

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JOSEFA RITA DA SILVA

**Desnudar e desnudar-se para o cuidado: enfermagem, pacientes,  
nudez e bioética**

Maceió  
2017

JOSEFA RITA DA SILVA

**Desnudar e desnudar-se para o cuidado: enfermagem, pacientes,  
nudez e bioética**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR da Universidade Federal de Alagoas – UFAL como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre

**Orientadora:** Profª Dra. Regina Maria dos Santos

**Área de Concentração:** Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos.

Maceió  
2017

**Catálogo na fonte Universidade  
Federal de Alagoas Biblioteca  
Central**

Bibliotecária Responsável: Janaina Xisto de Barros Lima

S586d      Silva, Josefa Rita da.  
              Desnudar e desnudar-se para o cuidado: enfermagem, pacientes, nudez e  
              bioética / Josefa Rita da Silva. – 2017.  
              138 f. : il.

Orientadora: Regina Maria dos Santos.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.  
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 103-115.  
Anexos: f. 116-130.  
Apêndices: f. 131-138.

1. Enfermagem. 2. Ética. 3. Bioética. 4. Cuidados de enfermagem – Pacientes  
internados. I. Título.

CDU: 616-083-052

## Folha de Aprovação

**AUTOR: JOSEFA RITA DA SILVA**

Desnudar e desnudar-se para o cuidado: Enfermagem, Paciente, Nudez e Bioética

Dissertação submetida ao corpo docente do  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
– Mestrado da Universidade Federal de Alagoas  
e aprovada em 30 de novembro de 2017.



---

Dr.<sup>a</sup> Regina Maria dos Santos (Orientadora)

Banca Examinadora:



---

Dr. Sebastião Junior Duarte, UFMS (Examinador Externo)



---

Dr.<sup>a</sup> Isabel Comasseto, UFAL (Examinador Interno)

*Ao meu querido esposo Francisco Geraldo Lúcio Silva  
por ser uma pessoa muito importante para mim.  
Todos os dias agradeço a Deus pela maravilhosa  
bênção de ter colocado você na minha vida. Você  
sempre esteve ao meu lado e me fazendo acreditar  
que posso mais que imagino. Ao seu lado aprendi a  
amar e a sentir-me amada, aprendi que não podemos  
ter medo de lutar para sermos felizes e que devemos  
vencer nossos obstáculos. Devido a seu  
companheirismo, amizade, paciência, compreensão,  
apoio, alegria, amor e ajuda este trabalho pôde ser  
concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o  
nosso sonho!*

## AGRADECIMENTOS

---

- ✓ À Deus, eu Te sou muito grata por este presente, tudo o que eu fiz, tudo o que eu tenho, tudo o que eu sou, é graças ao Senhor. Obrigada por ser meu guia e estar sempre presente em minha vida.
- ✓ Aos pacientes que com gentileza e ternura aceitaram participar da pesquisa, compartilhando suas inquietações. Pelas palavras, sorrisos e lágrimas doados com a mais sincera expressão dos sentimentos. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!
- ✓ Aos meus pais, Manoel Onofre da Silva e Maria Rita da Silva, pelo exemplo que são em minha vida; por tudo que me ensinaram e ainda estão ensinando.
- ✓ Aos meus irmãos pelo amor, apoio, paciência e compreensão durante toda minha vida. Por todo o apoio, carinho e, principalmente, pelo fato de vocês existirem, e de eu poder contar com seu apoio, amizade e companhia, eu agradeço.
- ✓ Ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho (HNSBC), pela oportunidade concedida e o apoio oferecido no atendimento as pesquisadoras Regina Maria dos Santos e Josefa Rita da Silva.
- ✓ Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, pelo mestrado cursado e pela organização de todo o programa. Ao Corpo Docente, agradeço a todos eles pelos ensinamentos que foram, são e serão muito importantes para mim e para a minha vida profissional, assim como agradeço aos funcionários, em especial a Monique, que fazem com que tudo funcione da melhor maneira possível.

- ✓ Aos membros da banca examinadora, Titulares e Suplentes, Prof.º Dr.º Sebastião Júnior Henrique Duarte (UFMS), Prof.ª Dr.ª Isabel Comassetto (ESENFAR/UFAL), Prof.º Dr.º Walter Matias de Lima (CEDU/UFAL), Prof.ª Dr.ª Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza (ESENFAR/UFAL) agradeço a vocês por todas as contribuições feitas para o desenvolvimento deste estudo.
  
- ✓ A minha orientadora Prof.ª Dr.ª Regina Maria dos Santos, talvez não existam palavras que possa expressar o meu imenso agradecimento, mas quero que saiba que seus ensinamentos e incentivo foram para mim de valor inestimável. Nunca terei como agradecer-lhe pelo apoio que você me ofereceu durante esta jornada.
  
- ✓ Aos amigos do mestrado, pelo apoio, amizade e momentos felizes de descontração, especialmente à Flaviane e à Elizabete que tornaram mais leve meu trabalho. Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias e ouvirem minhas bobagens. Foi muito bom poder contar com vocês!
  
- ✓ A todos que direta e indiretamente colaboraram na realização desta pesquisa.

**“É necessário cuidar da  
ética para não  
anestesiarmos a nossa  
consciência e começarmos  
a achar que tudo é normal”**

Mario Sergio Cortella

## RESUMO

---

O estudo teve como objeto a observância dos princípios bioéticos numa relação de cuidado de enfermagem que exige o desnudamento do paciente e que pode ser tida como uma experiência solidária ou se configurar como constrangimento e quebra da autonomia. Os principais objetivos foram analisar e discutir a experiência de pacientes ao serem desnudados pelos profissionais de Enfermagem em relação à observância dos princípios bioéticos. É uma pesquisa qualitativa descritiva realizada em hospitais gerais público e filantrópico com pessoas internadas em clínicas médica, cirúrgica, UTI e centros obstétricos a partir dos critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e que tenham necessitado de cuidados de enfermagem onde o desnudamento do corpo foi indispensável; pacientes em coma e portando tubo endotraqueal não foram incluídos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas conforme consta no Parecer Consubstanciado de nº 1653202 e CAAE n. 56197216.8.0000.5013. Os critérios éticos foram atendidos. As informações foram produzidas no período de Agosto de 2016 a Maio de 2017, através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com 28 participantes dos 33 pacientes que foram abordados, as quais foram transcritas e autorizadas pelos participantes. Após leitura minuciosa efluíram 3 categorias interpretativas, estruturadas a partir dos conceitos da bioética principialista de Tom Beauchamp e James Childress, sendo elas: 1. Postura ética como preditora da experiência do desnudamento, composta por duas subcategorias (I – A enfermagem sabe, faz, e diz o que fazer. II – O ambiente local torna ou não o desnudamento ético); 2. A observância dos princípios bioéticos no ato de cuidar influencia a resposta do paciente ao desnudamento, com uma subcategoria (I – Informar, iludir ou consentir esclarecidamente revela o ato bioético de desnudar); 3. A interação bioética leva o paciente a ressignificar o seu desnudamento pelo profissional de enfermagem. O estudo mostrou que o esclarecimento e a informação são pontos-chaves no que diz respeito aos critérios de satisfação do paciente, sendo indispensável para o desempenho e qualidade dos serviços de saúde e que as atuações contrárias à preservação da particularidade do paciente causam a violação da privacidade e atenta contra sua moralidade. Assim, os resultados predisuseram advertir aos responsáveis das instituições hospitalares e as entidades formadoras que introduzam discussões sobre os princípios bioéticos que comandam a atuação do trabalho do profissional de enfermagem, para que a observância desses princípios ajude a potencializar um espaço mais humano e construa relações mais harmoniosas.

Descritores: Enfermagem; Ética; Privacidade; Cuidados de Enfermagem; Pacientes Internados; Bioética.

## ABSTRACT

---

The study had as object the observance of the bioethical principles in a relation of nursing care that requires the patient's denudation and that can be seen as a solitary experience or can be configured as a constraint and a break of autonomy. The main objectives were to analyze and discuss the experience of patients when they are denuded by Nursing professionals regarding the observance of bioethical principles. It is a descriptive qualitative research carried out in general public and philanthropic hospitals with persons hospitalized in medical, surgical, UTI and obstetric centers based on inclusion criteria: be over 18 years old and who have needed nursing care where body's denudation was indispensable; Patients in coma and carrying an endotracheal tube were not included. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas, according to appear consubstantiated nº. 1653202 and CAAE n. 56197216.8.0000.5013. Ethical care were taken care of. The information were produced between August 2016 and May 2017, through semi-structured interviews with 28 participants of the 33 patients who were approached, which were transcribed and authorized by the participants. After a thorough reading, three interpretive categories emerged, structured from the concepts of the mainstream bioethics of Tom Beauchamp and James Childress: 1. Ethical posture as a predictor of the denudation experience, made up of two subcategories (I - The Nursing knows, does, and tells what to do. II - The local environment does or does not ethical denudation). 2. The observance of bioethical principles in the act of caring influences the patient's response to denudation, with a subcategory (I - Inform, deceive or consent clarification reveals the bioethical act of denudate). 3. Bioethical interaction leads the patient to re-signify his or her denudation by the nursing professional. The study showed that clarification and information are key points with regard to patient satisfaction criteria, being indispensable for the performance and quality of health services and that acts contrary to the preservation of the particularity of the patient cause the violation of privacy and attempt against your morality. Thus, the results predisposed to warn those responsible for hospital institutions and training entities to introduce discussions about the bioethical principles that guide the work of the nursing professional, so that the observance of these principles helps to enhance a more human space and builds more relationships harmonious.

Keywords: Nursing; Ethic; Privacy; Nursing care; Inpatients; Bioethics.

## LISTA DE QUADROS

---

<b>Quadro 1</b> – Motivos de Internações mencionado pelos pacientes durante a entrevista. Maceió/Arapiraca, Alagoas, Brasil, 2017.....	48
--	----

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	31
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	31
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	31
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	33
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	34
3.5 RECRUTAMENTO DO PARTICIPANTE E AQUISIÇÃO DO TCLE .....	34
3.6 PROCEDIMENTOS PARA PRODUZIR AS INFORMAÇÕES .....	35
3.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	38
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	39
3.8.1 RELAÇÃO DOS RISCOS E DIFICULDADES DA PESQUISA .....	40
3.8.2 MEDIDAS PARA MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS .....	41
3.8.3 ESTRATÉGIAS PARA ALCANCE DOS BENEFÍCIOS .....	42
3.9 REFERENCIAL TEÓRICO .....	42
3.9.1 O PRINCÍPIO DE RESPEITO À AUTONOMIA .....	45
3.9.2 O PRINCÍPIO DA NÃO MALEFICÊNCIA .....	49
3.9.3 PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA .....	51
3.9.4 O PRINCÍPIO DE JUSTIÇA .....	52
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	55
4.1 POSTURA ÉTICA COMO PREDITORA DA EXPERIÊNCIA DO DESNUDAMENTO .....	63
4.1.1 A ENFERMAGEM SABE, FAZ E DIZ O QUE FAZER .....	74
4.1.2 O AMBIENTE LOCAL TORNA OU NÃO O DESNUDAMENTO ÉTICO .....	79
4.2 A OBSERVÂNCIA DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS NO ATO DE CUIDAR INFLUENCIA A RESPOSTA DO PACIENTE AO DESNUDAMENTO .....	83
4.2.1 INFORMAR, ILUDIR OU CONSENTIR ESCLARECIDAMENTE REVELA O ATO BIOÉTICO DE DESNUDAR .....	89
4.3 A INTERAÇÃO BIOÉTICA LEVA O PACIENTE A RESSIGNIFICAR O SEU DESNUDAMENTO PELO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....	93
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	98
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	102
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	116
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466/12, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DOS MATERIAIS/DADOS COLETADOS .....	119
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E INSTALAÇÕES PARA O	

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E SUAS CONSEQUÊNCIAS .....	120
ANEXO D - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ACESSO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (HUPAA)) .....	121
ANEXO E - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ACESSO AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DO BOM CONSELHO (HNSBC)) .....	122
ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	123
APÊNDICE A – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA.....	131
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA.....	133
APÊNDICE C – TERMO DE DOAÇÃO DE DEPOIMENTO .....	135
APÊNDICE D – TERMO DE DOAÇÃO DE NARRATIVA .....	136
APÊNDICE E – TERMO DE CONCESSÃO DE ENTREVISTA .....	137
APÊNDICE F– TERMO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL E COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE.....	138

## APRESENTAÇÃO

---

O presente estudo tem como objeto a observância dos princípios bioéticos numa relação de cuidado de enfermagem que exige o desnudamento do paciente e que pode ser tida como uma experiência solidária ou se configurar como constrangimento e quebra da autonomia. A motivação para abordar esta temática se deu a partir das vivências como estudante nos campos práticos da disciplina de Métodos e Processos de Intervenção de Enfermagem, ainda no curso de graduação em Enfermagem, onde aconteceram as primeiras experiências de tocar o corpo do outro para dele cuidar e diante disso foram desenvolvidas duas pesquisas no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica sobre o assunto e um trabalho de conclusão de curso<sup>1</sup>.

No exercício profissional, também aconteceram experiências de cuidado em enfermagem, onde a nudez do outro foi imprescindível. Na vida pessoal vivi a condição de paciente que precisou de cuidados de enfermagem onde a nudez se fez necessária, sendo possível perceber, nestas experiências, graus diferentes de constrangimento e dessas percepções adveio a curiosidade de investigar a observância dos princípios bioéticos na relação de cuidados que exige que o corpo do paciente fique desnudo para que alguns cuidados de enfermagem sejam realizados.

É de conhecimento da enfermagem que viver no dia a dia a experiência de estar diante de um corpo nu para lhe prestar cuidado, com o mínimo de recurso e perceber que direta ou indiretamente ocorre invasão de privacidade e diminuição da autonomia, ocasionando desconforto na jurisdição alheia, de fato é algo que incomoda. Mas, ter vivido a experiência de ser desnudada diante de uma equipe multiprofissional, leva a pensar o quanto de poder é exercido no corpo do outro, onde a causa desse incômodo é muito maior.

---

<sup>1</sup>SANTOS, R. M. dos; VIANA, I. R. M. N.; SILVA, J. R. da; TREZZA, M.C.S.F; LEITE, J.L. A enfermeira e a nudez do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v 63, n 6, p 877-886, dez. 2010; SILVA, J.R. da; LIMA, P.C.; SANTOS, R.M. dos; TREZZA, M.C.S.F; VERÍSSIMO, R.C.S.S. A nudez do paciente sob a óptica de estudantes da área de Enfermagem Fundamental. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v 65, n 3, p 428-436, jun. 2012; e SANTOS, R.M. dos; SILVA, J.R.; LIMA, P.C. A nudez do paciente sob a óptica dos professores da área de Enfermagem Fundamental. Trabalho de Conclusão de Curso.

O estudo foi desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem e Farmácia (PPGENF) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), na linha de pesquisa “Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos”, a qual está inserida na área de concentração “Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida”. É um estudo que também está vinculado ao Grupo de Estudos Dra. Isabel Macintyre/Universidade Federal de Alagoas (GEDIM/UFAL) e resulta de experiências de cuidado em enfermagem.

## 1. INTRODUÇÃO

---

Ao considerar que o cuidado de enfermagem faz parte das relações que envolvem no mínimo duas pessoas é importante falar que a observância dos princípios bioéticos numa relação de cuidado de enfermagem que exige o desnudamento do paciente pode ser tido como uma experiência solidária ou se configurar como constrangimento e quebra da autonomia.

Esta situação torna a observância desses princípios indispensável, pois a ética da interdependência é estabelecida pela relação entre dois participantes. Neste caso, a ética nasce de dois sujeitos que buscam uma convivência digna, onde os sujeitos devem se reconhecer como duas pessoas de igual valor moral. Como essas relações sempre se renovam, a ética, como uma corrente de água, está sempre nascendo (PEGORARO, 2013).

Assim, vale ainda comentar a importância da ética no contexto das relações humanizadas entre profissional de enfermagem e paciente e, com o intuito de melhorar tais analogias, o Reino Unido através da Associação de Comissão de Qualidade de Cuidados deu exemplos da falta de ética ao mencionar em um relatório a negligência e indignidade experimentada pelos pacientes e famílias, fornecendo exemplos de desrespeito com a privacidade dos pacientes (GALLAGHER; ZOBOLI; VENTURA, 2012).

Não tão distante, um relatório de avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) também mostra problemas em relação a privacidade de pacientes durante cuidados de saúde, onde esses queixam-se de desrespeito e tratamento rude por parte de profissionais de saúde (GALLAGHER; ZOBOLI; VENTURA, 2012), em momentos de vulnerabilidade e insegurança.

Diante do exposto, é admissível ponderar sobre o caráter subjetivo do ser humano e é eficaz considerar que o internamento influencia sobremaneira as transformações na vida da pessoa em situação de doença, e as consequências desse processo se refletem diretamente na disposição de abranger circunstâncias, em sua cooperação no processo de tomada de decisões e, por fim, no exercício de

um papel ativo no processo de cuidados (HENRIQUES; CABANA, 2013).

Nesta conjuntura, os danos causados pela presença de uma doença são universais, não se limitam ao espaço e/ou tempo, entretanto assumem uma natureza existencial bem clara e distinta em diferentes contextos, a vivência de uma situação de crise, motivada pela doença, elimina da pessoa o seu caráter de aptidão para controlar o seu corpo, os seus sentimentos e a imprecisão quanto ao seu futuro, bem como para realizar os seus papéis sociais. Isso afeta a capacidade de exercer os seus direitos e influenciar as decisões sobre os seus cuidados, deixando-o em posição de dependência e inferioridade diante de outrem (PASSOS; SADIGUSKI, 2011).

Por esse motivo foi utilizado o termo **paciente** que desde do século XIV está relacionado a pessoa que tem paciência, serenidade e conformação. O termo paciente também refere-se à palavra *sufredor*, derivada do latim: *patiens de patior*, que significa sofrer (SAITO, et al., 2013). Portanto, pode sugerir, implicitamente, uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional (GLOSSARIUM, 2016; FERREIRA, 2010).

Dessa forma, nesta pesquisa utilizou-se o termo “paciente” ao se referir à pessoa usuária dos serviços devido o fato da pessoa em estado de adoecimento agir de forma passiva, dependente e submissa, deixando de expor suas vontades, pensamentos, crenças, valores, entre outros, por acreditar que o profissional é detentor do conhecimento e pode restaurar a saúde.

Então, é possível afirmar que o termo mais adequado para ser usado nesta pesquisa é a palavra paciente, pois é notória a aceitação passiva ao desnudamento, somado a isso a necessidade de recuperar a saúde. O Paciente permite ser tocado com intuito de adquirir seu bem-estar, pois estar doente seria nocivo, social e individualmente desvalorizado e indesejável.

Assim, a relação do profissional de enfermagem com o paciente internado é de complexidade crescente em comparação com o grau de dependência e é conflituosa por envolver uma lida constante com a nudez e a invariável ruptura da autonomia e privacidade (PUPULIN; SAWADA, 2012). Nesta circunstância, espera-se que o paciente crie modos de interagir com o mundo, a fim de compatibilizar seus valores éticos e morais com as condutas profissionais, pois toda a história individual

e coletiva da humanidade está fundamentada em seu convívio social (MELLO; TEIXEIRA, 2012) com isso, ele pode, com seus experimentos, contribuir significativamente para estimular reflexões sobre o comportamento ético da equipe de saúde e em especial por parte da equipe de Enfermagem.

Outro ponto levantado é que o ambiente hospitalar se configura como um núcleo onde se encontram pacientes em diferentes níveis de complexidade, havendo considerável dependência dos cuidados realizados pelo profissional de enfermagem. O indivíduo em meio a essas circunstâncias perde a sua identidade para assumir outra que lhe é atribuída pela classificação da doença (COLLIÉRE, 2012).

Outro aspecto a ser considerado na delicada relação entre profissional e paciente no processo de cuidar é a inclusão de poder que permeia esta relação. Parece que o profissional exerce alguma relação de poder em relação ao paciente, o que não deixa de ser uma relação de poder de um sobre o outro. Sobre esta questão pode-se dizer que muitas vezes o profissional de enfermagem está inserido nessa realidade e caso o profissional não faça uma reflexão da sua postura acaba exercendo o que Foucault diz:

“Trataríamos do corpo político como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber” (FOUCAULT, 2013a, p.30).

Ainda, considerando o pensamento de Foucault (2013a) de que o corpo está diretamente mergulhado num campo político, onde as relações de poder têm alcance imediato sobre ele, é observado que as práticas em saúde vem sendo alvo de ponderações e alterações acerca da efetividade dos serviços e das ações implementadas pelos profissionais de saúde no campo mais íntimo do ser humano (MIRANDA, 2014).

Outro ponto relevante a ser discutido neste estudo está relacionado aos aspectos éticos, pois, com o advento da Bioética era necessário estabelecer um regulamento para investigar os casos concretos e os impasses éticos que emergiam da prática da assistência à saúde. Assim, por volta da década de 70, os norte americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress anunciaram um livro chamado

“Principles of Biomedical Ethics”, onde exibem uma teoria, que foi justificada em quatro princípios básicos - não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. A partir de então, tornou-se substancial para o desenvolvimento da Bioética e estabeleceu uma forma peculiar de demarcar e exercitar os valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde e seus pacientes (GRACIA, 1998).

O paciente vive em ininterrupta interação e relacionamento com o mundo ao seu redor, ou seja, o contexto social onde vive e onde se situa, e é através destas relações que o homem desenvolve sua consciência ética. À vista disso, o indivíduo carrega com ele, independentemente de onde se encontre, uma carga de valores tanto éticos quanto morais, que são assimilados no decorrer de toda sua vida (VIANA, et al., 2013).

Ao falar de consciência ética é interessante apontar a ausência de leis específicas direcionadas à privacidade referente ao acesso físico dos usuários dos sistemas de saúde. Os códigos de ética prevêm o dever do profissional e o direito do paciente à privacidade, assim como a Constituição Brasileira, porém não são explícitos e nem há fiscalização, parecendo mais normas e recomendações, talvez porque o limite entre o necessário e o excesso seja muito tênue e difícil de ser determinado (PUPULIN; SAWADA, 2012).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN n.º 564/2017, prevê uma série de recomendações sobre os princípios fundamentais do exercício da Enfermagem, suas responsabilidades e deveres, sendo enfático no respeito ao pudor e à privacidade do paciente e na proibição expressa de praticar qualquer ato que signifique violência, como se vê nos Artigos 42, 43 e 50:

Art. 42 – Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Art. 43 – Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

Art. 50 – Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial (COFEN,2017).

Portanto, não há dúvida da relevância assumida pela Bioética nas práticas de saúde, considerando a razão de normatizar e definir os limites para a ciência. Assim, foi utilizado como referencial teórico, guia no processo de interpretação dos dados o pensamento de Tom L. Beauchamp e James Childress, utilizando-se das ideias do Princípioalismo, dizendo que, em Bioética, há quatro destas obrigações ou deveres *prima facie*: não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça.

Dessa forma, para estes autores, o ponto de partida para orientar qualquer polêmica ética, nesse caso os procedimentos onde o desnudamento do paciente é substancial, pode ser o estudo destas quatro circunstâncias, de como elas podem ser melhor respeitadas em cada caso. Mas, é importante lembrar que os princípios da bioética são aqui apresentados como um caminho para auxiliar na solução do impasse, não uma regra a ser seguida, servindo como suporte para a prática assistencial (SALLES, 2014).

Assim, esse estudo tem potencial para expandir a percepção dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, buscando elucidar os conflitos que acometem o ser humano em momentos de dúvidas morais que determinados cuidados de enfermagem podem gerar, pois observa-se que no período atual cada um protege suas prioridades e isso não devem desconsiderar os direitos, valores e coações marcados por cada paciente. Então, uma das características da bioética é ajustar a disparidade de visões e as justificativas morais.

Sendo assim, diante dessas incertezas, pode-se estabelecer a seguinte **questão norteadora** para este estudo:

- Como a observância dos princípios bioéticos pelos profissionais de enfermagem intervêm na vivência do desnudamento de pacientes para a realização de cuidados?

Para constatar a relevância científica do estudo, realizou-se uma busca prévia nas principais bases de dados com o uso dos descritores 'Enfermagem', 'Ética', 'Privacidade', 'Cuidados de Enfermagem', 'Pacientes internados' e 'bioética', de acordo com o índice Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e os termos 'Nursing', 'Inpatients' e 'Ethics' de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH).

Em motivo de uma grande quantidade de artigos abordarem a temática da ética e bioética sobre aspectos muito diferenciados, houve a necessidade de

estabelecer os seguintes critérios de inclusão: abordar diretamente o estudo da bioética principialista e as formulações teóricas de Beauchamp e Childress que propõem a delimitação da ação terapêutica pela observância dos princípios bioéticos; estarem disponíveis integralmente *online*; publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola e a partir do ano 2012.

Assim, as estratégias de busca utilizadas para localização dos artigos foram adaptadas de forma a adequar-se a cada fonte de dados, como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), tomando-se como base a questão norteadora da pesquisa e os critérios de inclusão, previamente estabelecidos. Com intuito de garantir a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses, tem-se como hipótese para esta pesquisa:

**O desnudamento de pacientes pelo profissional de Enfermagem sem a observância dos princípios bioéticos constitui-se como submissão a constrangimentos e humilhações. Por outro lado, quando o desnudamento é precedido de informação e esclarecimentos e acontece com a observância dos princípios éticos, passa a significar uma necessidade passageira.**

Com o intuito de responder a esta pergunta e comprovar a hipótese formulada, estabelece-se como objetivos

- **Analisar e discutir a experiência de pacientes ao serem desnudados pelos profissionais de Enfermagem em relação à observância dos princípios bioéticos.**

Apesar dos artigos nomeados terem trazido suas colaborações, foi possível perceber a necessidade de mais estudos e reflexões sobre a temática proposta. É importante mencionar, também, que estudiosos como TOM BEAUCHAMP e MICHEL FOUCAULT tomam essa questão como situações onde suas teses se aplicam e que se envolvem com questões que fazem parte do relacionamento humano, bem como autores de artigos como, PUPULIM; SAWADA, VIANA, SANTOS que a partir dos pensadores se debruçaram sobre as questões aqui abordadas.

O presente estudo justifica-se pela necessidade de despertar novas

abordagens sobre a relação profissional-paciente que busquem aplicar e testar estratégias de atuação que ajudem o profissional a estabelecer relações de cuidado em conformidade com os princípios bioéticos mesmo que em cenários de trabalho estressantes e ajuda-los a saber lidar com temas ainda pouco comentados, mas que inquietam as pessoas, como conduzir situações de trabalho e de ensino aprendizagem em que um corpo pode estar despido.

É relevante também porque irá contribuir com o corpo do saber da enfermagem, onde será agregado mais conhecimento acerca do assunto, que venham a ser utilizados como fonte de referência, contribuindo para profissionais que acessarem esses estudos com o intuito de rever suas relações interpessoais e modificar suas relações de cuidado no âmbito da assistência hospitalar.

Portanto, observa-se que a importância deste estudo tanto é de cunho científico como social, pois as contribuições que este estudo pode gerar, será no sentido de somar ao conhecimento já existente sobre a questão da nudez na prestação do cuidado de enfermagem, bem como esclarecendo o instante onde as convicções, pudores e vontades do paciente precisam ser respeitadas, em nome ao respeito da Autonomia do sujeito, ampliando também as formulações teóricas já existente.

Considera-se ainda que o estudo contribuirá substancialmente para o conhecimento do processo de cuidar em enfermagem e para a qualidade da assistência à saúde, uma vez que a ausculta do paciente se constitui como forte subsídio para o profissional de enfermagem, tornando-o mais capacitado para distinguir as estratégias prováveis para cada situação onde o desnudamento é necessário; poderá também compreender melhor algumas situações enfrentadas pelos pacientes fora de seu ambiente, como também, as perspectivas psicológicas, culturais e éticas que compõem a essência de cada paciente. Sob esta óptica, o estudo, quando acessado, poderá contribuir para uma autorreflexão do profissional de enfermagem, em direção ao cuidado mais humano e respeitoso aos pacientes.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

---

A Enfermagem é uma profissão que, ao longo de sua contextualização histórica, vem marcada a partir de distintos planos epistemológicos, abarcados pelas veemências sociais, econômicas e ideológicas de cada época. No século XIX, começou-se a enxergar sua estruturação de acordo com princípios científicos da ciência moderna. Este movimento concebeu uma acuidade histórica por consentir a maturidade de seus conceitos e a determinação de seu campo teórico conceitual (SILVEIRA et al., 2013).

Assim, é possível observar que os profissionais de saúde dispõem, nos dias de hoje, do apoio da ciência e da tecnologia no processo de cuidar em saúde, com evidência para a enfermagem, tendo entusiasmado significativamente a prática destes profissionais, em consequência do aparecimento de dilemas de ordem ética durante o cuidado de enfermagem, assim a indiscutível importância que a ética atinge para os enfermeiros na sua tomada de decisões frente a problemas éticos e morais é muito relevante. Dessa forma, as mudanças tecnológicas ocorridas na área da saúde têm exigido desse profissional a aquisição de novos conhecimentos científicos e maiores responsabilidades perante a prática do cuidar (FELIX et al., 2014).

No que se refere às categorias profissionais, apareceu a necessidade de formar normas com a intenção de estabelecer os princípios ético-morais pelos quais os profissionais poderiam conduzir sua atuação. Esses princípios estão estabelecidos nos “códigos de ética profissional” que são específicos para cada categoria profissional. Neste contexto, e com a expectativa de regressar a uma discussão ética voltada à saúde, surgiu a bioética, a qual se apresenta como uma “ética aplicada” que estuda as extensões morais, abarcando visão moral, deliberações, comportamentos e políticas das ciências da vida e atenção à saúde, tendo como objetivo elucidar e definir questões éticas geradas pelos progressos tecnológicos e aplicação das tecnologias na biomedicina (SANTUZZI et al., 2013).

O comportamento ético e o respeito aos direitos do paciente sem tirar sua privacidade, não causando estresse ou danos à sua moral, reflete na saúde, de

forma bastante produtiva e próspera, sendo fundamentais para a qualidade da assistência em saúde. Pois o entendimento ético diz respeito aos valores e ao modo de vida que a outra pessoa leva, em que a história e a cultura necessitam ser consideradas, e a voz do outro seja escutada de forma individual e inusitada, levando em consideração também o seu contexto social (GUIMARÃES; DOURADO, 2013; SILVEIRA et al., 2013).

Pois, a favorável vida deve supor uma visão do existir do sujeito, implicando o processo de formação do indivíduo e ligando este processo a ética e ao seu próprio cuidado, sendo possível colocar em evidência um paciente que sinta a importância de sua participação no processo de cuidar. O cuidado deve aparecer para o paciente como saber, em que os pacientes devem buscar compreender a si mesmos e cuidar de suas próprias necessidades quando tiverem condições de executá-las. E com isso, esse paciente cria uma vocação ontológica de fazer rupturas e movimentar esse contexto, por ter consciência de que é a ação transformadora de hoje que constrói o amanhã (ROSITO; LOTERIO, 2012).

No que diz respeito a ética é importante saber que ela é fundamentalmente especulativa, onde não se pode estabelecer uma receita quanto a forma de agir, pois a ética tem como objeto de estudo a própria moral; e a moral se alude a um conjunto de normas, princípios de comportamento, valores, costumes de uma determinada sociedade ou cultura. Sendo assim, tanto a ética sugere a moral, como a moral sugere a ética para se repensar, desenhando-se entre elas uma relevante relação de circularidade ascendente e de complementaridade (PEDRO, 2014).

Em contrapartida, é importante ressaltar que a inobservância de princípios éticos pode ser facilmente identificada em vários dos cenários de cuidados de saúde (GERBER; ZAGONEL, 2013), mas com intuito de melhorar tais cuidados surge a bioética e seus princípios para orientar o comportamento humano a partir das determinações frente as desordens morais diante do cuidar, favorecendo para uma assistência alicerçada no respeito e na dignidade humana (FELIX et al., 2014).

No entanto, é importante mencionar que apesar da existência da ética e bioética não se tem como garantir que o ensino delas resultará em uma conduta mais ética por parte dos profissionais de saúde. Mas, espera-se que o ensino durante a graduação venha elucidar e expandir o raciocínio ético-moral por meio da ponderação de subversões morais e clínicos presentes no cotidiano (PAIVA;

GUILHEM; SOUSA, 2014).

Como se sabe, entre os profissionais de saúde, os que compõem a equipe de enfermagem são os que permanecem maior tempo em contato direto com o paciente; conseqüentemente, são esses profissionais que mais expõem e manuseiam o corpo para executar cuidados (SANTOS; VIANA; SILVA; TREZZA; LEITE, 2010). E esses cuidados envolvem diversos componentes éticos, técnicos e organizacional que requerem atenção dos profissionais envolvidos no processo de cuidar.

Enquanto processo organizacional a enfermagem dispõe da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), onde é capaz de proporcionar informações para a ampliação de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado, aludindo na definição da natureza e do tipo do trabalho a ser realizado, desde a base teórico-filosófica, o tipo de profissional solicitado, técnicas, metodologias, métodos, objetivos e recursos materiais para a produção do cuidado. Sua aplicação nas instituições de saúde oferece aspectos positivos: como segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, a individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro, diminuição do tempo de hospitalização e conseqüentemente economia de recursos (SANTOS, 2014).

Mas, é importante mencionar que a assistência em enfermagem não abrange apenas procedimentos e conhecimentos técnicos, ela exige também presença, flexibilidade, responsabilidade, além da apreensão solidária, onde é possível notar que a influência mútua do enfermeiro com o paciente e os demais entrelaçados pode envolver relações de amizade, conversas, abraços e outras formas de aproximação, sendo importante colocar-se no lugar do outro, pois só assim o profissional assume consciência e reflete acerca de como gostaria de ser cuidado (SALIMENA; TEIXEIRA; AMORIM; PAIVA; MELO, 2013)

É sabido que o processo hierarquizado e organizacional do trabalho tem contribuído muito para uma formação disciplinar dos profissionais de enfermagem, assim, nessa lógica formaram-se os profissionais e os formadores desses profissionais. E isso acontece devido a necessidade de mão de obra especializada, fazendo com que o preparo técnico e a aquisição de conhecimentos científicos específicos sejam prioridade, deixando, talvez, em segundo plano a formação

humana. Com isso, a reprodução de técnicas e a inabilidade fundadora tornam os indivíduos em seres reprodutores de más práticas e sem competência de intervir na sociedade para transformá-la, onde, na maioria das vezes, não é capaz de reconhecer a si mesmo nem a posição que ocupa no mundo ou as suas próprias relações com o mundo (ROSITO; LOTERIO, 2012).

A condição de enfermidade gera anseios como inabilidade, dependência, incerteza e sensação de perda do controle sobre si mesmo. Os doentes enfrentam a hospitalização como fator de despersonalização por reconhecerem a dificuldade para manter sua identidade, intimidade, autonomia e privacidade. O profissional de enfermagem constantemente invade a intimidade e a privacidade do doente quando precisam realizar cuidados de enfermagem, porém raramente discutem os aspectos éticos que envolvem esse problema.

Em meio a esse contexto, são observados os inúmeros sentimentos que sujeita a vulnerabilidade do paciente diante do período de internação, haja vista que sua inclusão em um novo ambiente favorece essa fragilidade, pois o indivíduo muda totalmente sua rotina habitual, passando a conviver com pessoas alheias, vestindo roupas que não são as suas, sofrendo imposição de horários, tudo isso agrupado à doença, às dores, aos medos, aos procedimentos e à espera do diagnóstico, se constituem como fatores que contribuem para a perda da identidade e da percepção de liberdade desse paciente (TAVARES; PAWLOWYTSCH, 2013).

É sabido que “o cuidado é algo que existe antes de qualquer comportamento humano, ou seja, está presente em toda atitude e situação” (HEIDEGGER, 2012, p. 33). Na óptica da filologia, a palavra “cuidado” deriva do latim *cura* (*coera*), a qual era empregada para contextos de relações de amor e amizade, pois por meio dela, se expressava atitudes de dedicação, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato e extrema preocupação por algo ou alguém (BORDINI, 2014). Então, diante do paciente notado com vulnerabilidade do corpo, impossibilitado de exercer seu autocuidado, remete-se ao profissional de saúde agir com justiça diante do direito da dignidade e respeito à autonomia das pessoas, sendo preciso sensibilidade por parte dos profissionais que cuidam.

O cuidado também pode ser visto como a compreensão da realidade do outro, saindo da própria alusão estrutural, onde essa realidade do outro chega até nós de maneira empática e a tolerância é requisito fundamental para essa prática, já

que para ela o cuidado representa um acordo onde há o envolvimento entre pessoas com a finalidade de promover o bem-estar do outro, definindo-se como caráter relacional (NODDINGS, 2013). Portanto, é inegável que a noção de cuidado e o ato de cuidar implicam um campo relacional onde deve existir e prevalecer uma atenção afetuosa, incentivando a prática da Enfermagem para um cuidado mais humano, ao passo que o desrespeito à subjetividade humana se estabelece como obstáculo na aquisição da humanização da saúde (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Assim, o cuidado humano é admitido como elemento ético da educação dos sujeitos, como forma de interferência que visa a ampliação da autonomia dos sujeitos, como probabilidade de resistir ao ritmo apressado do progresso tecnológico contemporâneo que se distingue pela exagerada inquietação com a tecnologia, o que propicia o desenvolvimento de um abismo entre os profissionais da saúde e os pacientes. Por isso existe, inegavelmente, o esvaziamento humano da apreciação de cuidar nas práticas usuais entre profissionais e pacientes (ROSITO; LOTERIO, 2012).

É observado que, nos serviços de saúde, na maioria das vezes, o cuidado não é empregado como relação de amor, pois a doença monopoliza a atenção dos profissionais, priorizando-se as medidas para conter a enfermidade, ficando o respeito, a individualidade, a dignidade, os direitos do paciente, suas preferências, valores, crenças, costumes e sentimentos em segundo plano. Isso reflete na assistência como impessoalidade, insensibilidade e mecanização, embora a racionalização, a técnica e conhecimento científico sejam imprescindíveis nesse contexto (PUPULIN; SAWADA, 2012).

Assim, é observado que nesse processo, a identidade e a autonomia são afetadas, em virtude de o paciente ser considerado incapaz de escolher, decidir, opinar e expressar-se. Portanto, o princípio da autonomia não é exercido nem mesmo nas situações de higiene pessoal, alimentação e eliminações, entre outros. Isso configura sujeição parcial ou total dos que o cuidam, como um mero receptáculo de cuidados técnicos, intensivos (VIANA; CUNHA; SILVA; SAUAIA; SILVA, 2013). E os sujeitos que fazem obedecer se caracterizam como corpos dóceis que tem sua subjetividade instituída de forma externa e interiorizada, transformando-o num ser dependente, um corpo treinado (DINIZ; OLIVEIRA, 2013).

Apesar da existência de discursos da participação do paciente nas decisões dos procedimentos inerente ao seu cuidado, na prática isso não ocorre, pois é observado que o sujeito que determina o processo de cuidar ainda é o profissional da saúde. É indiscutível o mérito disso, contudo, se questiona quais são os limites e as normas para a ação dos profissionais, tendo em vista os direitos do paciente e que expor e tocar o corpo, além das informações obtidas, é inerente a assistência à saúde. É observado que a questão do sofrimento humano resulta da desordem natural biológica e do mundo físico, mais conduz e abandona o sofrimento que é resultado do tratamento desumano de pessoas ou grupos (GOMES, 2013)

Portanto, os cuidados de enfermagem passarão a ser humanizados se houver inclusão existencial do grupo com o ser paciente, vivenciando e compartilhando o conhecimento, distinguindo a singularidade um do outro por meio de diálogo, uma vez que tanto o ser que é cuidado quanto o ser que o cuida sairão fortalecidos com esse encontro (VEIGA; GOMES; MELO, 2013).

Diante do exposto, a nudez, o constrangimento e a privacidade do paciente constituem-se um problema a ser enfrentado pela enfermagem e, portanto, um assunto que necessita ser abordado. Esta dimensão da violação a privacidade é encontrada nos relatos de situações de cuidados que postergam a decência humana dos pacientes (FONSECA; PARCIANELLO; ZAMBERLAN, 2013). Logo, para que o respeito à privacidade do paciente como valor ético no cenário hospitalar se consolide, depende do empenho e dedicação consciente dos participantes envolvidos no processo de cuidado (SOARES; DALL'AGNOL, 2011).

A autonomia e a privacidade é considerada um componente fundamental e imprescindível ao desenvolvimento e à manutenção do sentido da vida do ser humano. Ao mesmo tempo, permite ao paciente um sentimento de expressão da autonomia, liberdade de escolha, de controle pessoal sobre a sua saúde e seu corpo, propiciando a reflexão e auto avaliação do exercício de cidadania como ser humano, sujeito e responsável por suas decisões. Ao contrário, a perda delas e a exposição corporal podem ter sérias consequências para o indivíduo, podendo gerar possível perda de sua identidade e individualidade (PUPULIN; SAWADA, 2012).

Outro ponto é que no desenvolvimento da prática dos cuidados profissionais, em cursos de nível superior e técnico, abordam-se conteúdos sobre ética e bioética, que apontam como o enfermeiro deve relacionar-se com seus pacientes e como

deve agir antes, durante e depois da execução dos cuidados. Entretanto, sabe-se que, mesmo com toda preparação, os futuros profissionais ainda esbarram em dificuldades quando se deflagram com situações que envolvem a nudez e questões ligadas à ética.

Assim, a Bioética preocupa-se em discutir os conflitos éticos e problemas persistentes, fornecendo conteúdo básico para os profissionais da área de saúde, com enfoque nas necessidades contemporâneas. O conhecimento do avanço da bioética em suas concepções teóricas pode ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisão frente aos conflitos relacionados a nudez. Pois, o comportamento ético e o respeito à privacidade são fundamentais para a acreditação da assistência qualificada (GUIMARÃES; DOURADO, 2013).

Na área da saúde, a capacidade ética dos futuros profissionais é entendida como a aptidão autônoma de percepção, ponderação crítica e determinação lógica em relação aos procedimentos humanos no cuidado à saúde e à vida (GERBER; ZAGONEL, 2013). É observado também que a extensão de alcance da Bioética transcorre praticamente todas as áreas acadêmicas, adentrando-se no contexto internacional como modelo teórico que aguça à análise e discussão de dilemas morais de espaçoso aspecto. Como não poderia deixar de ressaltar, ela surge também no cenário educacional, contribuindo para a compreensão dos problemas éticos historicamente persistentes, que ainda não foram solucionados.

Mas, a formação dos profissionais de saúde ainda necessita de maior aquisição sobre a utilização dos alicerces da bioética, principalmente no que diz respeito à relação com o paciente. Para a abrangência esses objetivos tornam-se imperativo que as instituições ajustem os programas curriculares de graduação, com vistas a proporcionar conhecimento e reflexão sobre o tema de forma contínua (PAIVA; GUILHEM; SOUSA, 2014).

Isso vem corroborar o fato de que um conhecimento mais profundo acerca da observância dos princípios bioéticos nas relações de cuidado onde o desnudamento é necessário, contribuirá para uma conscientização de um fenômeno que ocorre na essência da relação entre o profissional de enfermagem e o paciente, e que buscará a compreensão do doente enquanto sujeito de cuidados, e as ações do profissional enfermeiro e, até mesmo, a própria finalidade do cuidado. Pois, a ética estabelece, nos dias de hoje, um sustentáculo indispensável para transformação da sociedade,

assumindo cada vez mais, a centralização das tomadas de decisões nas quais a equipe de saúde se veem envolvidas.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

---

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritivo-analítica que permitiu estudar detalhadamente os significados das ações e relações humanas; contemplando os objetivos deste estudo. A escolha desta abordagem se deu pela capacidade deste tipo de estudo de incorporar o pleito do significado e da intencionalidade como imanentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, as quais são tomadas como construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

É um estudo descritivo analítico porque, tanto busca descrever as características, propriedades ou relações existentes no fenômeno investigado, quanto propicia o estudo e avaliação aprofundados das informações, na tentativa de explicar o contexto deste fenômeno (MINAYO, 2014). Esse tipo de estudo, também, possibilita conhecer a realidade a partir do entrevistado, buscando entender o significado dos fenômenos para a vida das pessoas (TURATO, 2013).

#### **3.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

Foram considerados como os cenários mais adequados para este estudo os setores de internação, como as clínicas médica, cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centros obstétricos do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) em Maceió e do Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho (HNSBC) em Arapiraca, ambos hospitais de referência para diversos municípios do estado de Alagoas. As informações foram produzidas no período de 08 de Agosto de 2016 a 03 de Maio de 2017 no cenário já descrito, através de entrevista semi-estruturada, realizadas com 28 participantes dos 33 pacientes que foram abordados,

as quais foram transcritas e autorizadas pelos participantes.

O HUPAA é um órgão integrante da Universidade Federal de Alagoas – UFAL em Maceió, que mantém uma relação funcional com as Unidades Acadêmicas da área da Saúde e afins, com ações que integram as áreas de ensino, pesquisa e assistência não só à comunidade assistida pelo SUS na cidade de Maceió - AL, mas também para pacientes das cidades do interior do estado, constituindo-se um hospital de referência. Seu quadro funcional é constituído por equipes multiprofissionais dos níveis universitário, intermediário e de apoio, que se difundem em 16 linhas de cuidado para assistir 218 leitos presentes no hospital.

O HNSBC, por sua vez, é um hospital filantrópico que possui 120 leitos dos quais 101 são assistidos com o SUS, mantém convênio com a UFAL – Campus Arapiraca e é referência clínica para a região, pois ele atende toda a população das regiões do Agreste, Sertão e Baixo São Francisco, beneficiando pacientes oriundos de cerca de 40 municípios. Seu quadro funcional também é constituído por equipe de saúde composta por 413 profissionais, dentre os quais 226 de Enfermagem.

Esses hospitais assumem no SUS, em Alagoas, a posição de serviço de alta complexidade na hierarquização da assistência à saúde e que atende as pessoas que ali buscam cuidados, conta com um corpo funcional formado por equipes multiprofissionais dos níveis universitário, médio e de apoio, entre os quais uma numerosa equipe de Enfermagem que presta cuidados nos setores escolhidos.

A clínica médica foi escolhida por abrigar pacientes em níveis distintos de complexidade. Neste contexto, sob o ponto de vista biologicista, a clínica concretiza-se na abordagem dos fenômenos patológicos relacionados apenas ao corpo, porém, sem relação com os âmbitos de onde se originam os corpos, ou seja, os sujeitos, suprimindo o caráter subjetivo do mesmo (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

Sobre a clínica cirúrgica, ao admitir o paciente nesta clínica, o profissional de enfermagem estrutura o cuidado partindo do motivo da internação (patologia ou tipo de cirurgia a ser realizada) e de acordo com as rotinas da própria unidade, em outras palavras, o cuidado de enfermagem na unidade de internação cirúrgica organiza-se prioritariamente com base nos aspectos clínicos das doenças da clientela, rotinas setoriais e especificidades da intervenção cirúrgica (SOUSA et al., 2013).

A UTI e da Maternidade também foram inseridas como cenário porque nesses

locais são encontrados pacientes que precisam de cuidados onde o desnudamento é inevitável. Isso acontece porque os cuidados na UTI são muito abrangentes, essas unidades se caracterizam como “complexas” dotadas de sistema de monitorização contínua e que, geralmente, o paciente é mantido desnudo, protegido apenas pelo lençol ou cobertor, recebe sua higienização pessoal no leito, além de procedimentos como sondagem vesical de demora, entre outros.

Já na maternidade as gestantes em trabalho de parto são submetidas a procedimentos que invadem sua privacidade, como é o caso do toque vaginal. Além disso, o período expulsivo do parto produz ansiedade e impaciência em muitas mulheres que naquele momento podem dispensar qualquer vestimenta, adotando posições favoráveis ao desprendimento fetal, tornando este local muito próprio a situações delicadas e que exigem profundo respeito por parte dos profissionais para que não haja constrangimentos ou rispidez na comunicação e na atitude de cuidar.

Os cenários escolhidos foram adequados ao desenvolvimento desta pesquisa, porque os pacientes ali internados precisam quase sistematicamente de cuidados ou de algum procedimento que leve ao desnudamento de seus corpos, criando momentos e situações que infringem a intimidade ou privacidade deles, sendo espaço para naturalização da inobservância dos princípios éticos e da quebra da autonomia ou de atitudes de profundo respeito e solidariedade pelos e com os pacientes.

### **3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Os participantes foram os pacientes que se encontravam nesses ambientes hospitalares, e que precisavam dos cuidados de enfermagem onde a nudez foi necessária pela existência de uma dependência parcial ou total do cuidado da equipe de enfermagem.

Assim, após esclarecimentos sobre a pesquisa os 28 participantes que concordaram em colaborar assinaram um termo de cessão gratuita de direitos de depoimento oral e compromisso ético de não identificação do depoente, termo de

doação do depoimento, termo de concessão da entrevista, termo de doação da narrativa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Vale ressaltar que dos trinta e três convidados, cinco não quiseram participar da pesquisa, sendo três do hospital Regional e dois do Hospital Universitário. Eles mencionaram não ter condições de discorrer sobre os temas constantes no roteiro semi-estruturado para entrevista, pois não queriam se comprometer, mesmo sendo explicado que nada poderia acontecer, pois o estudo prezava pelo anonimato dos participantes e o não vazamento das informações. Dos 28 participantes que aceitaram participar da pesquisa 13 eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino.

### **3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram convidados a participar da pesquisa os pacientes que já se submeteram a alguma procedimento onde a nudez se fez necessária, serem maior de 18 anos (para que seja garantida a autonomia de decidir participar, respondendo pelos seus atos), ter condições físicas e psicológicas de responder a entrevista, não estando sob efeito de medicamentos sedativos.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que mesmo indicados por outros ou pelos hospitais se encontravam fora dos municípios de Maceió e Arapiraca; pessoas que requeriam pagamento financeiro para conceder entrevista; pessoas cujas famílias interferiam na sua decisão de participar da entrevista e os portadores de tubo endotraqueal pela dificuldade de falar.

### **3.5 RECRUTAMENTO DO PARTICIPANTE E AQUISIÇÃO DO TCLE**

Os participantes foram recrutados através da explanação do estudo e seus objetivos para o serviço e das explicações do pesquisador sobre a importância do estudo e como cada um participaria do mesmo. Nesse momento houve a leitura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após aceitação o participante assinou o TCLE em duas vias, onde uma via ficou com o pesquisador e a outra via com o sujeito do estudo. É importante mencionar que o termo deixa claro que o participante tem o direito de se negar a responder o instrumento da pesquisa sem nenhuma consequência negativa para ele.

### **3.6 PROCEDIMENTOS PARA PRODUZIR AS INFORMAÇÕES**

Após a autorização para a realização da pesquisa pelo CEP, a pesquisadora realizou inicialmente visitas semanais aos setores escolhidos das instituições já descritas. Esta visita aconteceu para que fosse possível acompanhar o fluxo de internamento e alta e detectar a presença de pacientes em dependência de cuidados de Enfermagem onde a nudez era substancial, com a finalidade de proceder à abordagem inicial aos indivíduos hospitalizados.

No primeiro encontro nas instituições, a pesquisadora visitou os setores especificados como cenário para a pesquisa e se apresentou ao enfermeiro responsável, com intuito de que este lhe fornecesse informações que apontasse os possíveis participantes da pesquisa. Nas primeiras conversas, a pesquisadora foi apresentada ao paciente pelo enfermeiro responsável pelo setor. No entanto, depois de algumas apresentações formais, considerando a frequência da pesquisadora no cenário, este tipo de apresentação tornou-se desnecessária. Depois de efetuadas as apresentações, a pesquisadora explicava resumidamente sobre a pesquisa.

Com aqueles que se dispuseram a contribuir com o estudo foi realizada uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado (Apêndice A) com questões abertas e estimuladoras da narrativa acerca do tema discutido, construídas com base no referencial teórico abordado nesta pesquisa. As entrevistas foram gravadas em equipamento do tipo mp3 player e transcritas fielmente na íntegra, sendo depois retiradas as palavras repetitivas como “né”, “então”, para não constranger o participante no momento da leitura da transcrição.

A técnica de entrevista semi-estruturada permite que se defina o assunto

concreto, deixando-se a resposta em aberto. As perguntas consistiram em questões abertas diretamente sobre a experiência de ser ou estar desnudado por outros ou diante de outros, as quais inicialmente procuraram definir a área a ser explorada e em seguida provocaram o discurso sobre o tema em estudo. Assim, o entrevistado teve a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

No entanto, antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora se apresentou formalmente e procedeu de modo a explicar o porquê do uso do gravador, onde foi apresentado o aparelho para familiarização por parte do entrevistado e foi feita uma gravação prévia para minimizar o desconforto.

Para minimizar quaisquer reservas que o sujeito tenha tido em relação às informações cedidas para a entrevista, o pesquisador explicou que os seus nomes não seriam divulgados, ao contrário, lhe foi garantido o anonimato. Neste momento, foi procedida a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) para que fosse assinado. Na finalização deste encontro, a pesquisadora agendava com o paciente o melhor momento para a realização da entrevista e em seguida comunicava ao responsável pelo setor quais os dias marcados e por quais pacientes. Vale ressaltar que alguns pacientes se disponibilizaram e solicitaram ser entrevistado naquele momento.

Para os pacientes que marcaram a entrevista para outro dia, a pesquisadora retornava e se apresentava e procedia de acordo com o roteiro semiestruturado (Apêndice A), que continha sete questões norteadoras e, sempre que o entrevistado se distanciava do assunto, a entrevistadora utilizava estratégias para retomar o foco das informações, tendo sido usada como estratégia para essa retomada a inserção de novas perguntas.

Durante as entrevistas, pelas falas dos participantes entrevistados, foi possível fazer a caracterização do grupo abordado, por meio dos dados de reconhecimento descritos, tais como:

- Sexo;
- Idade;
- Situação conjugal;

- Número de filhos;
- Escolaridade;
- Tempo de internamento
- Existência de acompanhante;
- Tipo de vínculo do acompanhante com o paciente.

As entrevistas foram gravadas mediante autorização do participante, tendo como objetivo o melhor aproveitamento dos dados. As informações produzidas foram de utilização somente para a pesquisa, sendo resguardado a identidade dos participantes. A eles foi solicitado que autorizasse o uso na pesquisa, bem como foi solicitado que doasse sua narrativa para pesquisas futuras, desde que aprovadas por Comitê de Ética.

Depois do encerramento da entrevista, o gravador era desligado e explicado ao entrevistado sobre a transcrição da entrevista na íntegra e posterior retorno para a confirmação da mesma, feito isso, foi explicado que se houvesse necessidade, o paciente poderia ser contatado novamente para complementar a entrevista já concedida, o que foi aceito pelos entrevistados. A pesquisadora depois deste momento despedia-se agradecendo e deixando o campo.

As gravações foram apagadas após a transcrição integral e o documento resultante da transcrição fiel foi depositado no banco de entrevistas do Laboratório de Documentação e Pesquisa em História da Enfermagem – LADOPHE, sob a guarda do Grupo de Pesquisa D. Isabel Macintyre – GEDIM, onde esta pesquisa está registrada.

A suspensão de inclusão de novos sujeitos aconteceu porque as informações alcançadas já estavam sendo redundantes, não sendo mais considerado relevante persistir na coleta de dados. A repetição significa que não estão sendo encontrados dados adicionais, não surge mais nada novo, ou seja, os dados fornecidos pelos últimos participantes da pesquisa pouco adicionariam ao material já adquirido, não mais promovendo acréscimo ao aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que foram coletados (PINTO, 2013).

Outro critério para encerrar a produção de informações foi a observância de estudos semelhantes que suspenderam com número de participantes em torno de

16 a 23. Com base em quatro estudos como as pesquisas realizadas por Shimo (2008), Pupullin e Sawada, 2010 e 2012; Santos et al., (2010) e na dissertação defendida por BAPTISTA<sup>2</sup>, considerou-se satisfatório o volume de informações produzidas. No entanto, para que não restasse dúvida, após a análise da transcrição da 27ª entrevista, foi confirmada a certeza da interrupção pela entrevista do 28º participante.

### **3.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES**

Para a análise e interpretação dos dados foi considerado o método da Análise de Conteúdo (AC), conforme proposta de Minayo (2014), na modalidade temática, onde os dados coletados foram transcritos fielmente em forma de relato. Segundo Minayo (2014), o objetivo da análise temática consiste em revelar os núcleos de sentido presentes na comunicação, cuja presença ou frequência tenham algum significado para o objeto de estudo. A análise temática compreende, segundo a autora, a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise é a fase inicial da análise de documentos a partir da retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa. Ela pode ser dividida em leitura flutuante, que significa tomar contato direto e intenso com o material de campo, relacionando aos pressupostos iniciais e as emergentes, para deixar a leitura mais sugestiva; constituição do Corpus, que corresponde à distribuição do material de forma que responda às normas de avaliação: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, que se refere à retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e as indagações iniciais (MINAYO, 2014).

Nesta fase pré-analítica, são determinadas: a unidade de registro que nessa pesquisa foi por frase, a unidade de contexto (a delimitação da trama de

---

<sup>2</sup>BAPTISTA, M.K.S. O Poder na Relação de Cuidado de Enfermagem: a voz do paciente. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado) da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.

compreensão da unidade de registro), os recortes, a modo de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise (MINAYO, 2014).

A segunda etapa consistiu na exploração do material, que corresponde ao momento em que os dados foram trabalhados para melhor esclarecimento do texto. A análise temática trabalha com partes do texto como, por exemplo, uma palavra, uma frase, um tema, depois define as regras de contagem e em terceiro lugar classifica e agrega os dados. Neste caso, como já dito, foi a agregação por frase.

E, por fim, a terceira etapa: o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que é o momento em que se realiza a interpretação dos mesmos, inter-relacionando com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abrindo novas pistas em torno de novas dimensões teóricas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2014). Neste caso, o quadro teórico foi desenhado com base nos conceitos da Bioética Principlialista de Tom Beauchamp e Childress.

Para esta fase os dados foram organizados em quadros sintetizadores onde os núcleos de sentido encontrados foram relacionados e as falas foram recortadas e alinhadas conforme o núcleo de sentido correspondente, onde foram exploradas até a exaustão, daí sendo extraídas categorias agregadoras pelos pacientes às experiências de serem desnudados para serem cuidados.

### **3.8 ASPECTOS ÉTICOS**

Em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos, respeitar-se-á os quatro princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O pesquisador compromete-se ainda assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante a pesquisa e assumem a responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados, apenas para estudo e publicação, resguardando a proteção das pessoas envolvidas na pesquisa.

A observância dos princípios éticos também pode ser averiguada pela precaução da instituição onde as informações foram produzidas, garantindo que sua imagem não seja exposta e que somente com sua autorização a pesquisa foi desenvolvida. Para tanto, foram encaminhadas ao HUPAA e para o HNSBC uma solicitação para que se permitisse a realização da pesquisa, as quais podem ser vistas nos Anexo B e C.

Em usufruto das autorizações das instituições participantes, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil, para análise, tendo sido aprovado conforme o Parecer Consubstanciado n.1653202 e CAAE n. 56197216.8.0000.5013, o qual pode ser visto no Anexo D.

As pesquisadoras responsáveis (Orientadora e Orientanda) assinaram a Declaração de Cumprimento das Normas da Resolução 466/12, de Publicitação dos Resultados e Sobre o Uso e Destinação do Material/Dados Coletados (Anexo E) firmando seu compromisso ético com a pesquisa. Sendo assumido, também, que os resultados finais serão publicados, sejam eles positivos ou negativos, ratifiquem ou recusem os pressupostos de estruturação do estudo.

### 3.8.1 RELAÇÃO DOS RISCOS E DIFICULDADES DA PESQUISA

As pesquisadoras reconhecem os riscos a que os participantes foram sujeitos, como cansaço, entediamento, emoção por reviver situações potencialmente desagradáveis, receio de sofrer alguma retaliação pelo que tenha dito, sentirem-se envergonhados em responder alguma pergunta formulada pela pesquisadora ou ainda se confessarem esquecidos, ficando constrangidos por não colaborar como gostariam, emocionados durante a entrevista.

É importante salientar que nas vezes em que o entrevistado se comoveu ou estava inquieto, ansioso, a pesquisadora suspendeu a entrevista, falou de coisas agradáveis, desligando o gravador e aguardou conversando sobre outras coisas o tempo que fosse necessário para recomeçar. E se caso houvesse necessidade, era verificado os sinais vitais e, se fosse preciso, a equipe de saúde para realizar os cuidados pertinentes. Relevante destacar que não foi preciso empregar nenhuma

dessas opções até o fim da produção de informações. Desta maneira, para minimizar esses fatores, são respeitados os desejos dos entrevistados acerca das melhores condições para a realização dessas entrevistas.

Quanto ao desenvolvimento da pesquisa, faz-se necessário ressaltar que uma dificuldade que poderia interferir no cumprimento das ações planejadas e no alcance das metas estabelecidas diz respeito à perda das informações coletadas. Para garantir que isso não ocorresse, as informações foram gravadas e copiadas em duas vias (CD, pendrive) e quanto ao seu armazenamento, foram devidamente guardados em local adequado e seguro no arquivo do Grupo de Estudo D. Isabel Macintyre (GEDIM), situado na Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR), na Universidade Federal de Alagoas, visando o anonimato dos participantes e o não vazamento de informações.

### 3.8.2 MEDIDAS PARA MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS

Um risco importante seria os participantes se recusarem em participar da pesquisa. Para que isto não ocorresse, os sujeitos foram primeiramente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, sobre sua participação na coleta de dados, podendo desistir a qualquer momento e sem qualquer prejuízo, sendo garantido o sigilo do anonimato, e que não receberam nem pagaram qualquer valor por participar do estudo. No entanto, a decisão de não participar foi respeitada e as pesquisadoras igualmente agradeceram aos participantes.

Para minimizar os riscos, as pesquisadoras garantiram o anonimato dos participantes, a confidencialidade das informações, a realização da entrevista em local onde somente os dois tenham acesso à conversa e a aprovação da narrativa transcrita. Todos os procedimentos relacionados à coleta e análise dos dados só foram iniciados após julgamento e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas.

### 3.8.3 ESTRATÉGIAS PARA ALCANCE DOS BENEFÍCIOS

Como estratégia para alcance dos objetivos, o pesquisador fez uma abordagem clara e dinâmica dos objetivos da pesquisa, e principalmente do instrumento utilizado para coleta de dados. Fez, também, um breve esclarecimento sobre o método utilizado no estudo assim como os passos a serem seguidos após a coleta de dados, dando confiança e respeitando o poder das pessoas sobre as informações colhidas.

Nesta perspectiva, ao dar voz a quem está silenciosamente sendo cuidado pela enfermagem, o benefício advindo da pesquisa foi de duas naturezas: a individual, pois a pessoa teve a oportunidade de expressar seus sentimentos e os significados que atribuiu às experiências vividas e com isso contribuir para o benefício coletivo que é promover reflexões sobre os princípios éticos que orientam o exercício dos profissionais da Enfermagem a partir dos resultados produzidos.

## 3.9 REFERENCIAL TEÓRICO

A ética vem cursando um extenso caminho, desde a antiguidade, distinguindo-se da moral e se segmentando. Hoje em dia, existe uma ética da humanidade que cataloga condutas pensando em suposições maiores; e outra que uniformiza ações no interior de um grupo específico. As duas linhas nem sempre caminharam atreladas, gerando sugestões conflitantes e paradoxais.

Assim, a fim de conduzir o processo de interpretação dos dados, foi adotado como referencial teórico o pensamento de Tom L. Beauchamp e Childress, em sua obra princípios de ética biomédica, utilizando-se dos conceitos da não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça, os quais são fundamentais para a compreensão de uma metodologia que analise os casos concretos e os problemas éticos que emergem da prática na assistência à saúde. A partir de então, tornar-se-ia fundamental para o progresso da Bioética e estabeleceria uma forma própria de

definir e gerenciar os valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde e seus pacientes.

Indícios mostram que o termo “bioética” foi primeiramente utilizado pelo alemão Fritz Jahr, em 1927, significando a situação crítica de obrigações éticas não apenas para com o homem, mas para com todos os seres vivos. Por características da grafia alemã, ele utilizava a palavra Bio=Ethik. No entanto, vários estudiosos da área ainda declaram o oncologista norte-americano Van Renssenlaer Potter, da Universidade de Wisconsin, como apontador pioneiro na utilização do termo “Bioética”, principalmente por resgatar a sua utilização, com uma acepção expandida, ao publicar a obra “Bioethics: bridge to the future” (Bioética: ponte para o futuro) em 1971. Nesta obra ele colocou a Bioética como uma nova abordagem para a ética, propiciando uma forte interação entre o ser humano e o meio ambiente, considerando como uma ponte entre a ciência e a humanidade (GOLDIM, 2013).

Porém, a solidificação acadêmica da bioética foi conferida com a proposta teórica de Beauchamp e Childress, em 1979, como a obra mencionada anteriormente, sendo assim o primeiro a sistematizar princípios básicos tendo em vista a orientação das decisões e soluções de conflitos no âmbito de ação da biomedicina. Nesta obra os autores estabelecem parâmetros não só para a pesquisa envolvendo seres humanos, mas também para o comportamento dos profissionais da saúde no atendimento aos pacientes.

A escolha se deu porque qualquer ensaio de entrosamento da história da bioética acontece obrigatoriamente por esta obra, que consagrou um novo paradigma de refletir as questões éticas no campo da saúde e da medicina nos Estados Unidos, o chamado “principlismo (que é um conjunto de postulados básicos que, mesmo não possuindo um caráter de princípios absolutos, serve para ordenar as discussões bioéticas).

E é marcada também pelas providências do governo norte americano diante da descoberta de escândalos envolvendo a pesquisa científica com seres humanos. Isso se deu 1974 a partir da constituição da Comissão Presidencial de Proteção dos Sujeitos Humano diante da pesquisa biomédica e comportamental e que produziu o famoso Belmont Report (Relatório Belmont), em 1978, documento importante como marco histórico e normativo para a bioética (PESSINI in BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Este relatório foi de fundamental importância para o início da ética principialista, onde a preocupação da sociedade era estabelecer um controle social das pesquisas que eram desenvolvidas em seres humanos. Isso acontece porque tiveram fatos que chocaram a população, sendo relevante mencioná-los.

O primeiro dele aconteceu em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York (NY), onde idosos que se encontravam doentes nesse hospital, não sendo comunicados, foi injetado células cancerosas vivas; o segundo caso aconteceu por volta de 1950 e 1970, no Hospital estatal de Willowbrook (NY), crianças que se encontravam com retardo mental e foi injetado vírus da hepatite; e o terceiro caso, aconteceu em 1940, mas só foi descoberto em 1972, onde 400 negros com sífilis foram deixados sem tratamento e a finalidade disto era para pesquisar a história natural da doença (PESSINI in BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Dessa forma, é importante deixar claro que o Relatório Belmont tem como objetivo fundamental detectar princípios éticos básicos que possam conduzir pesquisas envolvendo seres humanos e desenvolver procedimentos que garantam que a pesquisa seja realmente gerenciada sob apoio de tais princípios.

No entanto, é válido ressaltar que o Relatório Belmont só identifica três princípios fundamentais, são eles: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça. Porém, posteriormente Tom Beauchamp e Childress distingue entre beneficência e não maleficência. Esses princípios deram para os especialistas da ética contribuições que os acadêmicos-disciplinar não lhes proporcionaram, que era uma estrutura intensa para uma ética normativa que tinha de ser prática e produtiva.

Como diz Beauchamp e Childress (2013) em sua obra (princípios de ética biomédica), o êxito do modelo principialista deve-se a sua adoção pelos doutores. Os princípios deram a eles uma linguagem, conjuntos lógicos para percepções e anseios morais não verbalizados antes, bem como elementos para deliberar as condutas morais em determinado caso, no processo de compreensão das razões e na tomada de decisão (PESSINI in BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Na situação abordada nesta pesquisa, a enfermagem lida com dilemas éticos no cuidado assistencial, e viver e conviver na sociedade prestando esses cuidados onde o desnudamento é necessário, sendo preciso estar atento às consequências

das escolhas e ações, minimizando o desconforto no ato de desnudar o corpo do outro. Sempre refletindo, analisando, imaginando e construindo as melhores condutas. Então, é importante dizer que a ética é uma parte da Filosofia e seu estudo possibilitará reflexões e ferramentas para ampliar o pensamento dos profissionais em sua assistência e conseqüentemente sua capacidade de fazer escolhas, considerando o que é melhor para o paciente.

Estes quatro princípios, que não possuem um caráter pleno, nem têm primazia um sobre o outro, servem como regras gerais para nortear a tomada de decisão frente aos problemas éticos e para dispor os assuntos nas discussões de casos. Os princípios facilitam e ordenam a análise dos casos concretos e, a partir de então, se pode necessitar de outros valores para aprofundar a análise ética (GRACIA, 1998).

Na introdução das obras de Beauchamp e Childress (2013), eles procuram analisar sistematicamente os princípios morais que deve ser aplicada a biomedicina. Então, esta pesquisa utilizará a partir de uma situação de conflito moral, neste caso o ato de desnudar, analisando quais princípios, regras, virtudes e direitos configuram o quadro para a melhor ação no caso específico. Este projeto se propõe a deliberar cada um destes conceitos à luz da teoria principialista, cujos conceitos Beauchamp e Childress estabelecem:

### 3.9.1 O PRINCÍPIO DE RESPEITO À AUTONOMIA

A palavra autonomia, deriva do grego autos (“próprio”) e nomos (“regras”, “governo” ou “lei”), foi primeiramente empregada com referência à autogestão ou ao autogoverno das cidades-estados independentes gregas. A partir de então, o termo autonomia estendeu-se aos indivíduos e contraiu sentidos muito diferentes, tais como os de autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 137).

Beauchamp e Childress buscam contribuição em Immanuel Kant e John Stuart Mill (1909) para argumentar que o respeito a autonomia se origina da certificação de que todo ser humano tem valor soberano, e de que todos têm capacidade para determinar o próprio destino. Então, não se deve violar a autonomia de uma pessoa, pois ao fazer isso é o mesmo que tratá-la como um meio, de acordo com objetivos de outros, não levando em conta os objetivos do próprio ser humano, sendo a pessoa autônoma capaz de determinar seu próprio destino. Sendo uma das bases teóricas empregadas para o princípio da Autonomia e utilizada com Beauchamp e Childress para discutir o mesmo princípio, é importante mencionar o pensamento de John Stuart Mill (1806-1883) quando ele propõe que “*sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano*”.

Então, autonomia é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma e de ter liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para tomadas de posições. Mas, é importante que fique claro que ser autônomo não é mesma coisa que ser respeitado como uma pessoa autônoma, assim respeitar esse ser autônomo é, na forma mais simples, reconhecer o direito desse cidadão de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais, incluindo obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Um outro autor compreende a liberdade como uma condição necessária da ética, a qual ele vê como o espaço onde, por meio de práticas de liberdade, o sujeito pode constituir a si mesmo. Conforme suas próprias palavras: “A liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade” (FOUCAULT, 2012, p.267). O homem ao definir-se como ser livre assume-se como senhor de suas ações e, como tal, encarregado por aquilo que faz, no deleite pleno da sua liberdade (KARAM, 2014).

Na assistência em saúde o respeito ao princípio da Autonomia se fundamenta no acordo terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente e a concordância para a realização dos procedimentos. Dessa forma, é importante que o profissional de saúde ofereça ao paciente o mais completo esclarecimento acerca do procedimento, isso dará condição para que o paciente possa tomar sua decisão.

Outro ponto relevante, e que cabe ao profissional de saúde, é que o respeito a autonomia também significa ajudar o paciente a superar seus sentimentos de dependência, abastecendo-o para hierarquizar seus valores e preferências autênticas para que possa debater as opções diagnósticas e terapêuticas.

É possível dizer que muitas ações autônomas não poderiam ocorrer sem a colaboração de outros que tornem as alternativas compreensíveis, assim a exigência de tratar os outros como fins requer ajudar as pessoas para conseguir seus fins e encorajar suas aptidões como agentes e não que meramente possa ser evitado tratá-las inteiramente como meios para nossos fins. Segundo Beauchamp e Childress exemplos típicos incluem as seguintes regras:

- “Dizer a verdade”;
- “Respeitar a privacidade dos outros”;
- “Proteger informações confidenciais”;
- “Obter consentimento para intervenções nos pacientes”;
- “Quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes”.

Nestas regras morais, tanto o princípio de respeito à autonomia como suas especificações são o que Beauchamp e Childress chama de *prima facie*, não sendo absolutas. Outro ponto que deve ser mencionado é o que os autores chamam de variedades de *consentimento* que seria um paradigma básico da autonomia na área da saúde, na política e em outros contextos que é o consentimento informado e expresso.

O consentimento informado é uma decisão espontânea, que pode ser verbal ou escrita, onde essa pessoa deve ser autônoma e capaz de tomar essa decisão. Assim, o paciente deve estar consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências, sendo de responsabilidade do profissional de saúde indicar as alternativas, seus benefícios, seus riscos e custos, discuti-las com o paciente e ajudá-lo a sugerir aquele que lhe é mais favorável. Pois, a lei atribui como responsabilidade desses profissionais informar antes de prestar qualquer serviço de assistência à saúde, exceto em casos de emergência, incapacidade e renúncia. Assim, nessas condições não entra em conflito com o respeito a autonomia, pois o paciente não seria capaz de uma decisão autônoma no nível necessário.

Outro ponto interessante diz respeito a validade do consentimento, pois têm algumas situações que restringem a aquisição do consentimento informado, assim

uma dessas situações é a incapacidade, pois quando se fala de autonomia, é possível vincular esta palavra a habilidade de realizar uma tarefa, ou seja, ter capacidade para isto (COHEN, 2014). Embora a autonomia e a capacidade tenham significados diferentes (autonomia significa autogoverno; capacidade, habilidade de executar uma tarefa) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 154).

Assim, o enfoque segue como definição do consentimento informado tem sido a que detalha os elementos de compreensão, em particular dividindo-os em componente de informação e componente de consentimento. O componente de informação refere-se à manifestação da informação e à compreensão daquilo que é descoberto. O componente de consentimento refere-se a um parecer e uma concordância voluntária do indivíduo para se sujeitar a um procedimento proposto (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Beauchamp e Childress continuam dizendo que:

Do ponto de vista moral, o consentimento informado está mais ligado às escolhas autônomas dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa do que às responsabilidades dos profissionais como agentes da revelação. Tanto os profissionais da área da saúde como os pacientes precisam formular e responder perguntas, e esse processo é menos uma questão de revelar informações do que de descobrir as informações relevantes e decidir como ordená-las e usá-las. Se a informação não for transmitida de uma maneira adequada, muitos pacientes e sujeitos de pesquisa terão, com referência ao modelo, uma base insatisfatória para tomar suas decisões. A perspectiva, as opiniões e as recomendações do profissional são, com frequência, essenciais para uma decisão sensata (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 167).

Ainda sobre este princípio é importante que se compreenda que uma pessoa autônoma é um indivíduo preparado para resolver sobre seus objetivos pessoais e de operar na orientação deste resultado. Assim, o respeito a autonomia é possível quando se apreciar a importância sobre as ideias e preferências, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas. Já evidenciar falta de respeito para com a pessoa autônoma é desprezar suas apreciações, rejeitando ao indivíduo a liberdade de operar com base em seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões persuasivas para fazer isto.

### 3.9.2 O PRINCÍPIO DA NÃO MALEFICÊNCIA

O princípio da não maleficência estabelece a obrigação de não atribuir dano propositadamente. Na ética médica, ele esteve intimamente associado com a máxima *Primum non nocere*: Acima de tudo (ou antes de tudo), não ocasionar dano. Então, é preciso fazer com que o paciente sempre se sinta seguro, evitando qualquer situação ou procedimento que possa acarretar risco individual ou coletivo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

A orientação de não ocasionar o mal ou danos a outros já era um fundamento ético-moral presente no espírito da sociedade da Grécia antiga, que posteriormente influenciou todo o pensamento ocidental (PENNA, DUARTE, COHEN, OLIVEIRA, 2012). É importante que o profissional ao determinar um tratamento a uma pessoa, é preciso que ele reconheça sua dignidade e respeite sua totalidade (física, psicológica, social, espiritual), visando oferecer o melhor tratamento, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere a importância das necessidades físicas, psicológicas ou sociais da pessoa. Um profissional deve, acima de tudo, desejar o melhor para o paciente, buscando restabelecer a saúde e prevenir agravos e nunca lhe causar o mal.

Beauchamp e Childress (2013) diz para os profissionais da saúde que o princípio da não maleficência não exige que se inicie e se continue um tratamento sem levar em consideração a dor, a sofrimento e o desconforto do paciente, pois sendo o paciente autônomo, ele deveria ter mais espaço para escolher nas ponderações dos benefícios e das desvantagens e na aceitação ou na recusa de um tratamento. Porém, é preciso lembrar que o respeito à autonomia do paciente não é um trunfo que permite que ele determine sozinho se um tratamento é necessário ou insignificante. Pois, a vulnerabilidade do paciente incapaz às vezes requer ações baseadas nos princípios da não maleficência e da beneficência.

Em caso de conflito, a não maleficência normalmente é prioritária, mas os pesos desses princípios morais – como de todos os princípios morais – varia em cada situação, e, portanto, não pode haver uma regra a priori que determine que evitar danos é preferível a proporcionar benefícios. As obrigações de não prejudicar os outros (por exemplo, aquelas que proíbem roubar, mutilar e matar) são

claramente distintas das obrigações de ajudar os outros (por exemplo, proporcionando benefícios, protegendo interesses e promovendo o bem-estar). Assim, as obrigações de não prejudicar os outros são às vezes mais vigorosas que as obrigações de ajudá-los (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 210).

Assim, é importante que se reconheça a relevância do princípio da Não Maleficência porque o ímpeto de ocasionar danos é, muitas vezes, uno de uma atitude ou procedimento que está indicado para o desenvolvimento de determinada assistência. Nas profissões da área da saúde isso é uma realidade comum, pois quase toda intervenção terapêutica envolve um risco de dano. É possível citar um exemplo simples na assistência do profissional de enfermagem, por exemplo, ao colocar o paciente em venóclise (Procedimento utilizado em enfermagem para infundir grande volume de líquidos dentro das veias, com o objetivo de administrar medicamentos, manter e repor reservas orgânicas de água, eletrólitos e nutrientes, restaurar equilíbrio ácido-básico, restabelecer o volume sanguíneo) neste procedimento existe o risco de causar hemorragia no local puncionado.

Ao avaliar o exemplo anterior é possível observar que o possível dano causado pelo procedimento pode ser justificado se o benefício previsto for maior que o risco de hemorragia. As implicações do dano são pequenas e certamente não há risco de vida. Porém, se o paciente tiver problemas de hemostasia, este risco ficará aumentado. Quanto maior o risco de causar dano, maior e mais justificado deve ser o objetivo do procedimento para que este possa ser considerado um ato eticamente correto.

Beauchamp e Childress (2013) afirmam que o mais importante do que esses problemas conceituais é a questão de se tais distinções fornecem uma boa orientação moral para as decisões por tratamento ou pelo não tratamento. Todos os tratamentos que se inserem nessas classificações são às vezes benéficos e às vezes ruins para os pacientes; a principal consideração é se o tratamento é benéfico ou ruim para uma situação, e não a sua forma. Essas distinções parecem, portanto, irrelevantes, exceto na medida em que indicam critérios de qualidade de vida, onde deve haver um balanço das vantagens e desvantagens para a vida da pessoa tratada. Então, a garantia desse princípio assegura à manutenção da vida, o respeito as condições físicas, psíquicas, emocionais, sociais e espirituais, de forma que contemple um cuidado em saúde com responsabilidade e minimização máxima de

riscos.

### 3.9.3 PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA

A palavra “beneficência” significa atos de compaixão, bondade e caridade. No sentido mais amplo seria todas as formas de ação que tenham o propósito de beneficiar outras pessoas, que dizer fazer o bem. Então, o princípio da beneficência, de uma maneira prática, refere-se à obrigação moral de agir para o benefício do outro. É relevante ressaltar que muitas práticas de beneficência não são exigidas, mas o princípio da beneficência afirma a obrigação que os profissionais têm de ajudar outros indivíduos, requerendo assim seus interesses verdadeiros e respeitáveis (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Embora muitos profissionais estejam ressignificando esses comportamentos, alguns estudos mostram que este profissional promove uma restrição -mesmo que nem sempre seja consciente – que pode resultar num paternalismo propriamente dito, onde a autonomia do paciente é afetada pela conduta pessoal do profissional enfermeiro e do poder advindo de sua profissão (DELMAR, 2012).

Beauchamp e Childress ainda fala sobre a diferença entre beneficência e benevolência, descrevendo que a beneficência se refere a um ato realizado em benefício do outro, já a benevolência seria as virtudes ligada a condição de ajudar as outras pessoas. Trazendo isso para a realidade profissional da saúde, significa dizer que todos têm a obrigação moral de agir para o benefício do outro, fazendo sempre o que é melhor para o paciente. Para isso é preciso usar todo conhecimento e habilidade profissional em pôr do paciente, minimizando, assim, os riscos.

Ainda segundo o autor o princípio de beneficência fundamenta uma série de regras morais mais específicas, a exemplos dessas regras temos:

- Proteger e defender os direitos dos outros;
- Evitar que outros sofram danos;
- Eliminar as condições que causarão danos a outros;
- Ajudar pessoas inaptas;

- Socorrer pessoas que estão em perigo.

O princípio da Beneficência exige que o profissional colabore para o bem-estar dos pacientes, promovendo ações que previnam o mal ou danos no caso de capacidade e de incapacidade do paciente, fazendo sempre o bem, tanto relacionado a aspectos da saúde física, emocional e mental. A Beneficência promove sempre ações positivas, onde o profissional atua beneficiando o paciente e nunca causando danos intencionais. É preciso também avaliar a utilidade do ato, ou seja, quais os benefícios, quais os riscos e os respectivos custos.

Somos moralmente proibidos de causar dano a quem quer que seja (uma obrigação perfeita). Por outro lado, podemos ajudar ou beneficiar aqueles com quem temos um relacionamento especial, mas não se exige de nós que, similarmente, ajudemos ou beneficiemos aqueles com quem não temos um relacionamento especial. A moralidade, portanto, permite que manifestemos nossa beneficência com parcialidade em favor daqueles com quem temos um relacionamento especial (uma obrigação imperfeita). Essas distinções não são arbitrárias. É possível agir de modo não maleficente para todas as pessoas, mas não seria possível agir de modo beneficente para todos. Não podemos ter a obrigação de fazer o impossível, pois é moralmente incoerente exigir o que não pode ser feito. Deixar de agir de modo não maleficente para com alguém é (*prima facie*) imoral, mas deixar de agir de modo beneficente para com alguém com frequência não é imoral. Algumas regras de beneficência, tais como a que exige que se preste socorro a um estranho quando essa ação envolve um risco mínimo, devem ser seguidas de modo imparcial, e algumas punições legais por omissão de socorro a pessoas estranhas podem ser justificáveis. Porém, com raras exceções, as obrigações da não maleficência devem ser cumpridas de modo imparcial, enquanto não há essa mesma exigência quando se trata das obrigações da beneficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 284-285).

Contudo, fica claro que apesar da importância desse princípio não é exigido que a sociedade ou o indivíduo façam tudo que for possível, independente de riscos e custos, se fosse assim essa sentença seria auto anuladora. Apesar de se saber que a vida possui um valor infinito, isso não sugere que ela tenha de ser conservada independente de outros valores.

#### 3.9.4 O PRINCÍPIO DE JUSTIÇA

O princípio de justiça é explanado como um tratamento justo, adequado e equitativo, levando em consideração o que, de fato, as pessoas têm direito, tratando as pessoas em razão de alguma coisa que é merecida ou devida a elas. Então, é possível dizer que um ato de injustiça ocorre quando há um erro ou uma omissão, que nega a pessoa um benefício ao qual ela tem direito, ou ainda, quando deixam de distribuir as obrigações de modo equitativo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Assim, é possível notar que o princípio de justiça está relacionado as analogias entre grupos sociais, preocupando-se com a igualdade na repartição de bens, tentando equiparar as conveniências de acesso a estes bens de serviço.

Dessa forma, foram propostas algumas teorias sistemáticas para determinar os critérios de merecimento, incluindo os bens e serviços da área de saúde, tornando relevante e justo este tratamento. Assim, segundo Beauchamp e Childress (2013) é possível citar como exemplos destes princípios materiais de justiça os critérios abaixo:

- Para cada um, uma igual porção
- Para cada um, de acordo com sua necessidade.
- Para cada um, de acordo com seu esforço.
- Para cada um, de acordo com sua contribuição.
- Para cada um, de acordo com seu mérito.
- Para cada um, de acordo com as regras de livre mercado.

É aceitável afirmar que as leis, as regras e algumas decisões podem ser injustas ao fazerem distinções entre classes de pessoas que são diferentes em aspectos relevantes, assim este princípio se refere à igualdade de tratamento, também, é possível acrescentar o conceito de equidade que representa dar a cada um o que lhe é devido segundo suas necessidades, respeitando o direito de cada um (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

A procura por uma melhor assistência do cuidado em saúde, algo nítido nos dias de hoje, porém as dificuldades de acesso a essa assistência e seus serviços, na maioria das vezes, isso acontece devido ao alto custo. Com isso, é observado que as questões relativas à justiça social estão cada dia mais presentes nos serviços, necessitando ser consideradas quando se analisam os conflitos éticos que emergem

da necessidade de uma distribuição justa de assistência à saúde das populações. Pois todo indivíduo tem direito ao acesso igual à assistência médica e ao nível mínimo digno dessa assistência.

Assim, foram sugeridas algumas teorias com o intuito de sistematizar e determinar como os encargos, bens e serviços sociais deveriam ser distribuídos, entre elas é possível citar as teorias utilitaristas, as liberais, as comunitaristas e as igualitárias. Essas teorias têm o papel de ajudar a decidir qual seria a distribuição mais justa de bens e recursos. Dessa forma, o reconhecimento de qualquer uma dessas teorias vai proceder da força de argumentação moral que geralmente justificar que um ou outro critério citado anteriormente deve ter prioridade sobre o outro. Todavia, é importante que fique claro que essas teorias buscam estabelecer um equilíbrio entre intenções sociais adversárias ou eliminar alguns propósitos sociais, mantendo outros (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Portanto, o princípio de justiça deve corroborar no mínimo singular de cuidados com a saúde assegurado as pessoas por meio de seus direitos, incluindo equidade na distribuição de bens, igualdade de direitos, liberdade de expressão, respeito às diferenças individuais, e igualdade de interesses envolvidos nas relações dos profissionais, dos usuários e do sistema de saúde.

Contudo, é válido assegurar o respeito aos princípios éticos que norteiam o trabalho do pesquisador, notando-se a importância de enfatizar os princípios éticos, pois é preocupante as dimensões que o progresso da ciência vem tomando, sendo preciso que aja segmentos que auxiliem as pessoas a refletirem sobre as consequências de seus atos no cuidado desenvolvido ao paciente. E nesta obra os Princípios de ética biomédica é notório que ela tem como tarefa regulamentar o novo agir “coletivo-cumulativo-tecnológico”, sendo preciso saber acerca dos fundamentos de princípios que se apresentam como critérios morais que devem orientar esse agir, minimizando o desconforto no que alguns procedimentos causam nos pacientes e no caso desta pesquisa, o desnudamento.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

As entrevistas realizadas foram transcritas e seu uso foi autorizado, os documentos resultantes passaram por um processo de leitura exaustiva. A análise foi dividida em três fases e essa divisão foi respeitada. Na primeira fase os sujeitos participantes são caracterizados de acordo com suas falas no momento da entrevista.

Assim, para chegar aos 28 participantes, foram abordados trinta e três pacientes internados nos setores escolhidos das instituições pesquisadas que se adequaram os critérios de inclusão, em que dezoito participantes estavam internados no HNSBC e quinze no HUPAA. Os participantes escolhidos foram incluídos porque estavam classificados como dependentes de cuidados onde o desnudamento foi necessário.

Dos dezoito participantes internados no HNSBC três eram da clínica médica, nove da clínica cirúrgica, dois da UTI e um do centro obstétrico. Desses nove da clínica cirúrgica, seis participantes foram assistidos pelo SUS e três particulares (internados em apartamentos). E ainda três dos participantes não se dispuseram colaborar com a pesquisa. Já no HUPAA quatro pertenciam a clínica médica, sete eram da clínica cirúrgica, um da UTI, um do centro obstétrico e dois participantes não quiseram contribuir com a pesquisa, logo no HUPAA todos assistidos pelo SUS, visto que é um hospital público da esfera federal. Assim, foi possível totalizar os trinta e três pacientes abordados pela pesquisadora.

Um dado relevante é que com a leitura das entrevistas dos participantes assistidos nas clínicas cirúrgicas de ambos os hospitais, total de dezesseis, foi possível levantar uma informação importante acerca do paciente, que doze fizeram uso de sonda vesical de demora. Mas, o que chamou atenção da pesquisadora é que, desses doze dez não foram informados que tal procedimento seria desenvolvido, o que aumentou o choque desses participantes diante do fato. Pois, apesar de saberem que seu corpo havia sido exposto, e que alguém teria tocado em sua parte mais íntima, mas que tudo isso aconteceu sem o mínimo de diálogo entre o cuidador e o ser cuidado. Esse procedimento foi realizado dentro do centro

cirúrgico quando o paciente já estava anestesiado.

Assim, não se pode falar de cuidado de enfermagem sem aludir a importância do processo comunicativo entre as partes. Dessa forma, omitir fatos não ajuda no problema do paciente a ser resolvido, muito pelo contrário, aumenta as relações conflituosas. A comunicação entre profissional de enfermagem e pacientes pode evitar conflitos, mal-entendidos ou dúvidas principalmente devido aos procedimentos realizados (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Foi observado, ainda, que alguns profissionais não desenvolvem o processo de comunicação porque vão perdendo o interesse, e apenas fazem por fazer, o que não é justificável. Pois, o paciente não está hospitalizado porque gostaria de estar, mas para receber um tratamento que acredita ser sua cura. Portanto, o ato de informar é extremamente importante, pois o mal entendimento acerca do que está acontecendo no tratamento ou/e cuidado ao paciente tem resultado em conflitos e dilemas éticos.

Sabe-se que o fundamento da Enfermagem é o cuidar, logo faz-se imperativo que o cuidado seja enérgico e concebido de forma humanizada. A aparência humana do cuidar, sem dúvida, é um dos mais complexos de ser executado. As normas e rotinas diárias que envolvem os ambientes hospitalares fazem com que, muitas vezes, os membros da equipe de enfermagem descuidem do tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente (POTT; STAHLHOEFER; FELIX; MEIER, 2013).

Porém, é importante que fique claro que o cuidar não se limita à cumprimento de prestações técnicas, mas circunda o paciente como um todo. É trazer sua história, suas expectativas, seus anseios, é ouvir, acalmar, acolher, e valorizá-lo em todas as suas dimensões (CAMPOS et al., 2012; MENDES; SPÍNDOLA; MOTA, 2012).

Outro dado significativo está relacionado a caracterização dos sujeitos com relação ao sexo, pois do total dos vinte e oito entrevistados treze eram do sexo masculino e quinze do sexo feminino. Observou-se com esses dados que o sexo não foi um fator que influenciou no grau de constrangimento dos participantes, ou seja, não foi o fato de ser do sexo masculino ou feminino que ditou o comprometimento emocional de cada participante diante dos procedimentos onde o nu era indispensável, mas a forma como esses pacientes foram abordados.

A idade dos participantes estava entre dezenove a setenta e oito anos, sendo

que dezoito deles estavam entre quarenta e três e setenta e oito anos. Em sua maioria casados e com filhos, escolaridade entre o ensino fundamental incompleto e graduação de nível superior completa, à exceção de sete participantes não alfabetizado, um com pós-graduação e um com pós-graduação em andamento.

Reconhecendo-se a influência dos fatores ligados ao gênero como categoria de análise sociológica, presumia-se que o sexo do entrevistado poderia interferir em maior ou menor constrangimento no momento da nudez, porém, os relatos não traduziram esta conotação. Ambos os sexos mostraram se sentirem incomodados a depender da presença ou ausência do(a) companheiro(a) e da forma como foram abordados, remetendo diretamente à observância dos princípios éticos por parte dos profissionais.

A totalidade dos participantes apresentaram tempo de internamento variado entre 2 e 91 dias, sendo a duração média de internamento de aproximadamente 25 dias, considerando os quatro setores. Outro ponto observado é que todos possuíam acompanhantes. Após conversa com os participantes foi possível ressaltar que todos eles afirmaram ter sido desnudados pela equipe de enfermagem para lhe prestar cuidados de Enfermagem, garantindo competência, fidedignidade e propriedade às suas narrativas.

É importante ressaltar, ainda, o que foi colocado de forma contundente por cada participante sobre alguns motivos que os fizeram buscar o hospital, considerando-se não conveniente a inclusão deste conteúdo nas categorias. A necessidade de delinear as relações entre esses motivos de internação e o tema do estudo diz respeito à propriedade do desnudamento para garantir o cuidado, em detrimento ou apesar do consentimento do paciente para tanto.

O Quadro 1 mostra os motivos que levaram os participantes a procurarem o hospital, de acordo com a fala de cada um durante a entrevista:

Quadro 1 – Motivos de Internações mencionado pelos pacientes durante a entrevista. Maceió/Arapiraca, Alagoas, Brasil, 2017.

PARTICIPANTES	MOTIVO DA INTERNAÇÃO
<b>Part. 01</b>	Eu precisei muito ser hospitalizada para fazer operação.
<b>Part. 02</b>	O motivo foi que eu não conseguia urinar e nem respirar.
<b>Part. 03</b>	Adoecei domingo, eu tive um problema, assim: eu senti um mal-estar no domingo à

	noite, eu vim para o hospital.
<b>Part. 04</b>	Tive uma crise de hemorroida, de dor e o médico indicou cirurgia.
<b>Part. 05</b>	Minha próstata estava grande, ... aí disseram: “não, tem que fazer cirurgia”.
<b>Part. 06</b>	Vim para cá, para ter meu bebê aqui, minha filha, e depois eu tive que voltar por um problema de infecção.
<b>Part. 07</b>	Tinha pedra na vesícula e ele diagnosticou e pediu para fazer uma cirurgia de imediato.
<b>Part. 08</b>	Minha perna começou a inchar [...] passou para coxa, depois da coxa passou para o joelho, do joelho aí ficou inchado, aí começou uma lesão aqui, tinha um caroço aqui na barriga aí sumiu, aí ficou só aqui, aí encheu de tumor.
<b>Part. 09</b>	A internação foi por ter desenvolvido um quadro hansênico.
<b>Part. 10</b>	Sinto dores nos “quartos” (na bacia pélvica).
<b>Part. 11</b>	Eu precisava fazer uma cirurgia grande.
<b>Part. 12</b>	O meu problema é dessas doenças que andam hoje, onde primeiramente o pai (câncer).
<b>Part. 13</b>	Eu me senti mal, com um cansaço ... uma dorzinha no peito.
<b>Part. 14</b>	Problema com o meu útero.
<b>Part. 15</b>	Uma dor que deu no pé da barriga.
<b>Part. 16</b>	Um cisto na vagina.
<b>Part. 17</b>	Uma dor muito forte aqui do lado [...]. Foi confirmado apendicite.
<b>Part. 18</b>	Fui ter o bebê e acabei tendo uma infecção.
<b>Part. 19</b>	Eu cansei muito. E com problema de schistosoma.
<b>Part. 20</b>	Operação de vesícula.
<b>Part. 21</b>	Cirurgia de grande laceralidade.
<b>Part. 22</b>	Foi uma crise de vesícula que eu tive, aí estava inflamada e foi preciso retirar.
<b>Part. 23</b>	Eu vi somente fazer uma consulta. E fiquei internada. Não sei dizer. Só sei que já tiraram líquido da minha coluna e ainda não saiu o resultado.
<b>Part. 24</b>	Uma fístula.
<b>Part. 25</b>	Porque a minha cirurgia era uma coisa muito difícil, útero estragado, bexiga baixa.
<b>Part. 26</b>	Foi uma dor que deu, aí quando o médico examinou e olhou era um caroço no fígado, aí eu vim e fiz a primeira cirurgia aí não me recuperei bem, aí fiz a segunda e agora estou muito bem.
<b>Part. 27</b>	Vim para ganhar meu bebê de parto normal.
<b>Part. 28</b>	Eu vim no dia que tinha certeza que já era o dia certo, né? Aí eu já estava sentindo dor, já estava sentindo contrações.

Fonte: SILVA, 2017

É sabido que o acesso à rede de serviços tem como porta de entrada a Atenção Básica, que deve ser capaz de receber, acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde da população. Porém, o que não for possível ser resolvido nesse nível precisa ser referenciado para serviços de maior complexidade. Dessa forma, a coerência entre os diversos níveis de atenção faz-se imperiosa para garantir a otimização dos recursos e o acolhimento integral e resolutivo à saúde dos usuários (GARCIA; REIS, 2014).

É observado que entre os serviços de saúde existem os hospitais, cujo função na sociedade vem ampliando-se, visto que são organizações complexas, que difundem novas e sofisticadas tecnologias, com escopo de responder às mudanças que elas vivenciam. Para desenvolver suas prestezas, utilizam uma extensa divisão de trabalho entre seus profissionais, aliada ainda à elaboração de um sistema complexo de coordenação de tarefas e funções (GOULART; COELHO; CHAVES, 2013). Assim, no SIA/SUS e no SIH/SUS (DATASUS), os serviços hospitalares de alta complexidade compreendem os seguintes grupos de procedimentos: com finalidade diagnóstica, clínicos, cirúrgicos e transplantes de órgãos, tecidos e células.

Dessa forma, no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS), tem confirmado que ainda é decisivo a contribuição dos hospitais para a realização da integralidade do cuidado, mesmo com as melhorias e o progressivo desenvolvimento da Atenção Básica nas últimas décadas. A assistência prestada nos hospitais, destaca-se como espaço particularmente importante e complexo, motivo pelo qual o Ministério da Saúde (MS) tem definido, de modo crescente, políticas específicas para a área. Os pacientes geralmente procuram os hospitais por acreditarem que neles encontrarão a resolutividade de seus problemas (MENDES, 2014).

Assim, quando o indivíduo é hospitalizado muitos são os motivos dessa hospitalização e isso pode gerar sentimentos de ansiedade, insatisfação e de incapacidade, pois junto a hospitalização está o fato de passar a participar de um grupo social específico e de ter que permanecer em um ambiente com normas e rotinas às quais não estão habituados, isso tudo pode gerar fragilidade nesse ser humano. Outro ponto importante é a expectativa que o indivíduo tem em relação ao tratamento e à qualidade do cuidado que vai ser prestado, também são fatores que podem repercutir negativamente, como se pode ver:

Os discursos dos pacientes que participaram da pesquisa revelam que, ao se verem internados, eles descobrem que não podem exercer a liberdade de agirem segundo seus hábitos nem satisfazer suas necessidades da forma como faziam em seus lares. Durante o período que ali permaneceram, os cuidados aconteceram na hora e do jeito como as normas do hospital estabeleciam: alimentavam-se e higienizavam-se ou eram higienizados na hora definida pela rotina hospitalar e os curativos e medicamentos prescritos no seu tratamento eram realizados à revelia do sono, da dor ou do desconforto que pudessem provocar (BAPTISTA, 2016, p. 52).

O contexto das organizações, indicando o quanto, de acordo com a história, uma prisão se parece tanto com um hospital, que por sua vez, mantém grande proximidade com um quartel. Então, Foucault coloca a seguinte questão: “devemos ainda nos admirar que a prisão se pareça com as fábricas, com as escolas, com os quartéis, com os hospitais, e todos se pareçam com as prisões?” (FOUCAULT, 2013a, p.214).

No entanto, os hospitais são peças fundamentais da atenção à saúde e devem estar organizados e estruturados e funcionando para dar retornos às necessidades de saúde da população. Assim, a assistência às urgências e emergências clínicas e/ou traumáticas hospitalares acontece predominantemente em serviços que trabalham somente para esse fim, e deve funcionar durante 24 horas por dia. No entanto é válido ressaltar que esses serviços, muitas vezes, funcionam como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo em situações de urgência indivíduos.

O hospital é uma das estruturas de serviços de saúde onde seu funcionamento é bastante singular, isso acontece devido a concentração de grande quantidade e diversidade de profissional e de pacientes, bem como diversos insumos e equipamentos médico-hospitalares; destaca-se pelas intervenções de alta complexidade que concretiza na vida das pessoas, na maioria das vezes quando a estas pessoas se descobre bastante debilitada (LITTIKE; SODRÉ, 2015). Isso pode ser evidenciado nos relatos dos pacientes que participam deste estudo nas seguintes falas:

Eu precisei muito ser hospitalizada para fazer operação, eu fiz duas operações (Part. 01).

Eu sofri uma reação hansênica, né? Isso foi... Está com trinta e um dia que estou hospitalizado, e tem seis meses sem andar, eu andava normal. A internação foi por ter desenvolvido um quadro hansênico. Quando cheguei aqui estava num estágio bem agravado, porque como eu tenho que me locomover eu ficava machucando, né? Ai cada machucada que dava só piorava o meu quadro, né? Aí eu entrei em desespero lá em baixo quando eu ia me internar eu não consegui ficar muito tempo sentado na cadeira de rodas, aí começou a fisgar, aí comecei a entrar em desespero aí me botaram aqui as pressas, aí fiquei nisso (Part. 09).

Porque eu comecei..., sem poder defecar, eu fiz aí uns quatro exames particular, aí os médicos me responderam que eu não tinha condições de ficar boa porque era caso de cirurgia. O meu problema é dessas doenças que andam hoje, onde primeiramente o pai e os médicos entendidos que botam a mão e sabem o que estão fazendo (Part. 12).

Há uma semana eu estava uma dor muito forte aqui do lado, tomei dipirona para ver se passava. E não passou, quando for sexta feira a noite, tomei uma dose de dipirona e uma xícara de chá, e fui dormir. Quando foi de madrugada eu já não me levantei mais, uma dor muito forte, e a perna direita já sem força. Foi confirmado apendicite (Part. 17).

Porque a minha cirurgia era uma coisa muito difícil, útero estragado, bexiga baixa e as pessoas que se operaram desse meu problema aqui me deram animo e coragem, que é o hospital melhor que existe, que os médicos são médicos de verdade (Part. 25).

Todavia, no hospital a maioria dos internados são pessoas doentes, onde muitas dependem de cuidados para a própria permanência da vida ou para aprazar a sobrevivida. Trata-se de cuidados cujos corpos transportam anseios e empenhos singulares, como por exemplo: um banho; uma informação; um medicamento; uma assistência mais humanizada. Em atributo ao alto nível de eventualidade e obscuridade a vida humana, torna-se essencial que nos serviços de saúde haja tempo e espaço para diálogo e negociação coletiva do trabalho e do cuidado que responde pela vida humana (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

Dessa forma, o serviço hospitalar de urgência e emergência, designar-se as pessoas cujas condições de saúde demandam assistência imediata, adequada e com nível de qualidade elevado. Em consonância com essa concepção ao se ver com sintomas de adoecimento o paciente procura a hospitalização na certeza da resolução de seus problemas, compreendendo que a melhor maneira para isso é o internamento, a seguinte fala exemplifica esta análise:

Porque eu adoeci domingo, eu tive um problema, assim: eu senti um mal-estar no domingo à noite, eu vim para o hospital. Não tinha uma vaga, aí fiquei aguardando um pouco no corredor, daí a pouco eu estava com muita dor, dores abdominais aí elas me falaram: olha, você fique aqui que eu vou ver se tem uma vaga ali na enfermaria e te coloco lá ... gente eu estou precisando daqui porque eu estou necessitado, porque se a gente não tem necessidade a gente não vem pra um lugar desse (Part. 03).

No entanto, com a fala do participante é possível evidenciar que o cenário dos hospitais de emergências confirma a superlotação como uma realidade comum nesses serviços que trabalham com “porta aberta”, atendendo à demanda espontânea e/ou referenciada como foi o caso dos cenários desta pesquisa. Contudo, este fenômeno pode apontar para uma desproporção entre a demanda dos pacientes que chegam aos serviços e a capacidade de oferta de atendimentos.

Com isso, algo pode ser levantado para discussão é que com a superlotação é possível apontar a demora no diagnóstico e no tratamento dos pacientes, deixando-os mais ansiosos e tenebrosos. Outro ponto importante colocado é que a indisponibilidade de leitos para internação nos hospitais faz com que os pacientes ocupem um espaço nos corredores até que sejam disponibilizados leitos na internação, levando a pensar que os serviços oferecidos à população ainda não são suficientes. Junto a todos esses fatores o paciente, ainda, tem que conviver com as normas e rotinas do hospital e muitas vezes passar por procedimentos, que exigem o desnudamento do corpo, sem o mínimo de esclarecimento.

Muitas vezes, o grande problema é que essas normas e rotinas são colocadas de forma rígidas e inflexíveis, gerando ao paciente desânimo, solidão, ausência de privacidade, perda da autonomia, dentre outros, e o pior ocorre o rompimento do seu modo de viver, incluindo suas relações pessoais e seus papéis na sociedade. É importante mencionar que talvez a identidade e autonomia seja afetada, em virtude de os profissionais acharem que o paciente é incapaz de propor, definir e expressar-se. E o pior de tudo é que o princípio da autonomia não é desempenhado pelo paciente nem mesmo nas circunstâncias, como na higiene pessoal, tomada de decisões que estejam relacionadas com o seu tratamento.

Assim, considerando as informações aqui apresentadas e levando em consideração a escassez de recursos, outro ponto importante nesta discussão é que os profissionais de saúde tenham empatia no momento de prestar sua assistência, porque escutar e analisar a conduta dos pacientes no ambiente hospitalar é essencial para a concepção e melhoria da organização do serviço, pois a opinião destes pode mostrar aparências em que as suas perspectivas não foram inteiramente atendidas e assim, auxiliar na indicação de estratégias de melhoria da qualidade do atendimento para maior satisfação do paciente (SELEGHIM et al., 2016).

Na segunda fase foi realizado as extrações dos núcleos de sentido encontrados durante a leitura e análise exaustiva das entrevistas transcritas, e para isso foi usado o referencial teórico de Tom Beauchamp e James F. Childress, fazendo uso dos princípios da Bioética na relação do cuidado de enfermagem onde é necessário desnudar o paciente.

Acompanhando este entendimento e continuando a análise criteriosa de cada depoimento, sempre levando em consideração o referencial teórico adotado, foi possível identificar três categorias a partir dos núcleos de sentido, a saber:

1. Postura ética como preditora da experiência do desnudamento, composta por duas subcategorias:
  - I – A enfermagem sabe, faz, e diz o que fazer;
  - II – O ambiente local torna ou não o desnudamento ético;
2. A observância dos princípios bioéticos no ato de cuidar influencia a resposta do paciente ao desnudamento, com uma subcategoria:
  - I – Informar, iludir ou consentir esclarecidamente revela o ato bioético de desnudar;
3. A interação bioética leva o paciente a ressignificar o seu desnudamento pelo profissional de enfermagem.

O conjunto das categorias remete ao entendimento de que a observância dos princípios bioéticos faz parte da atitude dos profissionais no ato de cuidar e que interferem diretamente na forma como os pacientes reagem ao toque, ao desenvolvimento da técnica e principalmente à forma como são desnudados ou ao comando para desnudarem-se. Nesta perspectiva apresenta-se a primeira categoria:

#### **4.1 POSTURA ÉTICA COMO PREDITORA DA EXPERIÊNCIA DO DESNUDAMENTO**

A interpretação dos relatos dos participantes fez entender que a postura dos profissionais ao desnudar ou solicitar que a pessoa se desnude determina se aquele

momento de cuidado será ou não uma experiência positiva:

O que eu gostaria de deixar bem claro é que os profissionais tivessem mais a decência de saber o lado do paciente, e como ele gostaria de ficar, o que poderia fazer, para não deixar constrangido (Part. 14).

Então, é bom fazer com todo amor e com todo o carinho. E assim, você, para essa pessoa, é uma mão a qual ela pode realmente se agarrar. No meu caso foram ótimos porque elas sempre muito atenciosas, vinham para cá, davam aquela força, aquelas palavras que a gente sempre precisa ouvir de otimismo, de motivação mesmo, que é muito importante (Part. 06).

O enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar, exerce um papel fundamental na abordagem ao paciente no momento de prestar cuidados que exigem o desnudamento do corpo. Com isso, faz-se necessário nessas ocasiões minimizar a angústia desses pacientes e lhe favorecer melhor qualidade de vida. Pois, tem-se observado que uma abordagem embasada nos respaldos dos princípios bioéticos valorizam os cuidados prestados pela enfermagem e proporcionam maior autonomia ao paciente, respeitando assim sua dignidade humana. Tais princípios dão aos enfermeiros alicerce para enfrentar novos desafios da Ciência e suas repercussões (LIMA et al., 2014).

Dessa forma, nesta categoria, foram reunidas as falas que traduzem alguns dos problemas diários vividos na conjuntura hospitalar e o quanto é necessário que se faça uma reflexão alicerçada nos princípios bioéticos, visto como, norteadores das ações dos profissionais de saúde. Sendo assim, a influência ética na postura profissional diante das adversidades é um importante preditor nos cuidados de enfermagem onde a nudez é indispensável e o cumprimento de tais princípios ajudam a conduzir o processo de decisão e na construção de um alicerce do cuidado almejado pelos pacientes. As falas dos participantes mostram esta realidade:

Chegavam, olhavam, não falavam nada, nem cumprimentava, levantava lá o lençol para ver a sonda, olhava e saía, não comentava nada. Para retirar a sonda a pessoa chegou e falou que precisava tirar só, que ia ser retirado, que já estava tudo bem, pronto, tirou e foi embora (Part. 07).

Não, ele não me falou nada. Só fez dizer que ia puncionar minha veia, (...). Aí pronto, quando eu acordei já foi ele dizendo que a cirurgia teria terminado (...). Aí pronto, foi quando eu vim para cá e

vim ver que eu estava com a sonda aqui, na clínica cirúrgica. Eu até perguntei, ô minha filha eu estou com uma sonda para se eu precisar fazer xixi, para eu não fazer na cama? Ela disse: está Mainha, está (Part. 17).

Sabe-se que o ato de desnudar para cuidar não é uma tarefa simples, que exige, somente habilidade técnica e conhecimento teórico, disponibilizados pela formação acadêmica, mas, sobretudo, recursos humanos, inerentes ao próprio indivíduo (profissional de enfermagem), em sua relação com o outro em situação de profunda ansiedade, inquietação, desespero entre outros sentimentos (paciente).

Muitos dos problemas acerca do significado do desnudamento quando não conduzido de forma conveniente acaba por contribuir para a despersonalização do atendimento ao paciente, gerando afastamento, estresse, desânimo e mais sofrimento para ambos (profissional/paciente). Assim, é importante que a prática do cuidar traga benefício a todos os partícipes com credibilidade, reconhecimento social e a expansão das potencialidades humanas, pois o valor do cuidado deve ser considerado excelência e deve articular-se na prática social da enfermagem, sob o prisma de ordenar para cuidar e, assim, promover as potencialidades e a dignidade das pessoas (ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, 2013).

Aqui é necessário comentar que, verifica-se que a esperança de receber mais atenção e uma assistência melhor é um fator importante que geram expectativas nos pacientes, e mesmo que suas perspectivas não sejam alcançadas eles tornam-se suscetíveis a manipulações, talvez, inapropriadas em favor da restauração de sua saúde. Essas ações vêm confirmar a concepção de Beauchamp e Childress de que na área da saúde muitos problemas são poucos debatidos, quando, por exemplo, se quer tratar das rotinas relacionadas aos cuidados e/ou exames destinados aos pacientes para, assim, cumprir a assistência à saúde, sem dar a devida explicação ao paciente, negando-lhe uma possível alternativa diferente da estabelecida pela equipe (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Os autores acima citados, ainda, afirmam que a palavra manipulação é uma qualificação geral para várias formas de controles que não são nem convincentes nem coativos. A finalidade da manipulação é fazer com que a pessoa manipulada renuncie sua autonomia em favor do manipulador sem nenhuma persuasão, e na área da saúde a principal forma de manipulação, usada pelos profissionais, é

através da informação ou má informação, ou melhor dizendo, o uso do privilégio terapêutico para extinguir dados a fim de manipular os pacientes de modo que autorizem os procedimentos esperáveis (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Outro ponto observado no ambiente hospitalar é que os pacientes que buscam atendimento, na maioria das vezes, encontram-se fragilizados e desejam, com a hospitalização, o reparo de sua saúde. Nestas condições, os profissionais, de forma indireta, acabam coagindo o paciente que revoga aceitar o tratamento proposto e outros desenvolvem o procedimento sem nenhum tipo de esclarecimento. Assim, sentir-se coagido durante a internação significa para o paciente perceber que não teve influência, controle ou escolha (BITTENCOURT; QUINTANA; VELHO; GOLDIM; WOTTRICH; CHERER, 2013).

Nesta circunstância, o discurso declarado por alguns dos pacientes entrevistados corroborou que eles preferiram renunciar do direito a uma autorização autônoma, delegando comando de decisão para a equipe de saúde, isso pode ser visto nas falas seguintes:

Não foi dada nenhuma explicação, e eu não perguntei nada. Fiquei calado. Para mim está tudo bem. O importante que o pior já passou, e acabou, então pronto (Part. 15).

Não, eu perguntei a enfermeira: vão passar a sonda em mim, aí ela disse; vamos sim. Mas não deu explicação nenhuma (Part. 14).

Não foi usado nenhum objeto de proteção na hora, mas sei que eles usaram o possível. (...). Desse hospital aqui eu não vou falar nada, as meninas que me atenderam são gente boa, só sofri um pouco na chegada (Part. 02).

Eu penso que passaram a sonda porque eu não podia levantar, né? Mas não explicaram nada não. Acho que foi na hora da cirurgia. Eu estava dormindo não vi nada (Part. 20).

Fiquei constrangido em falar, só o que falei é se ia me levar para o centro cirúrgico daquele jeito, se não iam me dar alguma coisa que eu me cobrisse. Ela falou que não precisava, que eu ia sentado mesmo, que era muito rápido o trajeto que não ia ser necessário (Part. 04).

Essas declarações nos remetem aos julgamentos que podem ser feitos sobre as lacunas que a enfermagem pode deixar quando não realiza uma assistência apropriada, qualificada e individualizada com os pacientes que se encontram hospitalizados e que precisam e dependem de cuidados. Nas falas dos entrevistados

é possível observar o silêncio deles. Esse silêncio leva a pensar que pode estar relacionado a vários fatores, como: não ter nada a dizer; não conseguir dizer o que pensou por medo da reação do profissional; silenciar por achar que sua opinião não é relevante; silenciar porque naquele momento ele estava disposto a aceitar tudo, na condição que sua saúde fosse restaurada; ou ainda aceitar tudo por achar que os profissionais de saúde são, de fato, os detentores do conhecimento.

Talvez o silêncio do paciente seja a resposta a uma inadequada ligação com o profissional de enfermagem que, com frequência, continua confusa, ignorada ou muitas vezes evitada, sobretudo no curso dos debates que tem por objeto as mencionadas dificuldades da assim chamada microbioética ou bioética clínica, disfarçando as poderosas influências do interesse político valendo-se da utópica cobertura de neutralidade da ciência médica (PESSINI, 2013). Outro ponto seria a má conduta dos profissionais de saúde onde muitas vezes deixam lacunas na assistência prestada, construindo um complexo muro de silêncio no paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Segundo Foucault (2014a) as regras e os enunciados que contornam as relações interpessoais, silencia os corpos. Este silêncio pode ser oculto ou declarado e ele exclui, indigna, nega a oportunidade de outro sujeito corpóreo. A partir desta explanação discursiva excludente, se classificam as identidades desiguais. Dessa forma, este silêncio pode provocar um vazio, produzindo inclusive, dor e morte.

Outro ponto observado é que o processo de comunicação entre profissional/paciente está prejudicado, talvez, por ausência de tempo ou por não estarem preparados para lidar com temas tão polêmicos que envolvem conflitos éticos como o caso do desnudamento do paciente, apesar de nada disso justificar. Alguns motivos podem atrapalhar o diálogo entre paciente-cuidador, como: querer evitar o sofrimento; ideias pré-concebidas; omitir informação com o intuito de proteger. A falta de comunicação faz com que o paciente renuncie suas vontades e valores sem questionar, quem sabe por medo de não ter certeza do que está acontecendo (RODRIGUEZ, 2015). Foucault quando fala de discurso ele diz que:

A ordem do discurso, adverte para as interdições discursivas que nos impedem de falar de tudo em qualquer circunstância e que, portanto, geram um ritual de negação. Notaria apenas que, em nossos dias, as regiões onde a grade é mais cercada, onde os buracos negros se multiplicam, são as regiões da sexualidade e as da política: como se

o discurso, longe de ser esse elemento transparente ou neutro no qual a sexualidade se desarma e a política pacífica, fosse um dos lugares onde elas exercem, de modo privilegiado, alguns de seus mais temíveis poderes (FOUCAULT, 2014b, p. 09).

É sabido que, confrontar-se com impasses e julgá-los até chegar a conclusões moralmente aceitas é um desafio usual da condição humana, e ao saber disso é importante que os profissionais de enfermagem estejam preparados para enfrentar os muitos conflitos éticos no desenvolvimento de suas atribuições, pois estes profissionais lidam no dia a dia com a dor e o sofrimento alheio, e muitas vezes a resolução de um desejo mal conduzindo pode trazer sofrimento ou causar conflitos entre as partes (profissional/paciente).

Os profissionais, às vezes, são contraditórios em suas condutas, visto que é observado que quando um paciente decide estar no hospital, e resolve aceitar o tratamento ele está assumindo seu autogoverno, ou seja, sua capacidade autônoma. Mas, a enfermagem omite ou nega informações, pois, é percebido que alguns procedimentos são realizados sem a devida comunicação e autorização do paciente, gerando conflito entre a vontade do paciente e a concepção da equipe de saúde sobre os melhores interesses para esse paciente. Nesse caso, é possível falar de autonomia reduzida (mesmo o paciente tendo total capacidade sobre seus atos), controlada por outros (profissionais de saúde), pois o paciente é incapaz de agir com base em seus interesses e planos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

O controle é uma técnica de poder que incide sobre os corpos dos sujeitos, comandando seus gestos, suas tarefas e sua vida diária e esses métodos se consolidam de forma muito eficiente nos hospitais, pois esse espaço é formado de modo que priorize e privilegie os interesses da equipe de saúde, permitindo que esta possa controlar e vigiar a pessoa nesse espaço (FOUCAULT, 2013a; XAVIER et al., 2014).

Sabe-se que ao conceber aos profissionais de saúde acesso à história de vida do paciente e permissão ao corpo desnudo para cuidados de enfermagem, estes atos, necessariamente, fazem perder intimidade. Mas, é conhecido que esses profissionais não devem revelar informações confidenciais e nem suprimir ou limitar o direito à privacidade que deve ser dada no curso de todo atendimento a fim de proteger propósitos morais. No entanto, se esse profissional desenvolve

procedimentos onde o desnudamento acontece e não usa técnicas apropriadas de proteção, eles estão violando a privacidade alheia, desrespeitando a autonomia e apelando as premissas e os discursos justificadores e errados (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Assim, a intimidade do paciente, independentemente do local que ela esteja, tem um significado na esfera mais íntima, mais pessoal e mais profunda do ser humano, pois, cada ser tem suas concepções pessoais, seus gostos, seus problemas. No entanto, a ausência da intimidade invariavelmente, atingem de forma direta a privacidade e a autonomia dos pacientes. Sendo a privacidade uma forma de exteriorizar essa intimidade. Então, o direito à privacidade constitui-se na preferência entre divulgar ou não o que é íntimo, e, assim, construir a própria imagem. Portanto, a privacidade é um direito natural (CALVO, 2013). Mas, não é isso que é observado nas falas dos participantes, como visto abaixo:

... ah, pelo menos para a privacidade de fechar a porta, porque o povo que passava no corredor via eu lá (centro cirúrgico). O pessoal que estava na sala, é profissional, já é acostumado de ver aquilo tudo, né? Mas o pessoal que passa no corredor fica meio chato. Eu mesma estava virada para a porta, quem passava via. Deixar pelo menos a porta fechada, a privacidade da pessoa ali dentro (Part. 16).

Que sejam mais humanos. Têm pessoas que não são humanas como a gente esperava, faz lá de qualquer jeito. Porque se eu estou aqui num leito de hospital, eu não estou aqui porque eu quero, eu não estou aqui porque eu estou brincando, eu estou aqui porque estou precisando, e a minha situação é séria, então eu quero que uma profissional que está sadio que venha cuidar de mim, pelo menos tenha a dignidade de vim perguntar o que eu quero, se eu estou sentindo dor, o que é que eu quero, né? Tem deles que nem bom dia diz (Part. 17).

Eu diria que os profissionais, os enfermeiros, a equipe, deveriam orientar mais a pessoa, dizer: você precisa passar por isso, fazer isso, e isso, e dá um esclarecimento mais adequado, não chegar e pedir o paciente para ir tirando a roupa, que vai fazer isso, fazer aquilo, deveria preparar antes. Por ser um profissional preparado para aquele trabalho deveria ter mais esclarecimento, chegar para paciente, pegar, conversar antes de agir, em vez de chegar e já ir invadindo não, conversava com o cliente (Part. 07).

Mas, aí da forma que ela achou que estava certo que precisava, que eu estava necessitando naquela hora. Seria melhor se a gente tivesse mais autonomia, porque a intimidade da gente, né? (Part. 03).

Não fui autônomo. O que eu sugeri não foi feito, eu sugeri que me dessem uma calça, uma outra coisa e foi negado (Part. 04).

As atuações desfavoráveis à preservação da particularidade do paciente causam a violação da privacidade e atenta contra sua moralidade. Atos como estes podem ferir, segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a intimidade do paciente e esse tem como direito básico a conservação de sua privacidade, e isso funciona como uma maneira de se sentir único e senhor de seu espaço, ajustando também quem pode ter acesso a ele (PUPULIN; SAWADA, 2012).

A Bioética basear-se em quatro princípios (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), que orientam os debates, as providências, os procedimentos e os atos pertinentes a questões morais e normativos na esfera dos cuidados de saúde. Hoje em dia, sua essência está voltada para a ética médica, que circunda indagações relacionadas desde o começo e vai até o termino da vida, onde todas essas fases envolvem conflitos éticos (VASCONCELOS, 2013).

Estudos realizados na Colômbia mostram que os profissionais de enfermagem, incluindo alunos de graduação dão prioridade à dimensão ética, seguida da dimensão do conhecimento e, finalmente, do compromisso. Para esta nação os valores relacionados ao cuidado com o outro são primordiais no treinamento dos profissionais de enfermagem e esses valores estão alicerçados na postura ética, no respeito a autonomia, respeito a privacidade e pela vida do paciente (LÓPEZ; ARANGO, 2017).

Dessa forma, nos dias de hoje é de fundamental importância a utilização de princípios que garantam ao paciente o respeito à vida, à dignidade e à justiça, pois a humanidade vive em um mundo de rudeza. A honestidade do ser humano é uma manifestação de conteúdo materialmente aberto, elusivo e indefinido, de complexo julgamento. É um atributo da pessoa, pelo só fato de sua permissa humana, intrínseca a todo e qualquer pessoa. Não pode ser alienado ou renunciado, nem mesmo concedido por uma ordem jurídica, pois é uma condição intrínseca ao indivíduo (FALEIRO, 2016).

Na definição do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) – Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e na Lei 7.498/1986(2), em seus princípios básicos, é verificado que o profissional de

enfermagem deve respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. A Constituição Federal do Brasil de 1988, já contemplava os diversos princípios fundamentais para a estruturação de todo o sistema de leis (COFEN, 2017). A dignidade era considerada como um dos princípios essenciais, estando relacionado a pessoa humana (KAPPLER; KONRAD, 2016).

Todos pacientes têm o direito de ser tratados com dignidade, seu atendimento deve ser desenvolvido respeitando sua cultura e valores. E quando o profissional respeita a autonomia do paciente e tem responsabilidade para com ele, o processo de dignidade é estabelecido. Então, preservar a autonomia do paciente é um compromisso indispensável no cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem (FERRI; MUZZALUPO; LORENZO, 2015).

Kant marca algumas sutilezas que ele considera como uma estimativa ao conceito de dignidade da pessoa humana. Ele em sua argumentação começa na linha de que o ser humano tem direito plausível de respeitar seu próximo e este é determinado a respeitar todos os demais. Então, ele continua dizendo que nenhuma pessoa pode ser usada simplesmente como um meio por qualquer outro ser humano (KANT, 2003). Então, a enfermagem não pode e nem deve lidar com a nudez do outro como um recinto do desenvolvimento de suas atribuições. Muitas vezes isso é determinado, meramente, pelo cumprimento de protocolos de cuidado, não levando em conta a singularidade de cada um, seus pudores, suas vontades e suas culturas.

Assim, a dignidade tem semelhança com o respeito à autonomia do outro, a beneficência, a não maleficência, e justiça, reconhecendo em si mesmo como cidadão dentre outros cidadãos, ou seja, inserido na coletividade, e, portanto, em débito de respeito, sinceridade e amor mútuo a ela (KAPPLER; KONRAD, 2016). Dessa forma, é relevante que os profissionais de enfermagem vejam como prioridade o espaço de retidão moral do ser humano, sem ignorância ou opressão.

Ao discutir o princípio do respeito a autonomia do paciente do ato de desnuda-lo, Beauchamp e Childress diz que esse princípio deve ser compreendido quando é acordado um firme direito de autoridade para o controle do próprio destino pessoal, mas não como a exclusiva fonte de coações e direitos morais. Esses acordos não poderiam ocorrer sem a cooperação material de outros que tornem as ações compreensíveis. Assim a enfermagem deve ser mais acessível; dizer sempre a verdade; obter consentimento para intervenções nos pacientes; quando solicitada,

ajudar os outros a tomar decisões importantes; ser mais clara com as informações dadas, sendo importante mencionar que as crenças, as escolhas e os consentimentos das pessoas se modificam com o tempo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Foucault diz de que as amarrações envolvendo poder confirmado nos recursos que amansam os corpos têm a escopo de ocasionar adestramento, o autor explica que: “o poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (FOUCAULT, 2013b, p. 164), portanto é possível dizer que a partir desse comportamento os corpos passam a ser dóceis, aceitando o paternalismo <sup>3</sup> ocorrido por parte dos profissionais, isso acontece pela vulnerabilidade que a doença lhe obriga, transformando o paciente em um ser sem vontade, e levando-os a desconceituar sua própria autonomia.

No entanto, quando esses profissionais agem com cordialidade, explicando o procedimento que vai ser realizado, deixando o paciente participar de todo o processo de cuidado, respeitando sua autonomia, observa-se que a qualidade do serviço e o desenvolvimento das estratégias de ações melhoram (FREITAS, et al., 2014). O esclarecimento e a informação são pontos-chaves no que diz respeito aos critérios de satisfação do paciente e está intimamente ligado a aplicação dos princípios éticos, sendo indispensável para o desempenho e qualidade dos serviços de saúde. Conforme pode ser visto nas alegações dos participantes desta pesquisa:

Eles fazem tudo para meu bem, então para mim, o que me fizeram até agora foi porque eu dei o consentimento de fazer. Não, não, eu decidi então vamos fazer, me trataram direitinho, todos, a todo momento me senti respeitada, eles são muito respeitadores, todos (Part. 01).

Não me senti invadido, porque fui bem cuidado, né? Não senti não invadido. Daqui eu não tenho nada que reclamar deles, né? Coisa boa eu tenho, é tudo o povo daqui é gente boa, o primeiro dia que eu cheguei aqui eu fui bem recebido, bem tratado (Part. 08).

Nossa, para mim eles são umas pessoas muito maravilhosas. Me

---

3 -O paternalismo é definido como condutas realizadas pelos profissionais que, julgando beneficiar o paciente, decidem por ele sem o seu consentimento (CUNHA; et al., 2012); O paternalismo são atitudes onde os profissionais da saúde são considerados “pais”, ou melhores que os seus pacientes e isso ainda é observado com frequência (JUNQUEIRA, 2011).

ajudaram muito, e que Deus abençoe eles, e que sejam sempre assim. Porque primeiramente Deus, e segundo vocês que ajudam a gente aqui. Sem vocês aqui nada seria feito (Part. 26).

Ela era bem gentil, porque também tem certas coisas que as vezes as pessoas reclamam muito, mas a ética mesmo, a solidariedade, o gesto de atenção ao paciente, sempre está chegando aqui, sempre está olhando, sempre está lhe assessorando, dando uma força (Part. 21).

No conjunto das formulações apresentadas pelos participantes até o momento foi possível observar várias construções que caracterizam que quando o paciente receber informações claras, objetivas, e explicações sobre os cuidados de enfermagem e o tratamento que serão realizados, essa relação profissional/paciente torna-se acolhedora, afetuosa, empática, compreensiva, gerando confiança e respeito. Com isso, o princípio da autonomia tem crescido, e fortalecido o princípio dos direitos dos pacientes, proporcionando uma maior exigência, por parte dos pacientes, a informações e participações nos tratamentos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

É importante que o profissional de enfermagem reconheça que a habilidade de compreender o que precisa ser feito pelos pacientes, de compreender como fazê-lo, e então de agir com reações sensíveis são qualidades morais de caráter, e não meramente formas de julgamento e de inteligência prática. As próprias formas de cuidar algumas vezes dão origem a uma percepção discernidora do que está em questão, daquilo que é mais importante e do que precisa ser feito (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 503). Dessa forma, é observado que quando a enfermagem fornece esclarecimento sobre o procedimento que será realizado, a qualidade da assistência prestada e a participação dos pacientes em seus próprios cuidados melhoram significativamente (FREITAS, et al., 2014).

Assim, uma assistência alicerçada na confiança e no respeito ao paciente, tornam-se componentes de grande valia, uma vez que a prestação do cuidado com qualidade minimiza os possíveis danos causados pelo medo, ansiedade e inquietações, transformando as práticas do cuidar mais acolhedoras, humanizadas e significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e pacientes) (GARUZI, et al., 2014). O atendimento com respeito é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Marcante em documentos oficiais como a

entrada do paciente no serviço de saúde, compreende o comprometimento dos profissionais por esses pacientes, a escuta qualificada de suas lamentações e angústias, garantindo assim uma melhor assistência (BRASIL, 2006).

Assim, nas mais famosas teorias éticas era possível observar que o aspecto de confiança e respeito entre as pessoas eram o que sustentavam as relações, pois estas características são vistas como uma questão de caráter moral, pois confiar em alguém quer dizer que tem a certeza que essa pessoa agirá com os ensejos certos de acordo com as regras morais (ARISTÓTELES, 1984).

No passado os profissionais de saúde sustentaram a confiança e o respeito entre os pacientes num lugar central, isso era ótimo porque os relacionamentos entre cuidador e ser cuidado eram alicerçados com segurança e consideração, mas atualmente a confiança perdeu sua posição central, devido aos conflitos de interesses, onde muitas vezes os profissionais enfermeiros não satisfazem as necessidades individuais dos pacientes, passando atender as obrigações ligadas aos médicos e as instituições hospitalares (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

#### 4.1.1 A ENFERMAGEM SABE, FAZ E DIZ O QUE FAZER

Os participantes em suas falas apontam que a equipe de enfermagem ajuda no desenvolvimento de seus cuidados e fazem orientações de autocuidado quando eles, são capazes de cuidarem de si mesmos. Mas, também falam que os profissionais fazem por eles o que sua percepção indica que deve ser feito. Isso, talvez, aconteça porque os profissionais detêm o conhecimento teórico e técnico, então decidem tudo porque sabem o que precisa ser feito. E por saberem, além de fazerem, ainda diz o paciente como deve ser feito. Então, o ato de saber dos profissionais faz os pacientes acreditarem que eles podem tudo, inclusive tirar sua privacidade e autonomia. Isso pode ser observado nas falas seguintes:

Eu me internei por indicação do médico e fui levado ao apartamento e aí depois a enfermeira chegou com uma roupa que eu deveria vestir para ser levado ao centro cirúrgico, ela disse que eu tinha que

vestir (...), foi muito constrangedor, pois eu fui levado ao centro cirúrgico com uma “mini saia” (Part. 04).

...cheguei no hospital me colocaram na sala de espera, fiquei aguardando um pouco e depois me chamaram para um local, disseram que eu tinha que tirar a roupa, eu tirei algumas e fiquei com a parte íntima, chegou alguém, a enfermeira, chegou e disse: que não podia, tinha que tirar tudo para entrar no centro cirúrgico. Então, eu tirei os meus pertences (cueca), entreguei a minha esposa e fui em frente (Part. 07).

Esta subcategoria se debruça sobre a linha entre o que é substancial e o que é arbitrário, pois elas se confundem em alguns momentos. Devido a isso, é preciso que se estabeleça limites que determinem as medidas consideravelmente autônomas à luz de objetivos específicos tais como a decisão do paciente, que deve ter significado representativo para o profissional (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). O desdobramento do saber também pode estar ligado ao poder, pois “[...] que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2013a, p.30).

Nas falas dos participantes também é possível perceber a presença de uma força opressiva vinda de ordens ou comandos que restringem ou invalidam a probabilidade de uma ação voluntária por parte do paciente (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Mas, apesar de saber que no contexto da assistência à saúde, o profissional de enfermagem ajuda, faz, sabe e diz o que fazer nos cuidados prestados ao paciente e auxilia no desenvolvimento de suas habilidades e atitudes para proporcionar, quando possível, um autocuidado efetivo diante de qualquer que seja o problema de saúde. A ajuda prestada no cuidado ao paciente deve envolver a família e deve ter, como alvo, ações que ultrapassam o tratamento das doenças, e é importante que o profissional não limite a decisão do paciente de participar de ações relacionadas ao seu cuidado (SILVA, et al., 2013).

Mas, é relevante mencionar que respeitar as ideias e os direitos dos pacientes não quer dizer que tem de fazer ações que prejudiquem a ele e/ou a outras pessoas e nem que as ações autônomas se sujeitem a pressões controladas por outros. Assim, o direito de autodeterminação se sustenta em vários direitos de autonomia, compreendendo os de confidencialidade e privacidade. É preciso que os princípios sejam aplicados em um contexto particular, para, de tal modo, ele se tornar um guia

prático para a conduta dos profissionais da saúde. É observado, ainda, que há muitas discussões sobre os propósitos desses direitos, no entanto existe um extenso acordo quanto ao fato de que esses direitos de autonomia, por exemplo, muitas vezes são legitimamente limitados pelos direitos de outros (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

A autonomia e a dignidade da pessoa humana são princípios que outorgam unidade aos direitos e garantias basilares, sendo essencial às individualidades humanas. A dignidade consistir em um valor espiritual e moral intrínseco à pessoa, manifestando na autodeterminação racional e responsável da própria vida. Os princípios da dignidade e da autonomia deveriam trazer consigo o anseio de respeito por parte das demais pessoas, assegurando dignidade e autonomia de modo que não possam ser facilmente feitas limitações ao exercício dos direitos essenciais (MORAES, 2015).

Ainda, considerando o contexto exposto, é observado que o profissional de Enfermagem tem em seu discurso uma autoridade impressa pela verdade muito bem produzida e convincente em fazer o bem. Associado a isso, cabe relatar que, a esta conjuntura se adiciona, ainda, o argumento de que o profissional de Enfermagem é o único detentor do conhecimento para a prática do cuidado, uma vez que este é o foco de suas ações (ARDIGO; AMANTE, 2013; PESSOA; LINHARES, 2015). Essa ideia se apoia no pensamento emitido pelos participantes nas falas seguintes:

Porque vocês que estudaram para aquilo e se a gente não teve estudo, mas se vocês têm para aquilo tem que obedecer porque nós temos necessidade (Part. 03).

... eles sabem o que estão fazendo (Part. 12).

Eu digo é o dever deles, então vão fazer (Part. 01).

Ninguém escapa não, eles vão fazer (Part. 02).

Mas, diante deste ponto de vista, é importante que os profissionais de enfermagem tenham o consentimento livre e esclarecido e que expliquem qualquer conduta a ser tomada nos pacientes, dialogando com eles possíveis forma de minimizar os constrangimentos que podem ocorrer durante os procedimentos onde o desnudamento se faz necessário, pois pacientes capazes têm o direito de tomar decisões sobre seu plano de cuidado e tratamento à luz de avaliações dos

benefícios e malefícios, e ninguém pode privá-los do direito de recorrer o tratamento. O comprometimento de cuidar dos pacientes determina que se ofereçam os tratamentos que sejam de acordo com seus anseios e vontades, é claro que isso dentro dos alcances estabelecidos pelas políticas de alocação justa, e não que se ofereçam os tratamentos em função do que é mais representativo para os profissionais de saúde e para as instituições (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Em conclusão, o direito ao consentimento livre e esclarecido é um postulado axiológico e normativo reconhecido por muitas ordens jurídicas e indubitavelmente consagrado no Direito português. A moderna dogmática da responsabilidade médica vê no consentimento informado um instrumento que permite, para além dos interesses e objetivos médico-terapêuticos, incrementar o respeito pela pessoa doente, na sua dimensão holística. O fim principal do dever de esclarecimento é permitir que o paciente faça conscientemente a sua opção, com responsabilidade própria face à intervenção, conhecendo os seus custos e consequências, bem como os seus riscos, assumindo-se assim o doente como senhor do seu próprio corpo, exercendo mesmo a “informed choice” (PEREIRA, 2014, p. 354).

Como já vem sendo discutido, o paciente tem direito de manter sua privacidade declarado por lei, como pode ser observado na Portaria do Ministério da Saúde nº1286/93, todo paciente tem direito a um atendimento humano e respeitoso por parte de todos os profissionais da área de Saúde, um local digno e adequado para onde possa ser atendido e a manter sua privacidade para satisfazer às suas necessidades (BRASIL, 1993). Assim, é relevante que os enfermeiros reconheçam tais direitos, para que possa conduzir suas ações referentes aos cuidados com os pacientes onde o desnudamento se faz necessário, prestando-lhes uma assistência mais efetiva e de qualidade (LIMA et al., 2013).

Mas, essa enfermagem, que desenvolve procedimentos sem consentimento, que diz saber o que está fazendo e que, muitas vezes, dita ao paciente como deve ser feito, também recebe enaltecimentos por fornecer ajuda nos momentos que esses pacientes solicitam, isso acontece devido as necessidades de cuidados que acabam sendo, devido ao estado emocional do paciente, correlacionadas com todos os domínios de satisfação, a ponto de o paciente achar que a enfermagem não tem obrigação de ajudar. Assim, é notado que no ambiente hospitalar à relação entre profissional de Enfermagem e paciente, têm-se uma conjugação na qual o paciente acaba sendo influenciado e dominado pelo discurso do profissional de Enfermagem, conforme visto nas seguintes falas:

O pessoal da enfermagem não me ajuda e eu acho que nem tem a obrigação, porque já tem um paciente com acompanhante para tomar conta da gente, pois pode até limitar os serviços dele. Mas, eles já me ajudaram quando precisei tomar banho aqui (Part. 11).

Precisei, eu fiquei na UTI, e fiz tudo no leito, lá não tem banheiro né, aí você tem que fazer xixi e tudo, no caso como eu estava consciente eles me davam um papagaio, e tomei banho no leito (Part. 13).

... na sala do pré-parto, as enfermeiras me ajudaram, me acompanharam a fazer exercício. Foi bom, a enfermeira no caso, me ajudou bastante, me ensinando, o modo, o gesto como fazia, para facilitar a passagem dela (da criança) (Part. 27).

Nos dois primeiros dias precisei de ajuda sim. No primeiro dia foi a enfermeira e meu marido. No segundo dia a minha filha. Foi tranquilo (Part. 28).

Sobre isso, é possível dizer que nas falas citadas acima podem fundar-se no fato de que os pacientes hospitalizados pertencem, na sua maioria, a um baixo nível socioeconômico e educacional, desconhecendo os princípios básicos da qualidade e hospitalidade do serviço de saúde que devem ser desempenhados e, portanto, anseiam menos do Serviço e não sabe o que exigir (FREITAS, 2014).

Assim, é preciso que os profissionais de enfermagem em sua abordagem ao paciente carreguem em seus discursos valores como a discrição, ânimo, resignação, hospitalidade, pois isso era o que, ocasionalmente, Aristóteles titulava de “grandeza de alma” essas características podem ser abrangidas sem que se tenha de escorar que elas são qualidades da moralidade que necessitam desempenhar ou que se tenha de sustentar a experiência dos princípios da paciência, da hospitalidade, da coragem etc. esses aspectos essenciais da vida moral merecem ser compreendidos numa percepção abrangente. Então, dar atenção ao paciente ajudando no que for preciso, informando tudo que vai ser desenvolvido é um ato de responsabilidade e obrigações mínimas que precisam ser exercidos pelo profissional de saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

O compromisso dos enfermeiros para com a saúde vai além de prestar cuidados que envolve procedimentos técnicos e habilidades teórico-práticas, ele precisa proporcionar bem-estar, segurança, confiança, ser empático, se comprometer a agir fazendo o bem, protegendo os pacientes contra danos e injustiças. Mas, fazer o bem aos pacientes não implicar em omissão de informação. Os profissionais de enfermagem precisam ser defensores de autonomia dos

pacientes, pois à busca do consentimento, à confidencialidade e à privacidade são estabelecidas por essa relação quando o profissional se coloca no lugar do outro, evitando causar dano o mínimo possível, não apenas no tratamento ofertado, mas também com as palavras (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

#### 4.1.2 O AMBIENTE LOCAL TORNA OU NÃO O DESNUDAMENTO ÉTICO

Os pacientes em seus discursos revelam que, ao se verem internados e diante de procedimentos onde são desnudados, eles esclarecem que não podem e nem conseguem desempenhar sua liberdade de escolha, um dos motivos é por saberem que não estão em casa para agirem conforme seus hábitos e rotinas. Mas, defendem que esse local deve ser reservado e deve manter a privacidade, principalmente diante de técnicas onde o nu é indispensável. No entanto, as enfermarias coletivas não favorecem muito, sobretudo quando as instituições não disponibilizam materiais suficientes para manter o mínimo de privacidade e dignidade humana. Esta interpretação pode ser vista nas seguintes falas:

Eu preferia que o ambiente fosse individual, né? Mas não oferece tanta estrutura o hospital, porque tem momentos que como eu estou acamado não tenho como sair, aí as necessidades que a gente tem que fazer aqui, aí, não tem para onde ir, né? Aí eu fico com vergonha de as vezes quando vou fazer minhas necessidades chego a passar dois dias sem conseguir, constrangido que eu fiquei e não conseguia (Part. 09).

Se fosse pra fazer em outro canto, assim um canto reservado, um quarto ou numa enfermaria destinada para isso, tudo bem, mas, mesmo assim a gente não se senti muito bem, (...), mesmo que a gente esteja com um lençol coberto, um biombo daquele ali, a gente acha que o povo está vendo. Se a gente está necessitando de uma sonda, se tivesse um local, por exemplo, ... se já tivesse um canto adequado, porque aí só vai entrar eu (profissional), o paciente e a esposa ficaria uma coisa muito mais confortável, né? (Part. 03).

Mas se tivesse um canto reservado para o banho, era mais ideal, né? Porque aqui no coletivo são quatro ou cinco pessoas tudo colado um no outro. Na UTI ainda tem umas divisoriazinhas, só tinha contato com o profissional. Poderia ser uma coisa melhor, mas se é o que temos, infelizmente... (Part.13).

Não. Não achei não. Não foi tranquilo. Eu achei que tinha muita

gente. Eu achei assim, na hora é tanta dor, tanta coisa que a pessoa não leva tão em conta, mas parece que tinha umas quatro pessoas, que eram só enfermeiras, depois a médica chegou, ela demorou um pouco para nascer. Eu achei que tinha muita gente (Part. 28).

Assim, considerando as informações aqui apresentadas, é importante que as instituições definam responsabilmente as esferas que são consideradas privadas e que não devem ser invadidas, já que os profissionais de saúde não estão conseguindo impor limites a tais situações. Pois, o que se observa é uma flexibilidade muito grande acerca do nu e que talvez estabelecer um significado mais rígido seja o desejo dos pacientes, e deve também definir as instâncias que podem ser genuinamente contestados aos interesses de privacidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Pois, um dos fatores fundamentais da necessidade humana é a privacidade. Desse modo, concernir o direito à privacidade de indivíduos ajuda manter a autoestima, as boas relações, o conforto e a satisfação do paciente, onde esses fatores são considerados como qualidade básica para o atendimento ao paciente. No campo dos cuidados de saúde, a privacidade também está ligada ao melhoramento da interação entre profissional/paciente (AKYÜZ; ERDEMİR, 2013).

Diante do exposto, é possível dizer que as instituições hospitalares onde o cuidado é desenvolvido aparece corrompido de poder, talvez isso aconteça porque se entende que essa estrutura tem a intenção de restaurar a saúde da pessoa doente. Mas, esse cenário apresenta e desenvolve rotinas e normas padronizadas e quase sempre inalteráveis, que conserva a finalidade de estabelecer o processo de trabalho dos profissionais de saúde, entre eles, o de Enfermagem (BAPTISTA, 2016). No entanto, apesar da existência de normas e rotinas é importante comentar que os responsáveis por tais condutas devem mencionar cuidadosamente que nos casos de técnicas onde o nu é imperativo os profissionais devem manter o acesso restrito e que se isso não ocorre o profissional estará contribuindo para a perda e violação da privacidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Em meio a tanta discussão, do que deve ou não ser feito, diante de dilemas éticos, é importante mencionar que a obra de Tom Beauchamp e James Childress não apenas dá base para avaliar, decidir e elucidar teoricamente em que consiste uma ação ética, mas ajuda a escolher o melhor caminho para uma ética aplicável a

saúde. E neste sentido, seria importante que os profissionais de saúde embasassem suas condutas nos princípios morais nucleares, que sugerem um exemplar de princípios norteadores e não ditadores, consentindo reduzir a complexidade da vida moral, sobretudo quando confrontada com situações difíceis que envolvem a saúde (MARTINS, et al., 2013).

Por conseguinte, ainda foi possível observar nesta subcategoria que alguns pacientes, por algum motivo, têm medo de expor seu ponto de vista com relação, ao fato, de não ter sido comunicado que alguém tiraria sua roupa e lhe tocaria para desenvolver um procedimento, como é o caso de cateterismo vesical de demora, onde a nudez é necessária.

Assim, diante destas falas que virão longo abaixo, é possível mencionar que nos hospitais os pacientes são prisioneiros das normas e rotinas implantadas pelas instituições e desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Mas, o que mais assusta é ver uma profissão, como a enfermagem, que diz cuidar do ser humano de forma holística, desenvolve técnica que toca o corpo nu do outro, sua parte mais íntima, como é o caso da genitália, no momento de total fragilidade, onde existia ausência de consciência devido uma anestesia geral ou quando a paciente decide fechar os olhos por não saber o que dizer.

No momento não vi. Eu não vi o local. Eu não tenho nada para informar não, eu também não entendo (Part. 15).

Nunca fiquei desse jeito nua, era sempre uma roupinha daqui para cá e daqui para baixo, ficava só a parte mesmo de fazer a cirurgia. E agora foi totalmente diferente, totalmente nua. Eu me senti muito incomodada, chega me deu vontade de chorar de vergonha, fiquei com os olhos fechados o tempo todo (Part. 14).

Diante destes relatos é possível confirmar um pensamento de Foucault ao colocar a seguinte questão: “devemos ainda nos admirar que a prisão se pareça com as fábricas, com as escolas, com os quartéis, com os hospitais, e todos se pareçam com as prisões?” (FOUCAULT, 2013a, p.214). No entanto, diante da fala do part. 15 é possível mencionar, ainda, que o médico poderia ter ditado uma ordem e o enfermeiro, simplesmente, desenvolveu, o que é muito preocupante, pois os profissionais de enfermagem são os únicos que passam maior parte do tempo com os pacientes que se encontram hospitalizados, isso implica dizer que eles com

frequência percebem os problemas resultantes das decisões, mal pensadas, dos médicos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Assim, o fato do profissional de enfermagem passar mais tempo com os pacientes aumenta o comprometimento de fidelidade para com eles. O enfermeiro, profissional responsável pela equipe de enfermagem, deve proteger a vontade e o melhor interesse do paciente, se negando a prestar cuidados que venham comprometer a privacidade e dignidade humana. Esse profissional tem a responsabilidade de questionar, junto as instituições hospitalares, acerca da melhor conduta a ser aplicada nos casos de conflitos que envolve dilemas éticos, desenvolvendo junto com as instituições políticas mais claras e satisfatórias a respeito da privacidade alheia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

As informações até o momento consideradas e debatidas evidenciaram como as relações de cuidado de Enfermagem são entremeadas de poder, isso faz com que o paciente se submeta a tudo, sendo reprimido ao desenvolvimento do, que se diz, cuidado de enfermagem. Mas, se esses pacientes fossem, de fato, livres para decidir sobre seu tratamento, e se sua autonomia fosse respeitada, esse tipo de poder não deveria existir, porém não é o que se observa na prática (BAPTISTA, 2016).

Assim, é importante que os profissionais de saúde entendam que o princípio do respeito a autonomia do paciente apresenta que é preciso valorizar os critérios e preferências deles, ver quais são suas prioridades frente as tomadas de decisões dos profissionais, pois de acordo com isso se estabelece uma relação amigável entre profissional/paciente. Outro ponto debatido é que este princípio é imediatamente relevante para a questão do consentimento informado, permitindo uma relação mais simétrica entre profissional de saúde e paciente, estando escrita na lei que é função do profissional de saúde informar o paciente antes de prestar quaisquer serviços de assistência, a única exceção observada é nos casos de emergência (GARCÍA, 2013).

## 4.2 A OBSERVÂNCIA DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS NO ATO DE CUIDAR INFLUENCIA A RESPOSTA DO PACIENTE AO DESNUDAMENTO

Nesta categoria o cerne do questionamento é a resposta do paciente à abordagem do profissional de enfermagem quando são instados a desnudar-se ou a ser desnudado para ser cuidado.

Ahh, eu fiquei tão nervosa, vergonha, agoniada. Mas era o jeito, era para a minha melhora. Me senti invadida, mas não podia fazer nada. Ah, ali é uma sensação horrível, principalmente com a porta aberta (Part. 16).

A gente fica com vergonha. Nos primeiros momentos eu não conhecia as pessoas, então assim, eu ficava com um pouquinho de vergonha, mas aí, como eu falei assim, elas me deixaram tão à vontade que depois passou a ser uma coisa normal (Part. 06).

Nesta categoria são sintetizadas as reflexões dos pacientes entrevistados que mostram como a (in)observância dos princípios éticos no ato de cuidar é determinante nas respostas que eles dão à invasão de sua intimidade no mais delicado de seu pudor. Pois, é necessário entender que cada indivíduo tem sua singularidade o que constitui uma identidade própria.

Pois, o corpo humano é apontado como um espaço pessoal, uma área restrita em que separa pessoas e o nível de intimidade entre elas. Este espaço também está relacionado com o desenvolvimento da autonomia pessoal, privacidade, crescimento, auto identidade e autoproteção. Dessa forma, com relação ao do corpo físico, o paciente considera que este espaço deve ser preservado, e o cuidado prestado deve garantir segurança, autonomia e respeito aos princípios éticos (AKYÜZ; ERDEMİR, 2013).

Assim, é possível mencionar que a inobservância destes princípios conduziria a um cuidado rotinizado, uniformizado e impessoal, ficando evidente sentimentos de fragilidade, medo e constrangimento como pode ser expresso nas seguintes falas:

Apreensivo, você se sente fragilizado pela condição, pelo local (...). A

gente se sente assim, meio desconfortável. Mas precisa olhar, a gente está fragilizado, só reza pra aquilo acabar (Part. 04).

Senti assim, meu Deus eu nunca me achei na presença de um homem ele vendo minhas coisas que Deus me deu, e eu não levar jeito de dizer nada, porque aí de mim se não fizer essa limpeza. É muito pesado, quando a gente se atreve e casa mostra porque foi uma coisa que Deus deu, mas hoje somos obrigadas a mostrar a homens e mulheres, porque ai de nós se não for eles. Mas a saúde vem acima de tudo (Part. 12).

Muito incomodada e com vergonha. Muito incomodada, assim, a minha privacidade, né? Porque a posição que me colocaram é muito, sei lá... para todos ver, não colocaram nem um pano nas pernas para poder colocar a sonda como fizeram nas minhas cesáreas. Totalmente sem nada ali na frente dos homens. Me deu vontade de chorar de vergonha, fiquei com os olhos fechados o tempo todo (Part. 14).

Que eles deveriam ter mais um pouquinho de ética, e chegar para a gente e explicar. No caso, vai ser feito assim... assim... a gente vai expor você por alguns minutinhos para fazer isso e isso, quando acordar você estará assim, assim e assim (Part. 17).

Me senti envergonhada, né? Mas fazer o que? Acho nada não, eu. Não. Está tudo bom (Part. 18).

Senti dor. Eu senti vergonha (Part. 19).

O que se observa nas descrições dos participantes são sentimentos de vergonha, medo e opressão, descaracterizando o discurso da enfermagem sobre um cuidado centrado na abordagem humanística, num cuidado que é estabelecido como uma interação entre o profissional (que cuida) e o paciente que participa deste cuidado. Os próprios pacientes falam que os profissionais deveriam ser mais éticos, ter condutas éticas ao abordar. Diante disto, é possível levantar alguns questionamentos, como: Será que, de fato, esses pacientes estão sendo ouvidos? Que tipo de cuidado esses pacientes estão recebendo? Será que é possível falar de ética aplicada a saúde?

De acordo com o que foi vista nas falas acima não é possível falar de ética aplicada a saúde. Pois, a ética dá forma ao sujeito de como conduzir suas relações, enfatizando os valores, os deveres e os direitos dos pacientes que estão sendo cuidados, constituindo uma dimensão basilar para a educação da assistência em saúde de forma humanização. É importante mencionar que quando o profissional viola a consciência do paciente, ou seja, o que ele acredita como certo, isso pode resultar em sentimentos negativos de culpa e vergonha, como também na perda da

integridade, da quietude e do equilíbrio. A percepção é pessoal e abrange o conhecimento que o indivíduo possui de suas ações e uma reflexão sobre eles em relação aos seus próprios princípios (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

A ética está na origem de propostas teóricas que tendem descobrir saídas para as dificuldades ou desordens éticas próprias das atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde e em especial da enfermagem. Acompanhado deste raciocínio, é possível mencionar que, a apropriação dos princípios bioéticos pelos profissionais de enfermagem podem ajudar para uma melhor reflexão em volta de imagináveis recursos que admitam diminuir os conflitos éticos existentes na prática (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

É importante, também, que os profissionais de enfermagem instituem relações de confiança entre os pacientes que necessita de assistência, pois essas inclusões culminam em ações de interação recíprocas entre o cuidador e o ser cuidado, estabelecendo vínculos afetivos. Entretanto, é necessário que o profissional de saúde reconheça as particularidades de cada sujeito envolvido no processo. Tais recognições expandem o olhar para estar acessível a concepção dos acontecimentos e fatos que podem ocorrer em um mesmo ambiente e transpassam ações de cuidado (BAGGIO; ERDMANN, 2015). Só assim, de fato o cuidar da saúde será visualizado em uma nova perspectiva, no qual o ser humano é apreciado em sua totalidade.

Ainda é possível perceber que nos discursos dos participantes, a questão ética surge como intrínseco à humanização quando o incluem com sentimentos de respeito ao outro e aos direitos que este possui. E os elementos que deveriam sustentar os argumentos de enfermagem ao falar que a humanização se expressa na prática pela escuta ativa, plano de atendimento horizontal nas relações não acontece. Este raciocínio pode ser verificado através das falas:

Constrangido, é um momento em que você se sente um peixe fora d'água. Foi uma novidade, uma coisa estranha, foi um momento assim que não tinha me acontecido ainda, foi uma experiência nova. Estranho no sentido que me sentir invadido, um momento diferente. Agradável, seria ter um tratamento mais adequado, mais humano (Part. 07).

Eu sentir que ela quis dizer, colocou um apelido na parte da minha vagina. Não foi palavrão, mas foi como se fosse outro apelido que a equipe tem costume de usar. E ela por ser mulher não poderia ter

feito aquilo. Eu já estava anestesiada, se não, não teria feito nada disso (Part. 14).

Eu me sentia assim, muito envergonhado. Mas eu estava fragilizado, querendo resolver aquele desconforto e ela disse que tinha que ser daquele jeito, eu não falei nada (Part. 04).

Ao se debruçar sobre este ponto de vista, verifica-se que, a necessidade por assistência no âmbito hospitalar, faz com que o paciente se submeta a cuidados desumanos. A fala do participante 14 chama a atenção para comentários inapropriados por parte da equipe de saúde. Isso constitui uma violação ao dever ético de não ocasionar dano, acarretando desconforto ao paciente e prejuízo emocional. É importante que fique claro que para lidar com a vulnerabilidade do paciente é preciso entender seus medos, sua fragilidade, seu desespero e isso exige do profissional de enfermagem mais que tecnologia avançada, requerem que esses profissionais sejam humanamente capacitados para cuidar de pessoas com necessidades de atenção, carinho, compreensão, compromisso e respeito com a vida delas.

O avanço tecnológico é de grande ajuda e importância para o suporte da vida dos pacientes. Entretanto, é de igual relevância manter uma assistência mais distinta, vendo o paciente além das máquinas, aparelhos e procedimentos de enfermagem. A equipe de enfermagem não pode esquecer das questões de afeto, sensibilidade, respeito e o acolhimento necessário para com os pacientes. Essas questões exigem esforços e persistência, tornando-se relevante investir na qualificação destes profissionais, pois quanto mais houver o aperfeiçoamento, mais estes profissionais irão conscientizar-se quanto à importância dos princípios bioéticos nessa contextualização, melhorando a qualidade dos serviços prestados (CERONI et al., 2015).

O International Council of Nurses (ICN) emitiu uma afirmativa de caráter em que fez uma relação entre os Enfermeiros e os Direitos Humanos - Position Statement: Nurse and Human Rights (1998). Esse afirma que os enfermeiros têm o compromisso de defender os direitos humanos em todo o momento e em todas as circunstâncias, assegurando prestação de cuidados de forma adequada, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética. O enfermeiro, também, está obrigado a proporcionar que os pacientes recebem informação adequada para aceitarem ou

não o tratamento proposto (NUNES, 2013).

A ética do cuidar contribui para muitos relacionamentos humanos na área da saúde, abrangendo pessoas que estão frágeis, oprimidas, doentes e instáveis, e que a atitude desejável é a preocupação atenciosa por partes dos profissionais, e não o conceito afastado pelos direitos. Compadecer-se com a outra pessoa constituem aspectos vitais do relacionamento. Pois, sabe-se que a interação humana é formada de perspectivas de uns em relação aos outros, então quando a enfermagem estabelece uma relação flexível no cuidado prestado ao paciente, esclarecendo suas dúvidas, e permitindo sua participação no processo de cuidado é observado um crescimento dessas relações, movimentando as trocas entre os sujeitos no processo relacional (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Os profissionais devem resguardar as preferências do paciente e valores anteriormente expressos por eles acerca do cuidado com seu corpo, quando isso acontece ocorre uma modelagem do cuidado sendo visualizado de forma positiva pelos pacientes. Para isso, é preciso que se observe na prática a melhor maneira de agir nos cuidados onde o corpo é exposto, o profissional deve ter capacidade, através de uma visão ética, de perceber situações desconfortáveis para o paciente, sendo importante sempre relacionar os conceitos dos princípios bioéticos em toda prática do cuidado prestado pela enfermagem. Aqui é necessário comentar ainda que, embora o constrangimento exista por parte dos pacientes, eles conseguem apreender o cuidado de enfermagem como algo benéfico, como pode ser visto nos depoimentos:

No momento em que a enfermagem precisou despir meu corpo fiquei um pouco constrangido, mas assim, tiveram bastante cuidado, porque tem bastante leito. A experiência de ter sido tocando por uma pessoa desconhecida foi estranho, e fiquei um pouco, bastante constrangido, um pouco não, bastante, né? Mas pelo fato da necessidade eu tive que romper isso, né? Mas, pela necessidade não tive outra escolha. Aí a única coisa que me incomodou foi pelo fato de que fiquei constrangido, mas tive que quebrar essa barreira para fazer o procedimento (Part. 09).

O enfermeiro vem e ajuda. E para mim não me incomoda porque eles são profissionais, são umas pessoas que se formam já para isso, né? Aí eu não tenho diferença em nada... foi uma experiência boa (Part. 26).

Antes de vir para cá eu sabia o que podia acontecer (ficar nu), eu sabia desse risco que eu tinha de correr, né? E eu aceitei porque

tenho que cuidar de mim, estar bem comigo mesmo. A primeira vez eu garanto que foi difícil, porque para gente ficar nu na frente de outra pessoa tem que ter intimidade, né? No início, é complicado, você fica todo sem jeito, porque são coisas íntimas que ninguém pode está se mostrando para todo mundo e a gente fica um pouco constrangido com certeza (Part. 11).

Tenho um pouquinho de vergonha, mas passou. Porque é para o bem da pessoa. Prefiro uma mulher. Eu aceito um homem também, porque eu sei que o trabalho dele é aquele mesmo, tem que aceitar, porque não só vem mulher, não. Via respeito nele. Foi tudo bem graças a Deus (Part. 23).

Não senti nada estranho e nem vendo nada fora de sério. Tudo com amor e com carinho. Achei uma bênção, porque essa parte foi pela minha saúde. (Part.25).

A exposição ao corpo nos ambientes hospitalares acontece para que alguns cuidados sejam prestados, pela equipe de saúde, e através desses cuidados o paciente possa alcançar a restauração de sua saúde. Os pacientes, em suas falas, mostram seus entendimentos com relação a esta questão, e também expressa sentimentos de vergonha e constrangimento diante do ato de desnuda-se ou de ser desnudado. No entanto, eles reconhecem a importância da equipe de enfermagem na minimização dos danos acerca desse constrangimento, deixando-os à vontade, no momento em que o cuidado está sendo desenvolvido.

Do ponto de vista moral prestar um cuidado com qualidade, utilizando-se de conceitos bioéticos que possam ser usados para avaliar os danos e as responsabilidades das condutas profissionais, contribui para o desempenho da natureza dos serviços de saúde onde o nu é substancial. Uma abordagem informativa, traçando junto com o paciente seu plano de cuidado, transmitindo informação de uma maneira adequada gera satisfação para o paciente e a tomada de decisões se dá de forma apropriada, pois a perspectiva, as opiniões e as recomendações do profissional são, com frequência, essenciais para uma decisão sensata (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

É preciso que o profissional respeite a autonomia do paciente, deixando que ele escolha acerca do cenário onde o corpo vai ser despido. Os profissionais devem, também, ajudar o paciente a se sentir confortável em seu entorno, informar a ele sobre as opções disponíveis e instruir o paciente com conhecimento satisfatório, para que ele venha ter confiança. A informação é um elemento importante do controle autônomo; é através do processo informativo com embasamento ético que o

paciente passa a entender e confiar no profissional, a ausência disso provoca estresse ao invés de proporcionar conforto (FERRI; MUZZALUPO; LORENZO, 2015).

Dessa forma, a atenção ao paciente deve envolver todas as necessidades do paciente ao longo do período de hospitalização, sendo a equipe de enfermagem responsável pela realização de todos os cuidados prestados, devendo ser executado com conhecimentos especializados e éticos, para atender às necessidades apresentadas, com a finalidade de minimizar os riscos, promover a recuperação, evitar complicações, pois estas, no caso do desnudamento, podem estar associadas ao preparo inadequado dos procedimentos que envolve o corpo desnudo. Assim, é relevante enfatizar aos profissionais da saúde a importância da habilidade de comunicar-se com os pacientes e a se mostrar emocionalmente receptivos às necessidades de cada um.

#### 4.2.1 INFORMAR, ILUDIR OU CONSENTIR ESCLARECIDAMENTE REVELA O ATO BIOÉTICO DE DESNUDAR

Esta subcategoria se compôs pela análise das falas de 10 dos 28 participantes, e observa-se a ineficiência e a não presença ética da enfermagem em não informar e pedir consentimento do procedimento que foi realizado onde o nu era indispensável, e o quanto isso foi nocivo para os participantes que, diante do imprevisível, silenciou. Talvez isso aconteça porque os profissionais sabem o que precisa ser feito e faz, mas a falta de comunicação gera sentimento de insegurança, medo, aumentando o constrangimento do paciente. As falas dos participantes mostram esta realidade:

Antes deles fazerem essas coisas tem que explicar o procedimento, tudo direitinho, explicar o passo a passo que ia proceder ali. Para a pessoa não ficar constrangida, mas vai fazer o que? (Part. 16).

Eu não vi. Estava anestesiada. Ai quando eu acordei estava com a sonda. No mínimo eles deveriam ter me dito que iam passar uma sonda, que eu ia ficar numa posição ginecológica, né? Porque eles iam precisar passar, e deveriam falar para que eu não viesse a me assustar depois. Eles deviam ter me avisado, porque eu já imaginava que isso pudesse acontecer (Part. 18).

Foi uma precisão a sonda, né? Não sabia que ia usar sonda. É claro que é importante orientar, a gente fica mais (...). Então, depois eu vi

que estava com a sonda, né? Porque eu sei que ela botou porque era necessário. É claro que você falando, explicando todo o procedimento, a gente fica mais relaxado, mais calmo (Part. 21).

Eles colocaram uma sonda em mim quando eu saí do centro cirúrgico, já vim... eu não lembro como eles colocaram, nem como colocaram, eu só lembro que quando eu acordei eu estava no apartamento com uma sonda e eles falaram que eu precisava dela, mas não me comunicaram antes que eu aí usar sonda (Part. 07).

As falas dos participantes da pesquisa determinam a ineficácia do profissional de enfermagem em não comunicar o que vai ser feito, isso pode gerar violação dos princípios da beneficência e não-maleficência, pois as determinações, por vezes, não são tomadas corretamente ou em conjunto, influenciando diretamente no cuidado prestado pela enfermagem. Outro princípio que fica comprometido é o da autonomia, pois ele revela a importância de informar e pedir o consentimento do paciente antes de prestar qualquer cuidado.

Então, o Consentimento Informado trata-se de uma explicação oral ou através de um documento que garante ao paciente receber, de maneira apropriada, todas as informações acerca do cuidado que vai ser prestado, quanto ao diagnóstico, prognóstico, tratamento e eventuais efeitos colaterais e intercorrências que poderão acontecer durante o tratamento e todo plano de cuidado. Tais informações garante a comprovação de que foi prestada informação suficiente, por meio adequado e em linguagem compreensível. Por esse meio o paciente poderá decidir de maneira segura sobre o tratamento que irá se submeter (PICARELLI; NEVES, 2015).

O termo consentimento informado pode ser dividido em informar, que se refere à confiança da informação e o entendimento daquilo que é referido. Já o consentimento relaciona-se a uma determinação e uma concordância espontânea do indivíduo de aceitar o procedimento que é recomendado. A obrigação de informar ao paciente tudo o que vai acontecer em seu tratamento se apresenta como uma condição necessária, e às vezes a única condição, do consentimento informado válido, o consentimento informado basear-se num compromisso geral de exercitar um cuidado legítimo de fornecer informações (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Nas falas é observado também que o profissional informa ao paciente de maneira restrita, ou seja, o paciente sabe que vai se submeter a um procedimento cirúrgico, mas não tem noção de todo o contexto pelo qual passará naquele

ambiente desconhecido, e a enfermagem que deveria orientar e informar os possíveis eventos e acaba ocultando informações ou mascarando algo que ela sabe que vai acontecer.

Mas, é importante saber que um consentimento válido depende de uma comunicação honesta, pois a obrigação da fidedignidade depende do respeito devido aos outros. No entanto, na área da saúde as ações desenvolvidas onde ocorre a não revelação das informações, ou ilusionar, ou mentir só serão justificadas, quando a verdade entrar em conflito com outras obrigações mais plausíveis. É importante que fique claro que a autonomia e o consentimento informado estão interligados, você não pode cumprir com um sem cumprir com o outro (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Sendo assim, a informação pode ser idealizada como um instrumento de transformação e libertação da consciência, desta forma a informação promove, além do bem-estar individual, o aprimoramento da relação social, isto porque o uso do conhecimento está associado ao desenvolvimento do indivíduo e de suas liberdades, neste caso a informação é o alicerce para uma visão integral que lhe possibilita vislumbrar a verdade de sua relação com o outro e com o mundo, onde o conhecimento garante o direcionamento ideal de cada ação do sujeito, garantindo-lhe maiores chances de obter resultados positivos (BORGES; RAMIRES, 2012).

Desse modo, ao se iniciar uma relação entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada é preciso que seja ajustado nessa relação o direito à verdade no que se refere ao cuidado que vai ser prestado. Pois, assim como o profissional que conquistam o direito de receber informações verdadeiras, por parte dos pacientes, também tem o dever de informar toda a assistência prestada. Portanto, as relações estabelecidas entre profissional e paciente deve consistir em veracidade, e isso determina o grau de confiança nessa relação, e esse grau de confiança vai determinar o grau de cooperação e interação benéfica. Portanto, o engano e a ausência de comunicação denotam desrespeito pelas pessoas e ameaçam as relações de confiança (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

A Enfermagem enquanto profissão deve empenhar-se para dá um cuidado com qualidade e humanizado, executando suas tarefas com responsabilidade, aplicando os princípios na tomada de decisão e ter atitudes de solidariedade nos cuidados prestados ao paciente (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). Pois, é

importante que estes profissionais utilizem os princípios éticos para, assim, assegurar ao paciente o acesso à saúde, com justiça e equidade, a autonomia e a dignidade no atendimento prestado, sempre em busca da beneficência e não-maleficência. Cabe, também, aos profissionais de enfermagem pensar, discutir e questionar as questões polêmicas para buscar soluções.

Nesse processo, a comunicação é uma ferramenta essencial no trabalho do enfermeiro, sendo preciso que este profissional busque conhecimento através de bases teóricas sobre a melhor forma de desenvolver esse método de comunicação e adquirir capacidade de se relacionar interpessoalmente para atuar positivamente na assistência prestada ao paciente (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Para que este processo de comunicação ocorra é preciso, também, que o profissional enfermeiro busque escutar, falar quando necessário, dar abertura para realização de perguntas, ser franco, expressar respeito, dedicar tempo suficiente para a conversa e mostrar veemência, entre outras habilidades que precisam ser desenvolvidas. O não aperfeiçoamento dessas virtuosidades faz o paciente achar que não tem direito de escolha e de que não precisa ser comunicado, conforme se observa em suas próprias palavras:

Não vi nada. E outra, você não tem o direito de escolha, nem lhe perguntaram (Part. 09).

A sonda foi passada no centro cirúrgico, eu não vi, eu estava dormindo, mas quando acordei já estava com ela. Eu não senti nada estava dormindo (Part. 05).

Não informaram. Quando eu percebi eles já tinham passado ela. Só me explicaram sobre essa sonda aqui, a do nariz (Part. 15).

Eu não lembro da hora que passaram a sonda, porque eu estava anestesiada. Quando eu acordei já estava com ela (Part. 20).

O sentimento, eu não tenho muito o que dizer, não lembro de nada, não estava acordado.... Sei que tudo que é explicado a gente fica bem tranquilo, mas não fiquei assim (Part. 21).

Me levaram para a cirurgia, quando voltei já foi com a sonda e a bolsa. Não me disseram, nem eu perguntei. Achei que seria normal pelo fato de eu ficar deitado e não ter como me levantar toda hora para ir ao banheiro (Part. 24).

O cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser realizado nos dias de hoje, e isso pode estar acontecendo devido à falta de recursos

materiais, humanos, e estrutural das instituições. A rotina diária faz com que os integrantes da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, deixem de tocar, conversar e ouvir o paciente que está recebendo cuidado. Apesar do grande empenho que os enfermeiros são capazes de realizar, isto está se tornando um serviço difícil, pois exigem atitudes as vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante.

Mas, é dever da equipe de enfermagem estabelecer uma relação que ultrapasse o cuidado físico, por meio de ações humanizadas, proporcionando a recuperação do paciente com qualidade. Pois, o paciente se entrega a esses cuidados devido as circunstâncias que eles encontram-se e o mínimo que o profissional de enfermagem tem o direito de ofertar é a informação.

Então, revelar informações sobre procedimentos que requerem consentimento ou a recusa do paciente é substancial. Desse modo, a enfermagem deve dar informações acurada e objetiva sobre o que vai acontecer, e é preciso que fique coerente para o paciente. A falta de veracidade na prática do cuidado pode dizer respeito a toda gestão sincera e honesta das informações e isso pode afetar o entendimento e a confiança do paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Assim, é importante ressaltar que os valores éticos são elementos essenciais da sociedade. O respeito a autonomia é considerado valores humanos inatos, onde o enfermeiro deve respeitar as crenças do paciente e preservar sua dignidade e privacidade em procedimentos em que o nu é imperativo, sendo o processo de comunicação indispensável, buscando atender às necessidades dos pacientes. Os enfermeiros, ainda, devem aceitar que as pessoas merecem respeito e dignidade em ação. Eles devem praticamente cobrir as partes do corpo dos pacientes se expostos (SHAHRIARI; MOHAMMADI; ABBASZADEH; BAHRAMI, 2013).

#### **4.3 A INTERAÇÃO BIOÉTICA LEVA O PACIENTE A RESSIGNIFICAR O SEU DESNUDAMENTO PELO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Nesta categoria, foram reunidas as falas que traduzem a satisfação dos pacientes acerca dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem em procedimentos onde o desnudamento é substancial. Os participantes admitiram em seus discursos que, para eles, não foi tão constrangedor desnudar-se ou serem desnudados para ser cuidado, pois os profissionais foram cuidadosos, respeitosos, formadores de vínculos, as informações foram transmitidas de forma apropriadas, não causando transgressão ao princípio da autonomia. Como indicam as falas dos participantes:

Por mais que eu tenha ficado constrangida por ter ficado nua, eu não conhecia ela, mas para mim parecia que eu já conhecia há muito tempo. Me deixou bem à vontade, conversava comigo, me deixou bem relaxada (Part. 27).

Eu me sinto bem minha filha, porque tudo que ele faz aqui é para o meu bem, então eu não posso reclamar, que tudo que fazem para mim é bom, tudo, tudo (Part. 01).

É que aqui, têm pessoas que também tem aquela sensibilidade de cuidar de você da mesma forma que você cuida de pessoas da família (Part. 06).

Eu achei eles mais cuidadosos, mais ali junto. Eu achei muito melhor do que das outras gravidezes (Part.28).

Os cuidados e tal, deixou eu muito à vontade, eu ficava à vontade como se eu tivesse com minha mãe, né? (Part. 09).

Elas chegaram e me trataram bem, todas as pessoas que chegam sempre me tratam bem (Part. 10).

Afeto, ao ver que através do cuidado deles ali, amanhã eu posso ir para casa, eu não estou desprezado, eu estou assistido (Part. 11).

No caso de sentimento eu fiquei bem à vontade, porque na verdade são pessoas conhecidas, eu fiquei até brincando (Part.13).

É visível nos depoimentos a sensação de que o cuidado prestado foi satisfatório, os pacientes enaltecem a equipe, falam da dedicação, do afeto, e que apesar da existência de constrangimento isso foi minimizado pelo cuidado respeitoso, atencioso, empático. Essa interação profissional/paciente e a influência dos princípios bioéticos são indispensáveis no processo de cuidado, mesmo diante das dificuldades evidenciadas pelos profissionais no cotidiano, é preciso que o ser cuidado se sinta assistido, informado e apoiado.

A simpatia, a compaixão, o afeto, a confiança e o vínculo de amizade quando facilmente encaixada no cuidado que está sendo ofertado, contribui para uma prática de enfermagem mais humanizada e minimiza o constrangimento do desnudamento apresentado pelo paciente. É importante ressaltar que a bioética do cuidar ajuda o profissional a libertasse de concepções estreitas relacionadas a responsabilidade técnicas e rotineiras (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Assim, a maneira que a enfermagem aborda e a linguagem podem preservar a autonomia e a dignidade do paciente. Os atos de cuidado quando bem desenvolvido permite que um paciente experimente sensação de estar confortável no ambiente. Assim, os atos de cuidar são entendidos como atos éticos, baseados em conhecimentos, habilidades, experiência, ética e moral, e são escolhas sempre conscientes dos quais o profissional de enfermagem é responsável (BLOMBERG; WILLASSEN; VON POST; LINDWALL, 2015).

Dessa forma, a ética deve fazer parte da ideologia de enfermagem para um cuidado mais humanizado. O profissional não deve estar regado apenas a organização do ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos, e dos procedimentos a serem desenvolvidos, nada disso é mais significativo do que a essência humana, pois o cuidar envolve uma ação interativa. A ação do cuidado de enfermagem deve estar calcada em valores éticos, pois só assim irá estimular no profissional de enfermagem um comportamento de solidariedade para com o próximo, visando sua integridade moral, e sua autonomia e dignidade humana.

O respeito a essa autonomia do paciente nos procedimentos que exigem o desnudamento do corpo sugere que os profissionais de enfermagem discutam com os pacientes a melhor forma para sua execução, capacitá-los para agir autonomamente no ato de desnudar, quando tiver condições. Esses profissionais devem sempre apresentar ações respeitadas e incluir o paciente no desenvolvimento do processo de cuidado. Maneiras e ações que ignoram, ofendem ou desedificam a autonomia do paciente, pode contribuir para negação de uma igualdade mínima entre profissional/paciente, arruinando o processo de autonomia e consequentemente a ação de cuidar (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Deste modo, a importância de identificar questões éticas pelos enfermeiros nos cuidados prestados em suas práticas diárias é um fator importantíssimo. Pois, situações como privacidade, interação profissional/paciente, e acesso à saúde com

questões éticas emergentes é um grande desafio para o enfermeiro. Talvez o desenvolvimento moral e treinamento vinculados aos princípios bioéticos sejam estratégias significativas para o melhoramento de conflitos éticos existente ao cuidado prestado pela enfermagem (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

A participação do enfermeiro no cuidado prestado ao paciente deve ser permeada de questões que envolve atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional, pois só é possível humanizar quando se parti da própria humanização. Quando o profissional se coloca no lugar do outro e toma consciência do problema apresentado, sendo possível avaliar e escolher melhor o plano de cuidado para aquele momento. Assim, a construção de um plano de cuidado que seja edificado através de um olhar holístico, empático, carregada de emoção e de possibilidade de manter o outro livre (respeito a autonomia), tornando os envolvidos sujeitos de suas próprias ações fazem os pacientes apontarem o trabalho da enfermagem como satisfatório e indispensável, conforme revela o recorte dos depoimentos:

É a primeira vez que eu me interno, mas eu gostei pelo fato de principalmente as enfermeiras, elas têm bastante cuidado, né? Elas fazem o trabalho delas, elas sabem que eu sou vergonhoso, né? Sempre dão um jeito, assim, de me deixar a vontade, não me deixa constrangido com nada, sempre assim. Lembro o nome de todas, que me ajudou e tudo, são bastante competentes, e sempre teve aquela atenção enorme por mim, o que me deixa feliz é isso, né? Pelo fato deles explicarem tudo direitinho e dizerem: quer ou não? (Part. 09).

Acho, sei lá, que é necessidade, né? Tinha que colocar mesmo. Eu só tenho que agradecer por tudo que fizeram, né? por mim... Agora eu só quero ficar bem e sair daqui (Part. 20).

O que eu poderia dizer para eles é que a cada dia a bênção de Deus seja abençoado e que eles fiquem mais sábios, mais sábios do que eles são, eles sejam sempre as pessoas que são (...). Porque são as pessoas que trabalharam com amor, estudaram com amor para salvar as nossas vidas. Eu só posso desejar nas minhas orações, quando eu for orar, orar por vocês todos, e que a cada dia, no dia de amanhã sejam uma melhora para vocês, porque vocês são as pessoas que é o lado de Deus, traz a vida, porque a minha vida estava muito, muito ruim (Part. 25).

O ato de escutar e acolher o paciente no cuidado prestado pela equipe não deixa de ser uma diretriz ética e política no modelo de produção da saúde, sendo também uma ferramenta tecnológica avançada e indispensável, e garanti o alcance

da formação de um bom relacionamento entre profissional enfermeiro e paciente. A forma como o profissional acolhe possibilita a formação do vínculo quando esse acolhimento é favorável. Proporciona ainda a apreciação do processo de saúde com base nas relações por ele determinadas, o que pode levar o reconhecimento do paciente como agente participativo no processo de construção e desenvolvimento do plano de cuidado.

Os profissionais de enfermagem após sua formação assumem compromissos implícitos e explícitos, cuja responsabilidade é de fornecer um cuidado benéfico, sempre com o propósito de evitar que ocorra danos ao paciente. É preciso que a enfermagem aja de forma ética, pois todo relacionamento se estabelece como fios de tecido que se entrelaçam para dá sustentação, e quando esses fios são retirados o tecido vai se tornando fraco, assim são as relações humanas. Elas são sustentadas através do respeito ao próximo, tratando-o com dignidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Outro ponto relevante é que, sabe-se que as relações constituídas entre profissionais de enfermagem e pacientes estão entre os assuntos desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo essenciais à plena implementação do Sistema Único de Saúde. Por mais que o Sistema seja ancorado em leis com status de políticas de Estado, a sua consolidação também depende das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e pacientes. Vale ressaltar que, se a relação profissional/paciente se efetivar verdadeiramente, gradativamente serão fomentados impactos positivos não só para os pacientes e a comunidade, mas também aos próprios profissionais de saúde (ALMEIDA; OLIVEIRA; MACEDO; DIAS; COSTA, 2014).

A principal contestação, de todo contexto, é que o modelo da prática profissional subverte o direito de escolha autônoma do paciente. Os modelos profissionais de saúde são formulados apenas para julgamentos médicos, o que não pode acontecer, pois as decisões em favor ou contra os cuidados que serão prestados ao paciente são, legitimamente, uma prerrogativa que eles devem participar diretamente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

## 5. CONCLUSÃO

---

Ao triangular os discursos dos participantes com o referencial teórico e a literatura acessada chegou-se à conclusão que os objetivos foram alcançados, confirmando a hipótese formulada. De fato, a observância dos princípios éticos na relação de cuidado de enfermagem onde a nudez é necessária faz toda a diferença entre uma experiência constrangedora ou mesmo humilhante em troca de uma situação passageira inevitável, superada pela cumplicidade entre o profissional e o paciente.

A interpretação dos discursos dos participantes seguiu a congruência referida pelo o pensamento de Tom L. Beauchamp e James Childress, referencial teórico desta pesquisa, da qual emergiram três categorias. A primeira apresentou a postura ética como preditora da experiência do desnudamento. Pois, para cuidar de paciente em situações de profunda ansiedade, desespero, inquietação, onde o desnudamento de seu corpo é indispensável é preciso que o cuidado seja compreendido e aceito por ambos Profissional/paciente, e para que ocorra a enfermagem precisa conscientizar-se da própria condição humana, convivendo e aprendendo com o outro, ajudando-o como pessoa e cidadão no seu compromisso com a vida e com seu bem-estar e isso deve acontecer de forma ética.

O paciente hospitalizado apresenta, desconforto, ansiedade, stress físico e emocional devido ao processo de adoecimento, desta forma os cuidados de enfermagem devem ser realizados de maneira planejada individualmente, para que os sentimentos apresentados nesta fase não se intensifiquem, mas sejam amenizados. Assim, o enfermeiro deve prestar assistência ao paciente com qualidade, realizando o cuidado desde ao preparo físico, como também psicológico e espiritual, onde o cuidado venha transcorrer da melhor maneira possível.

O cuidado de enfermagem deve objetivar estabelecimento de vínculo, construir relações positivas com relação o acesso ao paciente, de modo a determinar uma relação de confiança. É relevante, ainda, que fique claro que o cuidado técnico é importante, mas não são exclusivos, pois no processo de cuidar deve-se incluir a intuição e a subjetividade que são destacadas como elementos

importantes na avaliação clínica e na tomada de decisões. Quando a equipe de enfermagem reconhece e valoriza esse processo como um todo ocorre o melhor resultado da qualidade dos serviços prestados para o paciente em sua singularidade e integridade.

As reflexões acerca dos cuidados de enfermagem onde o nu é substancial devem passar por uma contextualização mais aprofundada acerca dos conceitos bioéticos. Pois, mesmo o cuidado sendo visto como essência da enfermagem verifica-se, a partir da realidade desta pesquisa, que existem contradições no que tange à sua concepção, bem como ausência ou limitações das informações acerca dos procedimentos realizados. Pois, verifica-se, ainda, que muitos pacientes desconheciam o motivo da realização de alguns cuidados, não sendo orientados pelos profissionais em relação a justificativa antes de sua realização.

No entanto, a observância dos princípios bioéticos no ato de cuidar contribui para minimizar o constrangimento do paciente que está sendo cuidado. Para isso, é preciso que a enfermagem tenha uma conduta de abertura à compreensão das impressões, emoções, sensações do paciente, possibilitando adentrar em seu mundo-vida, para compreender o significado do cuidar sob o olhar de quem está vivenciando o problema de saúde. Quando o profissional de saúde se apropria desses princípios para a construção do plano de cuidado e na abordagem ao paciente, observa-se que as conduções das relações são enfatizadas nos valores, nos deveres e nos direitos dos pacientes que estão sendo cuidados, constituindo uma dimensão basilar para a educação da assistência em saúde de forma humanizada.

Evidencia-se nas falas de muitos dos participantes surpreendente sensações acerca da experiência de ter sido cuidado pela enfermagem em situações onde a nudez é imprescindível, e essas emoções estão impregnadas da ineficácia do profissional de enfermagem em não informar o que vai ser feito, gerando violação dos princípios da beneficência, não-maleficência, respeito a autonomia e justiça, pois as determinações não são tomadas corretamente ou em conjunto, gerando medo e insatisfação nos pacientes. Outro ponto nevrálgico do atendimento levantado pelos participantes e que precisa ser averiguado, é a falta de cuidado acerca do ambiente onde esse cuidado está sendo prestado.

Ao observar os depoimentos parece que a técnica sobrepõe-se ao humano, o

que é preocupante. Então, resgatar o real sentido de cuidar passa ser algo indiscutível, e exige da equipe de enfermagem condutas voltadas a promover um espaço de diálogo com o paciente, permitindo que este exerça sua autonomia e se posicione mais ativamente frente seu plano de cuidado. Assim, enfatiza-se a relevância de buscar incessantemente o aperfeiçoamento do processo de cuidar que requer competência, sistematização das ações de enfermagem com incorporação das evidências das melhores práticas embasadas em conceitos éticos.

Não obstante, observa-se também outra enfermagem, a que está atenta aos princípios bioéticos no momento da execução de seus cuidados, assumindo a tarefa de proteger os pacientes hospitalizados, assegurando que eles estejam recebendo a assistência humanizada e respeitosa. Dessa forma, é possível verificar o encontro entre profissional/paciente, essa confluência permite que os pacientes envolvidos no processo de cuidar sejam percebidos, favorecendo mudanças de atitudes. Assim, é importante que fique claro que respeito implica em ética, e que para cuidar é necessário respeitar o outro, valorizá-lo na sua condição plena de sujeito. Nesse contexto surge a terceira categoria onde a interação ética leva o paciente ressignificar o seu desnudamento pelo profissional de enfermagem.

Nesta perspectiva, é interessante buscar alternativas para transformações, no tocante a repensar o cotidiano do trabalho da enfermagem e da assistência prestada. É importante, também, que as instituições de ensino se debrucem acerca do assunto, para diminuir a distância entre a teoria e a prática, e que busque evidências científicas para evitar que os cuidados de enfermagem onde o nu é necessário aconteça de forma menos constrangedora, não distanciando as necessidades do paciente ao do cuidado adequado.

Portanto, é importante que exista transformação e uma nova postura profissional seja estabelecida, que essa nova equipe de enfermagem seja crítica e reflexiva em todo cuidado prestado e em especial nos procedimentos onde a nudez se faz presente, que essa enfermagem esteja aberta para aprender, que sua organização do trabalho seja realizada tendo como principal finalidade o paciente, e que seja diferenciado do modelo de trabalho de assistência funcional, através de normas e rotinas, que choça em concepções tradicionais.

Por fim, este estudo permite recomendar aos profissionais de enfermagem, organizações de classe, instituições formadoras e instituições hospitalares, em um

mundo em que as relações humanas no trabalho tendem a desumanizar-se aceleradamente, que reflitam, sensibilizem-se para revisitar ideias, hábitos, maneira de agir e pensar, com intuito da reafirmação da prática indissociável dos princípios bioéticos, para que melhorias ocorram em favor dos pacientes, haja vista os conflitos relatados que alertam para a necessidade de mais discutir a relação ética e implementar práticas humanizadas para o ambiente hospitalar. Pois, só assim a profissão poderá estabelecer-se como ciência do cuidado humano, legitimando seu verdadeiro espaço.

## REFERÊNCIAS

---

AKYÜZ, E.; ERDEMİR, F. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. **Nurs Ethics.**, v. 20, n. 6, p.660-71, sep. 2013. Disponível em: <http://journals.sagepub.com.ez9.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/0969733012468931>. Acesso em: 25 de out de 2017.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.11, p.2287-2296, nov. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001600015&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001600015&lng=en&tlng=en). Acesso em: 28 de jul de 2017.

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=cuidado+com+qualidade&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013&as\\_yhi=2017](https://scholar.google.com.br/scholar?q=cuidado+com+qualidade&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013&as_yhi=2017). Acesso em: 05 de outubro de 2017.

ARDIGO, F.S.; AMANTE, L.N. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1064-1071, Dec. 2013 . Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71429843024>. Acesso em: 25 de jul de 2017;

ARISTÓTELES, E. *The Complete Works of Aristotle: The Revised Oxford Translation*, 6 th ed. Jonathan Barnes: Princeton University Press, 1984, v. 2.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Processando o cuidado “do nós” nas relações/interações estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4836/483647680017.pdf>. Acesso em: 08 de ago de 2017.

BAPTISTA, M. K. S. **O poder na relação de cuidado de enfermagem: a voz do paciente**. 2016. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Princípios de Ética Biomédica**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BITTENCOURT, A. L. P.; QUINTANA, A. M.; VELHO, M. T. A. C.; GOLDIM, J. R.; WOTTRICH, L. A. F.; CHERER, E. Q. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? **Psicologia em Estudo**, Maringá – PR, v.18, n.1, p.93-101, jan/mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n1/v18n1a09.pdf>. Acesso em: 28 de Jun de 2017.

BORDINI, C.A. Capelania hospitalar: ajuda humanitária e espiritual?. **Revista Cadernos Teológicos**, v. 1 n. 1 (2014). Disponível em <http://www.faculademesianica.edu.br/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/83>. Acesso em: 24 de outubro de 2016;

BORGES, J.; RAMIRES, V. Da informação à liberdade: um percurso de conhecimento. **Intercom – RBCC**, São Paulo, v.35, n.2, p. 19-38, jul/dez 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/interc/v35n2/02.pdf>. Acesso em: 06 de out de 2017.

BLOMBERG A.C.; WILLASSEN, E.; VON POST, I, LINDWALL, L. Student nurses' experiences of preserved dignity in perioperative practice - Part I. **Nurs Ethics**. 2015 Sep;22(6):676-87. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Lillemor\\_Lindwall/publication/264628901\\_Student\\_nurses%27\\_experiences\\_of\\_preserved\\_dignity\\_in\\_perioperative\\_practice\\_-\\_Part\\_I/links/5416e8f70cf2fa878ad434dc/Student-nurses-experiences-of-preserved-dignity-in-perioperative-practice-Part-I.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lillemor_Lindwall/publication/264628901_Student_nurses%27_experiences_of_preserved_dignity_in_perioperative_practice_-_Part_I/links/5416e8f70cf2fa878ad434dc/Student-nurses-experiences-of-preserved-dignity-in-perioperative-practice-Part-I.pdf). Acesso em: 06 de out de 2017.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 06 de out de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.286 de 26 de out. 1993. Diário Oficial, Brasília, 21 de out. 1993. Seção 3, p. 34-35.

CALVO, A. O conflito entre o poder do empregador e a privacidade do empregado no ambiente de trabalho. **Revista Eletrônica**, Jun. 2013. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=privacidade&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013&as\\_yhi=2017](https://scholar.google.com.br/scholar?q=privacidade&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013&as_yhi=2017). Acesso em: 18 de Jul de 2017.

CAMPOS, A.C.V. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. Humanizedcare in the nurses perception's. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2012. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+cuidado+humanizado+sob+a+percep%C3%A7%C3%A3o+dos+enfermeiros+&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2012&as\\_yhi=2017](https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+cuidado+humanizado+sob+a+percep%C3%A7%C3%A3o+dos+enfermeiros+&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2012&as_yhi=2017). Cesso em: 12 de ago de 2017.

CERONI, P. et al. Exposição corporal do paciente no olhar do acadêmico de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 3148-3162, out./dez. 2015. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=apesar+do+constrangimento+o+paciente+se+submete+ao+cuidado+da+enfermagem&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013&as\\_yhi=2017](https://scholar.google.com.br/scholar?q=apesar+do+constrangimento+o+paciente+se+submete+ao+cuidado+da+enfermagem&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013&as_yhi=2017). Acesso em: 10 de out de 2017.

COLLIERE, M.F. **Promover a vida**. 3ª ed. Coimbra: Lidel; 2012;

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 564 de 06 nov. 2017. Dispõe sobre a aprovação da reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Brasília, 06 de nov. 2017. Seção 2, p. 40-45.

CHERNICHARO, I.M.; FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A. Humanização no cuidado de Enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.66, n.4, p.564-570, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000400015&script=sci_arttext). Acesso em: 14 de Ago de 2016.

COHEN, Marshall. **Medicine and Moral Philosophy: A" Philosophy and Public Affairs" Reader**. 1. ed. Princeton University Press, 2014.

CUNHA, J.P.X. et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de Enfermagem. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.657-664, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>. Acesso em: 07 de Jul de 2017.

DELMAR, C. The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. **Nursing Philosophy**, v.13, n.4, p. 236-243,2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/230803439\\_The\\_excesses\\_of\\_care\\_A\\_matter\\_of\\_understanding\\_the\\_asymmetry\\_of\\_power](https://www.researchgate.net/publication/230803439_The_excesses_of_care_A_matter_of_understanding_the_asymmetry_of_power). Acesso em: 12 de nov de 2015;

DINIZ, F.R.A.; OLIVEIRA, A.A. Foucault: do poder disciplinar ao bio-poder. **Scientia**, Sobral -CE, v.2, n.3, p.143-158, 2013. Disponível em: [http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site\\_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2\\_N3/pdf](http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/pdf). Acesso em: 12 de nov de 2015.

FALEIRO, Janine R. Um breve estudo das violações praticadas à dignidade da pessoa humana pelos nacionais-socialistas: o uso possível da fórmula de Radbruch e o papel dos princípios. In: **Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, XIII, 2016. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:lzW1EpN1dBbERM:scholar.google.com/>. Acesso em: 15 de Mai de 2017.

FELIX, Z. C. et al. Nursing care in terminality: compliance with principles of bioethics. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 97-102, 2014. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Nursing+care+in+terminality%3A+compliance+with+principles+of+bioethics&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Nursing+care+in+terminality%3A+compliance+with+principles+of+bioethics&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 28 de set de 2016.

FERNANDES, M. I. D.; MOREIRA, I. M.P.B. Ethical issues experienced by intensive

care unit nurses in everyday practice. **Nursing Ethics**, v. 20, n. 1, p. 72-82, 2013. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013&as\\_yhi=2017&q=Ethical+issues+experienced+by+intensive+care+unit+nurses+in+everyday+practice&btnG](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013&as_yhi=2017&q=Ethical+issues+experienced+by+intensive+care+unit+nurses+in+everyday+practice&btnG). Acesso em: 05 de out de 2017.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FERRI, P.; MUZZALUPO, J.; LORENZO R. D. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. **BMC Health Serv Res**. v. 28, n. 15, p. 41, 2015. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0704-8>. Acesso em: 25 de out de 2017.

FONSECA, G.G.P.; PARCIANELLO, M.K.; ZAMBERLAN, C. Agentes estressores em uma unidade de tratamento intensivo coronariana e o cuidado de Enfermagem humanizado. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, São João Del Rei –MG, v.3, n.2, p. 654-661, maio/ago 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/343/428>. Acesso em: 14 de jul de 2016;

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes. A ordem do discurso. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014a.

FOUCAULT, Michel. Arqueologia das Ciências, História dos Sistemas de Pensamento. In: **Ditos & Escritos II**. Vol. II, 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 1538, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 41. ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2013b.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014b.

FREITAS, J. S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281431353015.pdf>. Acesso em: 27 de jul de 2017.

GALLAGHER, A.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VENTURA, C. Dignity in care: where next for nursing ethics scholarship and research?. **Revista da Escola de Enfermagem da**

USP, v. 46, n. SPE, p. 51-57, 2012. Disponível em:  
[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Dignity+in+care%3A+where+next+for+nursing+ethics+scholarship+and+research%3F&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Dignity+in+care%3A+where+next+for+nursing+ethics+scholarship+and+research%3F&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5).  
 Acesso em: 10 de out de 2016.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-Pan American Journal of Public Health**, p. 144-149, 2014. Disponível em:  
[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Acolhimento+na+Estrat%3%A9gia+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia%3A+revis%C3%A3o+integrativa&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Acolhimento+na+Estrat%3%A9gia+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia%3A+revis%C3%A3o+integrativa&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 08 de set de 2016.

GERBER, V. K. Q.; ZAGONEL, I. P. S. A ética no ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 168-178, 2013. Disponível em:  
[https://scholar.google.com.br/scholar?q=A+%C3%A9tica+no+ensino+superior+na+%C3%A1rea+da+sa%C3%BAde%3A+uma+revis%C3%A3o+integrativa&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=A+%C3%A9tica+no+ensino+superior+na+%C3%A1rea+da+sa%C3%BAde%3A+uma+revis%C3%A3o+integrativa&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 25 de novembro de 2016;

GOLDIM, J.R. Bioética e ética na ciência [página na 10. Internet]. Porto Alegre (RS); 2013 [atualizado 22 de Abr de 2016]. Disponível em:  
<http://www.bioetica.ufrgs.br/>. Acesso em: 01 de jul de 2016.

GOMES, C. C. A bioética serroniana: uma “ciência”, duas disciplinas?. **Revista BIOETHIKOS – Centro Universitário São Camilo**, v. 7, n. 2, p. 211-215, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/103/9.pdf>. Acesso em: 12 de mai de 2016.

GOULART, B. F.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 2, p. 386-395, 2013. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a20v21n1>. Acesso em: 05 de ago de 2016.

GUIMARÃES, C. M.; DOURADO, M. R. Privacidade do Paciente: cuidados de enfermagem e princípios éticos. **Estudos**, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 447-460, out./dez. 2013. Disponível em:  
<http://educativa.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/3051/1852>. Acesso em: 10 de set de 2015.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência/Profile of users assisted in a non-hospital emergency unit/Perfil de los usuarios atendidos en una unidad de emergencia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 261, 2014. Disponível em:  
<http://www.redalyc.org/html/2670/267030687014/>. Acesso em: 07 de nov de 2016.

GARCÍA, José Juan. Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. **Cuadernos de Bioética**, v. 24, n. 1, 2013. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=BIO%20C3%89TICA+PERSONALISTA+Y+BIOL%20C3%89TICA+PRINCIPIALISTA.+PERSPECTIVAS&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=BIO%20C3%89TICA+PERSONALISTA+Y+BIOL%20C3%89TICA+PRINCIPIALISTA.+PERSPECTIVAS&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 08 de ago de 2017.

GRACIA, Diego. **Fundamentación y enseñanza de la Bioética**. 1. V. Ética y Vida. Santa Fé de Bogotá, DC: Editorial El Búho, 1998.

GLOSSARIUM, Sermo L. Disponível em: [http://www.sermolatinus.pro.br/pdf/glossario\\_001.pdf](http://www.sermolatinus.pro.br/pdf/glossario_001.pdf). Acesso em: 14 de mai de 2017.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

HENRIQUES, R.T.M.; CABANA, M.C.F. O Acompanhante no processo de hospitalização. **Revista Humanae**, Recife, v.7, n.1, 2013. Disponível em: <http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/69/62>. Acesso em: 12 de set de 2016.

JUNQUEIRA, Cilene R. Bioética: conceito, fundamentação e princípios. **Especialização em Saúde da Família**. São Paulo, SP, n. 1, p. 7-12, mar. 2011.

KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. 1. ed. Bauru, SP: Edipro, 2003.

KAPPLER, C. K.; KONRAD, L. R. O princípio da dignidade da pessoa humana: considerações teóricas e implicações práticas. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 8, n. 2, 2016. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+princ%20C3%ADpio+da+dignidade+da+pessoa+humana%3A+considera%20C3%A7%20C3%B5es+te%20C3%B3ricas+e+implica%20C3%A7%20C3%B5es+pr%20C3%A1ticas&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+princ%20C3%ADpio+da+dignidade+da+pessoa+humana%3A+considera%20C3%A7%20C3%B5es+te%20C3%B3ricas+e+implica%20C3%A7%20C3%B5es+pr%20C3%A1ticas&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 10 de jan de 2017.

KARAM, Francisco J. C. **Jornalismo, ética e liberdade**. 4. ed. São Paulo: Summus, 2014.

LIMA, C. A. et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 152-160, 2014. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013&as\\_yhi=2017&q=Rela%20C3%A7%20C3%A3o+profissional-usu%20C3%A1rio+de+sa%20C3%BAde+da+fam%20C3%ADlia%3A+perspectiva+da+bio%20C3%A9tica+contratualista&btnG](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013&as_yhi=2017&q=Rela%20C3%A7%20C3%A3o+profissional-usu%20C3%A1rio+de+sa%20C3%BAde+da+fam%20C3%ADlia%3A+perspectiva+da+bio%20C3%A9tica+contratualista&btnG). Acesso em : 23 de maio de 2017;

LIMA, O. B. A. et al. Direitos de idosos hospitalizados: compreensão de enfermeiros assistenciais. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 7, n. 12, p. 6954-6963, 2013. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Direitos+de+idosos+hospitalizados%3A+compreens%C3%A3o+de+enfermeiros+assistenciais&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Direitos+de+idosos+hospitalizados%3A+compreens%C3%A3o+de+enfermeiros+assistenciais&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 08 de fev de 2017.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=A+arte+do+improviso%3A+o+processo+de+trabalho+dos+gestores+de+um+Hospital+Universit%C3%A1rio+Federal&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=A+arte+do+improviso%3A+o+processo+de+trabalho+dos+gestores+de+um+Hospital+Universit%C3%A1rio+Federal&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 22 de mar de 2017.

LÓPEZ, P. A.; ARANGO, B. G. Professional values of nurse lecturers at three universities in Colombia. **Nurs Ethics**, v. 24, n. 2, p. 198-208, 2016. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.852.1863&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 21 de jan de 2017.

MARTINS, I. O. P. P., et al. **A operacionalização dos princípios da Bioética no principialismo de Beauchamp e Childress**. 2013. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=A+operacionaliza%C3%A7%C3%A3o+dos+princ%C3%ADpios+da+Bio%C3%A9tica+no+principialismo+de+Beauchamp+e+Childress&btnG=&lr=>. Acesso em: 08 de ago de 2017.

MARTINEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R.; SOUZA, S. R. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 37-44, 2013. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013&as\\_yhi=2017&q=melhor+m%C3%A9todo+para+a+comunica%C3%A7%C3%A3o+do+cuidado+de+enfermagem&btnG](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013&as_yhi=2017&q=melhor+m%C3%A9todo+para+a+comunica%C3%A7%C3%A3o+do+cuidado+de+enfermagem&btnG). Acesso em: 05 de out de 2017.

MELLO, E.F.F.; TEIXEIRA, A.C. A interação social descrita por Vigotski e sua possível ligação com a aprendizagem colaborativa através das tecnologias em rede. In: **Anais do Workshop de Informática na Escola**. 2011. p. 1362-1365. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=A+intera%C3%A7%C3%A3o+social+descrita+por+Vigotski+e+sua+poss%C3%ADvel+liga%C3%A7%C3%A3o+com+a+apredizagem+colaborativa+atrav%C3%A9s+das+tecnologias+em+rede&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=A+intera%C3%A7%C3%A3o+social+descrita+por+Vigotski+e+sua+poss%C3%ADvel+liga%C3%A7%C3%A3o+com+a+apredizagem+colaborativa+atrav%C3%A9s+das+tecnologias+em+rede&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 05 de maio de 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Revista Divulgação em Saúde Para Debate**. Rio de Janeiro, v. 52, p. 38-49, 2014. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Coment%C3%A1rios+sobre+as+Redes+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+Sa%C3%BAde+no+SUS&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Coment%C3%A1rios+sobre+as+Redes+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+Sa%C3%BAde+no+SUS&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 03 de jan de 2017.

MENDES, J. R.; SPÍNDOLA, T. S.; MOTA, G. M. C. Percepção de pacientes sobre a equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. **RevEnferm UFPI**, v. 1, n. 3, p. 182-7, 2012. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Percep%C3%A7%C3%A3o+de+pacientes+sobre+a+equipe+de+enfermagem+acerca+da+humaniza%C3%A7%C3%A3o+em+terapia+intensiva&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2012&as\\_yhi=2017](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Percep%C3%A7%C3%A3o+de+pacientes+sobre+a+equipe+de+enfermagem+acerca+da+humaniza%C3%A7%C3%A3o+em+terapia+intensiva&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2012&as_yhi=2017). Acesso em: 11 de ago de 2017.

MILL, John S. An Examination on Sir William Hamilton's Philosophy. In: ROBSON, J. M. (Ed.). **The Collected Works of John Stuart Mill**. Toronto: University of Toronto Press; London: Routledge and Kegan Paul, 1806-1883. 33 vols. Vol. IX, 1909.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A.; CONTRERAS, S. El cuidado enfermeiro como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.6, p.873-80, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0873.pdf>. Acesso: 02 de abr de 2017.

MORAES, A. **Direito Constitucional**. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

NODDINGS, N. **Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education**. Califórnia, United States of America: University Of California Press, 2013.

NUNES, Lucília. **Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem**. 2013. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>. Acesso em: 15 de ago de 2017.

PAIVA, L. M.; GUILHEM, D.; SOUSA, A. L. L. O Ensino da bioética na graduação do profissional de saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 47, n. 4, p. 357-369, 2014. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+Ensino+da+bio%C3%A9tica+na+gradua%C3%A7%C3%A3o+do+profissional+de+sa%C3%BAde&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+Ensino+da+bio%C3%A9tica+na+gradua%C3%A7%C3%A3o+do+profissional+de+sa%C3%BAde&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 11 de jun de 2017.

PASSOS, S.S.S.; SADIGUSKI, D. Cuidados de Enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 598-603, out/dez 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a16.pdf>. Acesso em: 12 de abr de 2016.

PEDRO, A. P. Ética, moral, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum. **Kriterion: Revista de Filosofia**, v. 55, n. 130, p. 483-498,

2014. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=%C3%89tica%2C+moral%2C+axiologia+e+valores%3A+confus%C3%B5es+e+ambiguidades+em+torno+de+um+conceito+com+um&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=%C3%89tica%2C+moral%2C+axiologia+e+valores%3A+confus%C3%B5es+e+ambiguidades+em+torno+de+um+conceito+com+um&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 15 de jul de 2017.

PEGORARO, Olinto. **Ética dos maiores mestres através da história**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PENNA, M.M., DUARTE, I. COHEN, C., OLIVEIRA, R. A. Concepções sobre o princípio da não maleficência e suas relações com a prudência. **Rev. Bioét. (Impr)**, 20 (1) p. 78-86, 2012. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=.+Concep%C3%A7%C3%B5es+sobre+o+princ%C3%ADpio+da+n%C3%A3o+malefic%C3%Aancia+e+suas+rela%C3%A7%C3%B5es+com+a+prud%C3%Aancia&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=.+Concep%C3%A7%C3%B5es+sobre+o+princ%C3%ADpio+da+n%C3%A3o+malefic%C3%Aancia+e+suas+rela%C3%A7%C3%B5es+com+a+prud%C3%Aancia&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 18 de ago de 2016.

PEREIRA, A. G. D. **Direitos dos pacientes e responsabilidade médica**. 2014. Tese de Doutorado. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=direitos+do+paciente&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013&as\\_yhi=2017](https://scholar.google.com.br/scholar?q=direitos+do+paciente&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013&as_yhi=2017). Acesso em: 27 de jul de 2017.

PESSINI, Leo. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. In: **Revista Bioética**, Brasília\DF, v.1, n. 1, 2013. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=As+origens+da+bio%C3%A9tica%3A+do+credo+bio%C3%A9tico+de+Potter+ao+imperativo+bio%C3%A9tico+de+Fritz+Jahr&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=As+origens+da+bio%C3%A9tica%3A+do+credo+bio%C3%A9tico+de+Potter+ao+imperativo+bio%C3%A9tico+de+Fritz+Jahr&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 16 de ago de 2016.

PESSOA, N.R.C.; LINHARES, F.M.P. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.1, p.73-79, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100073](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100073). Acesso em: 21 de jul de 2017.

PICARELLI, L. S. R.; NEVES, F. J. T. Breves considerações sobre o consentimento informado. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, v. 8, n. 8, 2015.

Disponível em:

<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/3914/3677>.

Acesso em: 04 de outubro de 2017.

PINTO, C. M. Metanálise qualitativa como abordagem metodológica para pesquisas em Letras. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 8, n. 3, p. 1033-1048, 2013.

Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Metan%C3%A1lise+qualitativa+como+abordagem+metodol%C3%B3gica+para+pesquisas+em+Letras&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Metan%C3%A1lise+qualitativa+como+abordagem+metodol%C3%B3gica+para+pesquisas+em+Letras&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 13 de nov de 2016.

POTT, F. S.; STAHLHOEFER, T.; FELIX, J. V. C.; MEIER, M. J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, 2013. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Medidas+de+conforto+e+comunica%C3%A7%C3%A3o+nas+a%C3%A7%C3%B5es+de+cuidado+de+enfermagem+ao+paciente+cr%C3%ADtico&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Medidas+de+conforto+e+comunica%C3%A7%C3%A3o+nas+a%C3%A7%C3%B5es+de+cuidado+de+enfermagem+ao+paciente+cr%C3%ADtico&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 22 de jul de 2016.

PUPULIN, J.S.L.; SAWADA, N.O. Percepção de Pacientes Sobre a Privacidade no Hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.4, p. 621-629, jul/ago2012. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Percep%C3%A7%C3%A3o+de+Pacientes+Sobre+a+Privacidade+no+Hospital&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Percep%C3%A7%C3%A3o+de+Pacientes+Sobre+a+Privacidade+no+Hospital&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 10 de março de 2016.

PUPULIM, J. S.L.; SAWADA, N.O. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 36, 2010. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Privacidade+f%C3%ADsica+referente+%C3%A0+exposi%C3%A7%C3%A3o+e+manipula%C3%A7%C3%A3o+corporal%3A+percep%C3%A7%C3%A3o+de+pacientes+hospitalizados&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Privacidade+f%C3%ADsica+referente+%C3%A0+exposi%C3%A7%C3%A3o+e+manipula%C3%A7%C3%A3o+corporal%3A+percep%C3%A7%C3%A3o+de+pacientes+hospitalizados&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 02 de fevereiro de 2016;

RODRIGUEZ, M. I. F. Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente—cúmplices da conspiração do silêncio. **Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 261-272, 2015. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Despedida+silenciada%3A+equipe+m%C3%A9dica%2C+fam%C3%ADlia%2C+paciente%2E%80%93c%C3%BAmplices+da+conspira%C3%A7%C3%A3o+do+sil%C3%A2ncio&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Despedida+silenciada%3A+equipe+m%C3%A9dica%2C+fam%C3%ADlia%2C+paciente%2E%80%93c%C3%BAmplices+da+conspira%C3%A7%C3%A3o+do+sil%C3%A2ncio&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 12 de jun de 2017.

ROSITO, M. M. B.; LOTERIO, M. G. Formação do Profissional em Saúde: uma recusa ao esvaziamento da essência do cuidado humano. **Educação & Realidade**, v. 37, n. 1, 2012. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Forma%C3%A7%C3%A3o+do+Profissional+em+Sa%C3%BAde%3A+uma+recusa+ao+esvaziamento+da+ess%C3%A2ncia+do+cuidado+humano&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Forma%C3%A7%C3%A3o+do+Profissional+em+Sa%C3%BAde%3A+uma+recusa+ao+esvaziamento+da+ess%C3%A2ncia+do+cuidado+humano&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 01 de set de 2016.

SAITO, D. Y. T. et al. Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. **Texto & contexto enferm**, v. 22, n. 1, p. 175-183, 2013. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Usu%C3%A1rio%2C+cliente+ou+paciente%3F%3A+qual+o+termo+mais+utilizado+pelos+estudantes+de+enfermagem%3F.+&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Usu%C3%A1rio%2C+cliente+ou+paciente%3F%3A+qual+o+termo+mais+utilizado+pelos+estudantes+de+enfermagem%3F.+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 19 de jul em 2016.

SALLES, A. A. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, 2014. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Bio%C3%A9tica+e+processos+de+religiosidade+entre+os+pacientes+com+doen%C3%A7as+terminais+no+Brasil+&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Bio%C3%A9tica+e+processos+de+religiosidade+entre+os+pacientes+com+doen%C3%A7as+terminais+no+Brasil+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 28 de out de 2016.

SALIMENA, A. M. O.; TEIXEIRA, S. R. T.; AMORIM, T. V.; PAIVA, A. C. P. C.; MELO, M. C. S. C. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+vivido+dos+enfermeiros+no+cuidado+ao+paciente+oncol%C3%B3gico+&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+vivido+dos+enfermeiros+no+cuidado+ao+paciente+oncol%C3%B3gico+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 20 de nov de 2016.

SANTOS, R. M. dos; VIANA, Ì. R. M. N.; SILVA, J. R. da; TREZZA, M.C.S.F; LEITE, J.L. A enfermeira e a nudez do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, Brasília, v 63, n 6, p 877-886, dez. 2010. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=A+enfermeira+e+a+nudez+do+paciente+&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=A+enfermeira+e+a+nudez+do+paciente+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 13 Dez de 2015.

SANTOS, W. N.; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Sistematiza%C3%A7%C3%A3o+da+Assist%C3%A2ncia+de+Enfermagem%3A+o+contexto+hist%C3%B3rico%2C+o+processo+e+obst%C3%A1culos+da+implanta%C3%A7%C3%A3o+&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Sistematiza%C3%A7%C3%A3o+da+Assist%C3%A2ncia+de+Enfermagem%3A+o+contexto+hist%C3%B3rico%2C+o+processo+e+obst%C3%A1culos+da+implanta%C3%A7%C3%A3o+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 09 de jul de 2017.

SANTOS, J.O.; SHIMO, A.K.K. Prática rotineira da Episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p.645-650, 2008. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000400006&script=sci_arttext). Acesso em: 10 de abril de 2016.

SANTUZZI, C. H. et al. S. Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, 2013. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Aspectos+%C3%A9ticos+e+humanizados+da+fisioterapia+na+UTI%3A+uma+revis%C3%A3o+sistem%C3%A1tica+&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Aspectos+%C3%A9ticos+e+humanizados+da+fisioterapia+na+UTI%3A+uma+revis%C3%A3o+sistem%C3%A1tica+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 22 de mai de 2017.

SELEGHIM, M. R. et al. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 11, n. 3, 2016. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+usu%C3%A1rios+sobre+a+qualidade+dos+servi%C3%A7os+de+um+pronto+socorro+&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+usu%C3%A1rios+sobre+a+qualidade+dos+servi%C3%A7os+de+um+pronto+socorro+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 11 de ago de 2017.

SILVA, F. V. F. et al. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 111-119, 2013. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=a+ajuda+da+enfermagem+no+cuidado+prestado&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013&as\\_yhi=2017](https://scholar.google.com.br/scholar?q=a+ajuda+da+enfermagem+no+cuidado+prestado&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013&as_yhi=2017). Acesso em: 25 de Jul de 2017.

SILVEIRA, L. C. et al. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 17, n. 3, p. 548-554, 2013. Disponível em:

[https://scholar.google.com.br/scholar?q=Cuidado+cl%C3%ADnico+em+enfermagem%3A+desenvolvimento+de+um+conceito+na+perspectiva+de+reconstru%C3%A7%C3%A3o+da+pr%C3%A1tica+profissional&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Cuidado+cl%C3%ADnico+em+enfermagem%3A+desenvolvimento+de+um+conceito+na+perspectiva+de+reconstru%C3%A7%C3%A3o+da+pr%C3%A1tica+profissional&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5).

Acesso em: 09 de set de 2016

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M. D. Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta paulista Enfermagem**, v. 24, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023877014.pdf>. Acesso em: 07 de agosto 2015.

SOUSA, L.D. et al. A clínica como prática arborífica e rizomórfica do trabalho em Enfermagem cirúrgica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.6, p. 1389-1396, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01389.pdf>. Acesso em: 12 de abr de 2016.

SHAHRIARI, M.; MOHAMMADI, E.; ABBASZADEH, A.; BAHRAMI, M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 18, n. 1, p. 1, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748548/>. Acesso em: 15 de mai de 2016.

TURATO, Egberto R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

TAVARES, A.T.; PAWLOWYTSCH, P.W.M. Percepção dos pacientes sobre sua permanência em Unidade Terapia Intensiva. **Saúde Meio Ambiente**, v.2, n. 2, p. 32-43, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/434/391>. Acesso em: 24 de nov de 2016.

VASCONCELOS, M. F. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2013. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Cuidados+paliativos+em+pacientes+com+HIV%2FAIDS%3A+princ%C3%ADpios+da+bio%C3%A9tica+adotados+por+enfermeiros&btnG=&lr>. Acesso em: 21 de jul de 2017.

VEIGA, E.P.; GOMES, L.; MELO, G.F. Fatores estressores em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia

cardíaca. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.16, n.3, p.65-77, 2013.  
Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18524/13713>.  
Acesso em: 23 de mai de 2016.

VIANA, L. S.; CUNHA, C. L. F.; SILVA, Í. R.; SILVA, A.; SAUAIA, S. Aspectos que permeiam a nudez no cotidiano do cuidado de enfermagem. **Revista Enfermagem UFPE [online]** Recife, v. 7, n. esp. p. 937-44, mar. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2415/5783>. Acesso em: 18 de jul de 2017.

VIEIRA, A.; SILVEIRA, L.C.; FRANCO, T.B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde ena Enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 9-22, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a02.pdf>. Acesso em: 15 de mai de 2016.

XAVIER, D. M. et al. A família na unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.** v.67, n.2, p.181-186, mar/abr 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200181](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200181). Acesso em: 12 de nov de 2015.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281427949007/>. Acesso em: 01 de fev de 2017.

# **ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução, nº 466/12- IV, do Conselho Nacional de Saúde)*

Eu,.....

....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “O PACIENTE DESNUDADO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS”, que será realizado na Universidade Federal de Alagoas, em Maceió, recebi da Sra. Josefa Rita da Silva, mestranda, responsável por sua execução e da prof.<sup>a</sup> Dra. Regina Maria dos Santos, orientadora e responsável pela pesquisa, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a Analisar e Discutir os significados atribuídos pelos pacientes à experiência de serem despidos pelos profissionais de Enfermagem em relação à possível falta de privacidade e constrangimento sofridos por eles no momento da realização do cuidado de Enfermagem;
- 2) Que a importância do estudo reside no esclarecimento de como as pessoas reagem ao serem desnudadas por profissionais, pessoas desconhecidas para eles; que o significado atribuído por mim a estes cuidados, depois do estudo publicado, pode favorecer a reflexão dos profissionais sobre como cuidam das pessoas e como respeitam os princípios éticos nas relações terapêuticas;
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são: Apreensão dos significados das experiências vividas pelos pacientes que são diariamente desnudados pelos profissionais de Enfermagem para deles cuidarem em clínica médica ou cirúrgica, que poderá promover um novo olhar da enfermagem sobre seus cuidados ao paciente. Com os resultados da pesquisa poderão ser propostos projetos de extensão ou de educação permanente sobre a observância dos princípios bioéticos no cuidado de Enfermagem;
- 4) Que este estudo começará em maio de 2016 e terminará em março de 2017;
- 5) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: concedendo entrevista, a qual será realizada em data e local escolhidos por mim. A pesquisadora fará primeiro uma conversa informal comigo, se apresentando, falando a respeito da pesquisa e me dando liberdade para fazer as perguntas que achar conveniente. Depois decidirei sobre qual a melhor data e local para a entrevista, podendo ser aqui mesmo no hospital ou em outro local se eu achar conveniente, momento em que eu serei preparado para a gravação de meu depoimento, sendo apresentado previamente a mim o aparelho eletrônico que será utilizado;
- 6) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: risco de me cansar, entediar ou me emocionar durante a entrevista, medo de ser prejudicada pela Enfermagem se minhas respostas não agradarem, sentir-me envergonhada em responder alguma pergunta formulada pela pesquisadora ou ainda me confessar esquecida, constrangendo-me em não colaborar como gostaria;
- 7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: a pesquisadora respeitará o meu momento, suspenderá a entrevista tantas vezes

quantas sejam necessárias, remarcará quando eu preferir, ouvirá meus argumentos; tenho a garantia que a Enfermagem ou qualquer outra pessoa não saberá o que respondi, que a conversa é reservada somente entre eu e a pesquisadora. Durante a conversa ela vai me deixar confortável durante todo o tempo que for necessário. Se me emocionar e ficar ansiosa a pesquisadora verificará meu pulso, minha pressão arterial e se for necessário acionará a equipe de saúde da clínica que estará avisada da entrevista;

8) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: o sentimento de ter dado voz às minhas angústias e inquietações. Falando sobre este assunto, por meio deste estudo, após a publicação dos resultados poderá haver alguma sensibilização que contribua para que os profissionais revejam as práticas assistenciais, promovendo a melhoria da qualidade da assistência profissional; Também tenho a oportunidade de reconhecer os bons cuidados de Enfermagem e a solidariedade que eu tenha recebido desses profissionais;

9) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

10) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto, com garantia do meu total anonimato;

11) Que o participante será informado sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre qualquer ela da mesma.

12) Que o participante fará assinaturas em duas vias, onde uma via ficará com o pesquisador e a outra via com o sujeito do estudo;

13) Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para mim enquanto participante da pesquisa nem me renderá nenhum tipo de remuneração;

14) Que eu serei indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

**Contato de urgência:** Sr(a). Regina Maria dos santos  
 Domicílio (rua, praça, conjunto): Rua Gerson Lopes,  
 Bloco: Quadra E /Nº: Lote 3 /Complemento: Condomínio Bosque das Bromélias  
 Bairro: Serraria /CEP/ 57046-292 Cidade: Maceió Telefone: (82)3355-5209  
 Ponto de referência: Final da rua na esquina do Colégio Santíssimo Senhor

**Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**  
 Instituição: Universidade Federal de Alagoas  
 Endereço completo: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, CEP:57072-900,  
 Maceió – AL. Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR, Sala 213  
 Endereço de Josefa Rita da Silva – Rua Lúcio Roberto, nº 149, Centro, CEP: 57300-360, Arapiraca/AL.  
 Endereço de Regina Maria dos Santos - Rua Gerson Lopes, Condomínio Bosque das Bromélias, Quadra E Lote 3, Serraria, CEP 57046-292, Maceió/AL.  
 Telefones p/contato: **Josefa Rita da Silva (82)99614-9558 / Regina Maria dos Santos (82) 99983-5556**

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.**  
 Prédio da Reitoria, sala do C.O.C, Campos A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

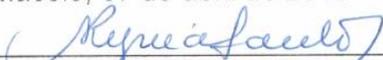
	<p><i>Josefa Rita da Silva</i>          JOSEFA RITA DA SILVA          Orientanda</p>
<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	<p><i>Regina Maria dos Santos</i>          REGINA MARIA DOS SANTOS          Orientadora – Pesquisadora Responsável</p>

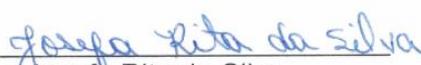
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO  
466/12, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E  
DESTINAÇÃO DOS MATERIAIS/DADOS COLETADOS

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO  
466/12, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E  
DESTINAÇÃO DOS MATERIAIS/DADOS COLETADOS

Nós, Regina Maria dos Santos (Orientadora) e Josefa Rita da Silva (Orientanda), pesquisadoras do projeto intitulado “**O paciente desnudado para o cuidado de Enfermagem: Experiências Vividas e Significados Atribuídos**”, ao tempo em que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não através de artigos submetidos a revistas científicas indexadas e apresentação em eventos científicos da área de Enfermagem, bem como declaramos que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto, por meio das entrevistas gravadas e sua respectiva transcrição, serão utilizados por meio de leitura exaustiva dos documentos resultantes com o intuito de encontrar núcleos de sentido, dos quais serão extraídas as categorias de análise para a discussão do estudo, a fim de responder ao objetivo geral do estudo e, após conclusão da pesquisa, as transcrições imprimidas e autorizadas serão armazenadas em local próprio e seguro, pelo prazo de cinco anos, no arquivo do Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre (GEDIM) localizado no Laboratório de Documentação e Pesquisa em História da Enfermagem (LADOPHE) na Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, para uso em estudos futuros, com a anuência dos entrevistados.

Maceió, 07 de abril de 2016

  
Profª Dra. Regina Maria dos Santos  
(Orientadora)

  
Josefa Rita da Silva  
(Mestranda)

## ANEXO C – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E INSTALAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

### ANEXO C - DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E INSTALAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Protocolo de pesquisa: **“O paciente desnudado para o cuidado de Enfermagem: Experiências Vividas e Significados Atribuídos”**

Pesquisador responsável: *Regina Maria dos Santos (Orientadora)*

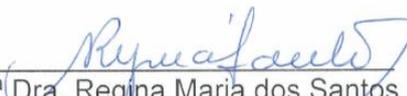
*Josefa Rita da Silva (Orientanda)*

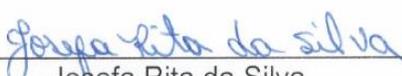
Para a realização da pesquisa serão necessárias as instalações e equipamentos listados abaixo, que podem ser encontrados nos *Setores de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA)*, e foram previamente liberados conforme autorização em anexo.

- Prontuário dos participantes da pesquisa;
- Acesso às enfermarias e leitos onde se encontram os pacientes participantes da pesquisa;

Em caso de danos resultantes da participação do sujeito na pesquisa serão utilizadas as instalações e/ou os serviços profissionais do HUPAA onde o paciente está internado, em tratamento e assistido por equipe médica responsável e *Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas - Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. Campus A. C. Simões, Cidade Universitária*, conforme o TCLE.

Maceió, 07 de abril de 2016

  
Profª Dra. Regina Maria dos Santos  
(Orientadora)

  
Josefa Rita da Silva  
(Mestranda)

ANEXO D - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ACESSO AO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (HUPAA))



EBSERH

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



## AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA NO HUPAA/UFAL

Autorizo os pesquisadores REGINA MARIA DOS SANTOS E JOSEFA RITA DA SILVA a ter acesso ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL), objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com título "O PACIENTE DESNUDADO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS" ( projeto anexado, entregue em forma digital e cadastrada na direção de ensino), para fins de TCC de MESTRADO, devendo o(a) mesmo(a) seguir os preceitos de pesquisa, conforme o que estabelece a Resolução CNS 466/12, itens III.1 "a" e IV.1."g", a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/ 2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitido a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado a pesquisa.

Maceió, 12 de agosto de 2016.

*Josefa Rita da Silva*

Aluno(a)

*Riquelme*

Orientador(a)

*Manoel Álvaro Lins Neto*

Prof. Dr. Manoel, Álvaro Lins Neto

Chefe de Pesquisa e Inovação Tecnológica HUPAA/UFAL/EBSERH

Dr. Manoel Álvaro L. Neto  
Chefe do Setor de Pesquisa e  
Inovação Tecnológica  
EBSERH

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ACESSO AO HOSPITAL NOSSA  
SENHORA DO BOM CONSELHO (HNSBC))

**HOSPITAL NOSSA SENHORA DO BOM CONSELHO**

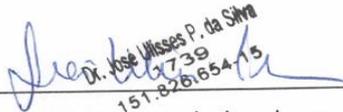


**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, José Ulisses Pereira da Silva, Diretor Médico e responsável pelo Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho, no município de Arapiraca, Alagoas, tendo recebido e analisado a solicitação para realizar pesquisa na Instituição por mim dirigida, a ser conduzida pelos pesquisadores abaixo relacionados, após ter sido informado pelo responsável sobre as características e objetivos da pesquisa, **AUTORIZO** a realização do estudo “O paciente desnudado para o cuidado de enfermagem: experiências vividas e significados atribuídos”, concordando com a coleta de dados que será realizada com pacientes adultos internados mediante a realização de entrevistas gravadas em gravador de voz, podendo as mesmas serem realizadas na própria enfermaria ou após a alta hospitalar em local de escolha dos pacientes selecionados.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de atendimento em caso de algum mal estar durante a realização da entrevista.

Arapiraca/AL, 25 de Abril de 2016.

  
Dr. José Ulisses P. da Silva  
151.826.654-15  
Assinatura e carimbo do responsável institucional

**LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:**

Profª Dra. Regina Maria dos Santos (Orientadora)  
Josefa Rita da Silva (Mestranda – responsável pela coleta de dados)

## ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O paciente desnudado para o cuidado de Enfermagem: Experiências vividas e significados atribuídos

**Pesquisador:** Regina Maria dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56197216.8.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.653.202

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo cujo objeto é o significado atribuído por pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica às experiências de desnudamento pelos profissionais de enfermagem para deles cuidar. Diz respeito à observância dos princípios bioéticos numa relação de cuidado de enfermagem que, ao desnudar o corpo pode ser tida como uma experiência solidária ou se configurar como constrangimento e invasão de privacidade. Os objetivos são analisar e discutir os significados atribuídos pelos pacientes à experiência de serem despidos pelos profissionais de Enfermagem em relação à possível falta de privacidade e constrangimento sofridos por eles no momento da realização do cuidado de Enfermagem. É uma pesquisa qualitativa descritiva a ser realizada em hospitais de Maceió/AL com pessoas internadas em clínicas médica e cirúrgica a partir de critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar internada a pelo menos 72 horas que tenham necessitados de cuidados de higiene realizados no leito por profissionais de Enfermagem; pacientes em coma ou portando sonda ou equipamentos naso/endo/esofágicas/traqueais não serão incluídas.

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.653.202

As informações serão produzidas através de entrevista semi-estruturada após aproximação e aceitação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no mínimo 16 pessoas serão entrevistadas, obedecendo-se ao critério de saturação e média de participantes abordados sobre tema semelhante em estudos confiáveis. Os cuidados éticos estão atendidos e o projeto aguarda Parecer do Comitê de Ética. Espera-se contribuir para o aprimoramento das relações de cuidado de Enfermagem mediante a publicação dos resultados da pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Discutir os significados atribuídos pelos pacientes à experiência de serem despedidos pelos profissionais de Enfermagem em relação à possível falta de privacidade e constrangimento sofridos por eles no momento do cuidado;

Objetivo Secundário:

Analisar os relatos dos pacientes sobre em que situações os profissionais os desnudaram quais os cuidados que foram prestados na condição de nudez total ou parcial; Analisar na fala dos pacientes como foi sua experiência de ser desnudado por um profissional de enfermagem;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

As pesquisadoras reconhecem os riscos a que os participantes estarão sujeitos, como cansaço, entediamento, emoção por reviver situações potencialmente desagradáveis, receio de sofrer alguma retaliação pelo que tenha dito. Para minimizar esses riscos, as pesquisadoras vão garantir o anonimato dos participantes, a confidencialidade das informações, a realização da entrevista em local onde somente os dois tenham acesso à conversa e a aprovação da narrativa transcrita. Todos os procedimentos relacionados à coleta e análise dos dados só serão iniciados após julgamento e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas. Um risco importante seria os participantes se recusarem em participar da pesquisa. Para que isto não ocorra, os sujeitos serão primeiramente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, sobre como participarão da coleta de dados, podendo desistir a qualquer momento e sem qualquer prejuízo,

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.653.202

que será garantido o sigilo do anonimato, e que não receberão nem pagarão qualquer valor por participar do estudo. No entanto, a decisão de não participar será respeitada a as pesquisadoras igualmente agradecerão ao participante. Outros, seria devido o tema ser complexo e que pode envolver fortes opiniões, os possíveis riscos são: medo de serem prejudicados pela Enfermagem caso suas respostas não agradarem, sentirem-se envergonhados em responder alguma pergunta formulada pela pesquisadora ou ainda confessarem-se esquecidos, ficando constrangidos por não colaborar como gostariam, se sentirem cansados, entediados ou emocionados durante a entrevista. Desta maneira, para minimizar esses fatores, são respeitados os desejos dos entrevistados acerca das melhores condições para a realização dessas entrevistas.

**Benefícios:**

**ESTRATÉGIAS PARA ALCANCE DOS BENEFÍCIOS** Como estratégia para alcance dos objetivos, o pesquisador fará uma abordagem clara e dinâmica dos objetivos da pesquisa, e principalmente do instrumento utilizado para coleta de dados. Fará um breve esclarecimento sobre o método utilizado no estudo assim como os passos a serem seguidos após a coleta de dados, dando confiança e respeitando o poder das pessoas sobre as informações colhidas. Nesta perspectiva, ao dar voz a quem está sendo cuidado pela enfermagem silenciosamente, o benefício advindo da pesquisa será de duas naturezas: a individual, pois a pessoa terá a oportunidade de expressar seus sentimentos e significados que atribuiu às experiências vivida e com isso contribuir para o benefício coletivo que é promover reflexões sobre os princípios éticos que orientam o exercício profissional dos profissionais da Enfermagem a partir dos resultados produzidos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente estudo será do tipo qualitativo com abordagem descritivo-analítica, o qual permitirá estudar detalhadamente os significados das ações e relações humanas; contemplando os objetivos deste estudo. A escolha desta abordagem se deu pela capacidade deste tipo de estudo de incorporar o pleito do significado e da intencionalidade como imanentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, as quais são tomadas como construções humanas significativas (MINAYO, 2014). É um estudo descritivo analítico porque, além de

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.653.202

descrever, propicia o estudo e avaliação aprofundados das informações, na tentativa de explicar o contexto deste fenômeno (MINAYO, 2014). Esse tipo de estudo, também, possibilita conhecer a realidade a partir do entrevistado, buscando entender o significado dos fenômenos para a vida das pessoas (TURATO, 2011). As relações de cuidado de Enfermagem acontecem nos mais diversos cenários dos hospitais ambulatoriais e no domicílio. Portanto, em qualquer desses ambientes é possível encontrar pacientes que precisem de cuidados de enfermagem onde o desnudamento seja necessário para prestar algum cuidado de enfermagem, não sendo foco desta pesquisa estabelecer um cenário. No entanto, se houver a necessidade de estabelecer um cenário específico será considerado como o mais adequado para este estudo os setores de clínica médica e clínica cirúrgica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) em Maceió. O HUPAA é um órgão integrante da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, que mantém uma relação funcional com as Unidades Acadêmicas da área da Saúde e afins, com ações que integram as áreas de ensino, pesquisa e assistência não só à comunidade assistida pelo SUS na cidade de Maceió - AL, mas também para pacientes das cidades do interior do estado, constituindo-se um hospital de referência. A clínica médica será escolhida por abrigar pacientes em níveis distintos de complexidade. Neste contexto, sob o ponto de vista biologicista, a clínica concretiza-se na abordagem dos fenômenos patológicos relacionados apenas ao corpo, porém, sem relação com os âmbitos de onde se originam os corpos, ou seja, os sujeitos, suprimindo o caráter subjetivo do mesmo (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011). Já a clínica cirúrgica, ao admitir o paciente na clínica, o profissional de enfermagem estrutura o cuidado partindo do motivo da internação (patologia ou tipo de cirurgia a ser realizada) e de acordo com as rotinas da própria unidade, em outras palavras, o cuidado de enfermagem na unidade de internação cirúrgica organiza-se prioritariamente com base nos aspectos clínicos das doenças da clientela, rotinas setoriais e especificidades da intervenção cirúrgica (SOUSA, et al 2013). O HUPAA assumindo no SUS, em Alagoas, a posição de serviço de alta complexidade na hierarquização da

<b>Endereço:</b> Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,			
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária		<b>CEP:</b> 57.072-900	
<b>UF:</b> AL	<b>Município:</b> MACEIO		
<b>Telefone:</b> (82)3214-1041	<b>Fax:</b> (82)3214-1700	<b>E-mail:</b> comitedeeticaufal@gmail.com	

Continuação do Parecer: 1.653.202

assistência à saúde conta com um corpo funcional formado por equipes multiprofissionais dos níveis universitário, médio e de apoio, entre os quais uma numerosa equipe de Enfermagem que presta cuidados nas clínicas escolhidas. Além destes ensejos, as quais parecem adequados ao desenvolvimento de desta pesquisa, provavelmente os pacientes precisarão de cuidados ou de algum procedimento que leve ao desnudamento de seus corpos, podendo ocorrer situações que venham a violar a intimidade ou privacidade deles, sendo espaço para naturalização da quebra da autonomia. Por estas razões, mesmo que o trabalho com o participante aconteça onde ele estiver, o hospital será referência para identificá-los e recrutá-los. Os participantes serão os pacientes que se encontrem ou que já se encontraram nos ambientes hospitalares, ambulatoriais ou que estejam em domicílio, e que, precisam dos cuidados de enfermagem onde a nudez é necessária. O número de sujeitos será delimitado pelo critério de saturação dos dados. Estudos semelhantes foram saturados com número de participantes em torno de 16 a 23. Com base na dissertação defendida por BAPTISTA inicialmente fica determinado 16 participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

Folha de Rosto folhaderosto\_rita.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência

TCLE.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência

TCLE1.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência

TCLE2.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador PROJETO\_MESTRADO\_Rita.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura Infraestrutura.pdf

Declaração de Pesquisadores Pesquisadores.pdf

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

**UF:** AL **Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 1.653.202

Todos estão adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo atende à Resolução 466/12.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_694200.pdf	17/05/2016 14:05:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	17/05/2016 14:02:13	JOSEFA RITA DA SILVA	Aceito
Outros	Concentrev.pdf	16/05/2016 20:49:39	JOSEFA RITA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP.pdf	16/05/2016 20:42:21	JOSEFA RITA DA SILVA	Aceito
Outros	autorUfal.pdf	16/05/2016 20:22:07	JOSEFA RITA DA SILVA	Aceito
Outros	digitalizar0011.pdf	16/05/2016 20:19:24	JOSEFA RITA DA SILVA	Aceito
Outros	autorhu.pdf	16/05/2016 20:17:54	JOSEFA RITA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadores.pdf	07/04/2016 16:46:03	Regina Maria dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	07/04/2016 16:43:59	Regina Maria dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_rita.pdf	07/04/2016 16:20:42	Regina Maria dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.653.202

MACEIO, 28 de Julho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Deise Juliana Francisco**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

### Parte 1 – Preparação do campo para a entrevista

Preparando o sujeito para o uso do gravador – Explicar a razão de precisar gravar, que sua voz será ouvida somente pelas pesquisadoras; que ele poderá interromper a gravação na hora que achar conveniente e que a transcrição lhe será apresentada para que confirme se permitirá seu uso na pesquisa;

Preparando a entrevista: Declarar o objeto do estudo, os objetivos e os resultados esperados. Perguntar se o sujeito concorda em conceder a entrevista, se cederá a entrevista para uso na pesquisa e declarar que seu anonimato seja preservado.

Garantindo o respeito à autonomia do sujeito para participar da pesquisa: certificar-se de que o sujeito está suficientemente esclarecido pelas informações no TCLE e prestar as informações que ainda forem necessárias

### Parte 2 – Caracterização dos sujeitos

Gênero declarado:	
Idade:	
Situação conjugal:	
Número de filhos:	
Escolaridade:	
Religião declarada:	
Tempo de internamento:	
Existência de acompanhante:	
Tipo de vínculo do acompanhante com o paciente:	

### Parte 3 – Questões abertas

1. Pode me contar por que precisou se internar neste hospital? Como está sendo esse período de internação? O(a) senhor(a) consegue realizar a suas atividades sem ajuda? Poderia falar um pouco como isso acontece?
2. O que está sentindo esses dias (ou momento) e como você descreveria os cuidados de enfermagem neste período de internação? O(a) senhor(a) tem precisado que a Enfermagem faça a sua higiene corporal? Como é feita?
3. Pode explicar como se sentiu quando o profissional de Enfermagem tirou a sua roupa para lhe cuidar? Como foi viver essa experiência?
4. Tinha mais alguém por perto nessa hora? O(a) senhor(a) achou que o ambiente onde o cuidado estava sendo feito estava adequado? Pode explicar o por quê?
5. Em algum momento, quando esse tipo de cuidado foi realizado, o(a) senhor(a) se sentiu invadido? Pode explicar como foi isso?
6. Que mais gostaria de dizer sobre a experiência de ser desnudado por um profissional desconhecido?
7. Gostaria de dizer alguma coisa para os profissionais de Enfermagem?

### Parte 4 – Encerramento da entrevista

1. Perguntar mais uma vez se gostaria de dizer mais alguma coisa ou fazer alguma pergunta
2. Marcar dia e hora para trazer a entrevista transcrita para ser lida e validada
3. Pedir compreensão e autorização para completar alguma pergunta da entrevista se for necessário
4. Agradecer a participação do sujeito ressaltando como sua participação foi importante para o estudo
5. Encerrar a entrevista desligando o gravador, despedir-se e sair do campo

## APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA**

Pelo presente termo, considerando se tratar de projeto de dissertação de mestrado aceito pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, tratando-se de pesquisa orientada por docente permanente do Programa, cuja coleta de dados está prevista para realizar-se nas Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital Universitário professor Alberto Antunes; considerando ainda que o projeto contém declaração de compromisso com o cumprimento das disposições da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e que a orientadora se responsabiliza pela condução do trabalho, **AUTORIZO** a realização da pesquisa nas instalações da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.

Maceió, 07 de abril de 2016

*Marie Lepite de Assis Bastos*

*M* Prof. João Xavier de Araújo Júnior  
Diretor da ESENFAR/UFAL

SIAPE n.º *2121176*

CPF n.º *164454814-34*

## APÊNDICE C – TERMO DE DOAÇÃO DE DEPOIMENTO

### TERMO DE DOAÇÃO DE DEPOIMENTO

Projeto de Pesquisa: "O paciente desnudado para o cuidado de Enfermagem: Experiências Vividas e Significados Atribuídos" Autores:

- **Josefa Rita da Silva**, brasileira, CPF n.º 045.875.444-77, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal de Alagoas, integrante do Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre da Universidade Federal de Alagoas – GEDIM/UFAL).
- **EnfªProfªDrª Regina Maria dos Santos** (Docente permanente do PPGENF/Mestrado da Universidade Federal de Alagoas e Líder do GEDIM/UFAL).

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF: \_\_\_\_\_, tendo sido convidado a ser participante desta pesquisa e ter aceito ser entrevistado sobre o tema em estudo, **CONCORDO em doar meu depoimento** gravado através de aparelho eletrônico (gravador) e **AUTORIZO** seu uso para fazer parte das informações da pesquisa. Este meu depoimento ficará sob a guarda do GEDIM/UFAL, sob a forma registro escrito, tendo o mesmo sido apresentado anteriormente a minha pessoa para a prévia apreciação.

Declaro também para os devidos fins que **cedo os meus direitos autorais dessa entrevista**, podendo ser utilizada como fonte para outros estudos, aprovado por Comitê de Ética, integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Abduco de direitos autorais e os de meus descendentes, porque estou esclarecido que esta pesquisa não vai gerar recursos financeiros. Declaro ainda que o meu depoimento, tal como se encontra é de meu conhecimento e autorização.

Maceió, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>Assinatura do Entrevistado</b>
<i>Josefa Rita da Silva</i>
Josefa Rita da Silva Mestranda do PPGENF Integrante do GEDIM/UFAL (Orientanda)
<i>Regina Maria dos Santos</i>
EnfªProfªDrª Regina Maria dos Santos Docente Permanente do PPGENF-Mestrado/UFAL Líder do GEDIM/UFAL (Orientadora)

## APÊNDICE D – TERMO DE DOAÇÃO DE NARRATIVA

### TERMO DE DOAÇÃO DE NARRATIVA

**Projeto de Pesquisa: “O paciente desnudado para o cuidado de Enfermagem: Experiências Vividas e Significados Atribuídos”**

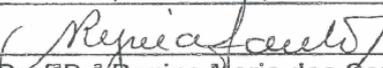
**Autores:**

- **Josefa Rita da Silva**, brasileira, CPF n.º 045.875.444-77, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal de Alagoas, integrante do Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre da Universidade Federal de Alagoas – GEDIM/UFAL),
- **EnfªProfªDrª Regina Maria dos Santos** (Docente permanente do PPGENF/Mestrado da Universidade Federal de Alagoas e Líder do GEDIM/UFAL)

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CPF: \_\_\_\_\_, tendo sido convidado a ser participante desta pesquisa e ter aceito ser entrevistado sobre o tema em estudo, **CONCORDO em doar MEU RELATO** gravado através de aparelho eletrônico (gravador) e **AUTORIZO** seu uso para fazer parte das informações da pesquisa. Este meu relato ficará sob a guarda do GEDIM/UFAL, sob a forma registro escrito, tendo o mesmo sido apresentado anteriormente a minha pessoa para a prévia apreciação.

Declaro também para os devidos fins **que cedo os meus direitos autorais dessa entrevista**, podendo ser utilizada como fonte para outros estudos, aprovado por Comitê de Ética, integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Abduco de direitos autorais e os de meus descendentes, porque estou esclarecido que esta pesquisa não vai gerar recursos financeiros. Declaro ainda que o meu relato, tal como se encontra é de meu conhecimento e autorização.

Maceió, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>Assinatura do Entrevistado</b>
 Josefa Rita da Silva Mestranda do PPGENF Integrante do GEDIM/UFAL (Orientanda)
 EnfªProfªDrª Regina Maria dos Santos Docente Permanente do PPGENF-Mestrado/UFAL Líder do GEDIM/UFAL (Orientadora)

## APÊNDICE E – TERMO DE CONCESSÃO DE ENTREVISTA

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CPF: \_\_\_\_\_ por este termo ACEITO  
participar da pesquisa intitulada “**O PACIENTE DESNUDADO PARA O CUIDADO  
DE ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS**”,  
CONCEDO a entrevista solicitada e **concedo(a)** uso de meu depoimento como fonte  
de informação sobre minha experiência de ter sido desnudado por profissional de  
enfermagem que cuidou de mim quando precisei. Por este TERMO **declaro que não  
permito que a minha identidade** seja divulgada nesta pesquisa, muito menos  
qualquer fato da minha intimidade. Declaro que estou esclarecido que esta minha  
participação não vai gerar quaisquer ônus financeiros para nenhuma das partes,  
incluindo os nossos descendentes e ao mesmo tempo, libero a utilização deste  
depoimento para fins científicos, podendo ser utilizada integralmente, sem restrições  
de prazos e citações, desde a presente data.

Maceió, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Assinatura do Entrevistado</b>

APÊNDICE F – TERMO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL E COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE



APÊNDICE B - TERMO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL E COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL  
E  
COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE\*

Pelo \_\_\_\_\_ presente \_\_\_\_\_ documento, \_\_\_\_\_ eu  
Entrevistado(a): \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_  
emitido pelo(a): \_\_\_\_\_,  
domiciliado/residente em (Av./Rua/nº./complemento/Cidade/Estado/CEP):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**declaro ceder à Pesquisadora:** Josefa Rita da Silva, CPF: 045.875.444-77, RG: 991237143, emitido pela SSP/AL, domiciliado/residente em: Rua Lúcio Roberto, nº 149, Centro, Cidade Arapiraca, CEP. 57300-360, Arapiraca – AL, **sem quaisquer ônus financeiro ou patrimonial, para mim ou para a pesquisadora, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter investigativo que prestei à pesquisadora/entrevistadora aqui referida**, concordo ceder meu relato, gravado por meio de aparelho eletrônico (gravador), tendo o mesmo sido apresentado anteriormente a minha pessoa para a prévia apreciação. A entrevista foi realizada na cidade de \_\_\_\_\_, Alagoas, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, **como subsídio à construção de sua dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas.** A pesquisadora acima citada fica conseqüentemente autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como armazená-lo no arquivo do Grupo de Pesquisa D. Isabel Macintyre – GEDIM, para uso em pesquisas futuras, com a ressalva de garantia, por parte da pesquisadora, da integridade do seu conteúdo. **A pesquisadora se compromete a preservar meu depoimento no anonimato, identificando minha fala com nome fictício ou símbolo não relacionados à minha verdadeira identidade.** \_\_\_\_\_

Maceió - AL, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do entrevistado/depoente)

*Josefa Rita da Silva*  
Josefa Rita da Silva  
(pesquisadora/entrevistadora)

\*(Adaptado do CEDIC-Centro de Documentação e Informação Científica "Professor Casemiro dos Reis Filho" - PUC/SP)