

IMPLICAÇÕES DA EXPOSIÇÃO CORPORAL DO CLIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DURANTE A VISITA DA FAMÍLIA

Jussara Simone Lenzi Pupulim *
Namie Okino Sawada **

RESUMO

Esta investigação buscou analisar situações de exposição corporal do cliente na assistência em UTI, junto a 15 enfermeiras intensivistas. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantiqualitativa, no qual se empregou a Técnica do Incidente Crítico. Obtiveram-se 30 relatos - 15 positivos e 15 negativos -, extraído-se 52 (100%) incidentes críticos, 22 (42,3%) positivos (ICPs) e 30 (57,7%) negativos (ICNs), compilados em seis categorias de situação. Optou-se neste trabalho por discutir a categoria horário de visita (5,8%). Os comportamentos da equipe de saúde e dos clientes e as conseqüências para ambos também constituíram categorias nos ICPs e nos ICNs. A diferença de sexo entre cuidadores e cliente compromete a manutenção da privacidade. Implicitamente, percebe-se a inabilidade da equipe para contornar conflitos decorrentes da desproteção da intimidade durante a visita da família. Desponta a necessidade de se discutir e refletir sobre a nudez no contexto da assistência à saúde, visto que a exposição corporal interfere na relação equipe-cliente-família.

Palavras-chave: Corpo nu. Privacidade. Família. UTI.

INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTIs) foram criadas a partir da necessidade de se concentrarem recursos humanos qualificados e recursos científico-tecnológicos sofisticados para o atendimento de pessoas criticamente enfermas. Estes serviços passaram a integrar a estrutura hospitalar com vista a se propiciar um ambiente que favorecesse aos profissionais a assistência e a observação contínua dos indivíduos ali internados (LINO; SILVA, 2001).

Esta característica exige investimento na capacitação da equipe de saúde e aperfeiçoamento constante no manuseio de materiais, aparelhos e equipamentos necessários ao desenvolvimento da assistência a ser realizada. Da mesma forma, o processo de trabalho destinado ao cliente grave mostrou ser fundamental a centralização destes

serviços, com a finalidade de possibilitar rapidez, eficiência e racionalização ao atendimento.

Na terapia intensiva os profissionais direcionam a atenção às situações de crise, sendo praticamente impossível controlar todas aquelas que afetam os clientes e os expõem a condições consideradas desumanas. O aparato tecnológico instalado, o isolamento e a dinâmica de trabalho na UTI reforçam a imagem de impessoalidade e automatização conferida a estes ambientes, gerando insegurança, angústia e estresse nos clientes e seus familiares.

Peixoto (1996), a partir de relatos de indivíduos internados em UTIs, identificou algumas situações caracterizadoras da falta de humanização na assistência em tais unidades, como perda da privacidade, restrição do espaço pessoal, uso de fraldas, atendimento a homem idoso, na higiene íntima, por

* Enfermeira. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Mestre em Enfermagem Fundamental.

** Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP. Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. E-mail: sawada@ceerp.usp.br.

profissionais de enfermagem do sexo feminino, permanecer nu, entre outras.

No mesmo sentido, uma reportagem apresentada pela revista *Veja* comenta que os “que sobrevivem, sabem que uma jornada na UTI só não é pior que a morte” e “que todos os pudores da vida em sociedade se esvanecem”, pois mulheres e homens expõem seus corpos, que são manipulados pelas enfermeiras (PASTORE, 1995, p. 74, 78). Essa colocação emergiu de depoimentos de pessoas que estiveram internadas nessas unidades, prestados depois de sua recuperação e alta hospitalar.

Nas UTIs, onde geralmente o cliente permanece despido e protegido somente com lençol, a condição de nudez tem sido justificada pela necessidade de manipular o corpo e manusear materiais, aparelhos e equipamentos, principalmente em situações de emergência (SILVEIRA, 1997).

Percebe-se, no exercício da profissão, que estes fatores associados à questão da exposição corporal afetam tanto o indivíduo para lá encaminhado como sua família. A observação de sentimentos como vergonha, constrangimento e desconforto, manifestados pelos clientes, despertou o interesse em investigar situações vivenciadas por enfermeiras com implicação da nudez parcial ou total do cliente durante a assistência na terapia intensiva, uma vez que isso pode comprometer sua adaptação, refletindo-se também nos familiares.

Culturalmente, a visão popular de UTI está relacionada ao binômio vida/morte. As informações fornecidas ao cliente e à família desconsideram a idéia preconcebida que relaciona esse ambiente à morte, assim como o desconhecimento sobre as características físicas e do atendimento nestes serviços (LEMO; ROSSI, 2002). Vale acrescentar que esclarecimentos sobre a necessidade de remoção das roupas, aparentemente, têm sido ineficientes e não consideram que, geralmente, no contexto sociocultural onde os clientes estão inseridos não é normal despir-se diante dos outros, e que talvez eles prefiram o auxílio ou a presença de um familiar quando isso for necessário.

Silveira (1997) constatou, junto a clientes em tratamento intensivo, que 88% deles não foram informados sobre a necessidade da nudez, e os que receberam explicação (12%) não foram bem esclarecidos ou não compreenderam as razões para tal.

Motivou a elaboração do presente estudo (PUPULIM, 2003) o reconhecimento de que os integrantes da equipe intensivista, principalmente os profissionais de enfermagem, expõem e manipulam frequentemente o corpo da clientela para a realização da assistência, atuando como “invasores” da privacidade. Teve ele a finalidade de identificar situações que implicam a exposição corporal do cliente durante o atendimento na UTI, bem como os elementos factuais emergentes nessas circunstâncias, buscando colaborar no processo de cuidar e concorrendo para a melhoria da qualidade da assistência.

Vale assinalar que, no desenvolvimento do estudo, considerou-se privacidade o direito do cliente hospitalizado de preservar seu corpo da exposição e manipulação por outrem, sendo que o desrespeito a esse direito caracteriza invasão. Essa concepção emergiu por se concordar com Selli (1999, p. 123), ao afirmar que “O direito à privacidade tem seus fundamentos na dignidade da pessoa humana”, reportando-se à realização de cuidados e procedimentos pela equipe de enfermagem envolvendo o toque, a exposição e o manuseio do corpo do cliente.

OBJETIVO

O trabalho teve como objetivo analisar situações, positivas e negativas, que envolvem a exposição corporal do cliente durante a assistência em unidade de terapia intensiva (UTI), os comportamentos das pessoas envolvidas e as conseqüências sobre elas próprias.

METODOLOGIA

A investigação é do tipo descritivo, com abordagem quantiqualitativa. Empregou-se como procedimento metodológico a Técnica

do Incidente Crítico (TIC), por consistir ela em buscar junto aos sujeitos envolvidos em determinada atividade a descrição dos fatos relevantes que permearam tal circunstância, as condutas das pessoas que exerceram a função ou executaram a tarefa, bem como os resultados ou efeitos, positivos ou negativos, sobre os indivíduos envolvidos na situação (FLANAGAN, 1973).

Considerou-se a técnica pertinente ao desenvolvimento do estudo por permitir evidenciar elementos intervenientes e circundantes ao processo de trabalho dos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, tendo-se em vista que a execução da assistência compreende condutas e respostas tanto do cuidador como da pessoa que recebe os cuidados, podendo dela resultar conseqüências positivas ou negativas.

Os dados foram coletados junto a 15 enfermeiras lotadas no quadro de funcionários de oito UTIs destinadas ao atendimento de adultos, em seis instituições hospitalares do município de Maringá – PR, uma pública, uma filantrópica e as demais privadas.

O projeto de pesquisa foi elaborado em concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), obtendo, do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá (COPEP – UEM), parecer favorável ao seu desenvolvimento.

Os hospitais autorizaram a condução do estudo mediante encaminhamento do projeto e do parecer do COPEP – UEM. Todas as enfermeiras concordaram em participar da pesquisa, após esclarecimento sobre o tema, objetivos e garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Os sujeitos leram, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o formulário de entrevista.

O instrumento formulado constituiu-se de um roteiro semi-estruturado, composto por três etapas. A primeira elucida a finalidade do estudo e a importância da participação; a segunda apresenta as perguntas que direcionam o relato com respeito ao tema a ser estudado, solicitando a narrativa de uma situação positiva e uma negativa; a terceira caracteriza as informantes quanto ao curso de especialização ou pós-graduação, tempo de

atividade profissional e em UTI. Cabe destacar que todos os sujeitos são do sexo feminino porque nenhum profissional do sexo masculino compõe o quadro de funcionários desses serviços.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, em local, data e horário de sua preferência, durando, em média, de 45 a 60 minutos, no período de 06 de agosto a 06 de setembro de 2002. Os relatos foram registrados pela pesquisadora por escrito, durante a entrevista, e lidos ao término da descrição, para possíveis complementações, retificações e confirmação das informações, sendo transcritos logo após o encontro.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, de acordo com a TIC, consistindo em sintetizar e descrever os dados de forma eficiente, com o objetivo de aumentar sua aplicabilidade, sem prejuízo à compreensão, especificidade e validade dos próprios (FLANAGAN, 1973).

Dessa forma, extraíram-se os Incidentes Críticos Positivos (ICPs) e Negativos (ICNs) apontados pelas informantes. Inicialmente, os relatos foram separados conforme a atribuição positiva ou negativa. Em seguida, as narrativas foram lidas e relidas exaustivamente, para se identificarem as situações, os comportamentos das pessoas envolvidas e as conseqüências para as próprias. Cumpre assinalar que as conotações positiva e negativa foram atribuídas às situações pelas informantes, assim como os comportamentos e as conseqüências referentes à equipe de saúde e aos clientes foram identificados nos relatos sob a ótica das enfermeiras.

Na seqüência, procedeu-se ao agrupamento das situações, das condutas e dos efeitos conforme os elementos da TIC (FLANAGAN, 1973), sucedendo-se novamente sua leitura e releitura, para então serem reagrupados de acordo com as semelhanças identificadas. Nessa fase, constatou-se a necessidade de formulação de subcategorias de comportamento da equipe de saúde e dos clientes, e das conseqüências para ambos, o que favoreceu a categorização propriamente dita e sua compreensão.

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu a definição de seis categorias de situação relacionadas à exposição corporal do cliente durante o atendimento na terapia intensiva, extraídas dos 52 (100%) incidentes críticos identificados nos relatos, 22 (42,3%) positivos e 30 (57,7%) negativos. Essas categorias se constituem em necessidades básicas (32,7%), admissão e permanência na UTI (21,2%), procedimentos terapêuticos (19,2%), avaliação física (15,3%), horário de visita e manifestações da sexualidade (5,8% respectivamente).

Neste trabalho, apesar de apresentar a menor frequência entre os incidentes, optou-se por discutir a questão da exposição corporal evidenciada no horário de visita, por se reconhecer que tal circunstância não é incomum na esfera hospitalar e por se acreditar que a presença e a participação da família no período de internação são importantes para o cliente.

Esta categoria englobou uma situação com atribuição negativa referente à visita dos familiares, uma visita do marido e outra da esposa com referência positiva, apresentando a quinta maior frequência entre os incidentes críticos identificados. Os eventos relatados implicando a exposição corporal do cliente na presença, direta ou indireta, dos familiares ocorreram no horário de visita na UTI, não coincidindo com a admissão na unidade.

Os comportamentos da equipe e dos clientes foram manifestados com relação à exposição do corpo, durante a visita da família na UTI, sendo as consequências, para elas próprias, decorrentes das circunstâncias que permearam os eventos.

As condutas da equipe de saúde evidenciadas nesta categoria totalizaram 12 (100%) nos ICPs e três (100%) nos ICNs, sendo incluídas nas categorias de comportamento do cliente, proteção e manutenção da privacidade (58,3% nos ICPs e 66,7% entre os ICNs), atitudes do profissional (25% nos ICPs) e questão de gênero (16,6% nos ICPs e 33,3% nos ICNs). Os clientes não apresentaram comportamentos nos ICNs e emitiram sete (100%) nos ICPs, os quais foram inseridos em duas categorias, proteção e

manutenção da privacidade (57,2%) e atitudes do cliente (42,8%).

As subcategorias de comportamento da equipe de saúde incluídas na categoria proteção e manutenção da privacidade são exposição corporal parcial (1 nos ICPs), proteção corporal parcial (1 nos ICPs e 1 nos ICNs), proteção corporal total (1 nos ICPs), condutas para proteção da intimidade (4 nos ICPs) e proteção do espaço pessoal (1 nos ICNs). Em relação à categoria de comportamento atitudes do profissional nos ICPs, definiram-se as subcategorias priorizar cuidados intensivos (1) e relacionar-se com familiares (2). As subcategorias de comportamento da equipe relacionadas à questão de gênero consistiram-se em cuidadores de ambos os sexos (2 nos ICPs) e cuidador do mesmo sexo (1 nos ICNs).

Nos ICPs, a categoria de comportamento do cliente proteção e manutenção da privacidade englobou subcategorias como manifestar-se acerca da exposição corporal (2) e manifestar-se acerca da proteção corporal (2); e atitudes do cliente incluiu demonstrar pudor perante familiar (1) e relacionar-se com profissionais (2).

Identificaram-se 23 (100%) consequências para a equipe entre os ICPs e quatro (100%) nos ICNs, compiladas nas seguintes categorias: garantia da qualidade da assistência (47,8% nos ICPs), sentimentos negativos (39,2% nos ICPs e 50% nos ICNs), prejuízo na qualidade da assistência (8,7% entre os ICPs e 50% nos ICNs) e sentimentos positivos (4,3%). Da mesma forma, as oito (100%) consequências evidenciadas para os clientes nos ICPs e duas (100%) nos ICNs foram englobadas nas categorias sentimentos positivos (37,5% nos ICPs), garantia da qualidade da assistência (25% nos ICPs), sentimentos negativos (25% entre os ICPs e 100% nos ICNs) e prejuízo na qualidade da assistência (12,5% nos ICPs).

Na categoria de consequência garantia da qualidade da assistência para a equipe, nos ICPs, emergiram as subcategorias proteger intimidade do cliente (5) e respeitar o cliente (6). Com relação aos sentimentos negativos, extraiu-se a subcategoria sensação de mal-estar (9 nos ICPs e 2 nos ICNs); e aos

sentimentos positivos, gratificação (1 nos ICPs). As subcategorias referentes ao prejuízo na qualidade da assistência consistem em relacionar-se com familiares (2 nos ICPs) e desproteção da intimidade do cliente (2 nos ICNs).

Com respeito aos clientes nos ICPs, a subcategoria de consequência definida na categoria sentimentos positivos foi sensação de bem-estar (3); na categoria garantia da qualidade da assistência foi proteção da intimidade (2); e prejuízo na qualidade da assistência incluiu desproteção da intimidade (1). Sentimentos negativos englobou a subcategoria sensação de mal-estar (2 nos ICPs e 2 nos ICNs).

Constatou-se que o incidente com atribuição negativa ocorreu no momento da visita de familiares, com cliente do sexo feminino jovem-adulta e consciente, submetida a cirurgia cardíaca, mantida com fralda descartável e protegida somente com lençol, permanecendo com o tórax exposto na maior parte do tempo, pela presença de drenos em mediastino.

Nos incidentes críticos positivos, um dos clientes era pessoa do sexo feminino adulta-jovem e inconsciente, estando com o tórax exposto quando o marido entrou para visitá-la; e o outro, um idoso do sexo masculino e consciente, cuja esposa ajudou a equipe nas questões relacionadas à exposição corporal, uma vez que o cliente chorou muito quando ela entrou para visitá-lo e tinha dificuldade para comunicar-se devido à entubação orotraqueal.

DISCUSSÃO

O período de hospitalização abala física e emocionalmente o indivíduo e sua família. O relacionamento com pessoas desconhecidas e a supervisão contínua, somados à dependência da atuação da equipe para a sua recuperação, provocam desconforto e insegurança no indivíduo confinado na UTI, principalmente ao saber que só terá contato com seus familiares no horário de visita estabelecido pelas normas do hospital (GALVÃO; TEDESCO, 1998).

É reconhecível que a rotina e a dinâmica de trabalho na terapia intensiva dificulta uma

abordagem mais humanizada, porém, é necessário refletir e dispensar mais atenção aos aspectos emocionais vividos por clientes e familiares nesse período, incluindo os que revelam sentimentos sobre a exposição corporal, comum nestas unidades, pela característica do atendimento.

Apesar de apontadas minoritariamente pelas informantes, as situações com implicação da nudez parcial do cliente, no momento da visita de familiares, evidenciam a compreensão de algumas enfermeiras sobre a relevância da co-participação da família no tratamento, podendo-se dizer que as conotações atribuídas devem-se à postura dos familiares, provavelmente porque alertaram sobre a condição de nudez na UTI, relacionando-a aos hábitos e costumes dos clientes. Concorde-se com Hayashi e Gisi (2000), ao enfatizarem o papel da enfermagem como fundamental, na qualidade de elo entre o cliente e a família nestas unidades, destacando a importância da comunicação nessa interação.

A maioria dos clientes e familiares não está preparada para a experiência de conviver com o ambiente da UTI. A família precisa saber a quem se dirigir para obter informações sobre o parente internado, sendo o médico e a enfermeira considerados os profissionais indicados para os esclarecimentos sobre seu estado clínico. Cabe também à enfermeira explicar as rotinas da unidade e providenciar o acesso da família, além de prepará-la para o cenário que irá visualizar, visto que os visitantes focalizam a atenção e a preocupação na saúde do cliente e no atendimento das suas necessidades (PLOWRIGHT, 1996).

No mesmo sentido, acredita-se que o contato e possível permanência da família com o cliente na UTI seja benéfico, minimize a sensação de desamparo, transmita segurança, proteção e afeto, tornando o ambiente mais humanizado (NASCIMENTO; MARTINS, 2000).

Tendo-se em vista estas colocações, constatou-se que, dentre as UTIs de cujo quadro de funcionários as enfermeiras entrevistadas fazem parte, algumas reservam um quarto separado para a permanência de acompanhante ou para isolamento. Acredita-se que vários destes serviços estão revendo sua

postura em relação à participação dos familiares, apreendendo a importância de sua presença como fator contribuinte para a recuperação da saúde.

Essa visão é asseverada pela concepção de Crepaldi (1999), para a qual a presença da família no hospital não pode ser uma concessão, mas uma obrigação, sendo livre o horário de visita. Complementa que a figura do familiar, como coadjuvante, pode ser significativa, quando bem orientada e quando o serviço permite sua participação, por entender que o afastamento dos familiares nesse período pode prejudicar emocionalmente o paciente.

Pode-se deduzir, então, que para algumas informantes o papel da família deve ser valorizado. Em face da complexidade do tratamento intensivo e das emoções vivenciadas pelo cliente e seus parentes ante a perspectiva de uma enfermidade grave, acredita-se que as informantes tenham destacado situações envolvendo a exposição corporal como um complicador a mais na relação cliente-família-equipe.

Dessa forma, a equipe de saúde, principalmente a enfermagem, não pode desconsiderar que, na sociedade em que vivemos, os aspectos culturais, as tradições, as crenças religiosas e os valores familiares não podem ser ignorados, pois eles emergem e são incorporados desde a infância, influenciam a determinação de quem a pessoa é sua postura de não se apresentar despido, como ela aceita as informações e como expressa sua sexualidade e sua sensualidade (SMELTZER; BARE, 1998).

No âmbito da enfermagem, mais especificamente no ato de cuidar, a exposição do corpo é necessária em diversas circunstâncias. O enfermeiro é o profissional da equipe de saúde que mais manipula o cliente. A maioria dessas situações envolve o contato físico, muitas vezes íntimo, podendo aflorar reações, voluntárias ou involuntárias, que demonstram como o cliente se sente. O toque é inerente ao ato de cuidar. Esse contato estabelece uma relação corporal íntima entre o cuidador e o ser cuidado.

Galvão e Tedesco apresentam algumas dúvidas dos familiares expostas durante o

horário de visita, entre elas, a forma de se comportar adequadamente com o cliente na UTI e como atender suas necessidades higiênicas e de eliminação.

Não é usual e deve-se evitar a realização de cuidados e procedimentos no horário de visita, principalmente quando implicam a exposição corporal, especificamente das partes íntimas. Todavia, sendo isso imprescindível - situação frequente na UTI - deve-se evitar a presença de estranhos. Por outro lado, para a higiene corporal, quando possível, a participação de um familiar, muitas vezes, minimiza o desconforto do cliente e seu constrangimento.

Por outro lado, tratando-se de UTI, percebe-se, ao vivenciar a assistência, que o aparato tecnológico assusta as pessoas leigas, dificultando sua participação nos cuidados. Porém, acredita-se ser possível viabilizar essa participação com o auxílio e o apoio da enfermagem.

Destarte, os comportamentos da equipe demonstram que priorizaram a proteção e manutenção da privacidade, visto que prevaleceram os voltados ao resguardo da intimidade e à proteção do corpo e do espaço pessoal. Predominou o esforço em preservar a privacidade, entretanto, constataram-se algumas condutas que apontam descuido por parte de alguns profissionais, como não cobrir o tórax de cliente do sexo feminino (exposição de mamas) quando o marido entrou para visitá-la e desconsiderar a relevância da proteção corporal para o cliente.

Por sua vez, apenas um cliente manifestou-se acerca da proteção corporal, afirmando sentir-se melhor depois de vestir roupa. Os familiares, considerados também como clientes, manifestaram-se com relação à exposição no horário de visita, observando que seu parente, despido, não se sentiria bem se estivesse consciente e informando que ele nunca se expusera para ninguém. Pôde-se verificar, então, que a família demonstrou preocupação com a exposição do corpo, esclarecendo à equipe como o cliente se sente e se comporta na questão da nudez no âmbito familiar. Percebe-se, portanto, que o impacto causado pela enfermidade e pela internação na

UTI não é o único motivo de preocupação do cliente e dos seus familiares.

De acordo com Mussi (1999), a invasão do corpo e da intimidade do cliente não é incomum; muitas vezes, os profissionais o despem e o tocam sem pedir consentimento ou explicar o porquê. Conforme a autora, para clientes e familiares, a preservação da individualidade e o respeito à privacidade são primordiais ao conforto físico e emocional, além de demonstrar que não são objetos, que têm identidade e que suas especificidades devem ser consideradas pela equipe durante a assistência. Acredita-se que tais condutas reforçam a imagem desumanizada conferida aos serviços de saúde, manifestada por muitos clientes, no decorrer da vivência profissional.

Percebe-se pelos resultados que, no contexto da UTI, os profissionais, durante a assistência, valorizam mais os aspectos técnicos e fisiopatológicos, esquecendo-se ou não percebendo que cada cliente tem características individuais, influenciadas pelo meio em que vive, como o hábito de usar roupas, realizar sua própria higiene, dormir sem interrupções constantes, além da presença, carinho e apoio da família.

Do mesmo modo, as atitudes do profissional demonstram que a equipe normalmente procura a família quando há problemas a solucionar junto ao cliente, para obter ou fornecer informações, como investigar o motivo do choro e relatar o estado clínico.

Mendes e Linhares (1996) interpretaram como defensivos certos comportamentos de enfermeiros intensivistas evidenciados em seu estudo, tais como impessoalidade e distanciamento emocional na relação com o cliente, valorização da técnica em detrimento da interação pessoal e desviar-se da comunicação com o cliente e seus familiares. Concluem que essas estratégias são uma forma de racionalizar o sofrimento, diante da dificuldade em lidar com determinadas situações. Não obstante, isto não justifica falhas na comunicação e no diálogo com os indivíduos que estão vivenciando a terapia intensiva, principalmente quando a humanização vem sendo discutida e questionada no contexto da assistência à

saúde.

Isto também se verificou no presente estudo, quando os profissionais priorizaram as informações sobre o cliente durante a visita do marido, descuidando da proteção corporal. Observou-se que o familiar foi indiferente aos aspectos referentes à evolução clínica da esposa, demonstrando maior preocupação com a exposição das mamas, revelando a importância da proteção da intimidade para a esposa, que estava inconsciente. Igualmente, um cliente chorava muito durante a visita da esposa por estar desprotegido, demonstrando pudor. Essas atitudes refletem a insatisfação e o desconforto provocados pela nudez no horário de visita, tanto por clientes como por familiares.

Aparentemente, tais condutas surpreenderam a equipe, visto que se espera dos indivíduos passividade e submissão, por eles dependerem dos profissionais para a recuperação da saúde. Segundo Bellato (2001), o que se impõe no contexto hospitalar são os valores e as necessidades da equipe, que são imputados aos clientes de maneira arbitrária, em detrimento de seus valores e necessidades próprios.

Outro aspecto significativo é a questão de gênero. Ao apontar dois casos em que houve participação de cuidadores de ambos os sexos, denota-se que a diferença de sexo entre cuidador e cliente incomoda as informantes, e que elas consideram relevante e para a realização da assistência disponibilizar cuidador do mesmo sexo do paciente, como forma de minimizar a insatisfação decorrente da exposição e da manipulação corporal.

Tendo-se em vista as situações vivenciadas pelas informantes junto a clientes e familiares no horário de visita, a análise permitiu identificar as conseqüências decorrentes da exposição corporal do cliente nesse momento. Constata-se que, nos ICPs, predominaram para a equipe as que indicam a garantia da qualidade da assistência, as quais são secundárias para os clientes e não foram evidenciadas nos ICNs.

Proteger a intimidade do cliente e respeitá-lo assegura a qualidade do atendimento, sendo o respeito o fator mais relevante para as informantes. Essa concepção vem ao encontro

da visão de Catarino et al. (1996, p. 21) de que “o respeito pode e deve ser entendido como a arte da conduta”, uma vez que o cliente hospitalizado passa a ser “objeto de cuidados”, completando que este vem sendo considerado pela enfermagem como “princípio fundamental para prestar cuidados”.

Entende-se que conscientizar-se, na esfera profissional, acerca da importância do cuidado e do respeito mútuo entre os envolvidos pode facilitar a realização da assistência (WALDOW, 2001). Dessa forma, proteger a intimidade do cliente denota respeito e consideração, embora preservar a privacidade dos clientes na UTI seja um desafio para a equipe, porque a estrutura física e organizacional destes ambientes para o desenvolvimento da assistência compromete sua manutenção.

Os resultados demonstram que expor e manipular o corpo do cliente durante a visita da família provocou mal-estar, sensação que predominou majoritariamente tanto na equipe como nos clientes e seus familiares. Vale destacar que os profissionais manifestaram tal sentimento mais que os clientes. Provavelmente isso se deva à percepção de descuido quanto à proteção da intimidade do cliente no horário de visita, bem como das reações dele e da família.

Em contrapartida, os sentimentos positivos afloraram na equipe e nos clientes mediante a adoção de condutas para proteger a intimidade, após constatação de falha na manutenção da privacidade. Assim sendo, a percepção das emoções do cliente não é suficiente se estas não forem compreendidas e respeitadas, adotando-se medidas para minimizá-las. Isso implica valores morais e éticos, os quais estão estreitamente relacionados com o comportamento humano e com as atividades de cuidado envolvendo a nudez.

Constatou-se que a desproteção da intimidade, no horário de visita, acarreta prejuízo à qualidade da assistência e interfere significativamente na interação dos profissionais com o cliente e sua família. Percebe-se que a insatisfação da família ao encontrar o cliente exposto comprometeu o relacionamento com a equipe e prejudicou a qualidade do atendimento.

A interpretação de que a UTI se configura como uma ponte que pode conectar a pessoa à vida ou à morte também perpassa a imagem de credibilidade e de segurança, em relação à qualidade e eficiência do tratamento (LEMOS; ROSSI, 2002). Portanto, é compreensível o descontentamento dos clientes ante a exposição corporal no horário de visita, quando esperam responsabilidade, atenção, dedicação e respeito por parte da equipe ali atuante.

Em face dos resultados, faz-se necessário que os profissionais intensivistas, principalmente a equipe de enfermagem, reconsiderem a forma de conduzir a assistência, valorizando mais os aspectos que descaracterizam o tecnicismo e resgatem os que conferem humanização à terapia intensiva.

A percepção e compreensão das crenças, valores e princípios morais, culturais, históricos e sociais que permeiam as atividades desenvolvidas na esfera do cuidado à saúde certamente possibilitará à equipe proporcionar um ambiente menos agressivo e mais sensível, reduzindo o estresse e os conflitos dos profissionais com o cliente e sua família (PAULI; BOUSSO, 2003). Afinal, “reconhecer que somos humanos e que lidamos com o humano é fundamental” (MUSSI, 1999, p. 120).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Admite-se que os profissionais intensivistas geralmente exteriorizam controle emocional e racionalidade, transmitindo certa frieza e distanciamento na relação com clientes e familiares, por priorizarem o tecnicismo e o mecanicismo durante o atendimento; porém, as informantes parecem estar conscientes dessa realidade e da desvalorização do ser humano como sujeito do cuidado, pela percepção de falhas relacionadas à privacidade e pela adoção de condutas destinadas a minimizar a visão de automatização à assistência dispensada nas UTIs.

As informações repassadas por alguns familiares evidenciam que sua participação é essencial para o conhecimento sobre os costumes e os hábitos do cliente, sobre o que

ele precisa, o que lhe é fundamental e imprescindível, considerando-se seus princípios morais e pessoais.

A dificuldade em contratar elementos do sexo masculino, por seu contingente ainda ser pequeno nessa profissão - apesar da adesão progressiva - resulta na diferença de sexo entre cuidadores e o ser cuidado; destarte, a identidade de gênero emerge como fator complicador para a manutenção da privacidade. Além disso, a estrutura física e a distribuição dos leitos na maioria das UTIs não permitem a separação dos clientes por sexo e idade, favorecendo a percepção e visualização do que acontece nos outros leitos, e vice-versa.

Fica nítido que equipe, clientes e familiares se importunam com a desproteção corporal e com a invasão da intimidade, e que essas circunstâncias denotam desconsideração e insensibilidade. Visualizar-se no lugar do cliente e pensar como ele prefere ser tratado, respeitando sua individualidade e suas crenças, é uma maneira de garantir a qualidade da assistência, visto que muitos cuidados e procedimentos passam a intimidade.

Implicitamente, percebe-se a falta de habilidade para lidar com eventos implicando a exposição corporal na presença da família, uma vez que não foram identificados esclarecimentos acerca da sua necessidade. Aparentemente, a comunicação é deficiente tanto dentro da equipe como desta com clientes e parentes, visto que as situações relatadas poderiam ter sido antecipadas ou

adiadas para depois do horário de visita, pois nenhuma se caracterizava como emergência.

Discutir e refletir sobre as condutas que permeiam a assistência, procurando inserir a família como agente contribuinte, e - por que não? - possibilitar seu envolvimento em alguns cuidados, pode ser uma estratégia para reduzir a sensação de mal-estar e o estresse oriundos da situação de nudez, que geralmente é imposta aos clientes internados em UTIs.

Os valores individuais e coletivos estão imbricados e circundam o processo de humanização, exigindo do profissional intuição, reflexão crítica e auto-avaliação freqüente para que se efetive sua interação com o cliente e sua família. Acredita-se que isso favorecerá a percepção de como se comportar e como contornar os conflitos emergentes em cada situação.

Certamente, este estudo não contemplou todas as facetas do tema focalizado; entretanto, espera-se atrair a atenção dos profissionais sobre a questão da nudez e da invasão da intimidade do cliente, no cenário do cuidado à saúde, como também sobre a relevância da família como participante e como fonte de informação. Ao mesmo tempo, acredita-se que o estudo possa servir de subsídio para a realização de outras investigações relacionadas à exposição corporal e à privacidade do cliente durante a assistência.

IMPLICATIONS OF THE PATIENT CORPORAL EXPOSITION IN THE INTENSIVE CARE UNIT DURING FAMILY VISITATION

ABSTRACT

This investigation searched to analyze, together with 15 nurses, situations when a patient exposes his body in the ICU. It is a descriptive study, with a quanti-qualitative approach, in which the Critical Incident Technique was applied. Thirty reports were obtained - 15 positive and 15 negative -, being extracted 52 (100%) positive 22 (42,3%) critical incidents, (PCIs) and 30 (57,7%) negative (NCIs), compiled in six situation categories. It was chosen to discuss the category visiting time (5,8%). The behavior of the health team and patients, and the consequences for both also constituted categories in the PCIs and NCIs. The sex difference between caretakers and patients compromises the maintenance of privacy. Implicitly, is noticed the inability of the team to handle conflicts derived from defenselessness of privacy during family visitation. The results how the need to discuss and to reflect about the nakedness in the context of the health attendance, because the corporal exposition interferes in the relation team-customer-family.

Key words: Naked body. Privacy. Family. ICU.

IMPLICACIONES DE LA EXPOSICION CORPORAL DEL CLIENTE EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DURANTE LA VISITA DE LA FAMILIA

RESUMEN

Esta investigación buscó analizar situaciones de exposición corporal del cliente en la asistencia en UTI, junto a 15 enfermeras intensivistas. Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, en lo cual se utilizó la Técnica del Incidente Crítico. Se obtuvieron 30 relatos - 15 positivos e 15 negativos -, extrayéndose 52(100%) incidentes críticos, 22(42,3%) positivos (ICPs) y 30 (57,7%) negativos (ICNs), recopilados en seis categorías de situación. Se optó en este trabajo por discutir la categoría y horario de visita (5,8%). Los comportamientos de equipo de salud y de los clientes y las consecuencias para ambos también constituyeron categorías en los ICPs y en los ICNs. La diferencia de sexo entre cuidadores y cliente compromete la manutención de la privacidad. Implícitamente se percibe la inhabilidad del equipo para contornear conflictos transcurridos de la desprotección de la intimidad durante la visita de la familia. Despunta la necesidad de se discutir y reflejar bajo la desnudez de la familia. En el contexto de la asistencia a la salud, visto que la exposición corporal interfiere en la relación equipo-cliente-familia.

Palabras Clave: Cuerpo desnudo. Privacidad. Familia. UTI.

REFERÊNCIAS

- BELLATO, R. A **vivência da hospitalização pela pessoa doente**. 2001. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- CATARINO, J.; CASSIANO, J.; SILVA, R. C. O respeito como princípio moral básico e principal princípio em enfermagem. **Nursing**, São Paulo, ano 9, v. 99, p. 21-24, abr. 1996.
- CREPALDI, M. A. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. **Paidéia**, Ribeirão Preto, p. 89-95, jun. 1999.
- FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. **Arq Bras Psic Aplic**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, abr./jun. 1973.
- GALVÃO, E. C. F.; TEDESCO, S. Integração enfermeiro-família: atendimento faz a diferença. **Revista SOBETI**, São Paulo, ano 1, p.10-13, set./nov. 1998. Edição especial.
- HAYASHI, A. A. M.; GISI, M. L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 824-837, maio/ago. 2000.
- LEMOES, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev Latino- Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 345-357, maio/jun. 2002.
- LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, São Paulo, ano 4, n. 41, p. 25-29, out. 2001.
- MENDES, A. M.; LINHARES, N. J. R. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 49, n. 2, p. 267-80, abr./jun. 1996.
- MUSSI, F. C. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 113-122, jun. 1999.
- NASCIMENTO, E. R. P. do; MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**, São Paulo, ano 3, n. 29, p. 26-30, out. 2000.
- PASTORE, K. Uma jornada no inferno. **Veja**, São Paulo, v. 28, n. 19, p. 72-79, maio 1995.
- PAULI, M. C.; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Latino- Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 280-286, maio/jun. 2003.
- PEIXOTO, M. R. B. **A prioridade, o isolamento e as emoções**: estudo etnográfico do processo de socialização em um Centro de Terapia Intensiva. 1996. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1996.
- PLOWRIGHT, C. I. Necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos. **Nursing**, Lisboa, v. 9, n. 102, p. 30-32, jul./ago. 1996.
- PUPULIM, J. S. L. **Exposição corporal do cliente na assistência em Unidade de terapia intensiva**: incidentes críticos relatados por enfermeiras. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999.
- SILVEIRA, M. F. A. Estar despido na UTI: duas percepções, um encontro. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 449-459, dez. 1997.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner/Suddarth**: tratado de enfermagem medico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 133.
- WALDOW, V. R. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, ano 3, v. 9, p. 284-293, set./dez. 2001.

Endereço para correspondência: Jussara Simone Lenzi Pupulim. Rua Piratininga, 181, ap. 1000. Maringá-PR. CEP: 87013-100. E-mail: jslpupulim@bol.com.br

Recebido em: 12/03/2004

Aprovado em: 26/04/2004