

AS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DIANTE DA PRIVACIDADE E DA CONFIDENCIALIDADE DE USUÁRIOS DE UM HOSPITAL GERAL

LAS ACCIONES DE LOS PROFESIONALES ANTE LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE USUARIOS DE UN HOSPITAL GENERAL

THE ACTIONS OF PROFESSIONALS REGARDING THE PRIVACY AND CONFIDENTIALITY OF PATIENTS IN A GENERAL HOSPITAL

Danyllo do Nascimento Silva-Junior*

Janieiry Lima de Araújo**

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento***

RESUMO

Se analisa a percepção de usuários sobre sua privacidade e confidencialidade em um hospital, as ações dos profissionais diante dessas questões. Trata-se de uma pesquisa exploratória e qualitativa, realizada em um hospital geral de Rio Grande do Norte, Brasil, com 34 usuários. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas e observações não participantes, com análise de conteúdo. Os resultados foram agrupados nas categorias “Privacidade dos usuários hospitalizados” e “Confidencialidade dos usuários hospitalizados”. Os entrevistados demonstraram pouco domínio referente às questões de privacidade e confidencialidade, ao passo que as ações dos profissionais lançaram dúvidas sobre o conhecimento deles acerca dessas questões éticas. Entende-se a importância da discussão e espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar reflexões que visem a uma assistência mais ética e humana.

PALAVRAS-CHAVE: assistência ao paciente; assistência hospitalar; confidencialidade; ética hospitalar; hospital; privacidade (Fonte: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/pebi.2017.21.2.3

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Silva junior DN, Araújo JL & Nascimento EGC. As ações dos profissionais diante da privacidade e da confidencialidade de usuários de um hospital geral. *pers. bioét.* 2017;21(2): 219-232. DOI: 10.5294/pebi.2017.21.2.3

* orcid.org/0000-0002-9035-6216. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. danyllojunior@ufrn.edu.br

** orcid.org/0000-0001-9806-8756. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. janieirylima@uern.br

*** orcid.org/0000-0003-4014-6242. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. ellanygurgel@uern.br

FECHA DE RECEPCIÓN: 2017-04-18

FECHA DE ENVÍO A PARES: 2017-04-18

FECHA DE APROBACIÓN POR PARES: 2017-05-03

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2017-05-27

RESUMEN

Se analiza la percepción de usuarios sobre su privacidad y confidencialidad en un hospital, las acciones de los profesionales ante esas cuestiones. La investigación es exploratoria y cualitativa, y se realizó en un hospital general del departamento de Rio Grande do Norte, Brasil, con 34 usuarios. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y observaciones no participantes, con análisis de contenido. Los resultados fueron organizados en las categorías “Privacidad de los usuarios hospitalizados” y “Confidencialidad de los usuarios hospitalizados”. Los entrevistados mostraron poco dominio referente a las cuestiones de privacidad y confidencialidad, mientras que las acciones de los profesionales dejaron dudas sobre su conocimiento acerca de esas cuestiones éticas. Se entiende la importancia de la discusión y se espera que los resultados encontrados puedan subsidiar reflexiones con el fin de alcanzar una asistencia más ética y humana.

PALABRAS CLAVE: asistencia al paciente; asistencia hospitalaria; confidencialidad; ética hospitalaria; hospital; privacidad (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

In this paper, we analyze the users' perception about their privacy and confidentiality in a hospital, as well as the actions of professionals regarding these issues. It is an exploratory and qualitative study, conducted in a general hospital in Rio Grande do Norte, Brazil, with 34 users. We carried out a number of semi-structured interviews and non-participant observations with content analysis. The results were grouped in two categories: “Privacy of hospitalized users” and “Confidentiality of hospitalized users”. The respondents showed little mastery on the issues of privacy and confidentiality, while the actions of professionals cast doubt on their knowledge of these ethical issues. The importance of discussion is acknowledged and it is hoped that the results found can subsidize reflections aimed at a more ethical and humane assistance.

KEYWORDS: patient care; hospital care; confidentiality; hospital ethics; hospital; privacy (Source: DeCS).

INTRODUÇÃO

Os avanços e as conquistas do setor saúde são notáveis ao longo das últimas décadas, sobretudo no tocante aos direitos dos usuários. No Brasil, a partir da Constituição da República de 1988, o direito à saúde foi reconhecido como sendo fundamental ao ser humano. A criação da Lei 8.080/1990 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizado pelas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Tal sistema público estabeleceu um novo paradigma na área, com evidentes progressos (1, 2).

Apesar das melhorias significativas, os serviços de saúde ainda apresentam falhas em suas realidades práticas que ferem os princípios do próprio sistema. Uma das falhas diz respeito ao monopólio da doença na atenção dos profissionais de saúde, em que, muitas vezes, priorizam-se medidas para conter a enfermidade e deixam o lado humano, a individualidade, o respeito, os valores, os sentimentos e os direitos dos usuários em segundo plano. Isso reflete na assistência como insensibilidade e mecanização, embora a racionalização e o conhecimento científico sejam imprescindíveis nesse contexto (3).

De maneira paralela ao crescente desenvolvimento da ciência e dos recursos tecnológicos, intensificam-se os questionamentos sobre a ética e o direito no contexto da saúde. Estudos têm chamado a atenção para o grau elevado de risco de transgressão aos direitos dos usuários em virtude das novas tecnologias, sem um processo de reflexão que busque identificar limites e possibilidades desses progressos, alicerçados em valores éticos e morais. A violação da privacidade e da confidencialidade dos usuários é considerada como um dos princípios

mais vulneráveis no âmbito da saúde, nas relações entre profissionais e usuários (4).

Em definição, a privacidade refere-se principalmente à liberdade de contato com outras pessoas ou mesmo à exposição corporal. A confidencialidade está diretamente relacionada com a prevenção da divulgação de informações pessoais (5). Constituem-se como preceitos morais tradicionais das profissões de saúde e indicam o dever de guarda e reserva em relação aos dados de terceiro, a que se tem acesso por meio do exercício da atividade laboral (6).

Esses preceitos têm sido objeto de discussões mais intensas nos dias atuais, o que tem resultado na criação de instrumentos legais que visam garantir esses direitos. Em seu artigo 12, a Organização das Nações Unidas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, já declarava que ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação (4, 7).

No que se refere ao cuidado no contexto da internação hospitalar, percebe-se o quanto é urgente repensar e refletir sobre os princípios éticos da privacidade e da confidencialidade. Em virtude da condição da doença, sentimentos e sensações de fragilidade, dependência, insegurança e perda de autonomia fazem com que os usuários tornem-se objetos do cuidado e percam, assim, suas identidades singulares. Ademais, a valorização da tecnociência e do componente técnico no cuidado hospitalar não tem sentido se não estiver integrada ao processo ético e humano (8).

Embora muitas ações que visam preservar a intimidade dos usuários sejam constantemente implementadas por

parte de profissionais de saúde, há profissionais que consideram inviável proteger a privacidade e a confidencialidade dos sujeitos durante a prestação da assistência e no desempenho das funções e das responsabilidades inerentes às profissões da saúde (8).

Ante o exposto, este estudo teve como objetivo analisar a percepção de usuários sobre a sua privacidade e confidencialidade no hospital e as ações dos profissionais diante dessas questões éticas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade (HCCA), hospital geral localizado no município de Pau dos Ferros (Rio Grande do Norte, Brasil). Esse município apresenta uma população de 27.745 habitantes, ocupa uma área territorial de 259,959 km², com uma densidade demográfica de 106,73 hab./km². Encontra-se há 410 km da capital do Estado, Natal (9). Os participantes da pesquisa foram os usuários internados na clínica médica, clínica cirúrgica e na unidade de tratamento intensivo (UTI) Adulto do referido hospital. Eles foram selecionados por meio de critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; tempo de internação superior a 24 horas e usuários que demonstraram condições cognitivas (conscientes e orientados) para compreender e responder às questões do instrumento de coleta de dados.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: entrevista semiestruturada por meio de um roteiro, feita individualmente com o usuário hospitalizado, e observação não participante, com a qual se avaliaram aspectos da ambiência e das ações dos profissionais de saúde em relação ao objeto de estudo.

Desenvolvida entre junho e agosto de 2015, a coleta de dados foi concluída conforme a técnica de saturação dos dados qualitativos. Ao final, respeitando-se o caráter voluntário para participar do estudo e mediante os critérios de seleção e a técnica de saturação, foram entrevistados 34 usuários.

Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo proposta por Bardin (10). Essa técnica de análise se organiza em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após leitura exaustiva das falas, estas foram organizadas e categorizadas em dois temas: “Privacidade dos usuários hospitalizados” e “Confidencialidade dos usuários hospitalizados”.

Este estudo deriva do trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado “Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde sob a ótica de usuários de um hospital geral”, cuja pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (Parecer 827.114) e da concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos do estudo. A avaliação ética pautou-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (11). Obteve-se também a anuência por escrito da instituição hospitalar.

Para preservar o anonimato dos sujeitos, utilizou-se, ao longo do texto, a identificação com a letra “U”, inicial do termo *usuário(a)*, seguida de números arábicos que representam a ordem das entrevistas (Exemplo: U2). Com relação à observação não participante, empregou-se a designação “OBS”, seguida da respectiva data de realização (Exemplo: OBS. 07/06/2015).

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos

A caracterização sociodemográfica evidenciou que, dos 34 sujeitos entrevistados, 18 (52,9 %) eram do gênero masculino, 18 (52,9 %) pertencentes à zona rural, 19 (55,9 %) autodeclarados de cor parda, 14 (41,2 %) eram agricultores, 30 (88,2 %) da religião católica, 15 (44,1 %) eram casados, 18 (52,9 %) com ensino fundamental incompleto e 17 (50 %) com renda familiar de um salário-mínimo (R\$ 788,00 em 2015).

Do total de 34 participantes, 17 usuários (50 %) encontravam-se no setor da clínica médica, 14 usuários (41,2 %) estavam na clínica cirúrgica e 3 usuários (8,8 %) tiveram suas entrevistas realizadas na UTI Adulto. O tempo médio de internação dos usuários foi de 2,9 dias, calculado a partir dos dados do tempo de internação individual dos participantes, sendo o tempo individual mínimo de 25 horas, e o máximo, 16 dias. A idade média ficou em 48,6 anos, sendo a mínima 20, e a máxima, 76 anos.

Privacidade dos usuários hospitalizados

Esta categoria temática retrata questões específicas relativas à privacidade dos usuários no ambiente hospitalar, tais como: pedido de autorização em determinadas situações por parte dos profissionais de saúde; sentimentos ou sensações dos participantes acerca do banho no hospital; situações nas quais os sujeitos da pesquisa teriam se sentido desrespeitados e situações parcialmente respeitadas. Confrontaram-se as falas dos usuários, em alguns pontos, com as observações realizadas.

Os participantes relataram que os profissionais de saúde pediram autorização quando precisaram expor alguma

parte de seus corpos. Ainda com relação a essa situação, as respostas demonstraram que os entrevistados ficaram divididos quanto à preferência por ficarem sozinhos no ambiente, apenas com os profissionais que executavam os cuidados:

O amigo lá pediu... Pede. Ele banhou eu... [entrevistador: prefere ficar só?] Não... se tiver vendo, não tem problema não. (U11)

Pedem. [entrevistador: prefere ficar sozinho?] Não tem problema nenhum. (U26)

Pedem, o pessoal aqui é bem educado. [entrevistador: prefere ficar sozinho nessas situações de exposição?] Não... num tem problema não... Nós somos tudo uma pessoa... É preconceito... se envergonhar do seu corpo... Tudo é criança quando está doente... (U27)

Entre as respostas, entrevistados revelaram que preferiam ficar sozinhos nessas situações de exposição. Além do mais, mulheres entrevistadas comentaram que preferiam ficar sozinhas, principalmente com relação à presença de homens, como ilustram as falas:

Preferia ficar só que era num ambiente mais agradável... (U16)

Teria vergonha... e principalmente se fosse um homem. Preferia ficar sozinha. E eu velha demais, envergonhada... (U21)

Não, tem não. Acho que não... Assim, quando tem homem, é melhor a gente ficar só com mulher. (U29)

Em contraponto aos relatos anteriores, há os que referiram que os profissionais não pediram autorização ou que nem era preciso, haja vista que os próprios usuários ou seus acompanhantes tiravam parcial ou totalmente, por exemplo, peças de roupas para que os profissionais atuassem. As falas a seguir revelam esse entendimento:

Não, pedem não. Até agora não chegou... Ela quem faz, quem tira [acompanhante] (U28)

Aqui mesmo só veio médico hoje... Não, ele não pediu autorização, eu mesmo que já levantei assim e mostrei. Não foi nada pedido não. (U29)

Não, eles não pedem. Não aconteceu isso ainda. (U30)

No que se refere aos dados das observações não participantes, há uma grande divergência com as falas dos usuários. Percebeu-se que os profissionais não pediram autorização aos usuários quando havia necessidade de expor partes do corpo durante o atendimento. Além disso, não pediram autorização para realizarem procedimentos simples, como a administração de medicamentos, sem também informar ou explicar o propósito da medicação, por exemplo.

As seguintes observações explicitam as questões supra-mencionadas:

Enfermeiro realiza retirada de sonda vesical de demora em usuário sem pedir autorização, nem informar sobre procedimento e sem utilizar qualquer equipamento para resguardo da intimidade do usuário. Mantém a porta do quarto aberta. Depois que o usuário demonstra incômodo, pro-

fissional informa sobre procedimento. Usuário age de forma agressiva com o profissional. (OBS. 17/08/2015)

No ambiente da UTI, enfermeiro faz coleta de sangue para gasometria sem pedir autorização ao usuário consciente/orientado. Não faz uso de equipamento, biombo ou cortina, para resguardar a intimidade do usuário, tendo em vista que partes íntimas estão sendo expostas. O usuário demonstrou desconforto com o procedimento. (OBS. 21/08/2015)

Técnica de enfermagem chega ao usuário, aplica medicamento, não informa sobre o procedimento, não pede autorização e nem explica qual o efeito da medicação. (OBS. 21/08/2015)

As respostas das entrevistas demonstraram que os usuários precisaram de alguém para ajudá-los no banho, seja no leito, seja no banheiro da enfermaria. Os participantes apontaram sentimentos como vergonha, dependência e sensação estranha durante esses momentos na internação. Tais sentimentos eram amenizados quando a ajuda partia de um familiar, como verificado nos seguintes relatos:

Já. Foi no banheiro mesmo. Com uma pessoa ajudando. Eu me senti assim... envergonhada... com vontade de eu mesma fazer as minhas coisas, desejo... de fazer minhas próprias coisas... e não está precisando [de alguém]. (U4)

Eles dão banho. Na cama mesmo, passam água e os produtos. [entrevistador: como se sente?] É estranho. Porque pessoa... Num está acostumada, a... outras pessoas dá banho. Aí acha estranho.

Se sente envergonhada também, durante o banho. (U18)

Não, meu marido que me deu banho. Lá no banheiro. Em pé. [entrevistador: como sente?] Ah, é... pela primeira vez... [risos] É ruim, gostei não. [...] [entrevistador: não vê problema?] Não, porque é meu marido. [...] Mas é ruim, eu não gosto não... (U29)

As observações não participantes feitas de banhos no leito mostraram que, nessa situação em que é preciso expor totalmente o corpo do usuário, muitos profissionais não informaram sobre o procedimento antes de o realizarem e não utilizaram equipamento para resguardar a privacidade do usuário. Além disso, muitos deixaram aberta a porta do quarto durante o procedimento. As descrições das observações ilustram esses achados:

Dois técnicos de enfermagem informam ao usuário sobre o banho no leito que irão dar, mas não pedem autorização. Utilizam biombo para preservar usuário. Durante o banho, surgem profissionais da limpeza, os quais começam a limpar o leito do usuário em questão e observam o usuário despido. Após o banho, os profissionais técnicos vestem e cobrem o usuário com lençol. (OBS. 20/08/2015)

Dois técnicos de enfermagem colocam biombo antes de iniciarem banho no leito. Não informam sobre procedimento nem pedem autorização ao usuário, que está sedado. Após o banho, profissionais colocam fralda e cobrem usuário com lençol. (OBS. 21/08/2015)

Em nenhuma observação não participante realizada, foram vistas ações completamente adequadas de profissionais referentes ao banho no leito. No sentido de informarem sobre o procedimento, pedirem autorização e resguardarem a privacidade dos usuários, seja utilizando equipamentos como biombo ou cortina, seja fechando a porta do quarto para evitar maiores constrangimentos.

Para finalizar esta categoria temática, seguem algumas observações tidas como parcialmente positivas das ações dos profissionais que foram observadas. Estas representam, em partes, respeito à privacidade dos usuários hospitalizados:

Técnica de enfermagem coloca biombo para retirada de sonda vesical de demora de usuário. Informa ao usuário sobre o procedimento, mantém a porta do quarto fechada, mas não pede autorização. (OBS. 17/08/2015)

Médico pede para fecharem a porta do quarto antes de levantar vestido da usuária para avaliar dreno abdominal, o ato mostrou partes íntimas da usuária. Não houve pedido de autorização e as demais pessoas no quarto observaram a usuária. (OBS. 19/08/2015)

Enfermeiro faz coleta para gasometria, informa ao usuário sobre o procedimento, mantém porta do quarto fechada e utiliza biombo no procedimento que expôs partes íntimas do usuário. Profissional não pede autorização. (OBS. 20/08/2015)

Confidencialidade dos usuários hospitalizados

Nesta categoria temática, destacam-se: questões de sigilo das informações, nos casos em que os profissionais

possivelmente tenham revelado dados a respeito dos usuários para outras pessoas; pedido de autorização por parte dos profissionais para repassarem aos colegas da equipe informações dos usuários e situações que pudessem ter provocado desrespeito aos participantes, no que se refere aos aspectos da confidencialidade na internação. Confrontaram-se as falas dos usuários, em algumas ocasiões, com as observações realizadas.

Os entrevistados desta pesquisa não escutaram profissionais de saúde que dessem informações a respeito deles ou de outros usuários para outras pessoas durante a internação. Eles frisaram que, caso acontecessem essas situações, seriam configuradas como atitudes inadequadas e antiéticas desses profissionais. Isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:

Não. Em nenhum momento. [entrevistador: o que acha disso?] Eu achava que ele [profissional] não é ético. Não serve para profissão dele, ele tem que procurar outra profissão... (U4)

Não. Ainda não. [entrevistador: caso sim?] Sei nem lhe dizer, porque... É errado, com certeza. Aqui eles estão pra cuidar da gente, dos doentes, não pra difamar e ficar falando. (U8)

No que tange às observações não participantes acerca dessa questão específica, notou-se que, em algumas situações, os profissionais de saúde conversavam a respeito da vida pessoal ou sobre o estado de saúde dos usuários dentro do posto de enfermagem. As conversas não ficavam restritas apenas aos profissionais que estavam cuidando dos referidos usuários, uma vez que profissionais de outros setores, como farmácia ou recursos humanos, em alguns momentos, estavam presentes. Entretanto, não

se observaram conversas sobre usuários por profissionais de saúde pelos corredores ou em outros locais.

Quanto ao pedido de autorização referente ao repasse de informações sobre os usuários de profissionais para os colegas da equipe, os entrevistados revelaram que os profissionais não pediram autorização nessas situações. Porém, os participantes consideraram uma atitude correta eles passarem informações, configurando-se como uma necessidade para a comunicação entre a equipe de saúde. Alguns declararam que não consideraram necessário o pedido de autorização nesses casos.

As falas subsequentes retratam as questões anteriores:

Não... Nunca tinham falado isso aqui não. [entrevistador: o que acha disso?] Eu acho... Eu não sei não, porque eu não sei os procedimentos, se é certo ou se não é... Aí não sei... [entrevistador: acha que deveria pedir autorização?] Acho que está tudo bem, porque eles estão trocando de plantão... de um pro outro, eu acho que é um procedimento certo... entendeu? (U5)

Não. [pediram autorização] [entrevistador: o que acha disso?] [...] Eu nem sei responder... Acho que os colegas ele pode procurar, acho normal, os colegas de trabalho. Creio que seja normal. Não acho necessidade [pedir autorização para repassar], ele está vendo minha situação e tudo, ele vai conversar com os colegas dele, acho que sim (U23).

Em nenhum momento da coleta de dados por meio das observações não participantes, observaram-se profissionais pedindo autorização aos usuários ou aos acompanhantes

para repassarem informações sobre o estado de saúde deles (usuários) para os outros da equipe. Desse modo, as falas estão em congruência com as observações realizadas. A seguir, alguns fragmentos de observações.

Em visita, médico conversa com acompanhante sobre o estado de saúde do usuário inconsciente e desorientado. Ao final, sai sem pedir autorização para repassar à equipe responsável pela assistência do usuário ou a qualquer outro profissional do hospital as informações coletadas durante a visita. (OBS. 17/08/2015)

Em visita, dentista faz perguntas sobre a saúde bucal do usuário. Após isso, sai sem pedir autorização para repassar as informações colhidas à equipe responsável pela assistência do usuário ou a qualquer outro profissional do hospital. (OBS. 17/08/2015)

Em visita, enfermeiro conversa com o usuário sobre exames e estado de saúde geral. Em seguida, sai sem pedir autorização ao usuário para repassar à equipe responsável pela assistência do usuário ou a qualquer outro profissional do hospital as informações colhidas. (OBS. 17/08/2015)

DISCUSSÃO

O hospital torna-se um ambiente hostil à natureza humana em virtude de potencializar a fragilidade física e emocional ante o processo saúde-doença dos usuários, os quais são expostos às circunstâncias que modificam drasticamente seu estilo de vida, somando-se a convivência com pessoas que não estavam presentes em seus círculos sociais antes do processo de hospitalização. Como

consequência, tal processo requer aceitação, adaptação, submissão e resignação (3).

A complexa rotina assistencial hospitalar envolve um contexto de padronizações e aparatos tecnológicos que tendem a conectar o usuário ao domínio da instituição de saúde em detrimento do cuidado individualizado e singular. Os modos organizacionais impostos acabam massificando a assistência com intuito de obter resultados específicos, que atendam à demanda dos serviços. Dessa maneira, a hospitalização evidencia variados componentes éticos que precisam ser analisados pelos envolvidos no processo. Apesar de algumas medidas de humanização do cuidado, essa é uma tarefa difícil porque requer atitudes individuais e coletivas para que aconteça de forma satisfatória (8).

Em consonância com os resultados desta pesquisa, o estudo de Bettinelli e colaboradores (8) revelou que os profissionais de saúde demonstram implicitamente que se sentem autorizados a tocar os usuários nos cuidados prestados. Os autores do estudo afirmam ainda que é necessária uma reflexão intensa quanto às ações dos profissionais nesse quesito. Estes precisam ter uma conduta ética para nortear o desenvolvimento de procedimentos que envolvam o manuseio de segmentos corporais, seja para a instalação de equipamentos, seja para ações de cuidado.

Ao tocar o usuário, o profissional deve estar ciente do valor pessoal que permeia essa ação, além do temor e das características relacionadas à idade, ao gênero e à classe social para que sejam respeitadas as diferenças culturais. Assim, faz-se necessário avaliar com atenção as reações manifestadas para que uma abordagem aceitável seja determinada. Salienta-se que nem todo toque é

interpretado positivamente, por isso é importante estar consciente de seu efeito (12).

Quanto à presença de profissional de gênero oposto, o estudo feito por Pupulim e Sawada (13) no município de Maringá (Paraná, Brasil) com enfermeiras identificou que a maioria delas relatou reação dos usuários ante cuidador do gênero oposto. Alguns aceitaram e colaboraram após explicações, no entanto muitos recusaram, o que demonstra pudor e preferência por cuidador do mesmo gênero. Os usuários manifestam desconforto quando profissional de gênero oposto participa ou executa a assistência. As entrevistadas ressaltaram, no estudo em questão, apreensão pela dificuldade de viabilizar cuidador do mesmo gênero, o que seria um fator contribuinte para a preservação da intimidade do usuário.

Outra questão levantada pelo presente estudo diz respeito aos casos dos usuários que não estão com sua consciência ou orientação preservadas. Se o usuário estiver sedado ou em estado de coma, pode-se cuidar de forma diferente porque ele “não tem consciência”, não fala ou não consegue demonstrar sentimentos, constrangimento ou vergonha? Os preceitos éticos explicitam que os usuários devem ser respeitados em todas as condições, estando ele consciente ou não, orientado ou não, sedado ou não e capaz ou não de dar seu consentimento (os casos de procedimentos mais complexos necessitam de aval de representante legal). Desse modo, o cuidado deve ser embasado pelo respeito aos direitos do usuário em todas as etapas da assistência (8).

A respeito dos sentimentos e das sensações durante o banho no hospital, o estudo de Nepomuceno e colaboradores (14) identificou que os usuários referiram a vergonha como principal sentimento, em virtude de estarem nus

diante dos profissionais e da falta de privacidade, como a não utilização de biombo. No período de internação, os entrevistados relataram ainda a incapacidade, por exemplo, de tomar banho sozinho, devido ao fato de ser uma necessidade básica do dia a dia.

Quando pessoas desconhecidas adentram no quarto e no banheiro dos usuários, estes têm sua intimidade invadida. Para os usuários, é preciso que o trânsito de pessoas nesses momentos seja o menor possível, assim como se torna salutar fechar a porta e até mesmo colocar aviso. A ansiedade do usuário causada pela probabilidade de alguém entrar no quarto ou no banheiro e surpreendê-lo em situação constrangedora é plausível e deve ser evitada pela equipe de profissionais da instituição de saúde prestadora dos cuidados (3).

Uma parcela bastante tímida da população tem o privilégio de internar em quarto individual, tanto no Brasil como em outros países. O estudo de Pupulim e Sawada (12) relata que os usuários advertem para quão complicado é manter a privacidade em cômodo compartilhado, local em que a circulação é constante e que tanto os profissionais como as outras pessoas agem como se entrar e sair fossem ações normais. Os usuários expressam ainda, mesmo de forma implícita, que esperam mais esforço por parte da equipe. Desse modo, medidas devem ser adotadas pelos profissionais para que os usuários sejam respeitados nesse quesito, tais como fechar a porta enquanto estiverem prestando cuidados, usar biombo e cortinas, além de cobrir partes do corpo que não precisam ficar expostas durante um procedimento.

Posturas parcialmente positivas no tocante à questão da privacidade foram observadas neste estudo; desse modo, vai de encontro à visão identificada pelo estudo

de Baggio e colaboradores (15) com profissionais de saúde, os quais relataram que, antes de realizarem procedimentos que expõem o corpo ou partes íntimas dos usuários, comunicam, informam e explicam o cuidado a ser realizado, como e por quem, obtendo, para isso, o consentimento devido, bem como os usuários acatam a decisão dos profissionais no caso de não permissão para os cuidados. Tais relatos demonstram respeito dos profissionais diante dos aspectos éticos debatidos nesta pesquisa.

Ante o exposto, clarifica o fato de que a privacidade é um componente essencial ao desenvolvimento e à manutenção do sentido da vida do ser humano. Concomitantemente, permite ao usuário sentir-se autônomo, livre para escolher e controlar sua própria saúde e seu corpo, como sujeito responsável por suas decisões. Assim, ao contrário, quando o usuário perde sua privacidade, consequências graves podem surgir para o indivíduo, possivelmente gerando perda de sua identidade e individualidade (8).

No Brasil, a privacidade dos indivíduos é assegurada na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, parágrafo X, assim como na maioria dos Códigos de Ética dos Profissionais da Saúde. Sob outra perspectiva, o resguardo das informações obtidas profissionalmente é também assegurado, nesse caso, pelo Código Penal, em vigor desde 1940, e pelo novo Código Penal de 2002 (1, 4).

O sigilo profissional foi contemporaneamente relacionado ao princípio bioético da autonomia, haja vista que, pertencendo as informações pessoais ao usuário, apenas ele pode decidir, a princípio, a quem deseja informá-las. Portanto, os profissionais da equipe de saúde não devem divulgá-las senão por autorização do usuário ou em si-

tuções excepcionais, incorporadas à ética e ao direito, como casos de notificação compulsória previstos em lei e regulamentos, em que o profissional deve quebrar o sigilo em virtude de critérios epidemiológicos oriundos da saúde pública (6).

Ressalta-se que o sigilo é extensivo a todos que não tenham estrita necessidade de ter acesso aos dados dos usuários; estes são detentores do direito de autorizar com exclusividade a divulgação de qualquer que seja a sua informação pessoal. Até mesmo os acompanhantes só deverão ser informados, de regra, se e no que o usuário consentir, salvo caso de indivíduo incapaz, em que caberá ao responsável legal autorizar a informação a outros (6).

O estudo de Soares e Dall'Agnol (16) identificou manifestações negativas dos usuários entrevistados, os quais relataram sentimentos e reações diante da divulgação de dados relacionados às suas condições de vida e de saúde por quem tem o dever de guardá-los. Cabe destacar que a preservação do segredo sobre as informações dos usuários associa-se tanto com a questão da privacidade quanto a da confidencialidade. A privacidade impõe ao profissional o dever de resguardar os dados dos usuários. Os profissionais da saúde assim como os funcionários de outras equipes entram em contato com informações dos usuários. Entretanto, por dever de ofício, eles teriam autorização para o acesso apenas em decorrência da necessidade laboral.

O artigo 5º, inciso XIV, da Constituição de 1988, assegura a todos o direito de acesso à informação, resguardando o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional. Nesse sentido, ao mencionar o acesso de todos à informação como um direito individual, ressalta-se o direito fundamental à informação em saúde, ou seja,

o direito que o usuário de um serviço público de saúde tem de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde (1-2).

A informação em saúde se insere no contexto das relações entre profissionais da equipe e usuários nos serviços. Essa informação é visualizada como um processo que torna possível a apropriação da informação pelo usuário, protagonista dessa relação. Porém, o mediador precisa ser o médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta ou qualquer outro profissional de saúde, os quais se convertem elementos fundamentais nessa apropriação de informação, tendo em vista que são eles que fazem a ponte na comunicação das partes (2).

No tocante à privacidade e à confidencialidade dos usuários em ambiente hospitalar de forma geral, percebe-se que eles expressam suas preferências e até ambicionam ter mais controle em determinadas situações, no entanto se conformam e demonstram não buscar alternativas. Nesse contexto, deve ser reconhecido que o usuário hospitalizado tem pouca chance para controlar o ambiente e frequentemente experimenta a perda dos aspectos éticos debatidos (3).

De certa maneira, quando as pessoas buscam um serviço de saúde, esperam vivenciar esse tipo de invasão, só não estão preparadas para lidar com a forma como isso, muitas vezes, acontece. Nesse sentido, o relacionamento profissional-usuário torna-se extremamente importante, uma vez que o usuário, com a implementação do vínculo de confiança, fica mais à vontade para se expor, emocional e fisicamente, para dar informações pessoais que servirão para nortear e qualificar a relação clínica, que visa ao aperfeiçoamento do cuidado (3).

Por fim, ressalta-se a importância de se construir uma relação profissional-usuário de cortesia e hospitalidade, em que o respeito aos aspectos éticos seja o alicerce de todas as relações. Desse modo, o cuidado despertará nos usuários sentimentos concretos de consideração, apreço e dignidade (8).

Ademais, com a informação que lhe é devida por direito, o usuário será capaz de reivindicar ou lutar pelos seus direitos dentro dos serviços de saúde. Sem a informação, o usuário não tem condições nem argumentos para questionar, o que dificultaria o exercício de sua autonomia e de sua cidadania (2).

Os achados deste estudo evidenciam que os usuários demonstraram muitas vezes desconhecer seus direitos concernentes à temática ética em debate, por isso aceitaram determinadas situações por estarem em condições de vulnerabilidade e por entenderem que não possuem a autonomia de decisão. Aliado a isso, destaca-se a atuação dos profissionais de saúde da instituição hospitalar estudada, haja vista que, em vários momentos da coleta, observaram-se desrespeitos aos direitos éticos dos usuários, seja de ações mínimas como um pedido de autorização, seja de algo mais grave, como o repasse de informações sigilosas a profissionais não envolvidos com a assistência diretamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os usuários entrevistados demonstraram pouco domínio referente às questões de privacidade e confidencialidade, ao passo que as ações dos profissionais lançam dúvidas sobre o conhecimento deles acerca dessas questões éticas. Enquanto os usuários não se sentiram desrespeitados ou se mostraram passivos em algumas ocasiões claramente

invasivas, os profissionais pareceram não aplicar os princípios éticos na maior parte da assistência prestada.

Houve discordâncias do que foi dito pelos entrevistados para os dados observados no hospital em estudo, provavelmente em virtude de os usuários terem receio de revelar certas informações por estar necessitando de atendimento ou por não ter conhecimento adequado de seus direitos e, assim, não poder falar sobre essas situações na internação. Os usuários afirmaram, de forma exemplificativa, que os profissionais pediram autorização em situações de exposição corporal durante os procedimentos. Todavia, observou-se que os profissionais não a pediram nessas situações.

Talvez o maior empecilho à preservação da privacidade e da confidencialidade dos usuários hospitalizados seja o conhecimento insatisfatório tanto de usuários quanto de profissionais acerca desses temas, sendo estes últimos os que deveriam deter e aplicar o conhecimento em suas práticas laborais bem como ser os disseminadores dessas informações necessárias à melhoria do cuidado. Para tanto, seria necessário o incentivo de políticas de aperfeiçoamento dos profissionais diante dessas questões, o que tornaria possível a incorporação dos princípios éticos em suas práticas e a emancipação dos usuários logo na admissão para internação hospitalar.

Nesse panorama, entende-se o quanto é salutar discutir essas questões e espera-se que os resultados encontrados sejam capazes de colaborar para que a privacidade e a confidencialidade sejam cada vez mais debatidas no meio científico. Além disso, espera-se que seus princípios sejam incorporados pelos profissionais de saúde e também por todos os envolvidos na área a fim de atender

ao que é assegurado por leis e aperfeiçoar a assistência nas questões éticas e humanas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal, Edições Técnicas, 2016 [citado em 20 maio 2017]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1
2. Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF & Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface*. 2014; 18(51):661-71.
3. Pupulim JSL & Sawada NO. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(4):621-9.
4. Guimarães CM & Dourado MR. Privacidade do paciente: cuidados de enfermagem e princípios éticos. *Estudos*. 2013; 40(4):447-60.
5. Budimir V, Cerjan-Letica G, Budimir J & Macan D. Knowledge, attitudes, and awareness of Croatian dentists concerning patients' confidentiality and privacy. *J Dent Educ*. 2013; 77(3):370-6.
6. Villas-Bôas ME. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(3):513-23.
7. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, USP, 1948. [citado em 21 maio 2017]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declaracao%20A7%20A30-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>.
8. Bettinelli LA, Pomatti DM & Brock J. Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. *Revista Bioethikos*. 2010;4(1):44-50.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pau dos Ferros: Infográficos: Dados gerais do município, Censo 2010

- [citado em 2 ago. 2016]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=240940>.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2011.
 11. Brasil. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012 [citado em 21 maio 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 12. Pupulim JSL & Sawada NO. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(1):36-44.
 13. 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;13(3):388-96.
 14. Nepomuceno BC, Campos BC, Simões IAR & Vitorino LM. Banho no leito: o discurso do sujeito coletivo de pacientes hospitalizados. *Rev Ciências em Saúde*. 2014;4(1):1-7.
 15. Baggio MA, Pomatti DM, Bettinelli LA & Erdmann AL. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):25-30.
 16. Soares NV & Dall'Agnol CM. Privacidade dos pacientes — uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(5):683-8.