

EXPOSIÇÃO CORPORAL DO CLIENTE NO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES BÁSICAS EM UTI: INCIDENTES CRÍTICOS RELATADOS POR ENFERMEIRAS¹

Jussara Simone Lenzi Pupulim²
Namie Okino Sawada³

Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):388-96.

Objetivou-se identificar e analisar situações envolvendo a exposição corporal e invasão da privacidade do cliente, inerentes à assistência em UTI. A população consistiu em 15 enfermeiras de UTIs para adultos, em Maringá-PR. Empregou-se a Técnica do Incidente Crítico (TIC), obtendo-se 30 relatos, 15 positivos e 15 negativos, extraindo-se 22 incidentes críticos positivos e 30 negativos. Esses foram compilados em 6 categorias, optando-se por apresentar e discutir a categoria Necessidades básicas. Os comportamentos da equipe de saúde constituíram 5 categorias e dos clientes 3. As conseqüências para a equipe de saúde e para os clientes compuseram 4 categorias. Verificou-se melhor preparo da enfermagem para contornar problemas relacionados ao atendimento dessas necessidades, que equipe e clientes manifestam os mesmos sentimentos, que os aspectos que garantem a qualidade da assistência são proteção da intimidade, respeito, confiança e orientação, e que desproteção da intimidade do cliente prejudica a qualidade da assistência.

DESCRITORES: *privacidade; cuidados de enfermagem; necessidades básicas; unidades de terapia intensiva*

PHYSICAL EXPOSURE OF CLIENTS IN CARE FOR BASIC NEEDS AT AN ICU: CRITICAL INCIDENTS REPORTED BY NURSES

This study aimed to identify and analyze situations involving the physical exposure and invasion of clients' privacy, which are inherent to ICU care. The population consisted of 15 adult ICU nurses in Maringá-PR, Brazil. The Critical Incident Technique was used (CIT), resulting in 30 reports, 15 of which were positive and 15 negative. From these, 22 positive and 30 negative critical incidents were extracted. These were compiled in 6 categories. We chose to present and to discuss the category Basic needs. The health team's behavior constituted 5 categories and the clients' behavior 3. Consequences for health team and clients corresponded to 4 categories. The results revealed that the nursing team is better prepared to handle problems related to care for basic needs; that team and clients disclose the same feelings; that privacy protection, respect, confidence and guidance guarantee the quality of care and that not protecting clients' intimacy impaired care quality.

DESCRIPTORS: *privacy; nursing care; basic needs; intensive care units*

EXPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES EN LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES BÁSICAS EN UTI: LOS INCIDENTES CRÍTICOS RELATADOS POR ENFERMEROS

La finalidad de esta investigación fue identificar y analizar las situaciones que implicaban la exposición corporal y la invasión de la privacidad del cliente, inherentes a la atención en la UTI. La población consistió en 15 enfermeros de UTIs de atención al adulto en Maringá-PR, Brasil. Fue utilizada la Técnica del Incidente Crítico (TIC), resultando en 30 informes, 15 positivos y 15 negativos, extrayéndose 22 incidentes críticos positivos y 30 negativos. Estos fueron agrupados en 6 categorías, optándose por la presentación y discusión de la categoría necesidades básicas. Los comportamientos del equipo de la salud se agruparon en 5 categorías y aquellos de los clientes en 3. Las consecuencias para el equipo de la salud y los clientes fueron agrupadas en 4 categorías. Verificamos que el equipo de enfermería está mejor preparado para esquivar los problemas relacionados a la atención de estas necesidades, que el equipo y los clientes manifiestan los mismos sentimientos, que los aspectos que garantizan la calidad de la atención son protección de la intimidad del cliente, respecto, confianza y orientación, y que desprotección de la intimidad del cliente perjudica la calidad de la atención.

DESCRIPTORES: *privacidad; atención de enfermería; necesidades básicas; unidades de terapia intensiva*

¹ Trabalho extraído da dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, em 2003; ² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professor Assistente da Universidade Estadual de Maringá, e-mail: jslpupulim@bol.com.br; ³ Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: sawada@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

O processo de cuidar, no âmbito da saúde, representa a maneira como se desenvolve a assistência destinada ao cliente e compreende condutas e sentimentos tais como interesse, afeição, consideração, solidariedade e outros. No contexto da enfermagem, esse processo envolve vários aspectos. Estudos recentes demonstram que clientes e enfermeiros ainda relacionam o cuidado ao atendimento das necessidades básicas⁽¹⁻³⁾, inerentes ao ser humano.

O indivíduo hospitalizado depende, parcial ou totalmente, da equipe de enfermagem para suprir várias dessas necessidades. Os cuidados direcionados a determinadas prioridades dos clientes, como higiene corporal e eliminação vesical/intestinal, envolvem a exposição corporal e a invasão da intimidade. A enfermagem é a profissão que mais mantém contato com o cliente durante a internação, conseqüentemente, é a que mais expõe, toca e manuseia o corpo ao implementar a assistência. Considerando que a nudez, parcial ou total, é indispensável em diversas atividades referentes ao ato de cuidar, julga-se imprescindível respeitar e manter a dignidade humana, uma vez que o indivíduo hospitalizado "torna-se objeto de manipulação"⁽⁴⁾.

Isso é mais nítido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde geralmente o cliente permanece despido e protegido apenas com lençol. Condição essa justificada pela necessidade de manipular o corpo e manusear materiais, aparelhos e equipamentos, administrar medicamentos e facilitar a assistência em situações de emergência⁽⁵⁾, visto que essas unidades destinam-se ao atendimento de casos graves, priorizando-se o restabelecimento e manutenção das funções vitais.

A enfermidade e a internação geram estresse na maioria das pessoas, agravando-se nos setores de tratamento intensivo. A sensação de perda do controle sobre si mesmo e sobre os fatores que afetam sua saúde, a sofisticação tecnológica e científica instalada, a terapêutica empreendida e a presença constante da equipe de saúde, somadas à visão popular de que o indivíduo para lá encaminhado está entre a vida e a morte, comprometem a aceitação e a adaptação do cliente nesses ambientes.

Na UTI, a equipe concentra a atenção nas situações críticas, o que dificulta o controle dos fatores que atingem e expõem os clientes a condições vistas

como desumanas. Isso confere a essas unidades impessoalidade, insensibilidade, automatização, mecanização e desumanização, gerando insegurança e angústia nos clientes⁽⁶⁻⁷⁾. Observa-se que tal percepção se intensifica nos clientes ao vivenciar a nudez, por reconhecerem a dificuldade em preservar sua intimidade e individualidade. Alguns estudos descrevem aspectos e sensações apontados por clientes, atinentes à exposição do corpo na hospitalização tais como humilhação, desconforto, constrangimento, vergonha, auto-imagem afetada, embaraço, incômodo, algo desagradável e difícil, falta de privacidade, desinformação, desrespeito, cuidador do sexo oposto^(5-6,8-12).

Entende-se que conhecer a percepção dos clientes não é suficiente para a implementação de intervenções de enfermagem direcionadas à privacidade. É necessário compreender como se sentem e se comportam esses profissionais, visto que, na UTI, são os elementos que mais atuam como "invasores" da intimidade do cliente. Entretanto, pressupõe-se que a enfermagem tem dificuldade em contornar conflitos gerados pela exposição corporal do cliente, também sente desconforto e que o sexo do cuidador influencia a reação do cliente.

O reconhecimento que a questão da nudez e da privacidade do cliente constitui problema a ser enfrentado pela enfermagem motivou este estudo, buscando contribuir para o processo de cuidar em enfermagem e para a qualidade da assistência à saúde. Assinala-se que se considerou privacidade, neste estudo, o direito do cliente hospitalizado de preservar seu corpo da exposição e manipulação por outrem, sendo que o desrespeito a esse direito caracteriza a sua invasão.

OBJETIVO

Analisar situações positivas e negativas implicando a exposição corporal do cliente na assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), relatadas por enfermeiras, os comportamentos das pessoas envolvidas e as conseqüências para as próprias.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem

quantitativa, no qual se empregou como procedimento metodológico a Técnica do Incidente Crítico (TIC), por consistir em solicitar aos sujeitos envolvidos em determinada atividade, para descrever os fatos relevantes em que o comportamento da pessoa que exerce a função, ou realiza a tarefa, gerou conseqüências positivas ou negativas⁽¹³⁾. Optou-se pela TIC por considerá-la pertinente à investigação dos elementos intervenientes e circundantes ao processo de trabalho da enfermagem, uma vez que a realização da assistência compreende condutas e respostas, tanto do cuidador como do ser cuidado, incidindo em efeitos que podem ser positivos ou negativos.

Os dados foram coletados em todas as UTIs (08) de instituições hospitalares do município de Maringá-PR, destinadas ao atendimento de adultos. Foram entrevistadas 15 enfermeiras, total desses profissionais nas referidas UTIs, onde elas geralmente realizam assistência direta aos clientes. Assinala-se que nenhum enfermeiro compunha o quadro de funcionários das UTIs. Constatou-se que duas enfermeiras trabalham, concomitantemente, na UTI de dois hospitais, sendo consideradas por apenas uma delas. Todas concordaram em participar da pesquisa após esclarecimento sobre o tema, objetivo e garantia de anonimato, sigilo e privacidade, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Formulário de entrevista, em concordância com a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O instrumento constituiu-se de um roteiro semi-estruturado, composto por três etapas. A primeira elucida a intenção do estudo e a importância da participação. A segunda apresenta as perguntas que direcionam o relato alusivo ao fenômeno* a ser estudado. E a terceira caracteriza os sujeitos, aferindo-se que as entrevistadas têm curso de especialização, porém não em UTI, constatando-se a média de 08 anos de atividade profissional e de 05 anos e 04 meses em UTI.

As perguntas consistiram em solicitar às informantes: pense no seu trabalho, em uma **situação positiva** em que você precisou expor o corpo do cliente para a realização de um cuidado de enfermagem, durante a sua internação na UTI (pausa para reflexão). Relate detalhadamente como aconteceu, o que as pessoas envolvidas fizeram e o

que resultou desta situação. A mesma pergunta foi repetida, porém solicitando a descrição de uma **situação negativa**. Portanto, cada informante forneceu 02 relatos, um de uma situação positiva e outro de uma negativa.

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade das informantes, durando em média de 45 a 60 minutos, no período de 06 de agosto a 06 de setembro de 2002. A pesquisadora pediu que se ativessem aos fatos da situação vivenciada de forma precisa e completa, não se reportando a eventos experienciados e contados por outros. Os relatos foram registrados pela pesquisadora por escrito durante a entrevista e lidos ao final para complementações, retificações e confirmação das informações, sendo redigidos e organizados logo após a entrevista.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, de forma a sintetizar e descrever os dados eficientemente, com o objetivo de aumentar sua utilidade, sem prejudicar a compreensão, a especificidade e a validade⁽¹³⁾, a fim de se extrair os incidentes críticos, positivos (ICPs) e negativos (ICNs), apontados nos relatos. Primeiramente, as narrativas foram agrupadas conforme a referência positiva e negativa atribuída pelas informantes. Na seqüência, sucedeu-se a leitura e releitura exaustivas dos relatos para se identificarem as situações, os comportamentos da equipe de saúde e dos clientes e as conseqüências para os próprios. Em seguida, agruparam-se as situações, os comportamentos e as conseqüências, conforme os elementos da TIC⁽¹³⁾, sendo novamente lidos e relidos a fim de reagrupá-los segundo as similaridades. Nessa fase, constatou-se a necessidade de formulação de subcategorias de comportamentos e conseqüências, o que favoreceu a categorização propriamente dita.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, definiram-se seis categorias de situação relacionadas à exposição corporal do cliente durante a assistência na UTI (Tabela 1), extraídas dos 52 (100%) incidentes críticos identificados, 22 (42,3%) positivos e 30 (57,7%) negativos. Optou-se, neste trabalho, em discutir os resultados referentes à categoria de situação

* Considerou-se fenômeno, neste estudo, as ocorrências observadas ou vivenciadas, que representam situações relevantes, com resultado positivo ou negativo, para a execução da atividade, incluindo também as condutas das pessoas envolvidas e as conseqüências para as próprias, relacionadas à assistência na UTI ante a nudez do cliente

necessidades básicas, por apresentar a maior frequência (32,7%) e por envolver somente profissionais de enfermagem. Tal categoria compreendeu situações como banho no leito (4 positivas e 4 negativas), eliminação urinária e eliminação intestinal (3 positivas cada) e higiene íntima (1 positiva e 2 negativas).

Tabela 1 - Distribuição das categorias de situações relacionadas à exposição corporal do cliente na assistência em UTI, extraídas dos incidentes críticos relatados por enfermeiras, segundo a referência - Maringá, PR, 2002

Situação	Positiva		Negativa		Total	
	f	%	f	%	f	%
Necessidades básicas	11	21,2	06	11,5	17	32,7
Admissão e permanência na UTI	03	5,8	08	15,4	11	21,2
Procedimentos terapêuticos	04	7,7	06	11,5	10	19,2
Avaliação física	02	3,8	06	11,5	08	15,3
Horário de visita	02	3,8	01	2	03	5,8
Manifestações da sexualidade	00	00	03	5,8	03	5,8
Total	22	42,3	30	57,7	52	100

A Tabela 1 demonstra o predomínio da categoria **necessidades básicas** (21,2%) dentre os ICPs, sendo secundária (11,5%) nos ICNs. Cumpre assinalar que, nos casos incluídos nessa categoria (ICPs e ICNs), a maioria dos clientes encontrava-se consciente, estando 01 confuso e desorientado, 02 inconscientes e 03 semiconscientes; todos mantidos em repouso no leito, exceto um, em repouso relativo. Constatou-se serem 10 homens e 06 mulheres, sendo a maioria idosa ou de meia-idade. Um deles apresentou eliminação urinária e intestinal em momentos subseqüentes e outro pôde ir ao banheiro com auxílio da enfermagem.

As **necessidades básicas** são comuns a todos os indivíduos, variando a forma de atendê-las, manifestá-las ou satisfazê-las, ou seja, o que pode ser prioridade para uma pessoa pode não o ser para outra, lembrando que sua abordagem não se esgota na dimensão individual⁽¹⁴⁾. O banho e os cuidados pessoais são considerados "rituais importantes em todas as culturas", por serem fundamentais para a manutenção e promoção da saúde⁽⁹⁾. Os clientes em terapia intensiva estão sujeitos a diversos fatores intervenientes, cuja interferência dificulta o autocuidado e caracteriza a dependência de outros para a sua realização.

Os resultados demonstram a preocupação e a importância conferida pelas enfermeiras em proporcionar a higiene corporal e favorecer as eliminações, porém, também revelam sua inquietação e desconforto ante a exposição do corpo do cliente,

visto que os destacaram como eventos marcantes, por prevalecerem entre os casos relatados. Isso fica mais nítido ao se constatar que, do total de 15 informantes, 12 relataram fatos voltados ao atendimento dessas necessidades. A prevalência majoritária de situações positivas (ICPs), referentes aos cuidados corporais, chama a atenção, principalmente, por evidenciar-se que, em sua maioria, foi preciso expor e manipular a região perineal. Tal evidência parece indicar que as enfermeiras acreditam no bom desempenho da equipe de enfermagem ao executar os cuidados, visto que a sua prática cotidiana direciona-se, invariavelmente, ao atendimento dessas necessidades. Provavelmente isso se deve à origem da enfermagem, que focalizava a higiene corporal e ambiental como medidas salutaras, princípio bem arraigado na formação dessa profissão.

Na Tabela 2 constam as condutas da enfermagem ao suprir as **necessidades básicas** da clientela, 80 nos ICPs e 37 nos ICNs, compilados em 05 categorias; e os comportamentos dos clientes, 32 em ICPs e 03 em ICNs, inseridos em 03 categorias nos ICPs e 01 nos ICNs.

Verifica-se a prevalência de condutas da enfermagem voltadas à **proteção e manutenção da privacidade** (ICPs e ICNs), englobando 06 subcategorias: exposição corporal parcial (7 em ICPs e 6 em ICNs), exposição corporal total (3 em ICPs e 3 em ICNs), proteção corporal parcial (5 em ICPs e 4 em ICNs), proteção corporal total (6 em ICPs e 1 em ICNs), proteção do espaço pessoal (7 em ICPs e 7 em ICNs) e condutas para proteção da intimidade (3 em ICPs e 1 em ICNs). Constata-se predomínio quanto ao espaço pessoal, consistindo em proteger o leito, sendo encontrado apenas dois comportamentos que apontam descuido quanto a essa proteção (ICNs).

Tabela 2 - Distribuição das categorias de comportamento da equipe de enfermagem e do cliente referentes às necessidades básicas, extraídas dos ICPs e dos ICNs - Maringá, PR, 2002

Comportamentos da equipe	ICPs		ICNs	
	f	%	f	%
Questão de gênero	17	21,3	06	16,2
Proteção e manutenção da privacidade	31	38,7	22	59,5
Atitudes do profissional	14	17,5	03	8,1
Orientação ao cliente	17	21,3	02	5,4
Orientação à equipe de saúde	01	1,2	04	10,8
Total	80	100	37	100
Comportamentos do cliente	ICPs		ICNs	
	f	%	f	%
Questão de gênero	16	50	03	100
Proteção e manutenção da privacidade	07	21,9		
Atitudes do cliente	09	28,1		
Total	32	100	03	100

A exposição parcial constituiu-se basicamente em não expor o corpo além do necessário para a

execução dos cuidados, identificando-se apenas um que extrapolou a necessidade (ICNs). Por outro lado, evidenciou-se que tal exposição foi desnecessária em todos os casos relatados, exceto em uma única situação (ICPs). Da mesma forma, englobou-se, na proteção corporal parcial, manter o cliente com lençol ou com fralda e lençol, caracterizando a condição de nudez imposta na maioria das UTIs, sendo mais freqüente entre os ICNs.

No entanto, nos ICPs, privilegiou-se a proteção corporal total, mantendo-se o cliente com fralda, camisola ou bermuda e blusa, além de cobri-lo com lençol. Com relação à proteção da intimidade do cliente, foram incluídos afastar-se para deixá-lo à vontade, avisar outro cuidador para não expor em excesso e oportunizar realização da própria higiene íntima (ICPs e ICNs).

Esses resultados revelam que a enfermagem estava atenta ao resguardo da intimidade, percebendo-se esforço em preservar a privacidade dos clientes, mesmo nos eventos em que a nudez parcial ou total foi inevitável. Tal constatação corrobora com a colocação de que as atividades de cuidar, como banho, conforto, proteção e privacidade, não devem ser confundidas com as rotinas e tarefas mecânicas, por essas serem "desprovidas de subjetividade e de humanidade", enfatizando que o cuidado humano é a essência fundamental da enfermagem⁽⁷⁾.

Em contrapartida, **proteção e manutenção da privacidade**, menor freqüência entre os clientes nos ICPs e a única categoria identificada nos ICNs, compreendeu 04 subcategorias: manifestar-se sobre a exposição corporal (2 em ICPs e 3 em ICNs), realizar autocuidado (2 nos ICPs), manifestar-se sobre a proteção corporal (1 nos ICPs) e reivindicar privacidade (2 nos ICPs). Os clientes praticamente não reagiram à exposição corporal, porém, alguns preferiram realizar o cuidado e ficarem sozinhos, outro protegeu o órgão genital com as mãos, ao passo que um preferiu permanecer descoberto. Percebe-se satisfação quanto às medidas adotadas pela equipe para proteger a privacidade, e que a preocupação acentua-se mediante exibição de partes íntimas.

A **questão de gênero** prevaleceu entre os clientes nos ICPs, compondo 03 subcategorias: manifestar-se sobre cuidador do mesmo sexo (3), sobre cuidador do sexo oposto (12) e sobre cuidadores de ambos os sexos (1). A maioria esboçou reação ante cuidador do sexo oposto, aceitando e

colaborando, sobretudo após explicação, todavia, muitos recusaram, demonstraram pudor ou preferiram cuidador do mesmo sexo. É perceptível o desconforto dos clientes quando cuidador do sexo oposto executa ou participa do cuidado. Cumpre assinalar que se evidenciou indisponibilidade de cuidador do mesmo sexo, pelo contingente de mulheres ainda predominar na enfermagem. Não foram identificadas condutas dos clientes referentes a essa categoria nos ICNs.

As condutas da equipe voltadas à **questão de gênero** incluíram as subcategorias: cuidador do sexo oposto (8 em ICPs e 1 em ICNs), cuidador do mesmo sexo (2 em ICPs e 4 em ICNs), cuidadores de ambos os sexos (2 em ICPs), disponibilizar cuidador do mesmo sexo (1 em ICNs) e sua indisponibilidade (5 em ICPs). Verifica-se maior freqüência nos ICPs, deduzindo-se que isso se deve ao fato de que a maioria dos clientes era do sexo masculino e estava consciente.

Ao apontar a diferença de gênero, as enfermeiras demonstram apreensão pela dificuldade em viabilizar cuidador do mesmo sexo, destacando sua relevância para a assistência e como fator contribuinte para o resguardo da intimidade do cliente. As condutas da equipe e dos clientes, relacionadas à diferença de sexo entre cuidador e ser cuidado, refletem os valores morais e culturais, as crenças e tabus, bem como as atitudes e os papéis definidos para homem e mulher, incorporados no contexto social onde os sujeitos estão inseridos⁽¹⁵⁾.

Atitudes do cliente, categoria não identificada nos ICNs e a segunda mais freqüente nos ICPs, constituiu 03 subcategorias: preocupar-se com eliminações urinária e intestinal (5), com a auto-imagem (3) e desconhecer as condutas de atendimento (1). Com respeito à auto-imagem, o cliente reflete o que pensa sobre seu corpo, denotando-se que a dependência de outrem para suprir suas necessidades, em especial as de eliminações, incorpora impotência à sua auto-imagem, ao passo que ao revelar não conhecer as condutas adotadas, ele tenta atrair a atenção da equipe quanto à falta de informações.

Por conseguinte, **atitudes do profissional** prevaleceu nos ICPs, com menor freqüência nos ICNs, compondo 04 subcategorias: priorizar cuidados intensivos (1 nos ICNs), dedicar-se ao cliente (5 em ICPs), agir com respeito (2 em ICPs e 1 nos ICNs), e preocupar-se com o cliente (7 em ICPs e 1 em ICNs).

Percebe-se a conscientização da equipe quanto à desvalorização do ser humano como sujeito do cuidado, tentando resgatar a humanização com respeito, sensibilidade e solidariedade, provavelmente no intuito de desfazer a imagem tecnicista e automatizada conferida às UTIs. Mesmo assim, observa-se maior preocupação com os aspectos técnicos do atendimento em uma determinada situação. Tal evidência reforça o enfoque de que os profissionais da saúde devem respeitar a individualidade e a intimidade do cliente, considerando os aspectos emocionais e culturais, principalmente seus direitos, encarando com mais seriedade a questão da nudez e da privacidade durante a assistência⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Na seqüência, **orientação à equipe**, foi distribuída em 03 subcategorias: para cuidador ser do mesmo sexo do cliente (1 em ICPs), proteger intimidade do cliente (2 em ICNs) e execução de cuidado ou procedimento (2 em ICNs). Aparentemente, o entendimento é que os profissionais estão "sempre" preparados para realizar os cuidados, visto que se identificou apenas uma orientação à equipe nos ICPs e poucas nos ICNs, direcionadas ao resguardo da intimidade do cliente, feitas somente após percepção de falha ou descuido na execução do cuidado.

Não obstante, observa-se que a enfermagem preocupou-se em esclarecer os clientes sobre as atividades e condutas que implicavam a exposição corporal na UTI, primordialmente nos ICPs e em minoria nos ICNs. **Orientação ao cliente** constituiu 03 subcategorias: sobre execução de cuidado ou procedimento (12 em ICPs e 2 em ICNs), que cuidador será do sexo oposto (4 em ICPs) e que será do mesmo sexo (1 nos ICPs). Percebe-se que alguns profissionais valorizam a necessidade de compreensão por parte do cliente sobre os acontecimentos e tentam minimizar a ansiedade oriunda da desinformação e do desconhecimento acerca da assistência.

Na mesma vertente, investigações enfatizam que os clientes esperam receber orientações dos profissionais, no sentido da responsabilidade que eles almejam da enfermagem^(1-3,18-20). Vale destacar que, conscientizar sobre a importância do cuidado e do respeito mútuo, certamente beneficiará a assistência e a interação profissional/cliente⁽⁴⁾. Para que isso se efetive, concorda-se que a enfermagem deve desenvolver sua comunicabilidade, apreendendo seu valor "como veículo facilitador relacionado ao

resguardo da privacidade dos indivíduos"⁽²¹⁾.

Na continuidade, evidenciaram-se as categorias de conseqüências, apresentadas na Tabela 3. Surpreende que nos ICPs encontraram-se 37 conseqüências para a equipe e 111 para os clientes, superando as identificadas nos ICNs, 36 para a equipe e 15 para os clientes.

Tabela 3 - Distribuição das categorias de conseqüência da equipe de enfermagem e do cliente referentes às necessidades básicas, extraídas dos ICPs e dos ICNs - Maringá, PR, 2002

Conseqüências para a equipe	ICPs		ICNs	
	f	%	f	%
Sentimentos negativos	13	35,1	14	38,9
Sentimentos positivos	07	18,9		
Prejuízo na qualidade da assistência	02	5,4	16	44,5
Garantia da qualidade da assistência	15	40,6	06	16,6
Total	37	100	36	100
Conseqüências para o cliente	ICPs		ICNs	
	f	%	f	%
Sentimentos negativos	46	41,5	05	33,3
Sentimentos positivos	38	34,2	03	20
Prejuízo na qualidade da assistência			04	26,7
Garantia da qualidade da assistência	27	24,3	03	20
Total	111	100	15	100

A UTI é vista, no ambiente hospitalar, como um dos serviços mais agressivo, tenso e traumatizante e impregnado de fatores que contribuem para desestabilizar emocionalmente os indivíduos internados nessas unidades⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Acredita-se que o mesmo acontece com a equipe, uma vez que os clientes estão sob sua responsabilidade e contam com sua eficiência para o restabelecimento da saúde. Um estudo realizado com equipe de enfermagem de UTI aponta que os informantes destacaram o estresse e o sofrimento, decorrentes da sobrecarga de trabalho e envolvimento com o cliente e familiares, somando-se a "valorização da técnica em detrimento do cuidado", como fatores que os levam a esquecer dos próprios sentimentos e os dos clientes⁽²²⁾.

É interessante que os **sentimentos negativos** para os clientes tenham prevalecido nos ICPs, deduzindo-se que isso se deve ao fato de cuidadores do sexo oposto participarem ou executarem os cuidados na maioria dos casos. Por outro lado, poucas reações negativas foram identificadas nos ICNs. Esses constituíram 5 subcategorias: sensação de mal-estar (5 em ICPs e 4 em ICNs), vergonha (24 em ICPs e 1 nos ICNs), constrangimento (10 em ICPs), tensão (3 nos ICPs) e preocupação (4 nos ICPs). Estudos identificaram sentimentos similares entre os clientes com respeito à exposição do corpo^(5-6,8-12), constatando também que

esses se intensificam ante a presença de cuidador do sexo oposto e quando envolve partes íntimas^(5-6,8,10-11).

Em contrapartida, verifica-se que os **sentimentos positivos** foram manifestados quase na mesma proporção que os negativos, tanto nos ICPS como nos ICNs, indicando que os clientes ficaram satisfeitos com a atuação da equipe, apesar do desconforto provocado pela exposição do corpo. Tais emoções englobaram 3 subcategorias: tranquilidade (11 nos ICPS), sensação de bem-estar (7 nos ICPS) e ficar à vontade (20 nos ICPS e 3 nos ICNs). Acredita-se que, à medida que os cuidados foram efetuados e pela forma como se conduziu a assistência, muitas reações negativas reverteram-se em positivas, sugerindo que a enfermagem contornou com eficiência os conflitos oriundos da exposição corporal ao atender as **necessidades básicas**. Igualmente, constatou-se, em estudo sobre a percepção e os sentimentos de clientes internados em UTI, que manifestações de satisfação e insatisfação estão imbricadas em relação ao atendimento dispensado, e que esses se alteram no decorrer da internação conforme o desempenho dos profissionais e da assistência realizada⁽¹⁹⁾.

Com respeito à equipe, identificaram-se emoções negativas (ICPS e ICNs) e positivas (ICPS), definindo-se as subcategorias de **sentimentos negativos** como: preocupação (8 em ICPS), sensação de mal-estar (4 em ICPS e 10 em ICNs), constrangimento (4 em ICNs) e angústia (1 nos ICPS), encontrando-se apenas 1 de **sentimentos positivos**: sensação de bem-estar (7 nos ICPS). Observa-se que a satisfação da equipe emergiu da percepção de ter optado por medidas que atenderam as necessidades e preferências do cliente quanto à privacidade.

Por outro lado, considera-se natural que alguns profissionais de enfermagem possam sentir desconforto ao realizar cuidados higiênicos e auxiliar nas eliminações, por envolver partes íntimas, sobretudo quando do sexo oposto, o que foi freqüente em muitas situações. Verifica-se, portanto, inquietação por parte da equipe em expor e manipular o corpo do cliente, principalmente quando percebe a reação do próprio ante a invasão da sua intimidade.

A categoria de consequência para a enfermagem, **garantia da qualidade da assistência**, englobou nos ICPS as subcategorias: obter seu reconhecimento (4), respeitar o cliente (5) e conquistar sua confiança (6); e nos ICNs: proteger

a intimidade do cliente (2) e orientar a equipe de enfermagem (4). Para os clientes, nos ICPS, essa categoria incluiu as subcategorias: respeito dos profissionais (10), reconhecimento pela equipe (7), proteção da intimidade (6) e compreensão das condutas e orientações (4), sendo que nos ICNs destacou-se 1 subcategoria: proteção da intimidade (3). Denota-se que esses fatores, tanto para a enfermagem como para os clientes, contribuem significativamente para a qualidade assistencial quando há implicação da nudez.

Os resultados sugerem que a enfermagem procurou enfrentar a maioria dos problemas decorrentes da exposição e manuseio do corpo do cliente no atendimento às **necessidades básicas**. Aparentemente, ao buscar soluções para as dificuldades, alguns elementos da equipe talvez tenham agido como gostariam que agissem consigo, quem sabe na tentativa de resgatar o princípio da alteridade, ainda que inconscientemente, porém adotando medidas que contemplassem as expectativas dos clientes.

Acredita-se que, se visualizar no lugar do cliente, pensar sobre o que precisa ser feito e como ele prefere que o seja, é uma forma de garantir a promoção da saúde, respeitando suas crenças e seus valores, visto que muitos cuidados perpassam a intimidade⁽¹⁾. Contudo, verifica-se como consequência majoritária para a equipe nos ICNs, o **prejuízo na qualidade da assistência**, emergindo apenas 1 subcategoria: desproteção da intimidade do cliente (16), procedente de falha ou descuido por parte de alguns profissionais. Nos ICPS, a subcategoria: dificuldade em lidar com a situação (2) aflorou da angústia em não descobrir o motivo do choro do cliente durante banho no leito, pela comunicação deficiente, devido à entubação orotraqueal, constatando-se posteriormente ser decorrente da exposição corporal.

Fica evidente que a desproteção da intimidade do cliente interfere expressivamente na qualidade assistencial, visto que foi a mais apontada pelas informantes, demonstrando sua preocupação com os efeitos sobre a clientela e, também, porque pode representar para os clientes desconsideração por parte da equipe e aludir impessoalidade e desumanização ao atendimento. Assim sendo, é perceptível que o "estar despido" é um fator a mais de estresse e sofrimento para o cliente, concordando-se com a afirmação de que a enfermagem ainda apresenta

falhas em relação à proteção da privacidade da pessoa hospitalizada, principalmente na UTI⁽⁵⁾.

As questões contraproducentes relativas à assistência, levantadas pelas enfermeiras, revelam sua percepção e conscientização sobre as condutas impróprias, adotadas durante os cuidados, levando a crer que "O reconhecimento do que vivemos e enfrentamos como problemas morais, leva-nos a pensar e refletir sobre como deveríamos agir"⁽²³⁾. Pode-se deduzir, então, que a conscientização das informantes emergiu da reflexão sobre as posturas equivocadas em determinadas situações, prevenindo-as quanto à repetição.

Pontuando a realidade dos fatos, é congruente destacar a relevância do respeito como fundamental no exercício da enfermagem, de se refletir sobre a invasão da intimidade do cliente, relacionando-a aos aspectos ético-morais e de se questionar a conduta dos profissionais, por entender que o profissional, pode e deve ajudar o cliente a lidar com a perda da privacidade, além de procurar mantê-la e protegê-la⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Acredita-se, também, que as atribuições, positiva e negativa, conferidas pelas enfermeiras às situações de atendimento às necessidades básicas, estão relacionadas ao nível de consciência dos clientes. Como a maioria estava consciente, aparentemente, as reações deles à exposição corporal influenciaram as informantes quanto à referência emitida.

Fica nítida que a diferença de gênero é um complicador significativo em relação à privacidade, quando a assistência envolve a exposição do corpo, tanto para as informantes como para os clientes. Contudo, denota-se melhor habilidade e preparo da equipe de enfermagem para enfrentar e transpor as dificuldades geradas pela condição de nudez nos cuidados corporais, em oposição ao evidenciado nas outras categorias de situação identificadas (Tabela 1). Percebe-se que, apesar do avanço técnico e científico na prática do cuidar, a ênfase às necessidades humanas básicas persiste no contexto da enfermagem.

Nessa perspectiva, os resultados revelam que é possível lidar com os conflitos oriundos da exposição corporal, em variadas circunstâncias, quando a equipe está preparada para contorná-los e para ajudar o cliente a superar a invasão da intimidade e a perda da privacidade, inerente a muitas atividades no contexto hospitalar, especificamente na UTI.

Percebe-se que a equipe de enfermagem é mais sensível às alterações emocionais manifestadas pelos clientes, visto que procuraram resolver, ou minimizar, a causa dos efeitos negativos sobre eles. Contudo, verificou-se que sentem e manifestam sentimentos similares aos dos clientes e que geralmente estão associados às reações deles.

É discernível que, ao se empenharem para resguardar a intimidade dos clientes e ao demonstrarem preocupação com a proteção da privacidade, os profissionais de enfermagem transmitiram segurança ao indivíduo enfermo, conquistando sua confiança e obtendo reconhecimento pelo esforço empreendido.

Outro aspecto relevante é o fato da população do estudo constituir-se exclusivamente de informantes do sexo feminino, visto que nenhum enfermeiro compunha o quadro de funcionários das UTIs participantes da investigação. Acredita-se que a vivência e a percepção de elementos do sexo masculino contribuiria expressivamente com o estudo, considerando que também realizam cuidados envolvendo a nudez em clientes de ambos os sexos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É reconhecível que a manutenção da privacidade do cliente é um desafio para a equipe, pela especificidade da assistência e característica física das UTIs. Para tanto, destaca-se que é preciso visualizar o cliente considerando a estrutura que o compõe, abrangendo os valores culturais, históricos e sociais, somados aos aspectos emocionais que permeiam o indivíduo enfermo e hospitalizado.

Seguindo essa linha de raciocínio, é possível afirmar que ações direcionadas à preservação da privacidade e atitudes de respeito e solidariedade, ante a necessidade de expor o corpo do cliente, contribuirão para descaracterizar a imagem de desumanização atribuída às UTIs.

Com certeza esta pesquisa não apresenta soluções imediatas para as dificuldades relacionadas à questão da nudez, uma vez que é difícil esgotar toda sua dimensão, porém, levantou aspectos que merecem consideração e reflexão por parte das pessoas que atuam na área da saúde. Espera-se atrair a atenção dos profissionais, especialmente da enfermagem, sobre os fatores e condutas que

permeiam a exposição corporal e a invasão da privacidade do cliente no contexto da assistência à saúde.

Na medida em que o estudo foi se desenvolvendo, constatou-se serem poucos os trabalhos que abordam esse assunto na esfera do

cuidado à saúde. Sugere-se, portanto, a realização de outras investigações focalizando o tema em questão, persistindo na busca de alternativas que possam contribuir para a práxis da enfermagem, visto que "Não há como admitir distância entre o corpo que cuida e o que recebe cuidados"⁽²⁴⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes CHAF, Jorge MSB. Enfermeiras cuidando: análise conceitual. *Rev Baiana de Enfermagem* 2001 abril; 14(1):83-95.
2. Pacheco STA, Cursino EG, Vargens OMC. Cuidar/cuidado: a enfermagem construindo conceitos a partir da técnica do jogo de palavras. *Enfermagem Atual* 2001 setembro/outubro; 1(5):31-3.
3. Silva LF, Damasceno MMC, Carvalho CML, Souza PDS. Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. *Rev Bras Enfermagem* 2001 outubro/dezembro; 54(4):578-88.
4. Waldow VR. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. *Rev Enfermagem UERJ* 2001 setembro/dezembro; 9(3):284-93.
5. Silveira MFA. Estar despido na UTI: duas percepções, um encontro. *Rev Enfermagem UERJ* 1997 dezembro; 5(2):449-59.
6. Peixoto MRB. A prioridade, o isolamento e as emoções: estudo etnográfico do processo de socialização em um Centro de Terapia Intensiva. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.
7. Lino MM, Silva SC. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing* 2001 outubro; 41(4):25-9.
8. Figueiredo NMA, Machado WCA. A nudez do cliente: o (des) equilíbrio no cuidado de enfermagem. *Rev Enfermagem UERJ* 1996 dezembro; 4(2):143-52.
9. Lopes CLR, Barbosa MA, Teixeira MEM, Aquino RVP. Percepção de pacientes, sem capacidade para autocuidar-se, sobre a operacionalização do banho no leito. *Rev Bras Enfermagem* 1996 abril/junho; 49(2):259-66.
10. Bellato R. A vivência da hospitalização pela pessoa doente. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.
11. Waldow VR. Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico. *Nursing* 2001 fevereiro; 33(4):18-24.
12. Hancock I, Bowman A, Prater D. 'The day of the soft towel?': comparison of the current bed-bathing method with the soft towel bed-bathing method. *Int J Nurs Practice* 2000; 6:207-13.
13. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psic Aplic* 1973 abril/junho; 25(2):99-141.
14. Oliveira DC. A categoria necessidades nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. *Rev Enfermagem UERJ* 2002 janeiro/abril; 10(1):47-52.
15. Costa FO, Antoniazzi AS. A influência da socialização primária na construção da identidade de gênero: percepção dos pais. *Paidacéia* 1999 junho; 67-75.
16. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 maio-junho; 10(3):433-8.
17. Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, Arndt M. Privacy: a review of the literature. *Int J Nurs Studies* 2001; 38:663-71.
18. Guirardello EB, Romero-Gabriel CAA, Pereira IC, Miranda AF. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enfermagem USP* 1999 junho; 33(2):123-9.
19. Nascimento AR, Caetano JÁ. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Nursing* 2003 fevereiro; 57(6):12-7.
20. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensivo por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 maio-junho; 10(3):345-57.
21. Pupulim JSL, Sawada NO. Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. In: *Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Anais online]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, SP, Brasil. 2002 [citado 2004 Mar 04]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100045&lng=pt&nrm=van*
22. 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 março-abril; 10(2):137-44.
23. Lunardi VL. Autonomia e liberdade como condição para o cuidado de si e do outro. *Rev Enfermagem UERJ* 2000 janeiro/junho; 8(1):45-9.
24. Figueiredo NMA, Carvalho V. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1999.