contudo, percebe-se que a equipe se importa com esta realidade na medida em que adotam condutas que expressam sensibilidade e solidariedade, talvez na intenção de minimizar a imagem automatizada conferida à assistência na terapia intensiva. Ressalta-se que atitudes do profissional e do cliente não foram identificadas entre os ICPs.

Os clientes também manifestaram preocupação com a exposição corporal para o exame físico nos ICNs, embora tenham partido de um familiar (neto e médico residente), igualmente considerado cliente, consistindo em atender solicitação para permanecer junto ao cliente, do sexo feminino, e explicar a necessidade da exposição torácica para ECG. Outro aspecto significativo foi **questão de gênero**, tanto para a equipe como para os clientes. A participação de cuidador do sexo oposto, como executor ou auxiliando cuidador do mesmo sexo do cliente, incomodou a equipe, sobretudo a de enfermagem, visto que isso ocorreu na maioria dos casos. Ao referir o sexo do(s) cuidador(es), as informantes demonstram sua inquietação e revelam que consideram a identidade de gênero relevante e inerente à realização do exame físico quando implica a exposição do corpo.

Os clientes, por sua vez, manifestaram-se acerca de cuidador do sexo oposto aceitando-o e concordando com a **avaliação física** somente após explicação sobre a necessidade. Portanto, alguns deles se importam com o gênero do cuidador, notando-se desconforto quando o profissional é do sexo oposto. Na verdade, as condutas dos clientes e da equipe refletem os papéis definidos para homem e mulher, incorporados no seu contexto social. De fato, a construção da identidade de gênero implica em um processo de

socialização e no estabelecimento de padrões de relação homem-mulher, homem-homem e mulher-mulher, influenciando as inúmeras maneiras pelas quais os indivíduos interagem, e se integram, em uma dada sociedade⁽¹³⁾. Refletindo acerca dessa colocação, compreendem-se as reações dos clientes ante a possibilidade de expor-se para cuidador de outro sexo. Ao reagirem, conforme os valores absorvidos no decorrer de sua vida, eles demonstram que acham inconveniente despir-se para outras pessoas, em especial do sexo oposto, e ainda estar sujeito à manipulação.

Na seqüência, **orientações ao cliente** (ICNs), emitidas principalmente pela enfermagem, versaram sobre questões técnicas e exposição corporal, indicando que os profissionais valorizam as explicações e as consideram indispensáveis para a execução do exame físico, sobretudo quando implica partes íntimas, embora priorizem os aspectos técnicos. Por outro lado, as poucas **orientações à equipe de saúde** (ICNs), a um grupo de estagiárias de curso técnico em enfermagem envolvidas com a assistência na UTI sobre a Escala de Coma de Glasgow e avaliar presença de reflexos dolorosos, permite deduzir que o entendimento comum é que os profissionais estão “sempre” preparados para realizar o exame físico, visto que não foram encontradas orientações direcionadas à equipe.

Assinala-se que a socialização do conhecimento deve ser um processo contínuo no cotidiano profissional, essencialmente em unidades críticas, onde complicações e intercorrências são frequentes. Nesses casos a **avaliação física** faz-se imprescindível e, quando realizada adequadamente, pode desencadear intervenções a fim de prevenir ou impedir a evolução de um quadro clínico indesejável e que ameaça a vida do cliente.

Focalizando as situações relatadas e os comportamentos das pessoas envolvidas, a exposição corporal produziu conseqüências, sendo as negativas mais expressivas para clientes e equipe nos ICNs. É perceptível, que na maioria dos casos, elas emergiram por tratar-se de genitália ou mamas, da diferença de gênero e das condutas dos profissionais. Observou-se, ainda, que o descuido à preservação da intimidade e a insensibilidade de alguns profissionais às emoções do cliente geraram várias sensações desagradáveis.

A única emoção negativa manifestada pelos clientes nos ICPs foi sensação de mal-estar, enquanto nos ICNs prevaleceram constrangimento e vergonha, e em minoria indignação e mal-estar. Os **sentimentos negativos** emitidos pela equipe (ICNs), mal-estar, constrangimento, preocupação e insegurança, sugerem que, tal como os clientes, os profissionais também sentem desconforto ante a nudez, sobretudo quando percebem as reações daqueles. O fato demonstra que os valores e as crenças incorporados influenciaram tais manifestações, denotando-se ainda, que apesar da visão de insensibilidade conferida aos intensivistas, as emoções afloraram em determinados eventos. Na mesma vertente, um estudo descreveu as reações de indivíduos que compartilhavam a mesma enfermagem durante a realização de procedimentos, cujos sentimentos foram indignação, constrangimento, vergonha, humilhação e desrespeito⁽⁹⁾.

Em contrapartida, os clientes esboçaram mais **sentimentos positivos** nos ICNs, sendo tranquilidade, ficar à vontade e sensação de bem-estar. No entanto, a equipe manifestou somente bem-estar (ICNs). É nítido que a maioria das emoções positivas emitidas pelos clientes derivou das ações para a proteção da intimidade, do respeito dos profissionais e das explicações. Porém, muitas emergiram após modificação ou adoção de condutas pela equipe ao perceber a insatisfação dos clientes, relacionada a alguns aspectos que permearam o exame físico, no intento de minimizar os problemas.

Depreende-se, então, que a insatisfação dos clientes reverteu positivamente conforme a **avaliação física** foi sendo realizada, seja porque sua inquietação era infundada, seja porque as condutas adotadas pela equipe foram aceitáveis. Igualmente, uma investigação sobre as perspectivas e os sentimentos de clientes internados em UTI evidenciou que a satisfação e a insatisfação estão imbricadas em relação ao tratamento dispensado. Constatou, também, que “aceitação, frustração, apoio, mal-estar e surpresa”

foram mais comuns no momento da internação e que estes se alteraram, no decorrer da internação, em função do desempenho da equipe e da assistência realizada⁽¹⁴⁾.

Isto fica mais nítido ao se observar que a proteção da intimidade foi apontada como fator relevante e primordial para a **garantia da qualidade da assistência**, tanto pelos clientes (ICPs) como pela equipe (ICNs), somando-se o respeito dos profissionais (ICNs), o qual, aparentemente, foi valorizado na realização do exame físico, especialmente quando envolveu partes íntimas. Esta constatação vem ao encontro da visão de que o cliente hospitalizado perde o *status* de pessoa e passa a ser “objeto de cuidados” e que “o respeito pode e deve ser entendido como a arte da conduta”, visto que é senso comum na área da enfermagem que o respeito “é o princípio fundamental para prestar cuidados”⁽¹⁵⁾. Da mesma forma, entende-se que na esfera profissional conscientizar acerca da importância do cuidado e do respeito mútuo, entre os envolvidos, pode favorecer sua realização⁽¹⁶⁾.

Estas colocações são muito pertinentes quando se lembra que o espaço físico e o corpo do cliente são violados constantemente no contexto hospitalar. Em se tratando de UTI, isto é praticamente inevitável, uma vez que a equipe circula constantemente junto ao cliente e que exibir e tocar o corpo são essenciais em diversas atividades assistenciais, exercidas em sua maioria pela enfermagem. Considerando que a realização frequente da **avaliação física** é fato na UTI, e que o ambiente dificulta a manutenção da privacidade, acredita-se que ao relatarem episódios em que, além da nudez, as condutas da equipe também comprometeram a intimidade do cliente, as informantes procuraram alertar sobre as questões que produziram insatisfação e desconforto, nelas próprias e nos clientes.

No senso comum a “enfermeira é a profissional da área de saúde que tem maior autorização social para tocar o corpo do outro”⁽¹⁷⁾. Compreende-se que tal concepção não confere a estes profissionais, e nem a outros, o direito de expor e manipular o corpo dos clientes indiscriminadamente. Neste sentido, a identificação de fatores que indicam **prejuízo na qualidade da assistência** reforça a necessidade do respeito e da proteção à privacidade do cliente durante o exame físico.

A desproteção da intimidade, aspecto que mais interferiu na qualidade assistencial, emergiu de falhas da equipe e imposição de profissional médico relacionada à proteção corporal do cliente. Por outro lado, para os clientes, a desconsideração de profissional de enfermagem, apertando e torcendo o mamilo, e se submeter à solicitação médica referente a desproteção corporal são prejudiciais ao atendimento.

Percebe-se que a relação de poder, entre as classes e com o cliente, foi exercida no momento da avaliação física, e desconsiderou os sentimentos e a individualidade do ser humano, fragilizado pela enfermidade, e o saber de outros profissionais. Muitas vezes a submissão da pessoa hospitalizada ocorre porque esta se vê “desapossada de si própria, não lhe cabendo mais as decisões a serem tomadas sobre sua pessoa”⁽⁹⁾. Provavelmente, esta percepção deve-se ao entendimento de que o *saber* dos profissionais lhes confere este direito e que deles depende para sua recuperação.

A enfermagem também se submeteu à atitude médica. Aparentemente, elas incorporaram a subordinação para evitar conflitos e manter a interação, sem procurar mudar esse tipo de relacionamento. Segundo um estudo, isso acontece porque as enfermeiras não identificam respaldo externo ou nos seus próprios recursos, somando-se ainda a percepção de inferioridade ao “saber” médico⁽¹⁸⁾.

Na prática cotidiana da enfermagem emergem inúmeras situações de conflito geradas pela divergência entre moralidades. Quando os conflitos se desencadeiam, o “processo de ação” individual e profissional não consiste de uma única atitude, podendo “desdobrar-se ilimitadamente na medida em que surgem conseqüências decorrentes das decisões tomadas, e das interações entre os processos provenientes de diferentes atores sociais”. De fato, nenhuma ética profissional precede a postura ética individual, uma vez que os valores de certo e errado, oriundos da reflexão pessoal e incorporados individualmente, não podem ser substituídos por nenhum

referencial ético⁽¹⁹⁾. Ao relatarmos eventos em que houve o exercício do "poder", as informantes revelam sua inquietação interior, talvez por não reagirem ao discordarem com a conduta de outro profissional, e ao mesmo tempo, por não terem defendido o interesse e atendido as preferências do cliente. Isto parece reforçar a desumanização da assistência.

A implementação da humanização do cuidado de enfermagem, em especial na UTI, certamente é um dos aspectos mais difíceis a ser alcançado. Sugere-se que o primeiro passo seja a reflexão, individual e da equipe multiprofissional, sobre o que é cuidado humanizado. Destaca-se que se concluiu, após investigação, que entre outros, o significado cultural do cuidado humanizado para enfermeiras intensivistas é colocar-se no lugar do cliente, é focalizar o cuidado na perspectiva do doente⁽²⁰⁾.

Assim sendo, mesmo que inconsciente, percebe-se nos incidentes críticos relatados, que a equipe, sobretudo a enfermagem, se empenhou em desenvolver a assistência não se detendo somente ao desempenho técnico, mas sim, procurando vislumbrar o cliente com sensibilidade e imbuída do sentido humanitário. Vale destacar, que o fato do grupo de informantes compor-se somente de enfermeiras, deixa uma lacuna sobre a percepção de profissionais do sexo masculino. Certamente, a contribuição daqueles seria significativa, descrevendo casos experienciados no cotidiano, admitindo-se que também assistem clientes de ambos os sexos e que a identidade de gênero emergiu como fator complicador significativo, acentuando-se ante a exposição de partes íntimas.

Em algumas circunstâncias foi visível a divergência de interesses entre as partes envolvidas, notando-se, implicitamente, a insegurança e a inabilidade da equipe, memento da enfermagem, para contornar os conflitos desencadeados. Outra questão a considerar é o domínio sobre o corpo do outro e a relação de poder entre as classes. Os valores e princípios de cada pessoa permeiam a assistência à saúde e o processo de humanização, exigindo do profissional intuição, reflexão crítica e auto-avaliação constante, o que favorecerá a percepção de como se comportar e como contornar os conflitos emergentes.

REFERÊNCIAS

1. Silveira MFA. Estar despido na UTI: duas percepções, um encontro. *Rev Enferm UERJ* 1997 dez; 5(2): 449-59.
2. Kimura M, Miyadahira AMK, Cruz DALM, Takahashi EIU, Padilha KG, Sousa RMC. O exame físico e o enfermeiro de UTI. *Rev Esc Enf USP* 1994 ago; 28(2): 156-70.
3. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psic Aplic* 1973 abr-jun; 25(2): 99-141.
4. Cahill M; Norris J; Weinstein E. Avaliação Física. In: Cahill M; Norris J; Weinstein E, editores. *Técnicas de enfermagem*. São Paulo (SP): Moderna; 1997. p. 63-146.
5. Bates B. *Propedêutica médica*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1990.
6. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.
7. Ângelo DAD, Juliani CMCM, Bocchi SCM. Exame físico: opiniões e percepções de alunos de graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1995 out-dez; 48(4): 341-8.
8. Bellato R. *A vivência da hospitalização pela pessoa doente [tese]*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
9. Applegate M, Morse MJ. Personal privacy and interactional patterns in a nursing home. *J Aging Stud* 1994; 8(4): 413-34.
10. Ferreira MA, Figueiredo NMA. Os mecanismos disciplinadores do hospital: as (os) enfermeiras (os) e o poder sobre o corpo do cliente hospitalizado. *Rev Enferm Escola Anna Nery* 1997; 1(1): 103-16.
11. Hayashi AAM, Gisi ML. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. *Texto Contexto Enferm* 2000; 9(2): 824-37.
12. Bettinelli LA, Erdmann AL. Cuidado solidário: um compromisso social da enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Cogitare Enferm* 1998 jul-dez; 3(2): 23-33.
13. Backx SS. Relações de gênero: reação a novas referências. *Tecendo saberes*. [online] 1996 (1). [citado em: 11 nov 2002]. Disponível em: URL: http://www.cfch.ufrj.br/jor_pesq/
14. Nascimento AR, Caetano JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Nursing* 2003; 57(6): 12-7.
15. Catarino J, Cassiano J, Silva RC. O respeito como princípio moral básico e principal princípio em enfermagem. *Nursing* 1996; 9(9): 21-4.
16. Waldow VR. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. *Rev Enferm UERJ* 2001; 3(9): 284-93.
17. Miranda CML. *O parentesco imaginário*. São Paulo (SP): Cortez. 1994.
18. Veríssimo M, De La ÓR. Tentar preservar-se: a escolha difícil da enfermeira em situações difíceis. *Rev Esc Enferm USP* 1996; 30(3): 439-55.
19. Oliveira MLC, Guilhem D. O agir ético na prática profissional cotidiana das enfermeiras. *Rev Bras Enferm* 2001; 54(1): 63-73.
20. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(2): 137-44.

Data do recebimento: 10/05/2005

Data da aprovação: 24/07/2005