**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

JUSSARA SIMONE LENZI PUPULIM

**SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA
PRIVACIDADE FÍSICA: construção e validação
de um instrumento de medida**

**Ribeirão Preto
2009**

JUSSARA SIMONE LENZI PUPULIM

**SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA
PRIVACIDADE FÍSICA: construção e validação
de um instrumento de medida**

**Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor junto ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental**

**Área de concentração: Enfermagem Fundamental
Linha de Pesquisa: Comunicação em Enfermagem**

Orientador: Prof^ª Dr^ª Namie Okino Sawada

**Ribeirão Preto
2009**

Pupulim, Jussara Simone Lenzi

Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade
Física: construção e validação de um instrumento de medida.

Ribeirão Preto, 2009.

222 f.; 30 cm.

Tese (Doutorado) apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental.

Orientador: Sawada, Namie Okino

1. Privacidade. 2. Escalas 3. Psicometria.

Com amor, dedico este trabalho

aos meus filhos,
Guilherme Luis e Pedro Henrique,
paixões da minha vida, meu maior incentivo,
que cresçam em um mundo cada vez melhor.

aos meus pais,
Jaime e Hirlanda (in memoriam),
que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la
com dignidade.

ao meu marido,
Luis Antonio,
pelo amor, pela compreensão e apoio
incondicional.

AGRADECIMENTOS

Em especial e com admiração, agradeço à Prof^a Dr^a **Namie Okino Sawada**, que além do carinho, incentivo, apoio, sabedoria e orientação, confiou e se empenhou para que este estudo se concretizasse. Sua dedicação foi ímpar ... Que essa parceria profissional e amizade perdure ...

A minha avó **Maria Lenzi** (*in memorian*), que sempre enfatizou a importância da educação; e a toda minha família, pelo exemplo de vida, afeto e torcida, e sem os quais nada valeria a pena;

Ao meu irmão **Jackson**, minha cunhada **Rosana** e minhas queridas sobrinhas, **Geórgia** e **Giuliana**, pelo carinho, entusiasmo e confiança;

A todos os meus grandes amigos, os quais não preciso nomear e que certamente são minha segunda família;

A todas minhas colegas de doutorado, por compartilhar angústia, dúvida, insegurança, trabalho, cansaço e longas viagens, mas acima de tudo, por dividir os sonhos, as esperanças, as alegrias, as conquistas e a realidade de uma grande amizade ... Muito obrigada seria pouco;

A todos os professores da Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo apoio e ensinamentos;

Às Professoras **Márcia Fontão Zago** e **Rosana Spadoti Dantas**, pela disponibilidade, ajuda, estímulo e valiosas contribuições científicas, tanto no decorrer do curso quanto no exame de qualificação;

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pela amizade e incentivo;

Aos Hospitais de Maringá-PR, pela autorização para a realização do estudo; e aos funcionários dessas instituições, pela acolhida e colaboração;

Aos pacientes, pela compreensão e participação voluntária, sem a qual não seria possível a realização da pesquisa;

A todos que, direta ou indiretamente, participaram e contribuíram para a realização deste trabalho;

A todas as pessoas, que de algum modo fizeram parte da minha vida e que sem dúvida compartilharam comigo momentos bons e momentos difíceis, pois são dessas ocasiões que tiro as lições de vida e otimismo que preciso;

A *Deus*, por iluminar minha vida e por tudo que tenho, sabendo que nada acontece por acaso;

Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ANEXOS

LISTA DE APÊNDICES

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	22
2.1. Geral	22
2.2. Específicos	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1. Teoria da Privacidade de Alan Westin	23
3.2. Teoria da Privacidade de Irwin Altman	32
3.3. Teoria da Territorialidade de Robert Ardrey	40
3.4. Teoria Proxêmica de Edward T. Hall	43
3.5. Modelo Teórico de Construção de Instrumentos de Luiz Pasquali	47
3.5.1. Procedimentos Teóricos	47
3.5.2. Procedimentos Experimentais	53
3.5.3. Procedimentos Analíticos ou Estatísticos	54
4. SIGNIFICADO DE PRIVACIDADE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO A SAÚDE	59
4.1. Definições, Concepções e Dimensões de Privacidade	59
4.2. Aspectos Morais e Ético-legais referentes à Privacidade	65
4.3. Revisão da Literatura	72

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	86
5.1. Pólo Teórico	86
5.1.1. Construção do Construto Privacidade	86
5.1.1.1. Local do estudo	88
5.1.1.2. População-alvo	90
5.1.1.3. Aspectos éticos	90
5.1.1.4. Coleta de dados	91
5.1.1.5. Caracterização dos sujeitos	92
5.1.1.6. Análise dos dados	94
Concepção de privacidade em geral no contexto hospitalar	95
Concepção de privacidade física no contexto hospitalar	103
5.1.2. Operacionalização do Construto e construção do instrumento	119
5.1.2.1. Tipo de escala e sistema de pontuação	120
5.1.2.1. Itens da escala e análise dos juízes	122
5.1.2.3. Pré-teste	127
5.2. Pólo Empírico	130
5.2.1. Local do estudo	130
5.2.2. População-alvo e amostra	130
5.2.3. Procedimentos éticos	131
5.3. Pólo Analítico	132
5.3.1. Seleção da amostra	132
5.3.2. Coleta de dados	132
5.3.3. Análise da confiabilidade do instrumento	132

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	137
6.1. Caracterização da amostra	137
6.2. Análise da confiabilidade do instrumento	140
6.2.1. Análise da consistência interna	140
6.2.2. Validade do construto	144
6.2.3. Validade convergente do construto	150
6.2.4. Validade discriminante do construto	154
6.3. Resultados relativos à análise estatística descritiva da EMS-FIETEP e ESPH-PF	156
6.4. Análise de variância da aplicação da ESPH-PF com os dados sociodemográficos dos sujeitos (n = 254)	177
6.5. Análise de variância da aplicação da ESPH-PF com os dados dos sujeitos (n = 254) referentes ao período de hospitalização	182
7. CONCLUSÕES	189
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193
ANEXOS	202
APÊNDICES	207

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Representação das zonas de privacidade nas relações do indivíduo com os outros segundo Westin (1970)	27

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 34 pacientes internados. Maringá – PR, 2007	93
Tabela 2 - Caracterização dos 34 pacientes com referência ao período de internação. Maringá – PR, 2007	94
Tabela 3 - Categorias empíricas oriundas da percepção dos 34 pacientes sobre a privacidade em geral no contexto hospitalar. Maringá – PR, 2007	96
Tabela 4 - Categorias empíricas oriundas da percepção dos 34 pacientes sobre a privacidade física referente à exposição e manipulação corporal no contexto hospitalar. Maringá – PR, 2007	104
Tabela 5 - Distribuição dos itens da ESPH-PF nos respectivos domínios conforme o nível de concordância entre os juízes. Maringá – PR, 2007	126
Tabela 6 - Distribuição definitiva dos 22 itens nos domínios correspondentes da ESPH-PF. Maringá – PR, 2007	129
Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica dos 254 pacientes internados. Maringá – PR, 2007-2008	138
Tabela 8 - Caracterização dos 254 pacientes referente ao período de hospitalização e ao nível de consciência. Maringá – PR, 2007-2008	139
Tabela 9 - Alfa de Cronbach da EMS-FIETEP e da ESPH-PF. Maringá – PR, 2007-2008	140
Tabela 10 - Alfa de Cronbach dos domínios que compõem a ESPH-PF. Maringá – PR, 2007-2008	142
Tabela 11 - Coeficientes de correlação item-total, valor de alfa do total dos 22 itens da ESPH-PF e valores de alfa se item for excluído. Maringá – PR, 2007-2008	143
Tabela 12 - Análise fatorial – valores absolutos e percentuais da variância explicada pelos fatores. Maringá – PR, 2007-2008	144
Tabela 13 - Matriz de rotação Varimax dos componentes principais da ESPH-PF. Maringá – PR, 2007-2008	146

Tabela 14	- Descrição dos itens agrupados nos domínios da ESPH-PF e respectivas cargas fatoriais de extração. Maringá – PR, 2007-2008 .	149
Tabela 15	- Coeficientes de correlação de Pearson entre os itens do domínio espaço pessoal e territorial da ESPH-PF e os itens da sub-escala invasão do espaço territorial da EMS-FIETEP. Maringá – PR, 2007-2008	151
Tabela 16	- Coeficientes de correlação de Pearson entre os itens do domínio espaço pessoal e territorial da ESPH-PF e os itens da sub-escala invasão do espaço pessoal da EMS-FIETEP. Maringá – PR, 2007-2008	151
Tabela 17	- Coeficientes de correlação de Pearson entre os escores da cada item e os escores totais da ESPH-PF. Maringá – PR, 2007-2008	153
Tabela 18	- Média, desvio-padrão, <i>t</i> de <i>student</i> e significância entre dois grupos extremos no nível de escolaridade na ESPH-PF. Maringá-PR, 2007-2008	155
Tabela 19	- Frequências e porcentagem dos escores referentes aos itens da sub-escala invasão do espaço territorial da EMS-FIETEP. Maringá – PR, 2007-2008	157
Tabela 20	- Frequências e porcentagem dos escores referentes aos itens da sub-escala invasão do espaço pessoal da EMS-FIETEP. Maringá – PR, 2007-2008	160
Tabela 21	- Frequências e porcentagem dos escores referentes aos itens nos respectivos domínios da ESPH-PF. Maringá – PR, 2007-2008	163
Tabela 22	- Média e desvio-padrão das repostas dos pacientes (n = 254) nos itens da ESPH-PF. Maringá – PR, 2007- 2008	176
Tabela 23	- Média, desvio-padrão e significância da aplicação da ESPH-PF com os dados sociodemográficos dos pacientes (n = 254). Maringá – PR, 2007-2008.	178
Tabela 24	- Média, desvio-padrão e significância da aplicação da ESPH-PF com os dados referentes ao período de hospitalização dos 254 pacientes. Maringá – PR, 2007-2008	183

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A - Parecer Nº 084/2007 do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá PR, 2007	202
Anexo B - Parecer Nº 267/2007 do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá PR, 2007	203
Anexo C - Escala de Medida do Sentimento frente à Invasão do Espaço Territorial e do Espaço Pessoal do Paciente hospitalizado (EMS-FIETEP)	204

LISTA DE APÊNDICES

	Pág.
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	207
Apêndice B - Formulário de Entrevista	208
Apêndice C - Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física - ESPH-PF (1ª versão - análise dos juízes)	209
Apêndice D - Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física - ESPH-PF (2ª versão – pré-teste)	215
Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	218
Apêndice F - Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física - ESPH-PF (versão definitiva)	219
Apêndice G - Formulário de Entrevista	222

PUPULIM, J. S. L. **Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física:** construção e validação de um instrumento de medida. 2009. 222 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. jslpupulim@bol.com.br / jslpupulim@bs2.com.br

RESUMO. Estudo do tipo metodológico com abordagem psicométrica que lida com a teoria e desenvolvimento de instrumentos de medição. O percurso metodológico norteou-se nos procedimentos teóricos, empíricos e analíticos para a elaboração de instrumento psicométrico (PASQUALI, 1998), e fundamentou-se em duas teorias da privacidade (WESTIN, 1970; ALTMAN, 1975), na teoria da territorialidade (ARDREY, 1966) e na teoria proxêmica (HALL, 1986). Os procedimentos teóricos compreenderam a definição do construto privacidade física no contexto hospitalar, em especial a exposição e manipulação corporal, o qual delineou-se a partir do referencial teórico adotado, da literatura pertinente e de estudo junto a 34 pacientes internados nos hospitais de Maringá-PR, com abordagem qualitativa, utilizando-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2000). Esse estudo permitiu descrever a percepção do paciente hospitalizado sobre a privacidade em geral e sobre a privacidade física, identificando-se três categorias empíricas referentes à privacidade em geral, a saber, *dignidade e respeito*, *espaço pessoal e territorial* e *autonomia*, e com relação à privacidade física extraíram-se iguais categorias, acrescentando-se às anteriores a categoria *intimidade e toque*. Tais categorias compuseram os quatro domínios do instrumento em construção. O instrumento foi submetido à análise semântica e conceitual por um painel de juízes composto por sete peritos, e na sequência a um pré-teste junto à população-alvo, resultando em um instrumento com 22 itens, tendo o domínio *dignidade e respeito* 8 itens, *intimidade e toque* e *espaço pessoal e territorial* 5 itens cada, e o domínio *autonomia* 4 itens. Os procedimentos empíricos englobaram a aplicação do instrumento construído, Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física (ESPH-PF), a uma amostra de 254 pacientes internados na rede hospitalar de Maringá-PR, entre novembro de 2007 e fevereiro de 2008. Os procedimentos analíticos englobaram a análise da consistência interna (α de Cronbach total de 0,68 e variação entre 0,35 e 0,60 nos domínios) e a validade de construto por meio da análise fatorial, extraíndo-se seis fatores (57,6% da variância total) e optando-se por manter os quatro pré-estabelecidos (47,7% da variância explicada). A validade convergente do construto utilizando-se a correlação produto-momento de Pearson ($p < 0,01$) e aplicação da Escala do Sentimento frente à Invasão do Espaço Territorial e do Espaço Pessoal do Paciente Hospitalizado (EMS-FIETEP), contemplou o domínio *espaço pessoal e territorial* da ESPH-PF e confirmou o poder discriminativo de todos os 22 itens do instrumento. A validade discriminante do construto empregando o teste *t* de *student* ($p < 0,05$) não encontrou diferença estatística significativa, exceto nos grupos extremos relativos à escolaridade. A análise psicométrica demonstra que a ESPH-PF pode ser aplicada para medir a satisfação do paciente com sua privacidade física no contexto hospitalar, sobretudo no que diz respeito à exposição e manipulação corporal. Os resultados obtidos junto a essa população não podem ser generalizados, porém comprovam a importância de se avaliar a satisfação do paciente com sua privacidade física, visto que o nível de satisfação revela, implicitamente, as preferências e necessidades dele por privacidade, e indiretamente também reflete o desempenho dos profissionais de saúde relativo à proteção e manutenção da privacidade no hospital.

Palavras-chave: assistência ao paciente; hospitalização; privacidade; autonomia pessoal; espaço pessoal, territorialidade, escalas; psicomетria, validade dos testes, análise fatorial.

PUPULIM, J.S.L. **The satisfaction of the hospitalized patient with his/her physical privacy:** construction and validation of a measurement instrument. 2009. 222 f. PhD theses – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. jslpupulim@bol.com.br/ jslpupulim@bs2.com.br

ABSTRACT. The study is of a methodological type using the psychometric approach which deals with the theory of the development of measurement instruments. The methodological apparatus is based on empirical and analytical theoretical proceedings, to the development of a psychometric instrument (PASQUALI, 1998), and is grounded in two privacy theories (WESTIN, 1970; ALTMAN, 1975), on the territoriality theory (ARDREY, 1966) and on the proxemic theory (HALL, 1986). The theoretical proceedings entailed the definition of the physical privacy construct in hospital context, especially the exposure and body manipulation, drawing on the theoretical apparatus used, the related literature and a study with thirty-four patients admitted in hospitals in Maringá-PR, with qualitative approach, using the content analysis (BARDIN, 2000). This study allowed to describe the perception of the hospitalized patient as regards general privacy and physical privacy, identifying three empirical categories concerning general privacy, namely *dignity and respect*, *personal and territorial space* and *autonomy*, and as regards physical privacy the same categories were extracted, adding to the previous ones the category of *intimacy and touch*. Such categories composed the four domains of the instrument under construction. The instrument was subjected to semantic and conceptual analyses by a panel of judges composed by seven connoisseur, followed by a pre-test with the target population, resulting in an instrument with 22 items, in which the domain *dignity and respect* had eight items, *intimacy and touch* and *personal and territorial space* had five items each, and the domain *autonomy* had four items. The empirical proceedings entailed the application of the constructed instrument, Satisfaction Scale of the Hospitalized Patient with his/her Physical Privacy (ESPH-PF), to a sample of 254 patients admitted in the hospital chain of Maringá-PR between November 2007 and February 2008. The analytical proceedings entailed the internal consistency analysis (α -Cronbach total of 0,68 variation between 0,35 and 0,60 in the domains) and the construct validity by means of factorial analysis, extracting six factors (57,6% of total variation) and opting to maintain the four pre-established ones (47,7% of explained variation). The convergent validity of the construct utilizing the correlation product-moment of Pearson ($p < 0,01$) and the application of Feeling Scale before the Invasion of Territorial and Personal Space of the Hospitalized Patient (EMS-FIETEP) contemplated the domain *personal and territorial space* of ESPH-PF and confirmed the discriminating power of all 22 items of the instrument. The discriminating validity of the construct employing the test *t* of student ($p < 5005$) did not find significant statistical difference, except for extreme groups regarding education. The psychometric analysis shows that the ESPH-PF can be applied to measure the patient's satisfaction with his/her physical privacy, once the level of satisfaction implicitly reveals his/her privacy preferences and necessities, and also indirectly reflects the performance of health professionals as regards protection and maintenance of hospital privacy.

Keywords: patient care; hospitalization; privacy; personal autonomy; personal space; territoriality; scales; psychometrics; validity of tests; factor analysis.

PUPULIM, J.S.L. **Satisfacción del paciente hospitalizado con su privacidad física:** construcción y validación de un instrumento de medida. 2009. 222 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. jslpupulim@bol.com.br/jspupulim@bs2.com.br

RESUMEN: Este estudio es del tipo metodológico con abordaje sicométrico y trabaja con la teoría y desarrollo de instrumentos de medición. El camino metodológico empleado se ha norteado en los procedimientos teóricos, empíricos y analíticos para la elaboración de instrumento sicométrico (PASQUALI, 1998), y se ha fundamentado en dos teorías de la privacidad (WESTIN, 1970; ALTMAN, 1975): en la teoría de la territorialidad (ARDREY, 1966) y en la teoría proxémica (HALL, 1986). Los procedimientos teóricos abarcaron la definición del constructo privacidad física en el contexto hospitalar, en especial la exposición y manipulación corporal, el cual se ha delineado a partir del referencial teórico adoptado, de la literatura pertinente y de un estudio con 34 pacientes internados en los hospitales de Maringá – PR, con un abordaje cualitativo, utilizándose el análisis de contenido (BARDIN, 2000). Ese estudio ha permitido describir la percepción del paciente hospitalizado sobre la privacidad en general y sobre la privacidad física, identificándose las siguientes categorías empíricas que se refieren a la privacidad en general: dignidad y respeto, espacio personal y territorial y autonomía. Con relación a la privacidad física, se han identificado las mismas categorías, añadiéndose a las anteriores la categoría intimidad y toque. Dichas categorías compusieron los cuatro dominios del instrumento en construcción. El instrumento ha sido sometido al análisis semántico y conceptual por un panel de jueces compuesto por siete peritos y en la secuencia ha sido sometido a un pre test con la población-alvo, lo que ha resultado en un instrumento con 22 ítemes. De esos ítemes, 8 han tenido el dominio dignidad y respeto, los dominios intimidad, toque, espacio personal y territorial han tenido 5 ítemes cada, y el dominio autonomía ha tenido 4 ítemes. Los procedimientos empíricos englobaron la aplicación del instrumento construido, Escala de Satisfacción del Paciente Hospitalizado con su privacidad física (ESPH-PF), a una muestra de 254 pacientes internados en la red hospitalar de Maringá-PR, entre noviembre de 2007 y febrero de 2008. Los procedimientos analíticos englobaron el análisis de la consistencia interna (α de Cronbach total de 0,68 y variación entre 0,35 y 0,60 en los dominios) y la validez del constructo por medio del análisis factorial; extrayéndose 6 factores (57,6% de la varianza explicada). La validez convergente del constructo utilizándose la correlación producto-momento de Pearson ($p < 0,01$) y la aplicación de la Escala del Sentimiento frente a la Invasión del Espacio Territorial y del Espacio Personal del Paciente Hospitalizado (EMS-FIETEP), ha contemplado el dominio *espacio personal y territorial* de la ESPH-PF y ha confirmado el poder discriminativo de todos los 22 ítemes del instrumento. La validez discriminante del constructo, empleando el test *t* de *student* ($p < 0,05$) no ha encontrado diferencia estadística significativa, excepto en los grupos extremos relativos a la escolaridad. El análisis sicométrico demuestra que la ESPH-PF puede ser aplicada para medir la satisfacción del paciente con su privacidad física en el contexto hospitalar, mayormente en lo que se refiere a la exposición y manipulación corporal. Los resultados obtenidos no pueden ser generalizados, sin embargo comprueban la importancia de evaluarse la satisfacción del paciente con su privacidad física, ya que el nivel de satisfacción revela implícitamente sus preferencias por privacidad y necesidades, e indirectamente también refleja el desarrollo de los profesionales de salud en lo que se refiere a la protección y mantenimiento de la privacidad en el hospital.

Términos-clave: atención al paciente; hospitalización; privacidad; autonomía personal; espacio personal; territorialidad; escalas; psicometría; validez de las pruebas; análisis factorial.

1. INTRODUÇÃO

O hospital é um ambiente hostil à natureza humana por deflagrar fragilidade física e vulnerabilidade emocional ante o processo saúde-doença. Ao confrontar a enfermidade e o tratamento, os pacientes se deparam com circunstâncias que interferem em seu estilo de vida, somando-se a convivência com pessoas que não fazem parte da sua estrutura social. Conseqüentemente, a hospitalização requer aceitação, adaptação, submissão e resignação.

No cenário hospitalar, geralmente os pacientes compartilham o mesmo espaço com outros pacientes e a presença dos profissionais é habitual. Equipe de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, profissionais dos serviços de exames complementares, assistente social, pessoal dos serviços de apoio (manutenção, limpeza, recepção, entre outros) circulam livremente no ambiente do hospital e têm acesso direto junto aos pacientes, sem contar a presença alternativa e intermitente de estudantes universitários e pesquisadores. De tal modo, a ausência de privacidade é uma realidade constante.

É reconhecível que o paciente tem sua privacidade comprometida ao dar entrada no hospital, tanto física quanto informacional e emocionalmente, o que se acentua conforme a gravidade da doença e o grau de dependência. Além disso, a estrutura física e administrativa, somando-se às limitações práticas, podem dificultar a manutenção da privacidade. No entanto, o resguardo da privacidade dos pacientes é de responsabilidade da equipe de saúde envolvida com aqueles pacientes, o que cabe, principalmente, à enfermagem.

Por outro lado, questiona-se: como exercer a prática assistencial sem expor ou invadir a privacidade do paciente? Sabe-se que, inevitavelmente, essa será afetada, mas pergunta-se: em que medida? De que maneira? O que se observa é que os pacientes se sentem desconfortáveis em fornecer tantos dados sobre si, desde o serviço de recepção e admissão do hospital até sua acomodação no leito hospitalar, e ainda ter seu corpo submetido e exposto às

avaliações físicas, procedimentos e cuidados, o que se segue nos dias subsequentes.

De certa maneira, quando as pessoas procuram um serviço de saúde estão preparadas para esse tipo de intromissão, mas não estão preparadas para lidar com a forma como isso, muitas vezes, acontece. O cenário hospitalar é uma instituição de caráter público e social e, portanto, envolve expectativas de como as pessoas deveriam interagir umas com as outras. Nesse caso, o relacionamento profissional-paciente é de suma importância, sobretudo com a enfermagem.

Não obstante, quando estabelece confiança com o profissional, o paciente sente-se mais à vontade para se expor, tanto emocional como fisicamente, e para dar informações, inclusive acerca de suas preferências com relação à privacidade. É comum o paciente desenvolver mais empatia por um elemento da equipe de saúde, o qual terá menos dificuldade para abordar o paciente e para encaminhar as atividades assistenciais, especificamente aquelas que exigem a exposição e a manipulação corporal.

Em adição, a maioria da população brasileira não tem acesso a quartos individuais, compartilhando enfermarias com outros pacientes, pessoas desconhecidas. Ao mesmo tempo em que isso pode ser favorável, por contar com a companhia e o apoio dos que também enfrentam uma enfermidade, pode ser desagradável durante a visita médica, cuidados e procedimentos, para os quais, em maior ou menor proporção, é necessário tocar e manusear o corpo do paciente, além de trocar informações. É crível, portanto, que a hospitalização impõe condições às pessoas que não seriam normais na vida cotidiana, como dormir junto a pessoas estranhas, alimentar-se, trocar de roupa, receber visitas, entre outros.

Infelizmente, nos serviços de saúde a doença monopoliza a atenção dos profissionais, priorizando-se as medidas necessárias para conter a enfermidade, ficando o respeito, a dignidade, a individualidade, os direitos do paciente, suas preferências, seus valores, suas crenças, seus costumes e seus sentimentos em segundo plano. Isso confere à

assistência impessoalidade, mecanização e insensibilidade, embora a racionalização, a técnica e o conhecimento científico sejam imprescindíveis nesse contexto.

No cuidado à saúde, a exposição e a intrusão na privacidade da pessoa podem acontecer de formas variadas e em diferentes níveis - do corpo, da informação, do espaço pessoal, do território, no campo psicológico e moral. É indiscutível o mérito de tal intromissão considerando os benefícios à saúde do indivíduo, contudo se questionam quais são os limites e as normas para a ação dos profissionais, tendo em vista os direitos do paciente.

É interessante apontar a ausência de leis específicas direcionadas à proteção da privacidade referente ao acesso físico dos usuários dos sistemas de saúde. Os códigos de ética das profissões da saúde prevêm o direito do paciente e o dever do profissional com respeito à privacidade, assim como a Constituição Brasileira e a Declaração Universal dos Direitos Humanos. No entanto, não são explícitos e tampouco há fiscalização, parecendo mais normas e recomendações, talvez porque a linha entre o necessário e o excesso seja muito tênue e difícil de determinar.

Aparentemente, um indivíduo conquista privacidade quando demarca o perímetro do seu 'território', aqui entendido em toda sua dimensão, incluindo o próprio corpo, o que permite mantê-la e impor limites à invasão dos outros. Porém, muitas vezes o poder de incursão dos outros é superior ao poder de defesa da pessoa.

A hospitalização fragiliza o indivíduo e enfraquece as barreiras, por ele construídas, para o resguardo da sua privacidade. Há de se entender que na maioria das vezes o paciente permite e/ou tolera a invasão porque reconhece que precisa da equipe de saúde, mas isso não significa que não reaja e não elabore estratégias de defesa quando percebe abuso nas condutas dos profissionais, como, por exemplo, omitir informação, recusar ser atendido em dada circunstância ou por determinado elemento da equipe, particularmente em situações que implicam a exposição e a manipulação do corpo.

Destaca-se que, dentre a equipe de saúde, a enfermagem caracteriza-se pelo profissional que está presente junto ao paciente por mais tempo no decorrer da internação; logo, é o elemento que mais invade sua privacidade, além de tocar, olhar e manusear seu corpo durante a assistência, seguida pelos profissionais médicos.

Apesar de tal fato ser inevitável no âmbito da saúde, já que os pacientes estão sujeitos a inúmeras atividades que requerem a exposição e a manipulação corporal, pouco tem se avaliado e discutido acerca dos fatores imbricados à ausência de privacidade física, suas implicações e possíveis estratégias para sua proteção e manutenção. É de estranhar tal desinteresse, visto que se observa na prática cotidiana que os profissionais vivenciam situações desagradáveis e de conflitos oriundas de falhas à proteção da intimidade do paciente, principalmente quando envolve partes íntimas do corpo.

Compreende-se a natureza do desconforto e da insatisfação do paciente por ter de despir-se diante de outros, ser visto e tocado, ainda mais por desconhecidos, pois no núcleo familiar aprende-se que isto não é um padrão de comportamento adequado. De fato, no contexto social, histórico e cultural no qual as pessoas estão inseridas, somando-se os valores morais incorporados no seio familiar, influenciam a conduta e as reações dos próprios em dada situação, especialmente de intimidade.

É perceptível que os profissionais que estabelecem um vínculo de confiança com o paciente conseguem desenvolver certo nível de intimidade, de cunho emocional, que em geral favorece a comunicação e o desenrolar das atividades de assistência. Contudo, parece que a dificuldade está em identificar e estabelecer os parâmetros para tal intimidade, tanto por parte do profissional quanto do paciente, com respeito e dignidade. Ademais, denota-se que esse envolvimento requer credibilidade, investimento emocional e reciprocidade, sem contar que toda implicação íntima abarca riscos relacionais e pessoais devido à afetividade e liberdade, podendo ser mal-conduzida e mal-interpretada.

Por conseguinte, conceitos como respeito, dignidade, intimidade, integridade e autonomia, parecem estar diretamente relacionados à aceção de privacidade e às condutas esperadas, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, no sentido de garantir a privacidade no hospital.

Diante do exposto e considerando as atividades da prática assistencial no hospital, a suposição que os pacientes se importam com a invasão da sua privacidade, em especial com a exposição e a manipulação do corpo, bem como a necessidade de conhecer a concepção atribuída por eles à privacidade física no cenário hospitalar, confere-se extrema importância ao desenvolvimento deste estudo. Conhecer o nível de satisfação e as preferências dos pacientes no tocante à privacidade, identificar os aspectos intervenientes e as implicações decorrentes da exposição e invasão da privacidade física, contribuirão para a adoção de condutas e medidas para assegurar sua proteção no ambiente hospitalar.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Construir um instrumento de medida da satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física referente à exposição e manipulação corporal durante a assistência.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Descrever a percepção de privacidade do paciente no contexto hospitalar, especificamente da privacidade física relacionada à exposição e manipulação corporal;

2.2.2. Definir o construto privacidade, sobretudo a dimensão física referente à exposição e manipulação corporal;

2.2.3. Elaborar os itens da escala de satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física relativa à exposição e manipulação corporal;

2.2.4. Analisar as propriedades psicométricas do instrumento construído.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. TEORIA DA PRIVACIDADE DE ALAN WESTIN

A reivindicação moderna por privacidade deriva, primariamente, da origem animal do homem, sendo que homens e animais compartilham vários mecanismos básicos para reivindicar privacidade entre seus próprios companheiros. A privacidade pode ser reivindicada por indivíduos, por grupos ou instituições, para determinar para si próprios ‘quando’, ‘como’ e ‘em que extensão’ a informação sobre eles pode ser comunicada a outros.

Segundo Westin (1970), o desejo do indivíduo por privacidade nunca é absoluto e a participação em sociedade é uma vontade igualmente poderosa, ou seja, como cada pessoa está continuamente engajada em um processo de ajustamento pessoal, há uma constante re-ponderação entre o desejo por privacidade e o desejo por revelar-se e comunicar-se, à luz das condições ambientais e normas sociais colocadas pela sociedade em que se está inserido. Neste sentido, privacidade consiste no afastamento voluntário e temporário de uma pessoa da sociedade em geral, por meios físicos ou psicológicos, seja por uma condição de solidão ou intimidade quando em pequenos grupos, seja sob a condição de anonimato ou reserva quando em grupos maiores.

Homens e animais têm períodos de reclusão individual ou de intimidade, precisam de estímulo social para sua privacidade e compartilhar de mecanismos elaborados de distância-posição para definir o espaço territorial do indivíduo no grupo. Na visão de Westin (1970) homens e animais também compartilham certas necessidades por privacidade, sendo essas reconhecidas como naturais de todos os homens que vivem em sociedade. Para o autor, não existem necessidades universais por privacidade e nem processos universais para ajustar os valores de privacidade, revelação e vigilância no interior de cada sociedade. No entanto, toda sociedade deve ser estudada em seus próprios termos, focalizando os costumes sociais para se constatar a existência de normas de privacidade e distinguir todas as dificuldades ao fazer

comparações transculturais, reconhecendo que existem meios psicológicos de alcançar a privacidade, os quais são cruciais nas sociedades nas quais a vida comunitária impossibilita a intimidade e a solidão.

A necessidade por privacidade afeta áreas básicas da vida para o indivíduo, para o grupo familiar íntimo e para a comunidade como um todo, e as normas de privacidade são estabelecidas para cada uma dessas áreas. O indivíduo busca por privacidade em suas interações diárias com os outros; limites são impostos para manter um grau de distância. Portanto, as normas variam, mas as funções que a privacidade desempenha são essenciais para cada segmento da vida social (indivíduo, família, comunidade).

O indivíduo em sociedade engaja-se em um processo pessoal contínuo, no qual busca privacidade em certos momentos, revelação e companheirismo em outros. Mesmo afetado pelos padrões culturais de cada sociedade, tal processo é ajustado em seus níveis mais finos por cada indivíduo. Ele usa ‘reserva e restrição’ para propiciar uma área de privacidade em suas relações com os outros e essa reivindicação individual origina alguns outros limites sobre revelação inter-pessoal. A maioria das sociedades tem regras que balizam a intrusão por outrem e que governam as condutas de quem invade, delimitando o que a pessoa pode tocar, onde pode ir, as conversas ou os atos.

Os regimes políticos e sua relação com a privacidade são discutidos por Westin (1970), pontuando que nas sociedades liberais, de origem democrata, o papel central é propiciar ampla liberdade aos cidadãos, garantindo-se a privacidade para o alcance de seus objetivos de forma eficiente e responsável, ou seja, as funções da privacidade no sistema liberal não requerem que essa seja um direito absoluto, mas requerem responsabilidade social, legal e dos seus cidadãos. Culturalmente, a noção de privacidade varia de nação para nação em termos do impacto sobre as relações interpessoais. Pessoas em diferentes culturas vivenciam o mundo distintamente; assim, o que se considera respeito à privacidade em uma

cultura pode significar transgressão em outra.

Westin (1970) explica as quatro condições básicas de privacidade individual e descreve as funções gerais que a privacidade desempenha para indivíduos ou grupos em nações ocidentais democráticas. Tais condições incluem:

- **Solidão.** Quando o indivíduo está separado do grupo e livre da observação de outras pessoas. Ele pode estar sujeito a estímulo físico dissonante, isto é, sua paz mental pode continuar a ser perturbada por sensações físicas (barulho, vibrações, odor, frio, calor, dor). Nessa condição ele estará especialmente sujeito ao diálogo familiar, com sua mente ou sua consciência. A despeito de todas as intrusões físicas ou psicológicas, a solidão é a mais completa condição de privacidade que os indivíduos podem alcançar;
- **Intimidade.** Quando o indivíduo age como parte de uma pequena unidade, e à qual é permitido exercer reclusão incorporada, tanto que pode alcançar um relacionamento próximo, tranqüilo e sincero entre dois ou mais indivíduos, isto é, refere-se ao desejo do indivíduo ou do grupo para promover relacionamentos pessoais íntimos. Cônjuge, familiares, círculo de amigos ou grupo de trabalho são unidades típicas de intimidade. Se o contato íntimo causa relação branda ou hostilidade abrasiva, depende da interação pessoal entre os membros, mas sem intimidade a necessidade básica de contato humano não seria satisfeita;
- **Anonimato.** Quando o indivíduo está em local público ou desempenhando atos públicos e consegue manter a liberdade de identificação e da observação, ou melhor, quando é possível deslocar-se sem ser reconhecido ou ser objeto de atenção. Ele apega-se às regras de comportamento e aos papéis que produziriam efeitos se ele fosse conhecido por aqueles que o observam. Nessa condição, o indivíduo é capaz de fundir-se à ‘paisagem situacional’. Perceber que está sob observação sistemática destrói o senso de relaxamento e liberdade que os indivíduos buscam em espaços públicos. A relação anônima favorece

abertura para confidências, as quais seriam omitidas da maioria das pessoas relacionadas intimamente, porém nesse caso o indivíduo expressa-se livremente porque sabe que o estranho não continuará em sua vida e que embora essa pessoa possa dar uma resposta objetiva às questões apresentadas por ele, não é capaz de exercer autoridade ou restrição. O núcleo de cada tipo de autonomia é o desejo por momentos de ‘privacidade pública’;

- **Reserva.** Indisposição para revelar aspectos pessoais próprios aos outros. É a condição mais sutil de privacidade, por criar uma barreira psicológica contra a intrusão indesejada, pela limitação da comunicação sobre si àqueles que o circundam. A maior parte da vida é gasta em situações de intimidade e em relações, por isso comunicação de si aos outros é sempre incompleta e baseia-se na necessidade de ocultar algo de próprio como o pessoal ou sagrado, ou tão vergonhoso para comunicar. Para tanto, cria-se a ‘distância mental’ para proteger a personalidade e expressar a escolha individual para retirar-se ou revelar-se, sendo que tal opção é o aspecto dinâmico da privacidade nas relações interpessoais cotidianas. A maneira pela qual o indivíduo reivindica reclusão e a extensão em que é respeitada ou não pelos outros é o cerne do significado de segurança da privacidade.

Na seqüência, Westin (1970) agrupa as funções da privacidade individual em quatro tópicos:

- **Autonomia pessoal.** Reporta-se à crença na singularidade do indivíduo, em sua dignidade básica e na necessidade de manter o processo social que resguarda sua individualidade. O desenvolvimento e a manutenção do senso de individualidade estão vinculados à necessidade humana por autonomia (desejo de evitar ser manipulado ou dominado inteiramente pelos outros). Uma das maneiras de representar a necessidade por um núcleo fundamental de autonomia é descrever as relações do indivíduo com os outros em termos de uma série de ‘zonas’ ou ‘regiões’ de privacidade; levando ao próprio núcleo

(autonúcleo). Isto é retratado como um círculo interno circundado por uma série de círculos concêntricos mais amplos, sendo que a série progride até atingir o círculo mais externo, o da conversa casual e da expressão física (Figura 1). A ameaça mais séria à autonomia de um indivíduo é a probabilidade de que alguém penetre na zona mais interna e conheça seus segredos capitais, por meios físicos ou psicológicos, o que o deixaria sob o controle daquele que sabe seus segredos. A autonomia que a privacidade protege também é vital para o desenvolvimento da individualidade e consciência da escolha particular na vida. A percepção do indivíduo de que ele decide quando vai a público é essencial ao sentimento de autonomia, pois privacidade é um tipo especial de independência que pode ser vista como uma tentativa para garantir a autonomia;

Figura 1 - Representação das zonas de privacidade nas relações do indivíduo com os outros segundo Westin (1970)

- **Liberação emocional.** A vida em sociedade gera tensões que demandam períodos de

privacidade para vários tipos de alívio emocional. A pessoa desempenha uma série diversa de papéis constantemente, dependendo da sua audiência e da situação comportamental. Há momentos em que o indivíduo pode ser ele mesmo (terno, nervoso, sonhador), o que pode acontecer na solidão, na intimidade, no anonimato ou mesmo na reserva. Desse modo, a privacidade propicia a ele uma chance para retirar a ‘máscara’, para relaxar. Também há a necessidade por pausar o estímulo emocional da vida diária, e nesse caso a privacidade provê a mudança de ritmo, o que torna a vida mais agradável. Outra forma de liberação emocional é a proteção dada pela privacidade ao descompromisso com as normas sociais (formais e informais). Se não há espaço para a quebra de algumas regras, então a maioria das pessoas estaria sob disciplina organizacional, na prisão ou sob manipulação. A expectativa de ter privacidade para desvios permissíveis é uma característica distinta da vida em uma sociedade livre, e permite aos indivíduos desviar-se temporariamente da etiqueta social quando sozinhos ou entre íntimos. Outro aspecto da liberação é a função ‘válvula de segurança’ proporcionada pela privacidade, na qual a maioria das pessoas precisa dar vazão a sua fúria, aos que exercem autoridade sobre elas, sem sentimento de responsabilidade. A privacidade também propicia o manuseio das funções corporais e sexuais (evacuar, vestir o corpo, o ato sexual), bem como uma função protetora em momentos de perda intensa, impacto, tristeza, ansiedade e incerteza. Nessas ocasiões, em geral a sociedade dá apoio e respeita a privacidade do indivíduo e sua intimidade, atendendo à necessidade de retirar-se da visão pública para reagrupar suas forças psicológicas;

- **Auto-avaliação.** Toda pessoa precisa integrar suas experiências dentro de um padrão significativo e exercer sua individualidade. A privacidade é essencial para conduzir o indivíduo na auto-avaliação, capacitando-o para processar e analisar a informação recebida, considerar alternativas e possíveis conseqüências, no sentido de agir de modo consistente e apropriado. Envolve também o desempenho de suas necessidades, por prover

um tempo para antecipar, reformular e originar, o que acontece na solidão reflexiva e momentos de reserva. Nesses períodos, fluem idéias e impressões na mente da pessoa, as quais são inibidas na presença de outros. A função avaliativa da privacidade tem uma dimensão moral maior, o exercício da consciência pelo qual o indivíduo ‘repossui a si mesmo’, ou seja, faz um inventário moral de condutas presentes e medida atual de desempenho contra ideais pessoais. Outra contribuição é seu papel no tempo adequado de decisão para mover-se da reflexão particular (conversão íntima) para a divulgação de atos e pensamentos. Esse é o processo por meio do qual se testa sua própria avaliação de encontro às respostas de seus pares. Decidir quando e em que extensão revelar fatos sobre si, e colocar os outros na posição de receber tais confidências é uma questão de enorme preocupação na interação pessoal, quase tão importante como revelar para todos;

- **Comunicação limitada e protegida.** A maior ameaça à vida social é quando o indivíduo é completamente ingênuo em sua comunicação com os outros (diz o que sabe e o que sente). Na verdade, toda comunicação é parcial e limitada, baseada na relação complementar entre reserva e discrição. A ‘comunicação limitada’ é particularmente vital na vida urbana por seu estímulo intensificado, ambiente abarrotado e confrontações físicas e psicológicas entre pessoas que não conhecem umas às outras, e ‘comunicação reservada’ é o modo de autopreservação física. Nessa função, a privacidade detém dois aspectos gerais: (a) propiciar oportunidades para compartilhar confidências e intimidades com quem ele confia; e (b) impor limites necessários de distância mental em situações interpessoais, oscilando do mais íntimo ao mais formal e público. Relacionamentos bem-sucedidos dependem da descoberta do ponto ideal entre privacidade e revelação, e do respeito a esse ponto. A distância psicológica também é usada em locais abarrotados para proporcionar privacidade. Reconhece-se o ‘afastar-se na privacidade’ na expressão facial, nos gestos corporais, entre outros, e aprende-se a ignorar e a ser ignorado como forma de

alcançar privacidade. Igualmente, existem convenções sociais que estabelecem o que é apropriado e inapropriado discutir entre íntimos e outros grupos.

De acordo com Westin (1970), a privacidade não é condição auto-suficiente, nem um fim em si mesma, basicamente configura-se como um instrumento para o alcance de objetivos individuais de auto-realização, e como tal, parte do sistema complexo e de mudanças das necessidades sociais, de como ajusta o mecanismo emocional de ‘barragem’ da pessoa e do estímulo social que encontra na vida diária. O homem é um animal social, logo, precisa revelar-se e da companhia dos outros tanto quanto precisa de privacidade. Em um momento quer companhia, em outro intimidade, ou anonimato, ou ainda ficar só e inobservável. Ficar na privacidade quando se quer companhia é tão desconfortável como a inabilidade para ter privacidade quando a deseja ardentemente.

O equilíbrio entre privacidade e revelação sofre influência das normas culturais da sociedade, da situação de vida e do *status* particular do indivíduo. Várias reivindicações de privacidade ou a expectativa de obtê-la emergem de certas posições sociais, sendo que o direito à privacidade ascende da legitimidade e prestígio dessas posições. Muita privacidade ou a carência dela podem prejudicar o bem-estar do indivíduo; como ele se adapta ou não depende de sua capacidade emocional. O ponto fundamental é que cada pessoa deve, dentro do contexto cultural e da situação pessoal, amoldar-se continuamente entre suas necessidades por solidão ou não, por intimidade ou intercuro social, por anonimato ou participação responsável, por reserva ou revelação. Essa escolha é do indivíduo e consiste no núcleo do ‘direito à privacidade individual’, isto é, o direito para decidir por si mesmo.

Em síntese, Westin (1970) enfoca os tipos (condições) e as funções da privacidade, as quais englobam oportunidades para auto-avaliação, o que contribui para a auto-identidade e individualidade. Discorre sobre a necessidade por privacidade como uma dinâmica contínua de alterações das condições internas e externas, no sentido de alcançar um nível desejável e

satisfatório de privacidade, e assinala a autonomia decisional como um aspecto importante para se obter privacidade, além de discutir como grupos e indivíduos controlam ou regulam o acesso a si mesmos. Aponta que a privacidade tem características universais, que a configuração da privacidade pode ser culturalmente específica, que se pode obter privacidade em maior ou menor extensão e que ela pode ser alcançada de diversas maneiras.

3.2. TEORIA DA PRIVACIDADE DE IRWIN ALTMAN

Altman (1975) estudou o comportamento social humano em relação ao ambiente físico, como as pessoas usam esse ambiente na interação social, e especificamente os conceitos de privacidade, espaço pessoal, territorialidade e aglomeração (*crowding*). Para o autor, esses conceitos-chave se relacionam a partir de uma perspectiva interdisciplinar envolvendo a conexão do ambiente e comportamento, sendo o conceito de privacidade central por promover a ligação entre os demais.

O autor examinou a integração ambiente-comportamento em unidades sociais menores (família, dupla de pessoas ou pequenos grupos sociais) sob uma orientação sócio-psicológica, ou seja, como as pessoas são afetadas pelo ambiente físico na interação ‘face-a-face’ e como utilizam o meio ambiente para ajustar a interação social com as outras pessoas. Propõe que a privacidade é um processo regulatório pelo qual cada pessoa torna-se mais ou menos acessível e aberta a outros, sendo que o espaço pessoal e o comportamento territorial são mecanismos de fronteira interpessoal usados para se alcançar níveis desejados de privacidade.

Por conseguinte, descreve a aglomeração como uma condição social em que os mecanismos da privacidade não funcionam efetivamente, resultando em um excesso de contato social indesejado. Em outras palavras, o autor afirma que a falha do sistema de regulação produz uma competição entre níveis almejados e alcançados de privacidade, permitindo mais interação do que a originalmente desejada, e conseqüentemente, em menos privacidade do que a desejada.

O autor estabelece um vínculo entre os conceitos de comportamento e meio ambiente, desenvolvendo um pensamento único relativo a esses conceitos a partir da proposta de vincular os quatro conceitos-chave como ‘controle interpessoal’ ou ‘regulação da fronteira interpessoal’. Refere-se a uma pessoa ou a um grupo mantendo um nível desejado e

apropriado de interação entre si e o ambiente social e físico.

Ao abordar os quatro conceitos sob uma perspectiva ecológica, ou de sistema social, apresenta algumas propriedades:

- **Múltiplos níveis de comportamento:** alcance da privacidade pelo uso de diferentes mecanismos de comportamento, tais como comportamento verbal (conteúdo da fala), comportamento para-verbal (intensidade, tom, alcance e inflexão da voz), comportamentos relacionados ambientalmente (distância espacial) e respostas territoriais (personalizar e controlar áreas e objetos geográficos);
- **Sistema coerente:** vários níveis de comportamentos relacionados à privacidade operam às vezes substituindo, outras amplificando ou modulando uns aos outros;
- **Sistema de regulação da privacidade:** é dinâmico e a combinação particular de comportamentos verbais, não-verbais e ambientais modifica conforme mudam as circunstâncias;
- **Sistema social:** o ambiente atua e produz variações comportamentais; logo, constitui um determinante de comportamento e uma forma ou extensão de comportamento.

Privacidade é definida por Altman (1975) como um processo de controle da fronteira interpessoal por meio do qual uma pessoa ou grupo regula a interação com outras pessoas, de controle seletivo do acesso a si próprio ou a um grupo. Em sua ótica, é um processo dinâmico de controle seletivo sobre a própria fronteira, seja por indivíduo ou grupo, e também um processo dialético por envolver tanto uma restrição de interação quanto uma procura por interação.

Nesse último caso, Altman (1975) concebe a privacidade como uma interação de forças opostas, isto é, diferentes ponderações entre abrir-se e fechar-se para os outros, ou

melhor, em alguns momentos uma pessoa ou grupo quer ficar sozinho e em outros deseja o contato social. Sua argumentação é que privacidade tem forças impulsionando certo nível de ‘abertura-fechamento’ ou ‘acessibilidade-inacessibilidade’, com a potência relativa de forças opostas alternando com o tempo e com as circunstâncias.

Assim, em algum momento existe um nível ótimo de acesso desejado de si aos outros, ao passo que um desvio desse ótimo em direção a ‘tão muita’ ou ‘tão pouca’ interação é insatisfatório. Desse modo, *privacidade desejada* (PD) é uma condição subjetiva de um nível ideal de interação com outras pessoas, ‘quão muito’ ou ‘quão pouco’ contato é desejado em um dado momento, e *privacidade alcançada* (PA) é o nível atual de contato que resulta da interação com os outros. Quando a PA equivale à PD se atingiu um nível ideal, uma ótima condição de privacidade. Por outro lado, quando a PA é maior do que a PD existe uma condição de desequilíbrio (ALTMAN, 1975).

As pessoas ou grupos tentam regular o contato que parte dos outros e o contato partindo deles para os outros (*input* e *output*), o qual Altman (1975) define como processo bidirecional. Por conseguinte, é importante compreender como ocorre essa regulação, visto que a privacidade abrange diversos tipos de unidades sociais, de relacionamentos sociais (indivíduos, família, grupos mistos ou homogêneos quanto ao sexo, dentre outros). Consentir o acesso de outros a sua área e objetos permite maior oportunidade para expor-se, proporciona informação de natureza pessoal e propicia uma condição para contato íntimo. Prevenir a entrada em seu território efetivamente impõe uma fronteira que limita a intimidade do contato social.

Nesse âmbito, o autor apresenta e esclarece alguns mecanismos comportamentais utilizados para se alcançar privacidade:

- **Mecanismos verbais:** o principal veículo de interação social é a comunicação verbal (conteúdo e estilo das respostas verbais); conteúdo verbal refere-se à substância da comunicação ou o que é dito, inclui expressões de níveis desejados de interação e a

avaliação dos efeitos. Os aspectos estruturais incluem as características lingüísticas, paralingüísticas e para-verbais da fala (estilo da linguagem, seleção e diversidade do vocabulário, pronúncia e dialética, dinâmica vocal, razão/categoria da fala, fenômeno temporal, produto verbal, qualidade da voz e vocalização);

- **Mecanismos não-verbais:** a linguagem corporal envolve o uso de várias partes do corpo para comunicar (braços, pernas, postura corporal, olhar, gestos e movimentos de cabeça);
- **Mecanismos ambientais:** o papel do ambiente físico é bastante complexo.
 - a. **Vestuário e adornos:** as pessoas adotam estilos de roupas, ou uniformes, para contar ao mundo como elas são, para ajudar a definir sua situação, seu papel social, seu *status*, ou sinalizar sua abordabilidade. Por exemplo, no ambiente hospitalar geralmente o uso de adornos e de roupa pessoal é restrito. Tal restrição é uma transgressão sobre os mecanismos de regulação da privacidade;
 - b. **Espaço pessoal:** área imediatamente circundante ao corpo do indivíduo ou grupo, através do qual uma pessoa altera a distância e o ângulo de orientação dos outros. Sua intrusão gera tensão e desconforto. Vestuário e espaço pessoal estão literalmente próximos ao corpo das pessoas; quanto menor o ambiente e maior o número de pessoas, menores são as chances de obter ou controlar a privacidade;
 - c. **Território:** uso, domínio e propriedade de áreas e objetos em localidade geográfica. A noção de território implica uma região geograficamente imóvel, fixa, envolve o uso exclusivo pela pessoa ou grupo, a personalização ou demarcação de um lugar ou objeto, e a comunicação que é própria de cada pessoa ou grupo. Domínio e personalização são designados para regular a interação social e ajudar a satisfazer vários motivos sociais e físicos. Resposta defensiva pode ocorrer quando fronteiras territoriais são violadas. Altman (1975) apresenta três tipos de território:

c.1. Primário: são próprios e exclusivamente usados por indivíduos ou grupos, claramente identificados como deles pelos outros, com controle relativamente permanente, e central na vida diária dos ocupantes. Aqui a identidade do proprietário está proeminente, o controle sobre o acesso é altamente valorizado e só se entra após obter permissão. É um poderoso mecanismo de regulação e a violação é tida como afronta à auto-identidade pessoal;

c.2. Secundário: refere-se a outros grupos com os quais a pessoa está envolvida. É menos central, penetrante e exclusivo. Há dois tipos: o doméstico e o interacional. No primeiro, os usuários têm relativo acesso livre e algum controle sobre o uso de um lugar pelos outros. O interacional é o local onde ocorre algum tipo de interação entre um grupo de pessoas, é o espaço pessoal do grupo e onde um indivíduo ou grupo tem algum controle, domínio e poder regulatório, mas não no mesmo nível que no território primário. Aqui os principais usuários variam com o tempo e a área nem sempre é identificada como pertencente a um único usuário. Por isso a comunicação é deficiente e há mais conflito. Paralelamente, há mais mistura de comportamentos de regulação da privacidade, com pessoas se ajustando e reajustando constantemente para se adequarem ao processo de fronteira dos outros e para assegurarem a comunicação de seu próprio processo de regulação;

c.3. Público: de qualidade temporária, sendo que quase ninguém tem livre acesso e direitos ocupacionais. A pessoa tem liberdade de acesso, mas não para agir. Seu uso está restrito pelas leis, costumes e regulamentos. São mecanismos frágeis para controlar a fronteira pessoal; os ocupados pela sociedade (ruas, parques) geralmente estão disponíveis sem restrições, desde que se respeitem certas regras, e os de ocupação livre (locais onde há restrições menores) são abertos a quase todos por um período limitado de tempo.

- **Mecanismos culturais:** incluem costumes, normas e estilos de comportamento por intermédio dos quais membros de distintos grupos culturais regulam contato com os outros. Esses diferentes comportamentos operam como um sistema unificado, amplificando, substituindo e/ou complementando uns aos outros. O autor acredita que todas as culturas humanas possuem mecanismos comportamentais para manejar a acessibilidade social das pessoas umas às outras; o que difere entre as culturas é como elas executam o controle sobre a interação.

Conforme Altman (1975), a privacidade exerce três funções:

- **Controle e manejo da interação interpessoal:** a maior função da privacidade consiste na regulação da interação com o ambiente social, atuando também para a autodefinição e auto-identidade; esta última é particularmente dependente da habilidade da pessoa para definir seus próprios limites e fronteiras. Aprende-se a distinguir entre si e o outro como resultado da interação com os outros, quando o contato é controlado e regulado, quando o próprio comportamento é separado dos comportamentos dos outros, e quando o contato com os outros é acompanhado e regulado. A habilidade ou fracasso para regular as próprias/outras fronteiras é um importante contribuinte para a autodefinição, uma vez que é origem de autoconhecimento baseado diretamente na evidente interação em progresso;
- **Interface do próprio e do não-próprio:** as pessoas usam outras pessoas para trabalhar seus sentimentos e suas percepções; portanto, pode-se afirmar que uma função da privacidade é auxiliar no processo de comparação social (entre si e os outros). A regulação da privacidade capacita a pessoa a decidir sobre o curso de ação, a requerer sentido para os vários eventos interpessoais e a construir normas ou padrões para interpretar as próprias relações e as dos outros. Uma área específica da interface de si e dos outros se preocupa com o *status* da relação entre as pessoas. Pessoas com status mais alto freqüentemente tem

o direito de invasão sobre os outros, mas o oposto não é usual. O perfil do relacionamento pode refletir no processo de fronteira, assim, uma das funções da privacidade preocupa-se com a natureza do relacionamento entre as pessoas. Por conseguinte, os mecanismos da privacidade não ajudam apenas a regular a interação interpessoal como também contribuem para o desenvolvimento dos papéis interpessoais e com as estratégias e planos gerais para negociar com os outros;

- **Auto-identidade:** essa função tem suas raízes no interior do *self* e possui ao menos dois aspectos, auto-observação e auto-identidade.
 - a. **Auto-observação:** oportunidade para a pessoa ou grupo ver, descrever e avaliar a si mesmo, geralmente sem a presença de outros. Inclui deixar cair a ‘máscara social’ da pessoa, de vários tipos, ser capaz de tentar novos comportamentos e ver-se exibindo tais comportamentos. É útil na autovalorização e para a auto-identidade;
 - b. **Auto-identidade:** definição cognitiva, emocional e psicológica de uma pessoa ou grupo e compreensão de si mesmo como ser humano. Inclui o conhecimento da pessoa de ‘onde começa e onde termina’, quais aspectos do mundo físico são partes de si e quais são dos outros. Abrange a autocompreensão de sua própria capacidade e limitações, forças e fraquezas, emoções e cognição, crenças e dúvidas. Para Altman (1975), a auto-identidade é central à existência humana, pois a atuação efetiva de uma pessoa na interação com outros requer alguma compreensão do que a própria ‘é’ e quando o auto-interesse e a auto-expressão podem ser exibidos. Se uma pessoa é percebida como sem valor, se ela não tem fronteiras e nem controle sobre quem tem acesso, então essa pessoa, literalmente, não é nada; é difícil conceber que uma pessoa com tal sentimento seja capaz de atuar muito bem. Os mecanismos da privacidade definem os limites e fronteiras da própria pessoa. Quando a permeabilidade dessas fronteiras está sob controle da pessoa, um sentido de individualidade se desenvolve. Todavia não é a

inclusão ou exclusão dos outros que é vital para a autodefinição, mas sim a habilidade para regular o contato quando desejado. Se a pessoa pode controlar e definir o que é e o que não é dela, se pode observar os limites e o escopo de seu controle, então ela deu passos maiores em direção à compreensão e definição de quem ela 'é'.

Em suma, os mecanismos de privacidade servem para ajudar a definir-se, e as funções periféricas, no sentido de qual controle está direcionado (regulação da interação interpessoal e auto/outro processo de interface), suprem o objetivo da auto-identidade. Espaço pessoal e comportamento territorial agem como mecanismos para se atingirem os objetivos de privacidade. Os mecanismos da privacidade operam como um sistema, algumas vezes substituindo e em outras amplificando. Nesse contexto, pessoas ou grupos usam diferentes misturas de comportamentos em momentos diferentes e em diferentes circunstâncias.

Algumas vezes os mecanismos de privacidade falham e a intrusão ou aglomeração ocorre quando o controle da fronteira é insuficiente. O sistema de regulação da privacidade é dinâmico, com ajustamentos e reajustamentos ocorrendo todo o tempo, e essas alterações resultam de novos níveis desejados de privacidade e tentativas de manter os níveis desejados quando os mecanismos ultrapassam ou não alcançam a marca.

Um dos objetivos, ou função, da privacidade é interpessoal e preocupa-se com o manejo das fronteiras da própria pessoa e dos outros. Outro objetivo é a interface da pessoa e dos outros, ou seja, como a pessoa usa a interação social para definir seu papel e para interpretar a si na relação com os outros. A habilidade para regular a interação e a privacidade contribui para a compreensão de si mesmo e de suas capacidades e limitações, além de contribuir para o poder de controlar e regular sua própria vida, bem como uma percepção de auto-estima. Territorialidade e espaço pessoal são considerados veículos para se alcançar objetivos da privacidade, e aglomeração é vista como uma condição resultante do alcance desses objetivos.

3.3. TEORIA DA TERRITORIALIDADE DE ROBERT ARDREY

Essa teoria fundamenta-se inicialmente em observações do comportamento animal, as quais foram, posteriormente, transportadas para o comportamento dos seres humanos. Ardrey (1966, p. 3) concebe território como a “área do espaço – água, terra ou ar – que um animal ou grupo de animais defendem como uma área exclusiva”, e considera que para todas as espécies animais territoriais, até mesmo para o homem, o fato de ter um território proporciona certa energia ao proprietário. O dono, provido de tal energia, arremessa-se contra o oponente em defesa de seu território, e este se inibe por ter consciência de sua invasão e por reconhecer os direitos universais de territorialidade. Assim, o intruso é expulso e derrotado.

O homem é tão territorial como qualquer outro animal, sendo o comportamento uma característica da espécie humana (ARDREY, 1966). Para o autor, as ações do homem se originam em razão do passado evolutivo e não pelo presente cultural, acreditando que ao proteger seu território, o ser humano não o faz por motivo diverso, ou nem menos inato, do que os demais animais. Homens e animais lutam para possuir uma área, dominar seu próprio território, porque este proporciona segurança e sobrevivência às espécies. Nesse âmbito, os padrões de comportamento territorial evoluíram como um tipo de mecanismo de defesa, como uma resposta mais efetiva da natureza para uma variedade de problemas de sobrevivência.

O autor ainda postula que se existe no mundo do animal social um direito biológico à privacidade, expressada por intermédio do território privado ou pela distância individual, então isto é de interesse indefinido para o ser humano moderno, pois ajustes naturais confirmam que tal direito existe e que deve ter valor biológico, embora este nunca tenha sido explorado. Além disso, o *homo sapiens* não se enquadra entre as espécies que renuncia à distância individual e ao território privado, ou mesmo ao direito à privacidade; em geral, procura resolver as demandas antagônicas de privacidade.

O estímulo por território é psicológico e surge a partir de necessidades de segurança e motivação, o qual é satisfeito pelo núcleo territorial e pela periferia territorial. A identidade é outra necessidade animal que o território satisfaz, ou seja, necessidade por uma área, geográfica ou social, sua e apenas sua. Portanto, há igual necessidade por identidade, motivação e segurança. No entanto, a extensão de uma determinada necessidade variará de espécie para espécie, de população para população, de grupo para grupo, de indivíduo para indivíduo.

Em sua investigação, Ardrey (1966) trata o comportamento territorial como um arquétipo de comportamento inato, instintivo e definido geneticamente. A disposição para possuir um território é inata, ou seja, almejar e defender um local são co-naturais; em contrapartida, a posição e limites desse território, a divisão, o compartilhar com outrem ou um grupo, quem acolher ou banir, serão aprendidos. A capacidade para aperfeiçoar com aprendizagem um padrão comportamental inato parece estar relacionada ao instinto (padrões geneticamente determinados que informam um animal de que modo agir em uma dada situação).

De acordo com o autor, o comportamento, que consiste na estrutura de possibilidades disponíveis para as ações de alguns animais, é característica de espécies e subespécies, sendo que corpo e comportamento formam um organismo único, propenso à variação normal dentro de uma espécie, a indivíduos e populações.

Como grande parte do comportamento humano é aprendida, e não inata, considera-se que o comportamento territorial é determinado pela tradição social e pela experiência e aprendizagem individual. Para o autor, imperativo territorial é a lei biológica na qual se estabelece a moralidade humana, ou seja, na qual evolui a capacidade para sacrifício, altruísmo, simpatia, responsabilidade, confiança, auto-interesse, caridade, honestidade, amizade e amor, amizade social e independência mútua.

Ardrey (1970) assevera que o princípio territorial tem sido o implemento efetivo maior da evolução na distribuição do espaço animal, acrescentando que se o homem é um ser

biológico equipado com padrões territoriais, então o espaço pessoal pode variar em suas dimensões. O autor considera espaço pessoal o território portátil que circunda o indivíduo, sendo de localização permanente, com limites claros e podendo ser móvel. Já espaço social é a área que circunda a sociedade.

Por conseguinte, territorialidade é entendida como uma necessidade inata, visto que o monopólio sobre um território atende três necessidades básicas do ser humano – de identidade, de autonomia, e de segurança (ARDREY, 1966). Em vista disso, o autor apresenta o contrato social, formado por uma tríade dinâmica: identidade (em oposição ao anonimato e à necessidade inata mais forte), estímulo (em oposição à tensão) e segurança (oposta à ansiedade e menos profunda). Tal contrato rege que o indivíduo é único, e como tal, a única fonte de realização humana (ARDREY, 1970).

3.4. TEORIA PROXÊMICA DE EDWARD T. HALL

A proxêmica estuda o significado social do espaço, ou melhor, como o homem sistematiza inconscientemente o micro-espaço. Esse termo foi cunhado por Hall (1986), precursor no estudo do espaço no relacionamento interpessoal, ao descrever a teoria do uso humano do espaço na comunicação. Para o autor, o uso do espaço é definido culturalmente e a percepção de distância e de proximidade é resultante dos sistemas sensoriais – visão, audição, olfato e tato.

A teoria proxêmica compreende o espaço sob três aspectos:

- **Espaço de características fixas:** constitui disposições estruturais imutáveis em volta do indivíduo;
- **Espaço de características semifixas:** relativo à disposição do mobiliário, adereços e obstáculos;
- **Espaço informal:** alusivo ao território pessoal em torno do corpo do indivíduo; determina a distância interpessoal dentre indivíduos em cada relacionamento.

Hall (1986) também identificou quatro distâncias interpessoais na cultura norte-americana:

- **Distância íntima:** relativa ao contato físico, calor humano e transmissão de odores, variando de 0 a 50 cm;
- **Distância pessoal:** referente à proximidade sem contato físico, sem sentir os odores e o calor do corpo. A distância é dividida em duas fases, sendo que a fase próxima varia de 50 a 80 cm, e a fase afastada de 80 cm a 1,20 m;
- **Distância social:** ocorre contato visual sem contato físico, e a distância também é dividida em duas fases. A fase próxima varia de 1,20 m a 2,10 m e a afastada de 2,10 m a 3,60 m;
- **Distância pública:** não há contato visual individual, a visão é coletiva, ocorrendo acima

de 3,60 m e ainda pode ser dividida em duas fases. A fase próxima varia de 3,60 m a 7,50 m e a fase afastada de 7,50 m a 30 m.

A análise proxêmica de Hall (1986) envolve ainda oito fatores, os quais constituem as suas categorias primárias:

- **De postura-sexo:** analisa o sexo dos participantes e a posição básica dos interlocutores (em pé, sentado ou deitado);
- **De eixo sóciofugo-sóciopeto:** analisa o ângulo dos ombros em relação ao outro indivíduo e à posição dos interlocutores (face-a-face, de costas ou outra angulação);
- **Cinestésicos:** analisa o contato físico a curta distância (toque ou roçar da pele, posição corporal);
- **De comportamento de contato:** analisa as formas de relações táteis (acariciar, apalpar, agarrar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, encostar acidentalmente ou sem contato físico);
- **De código visual:** analisa o modo do contato visual (olho-no-olho ou sem contato visual);
- **De código térmico:** referente ao calor percebido pelos interlocutores;
- **De código olfativo:** relativo às características e ao nível de odor percebido pelos interlocutores;
- **De volume de voz:** respectivo à percepção dos interlocutores quanto ao espaço interpessoal.

Os aspectos arrolados pela teoria da privacidade de Westin (1970), complementados pela teoria de Altman (1975), pela teoria da territorialidade de Ardrey (1966) e pela teoria proxêmica de Hall (1986), forneceram subsídios para a concepção do construto 'privacidade física' de maneira especial com relação à exposição e manuseio do corpo, e contribuíram para elucidar os fatores inter-relacionados de distância pessoal, espaço territorial e pessoal, além de propiciarem o suporte teórico necessário para o desenvolvimento deste estudo.

Subseqüentemente, dentre vários referenciais metodológicos de construção de instrumentos (ANASTASI, 1986; HAMBLETON; SWAMINATHAN; ROGERS, 1991; HAMBLETON; ZAAL, 1991; VAN DE VIJVER; HAMBLETON, 1996; CRONBACH, 1996; ANASTASI; URBINA, 1997; URBINA, 2007) adotou-se o modelo teórico de elaboração de instrumentos para mensurar fenômenos subjetivos proposto por Pasquali (1999). Essa opção se deu pela vasta experiência do autor como pesquisador em construção e validação de instrumentos de avaliação, e considerado uma autoridade em psicometria no Brasil, com inúmeros trabalhos publicados nacional e internacionalmente.

Um dos fatores para tal escolha consiste em concordar com o autor que avaliar é da natureza humana, já que a história da humanidade está abarrotada de códigos de conduta, os quais permitem julgar o comportamento das pessoas e da sociedade, e vice-versa, devido aos valores pessoais e aos atribuídos socialmente, o que leva a presumir que respeitar e concordar com tais valores seja apropriado e transgredi-los seja censurável (PASQUALI, 1999). Outro fator considerado é que a mensuração de fenômenos subjetivos (psicológicos) é concebida pela psicometria e segundo Pasquali (1996, 1997) ela ainda é entendida como um ramo da estatística, porém deveria ser compreendida como um ramo da psicologia, que interconecta com a estatística, pois caracteriza o uso da medida na psicologia como uma orientação epistemológica quantitativista no ramo das ciências empíricas.

A teoria que fundamenta a psicometria adota as proposições da teoria da medida em geral e trabalha com o modelo da estrutura latente, ou traço psicológico (*latent modeling*), a partir de conceitos específicos, tais como traço latente, sistema, propriedade, magnitude e representação da estrutura latente. Apesar da ambigüidade do conceito de ‘traço latente’, seu entendimento está relacionado a termos como variável fonte ou hipotética, fator, construto, conceito, estrutura psíquica, traço ou processo ou componente cognitivo, processo ou estrutura mental, habilidade, aptidão, traço de personalidade, processo elementar de

informação, tendências, atitudes, dentre outras expressões (PASQUALI, 1996, 1997).

Na verdade, para a psicometria traço latente é o conjunto de processos cognitivos necessários à execução de determinada tarefa (PASQUALI, 1996). Por conseguinte, ‘sistema’ representa o objeto psicológico ou de interesse, ou seja, as estruturas psicológicas latentes. A variedade de aspectos ou atributos que caracteriza o sistema, ou objeto de interesse compõe a ‘propriedade’. A ‘magnitude’ refere-se à intensidade do atributo ou propriedade e pode assumir valores diferentes de quantidade, ‘mais ou maior que’ ou ‘menor que’. No caso da ‘representação comportamental da estrutura latente’, o comportamento, verbal ou motor, constitui-se no único nível que pode ser trabalhado empiricamente (cientificamente) na psicologia, portanto, é nele que se deve buscar a solução para a questão do conhecimento e da representação dos processos latentes (PASQUALI, 1997, 1999).

Seguindo a linha de raciocínio do autor, um fenômeno subjetivo envolve comportamentos, os quais podem ser avaliados e cuja expressão representam o traço latente. Desse modo, a dimensão física da privacidade constitui-se atributo mensurável. Para representar o traço latente (domínios) elaboram-se itens (comportamentos) correspondentes que irão compor um instrumento de medida (escala). Esses itens deverão ser analisados estatisticamente (individual e em conjunto) para se verificar se o instrumento realmente mede (representa) o construto (no caso a privacidade física), e pode ser considerado legítimo e válido.

Reportando essa visão para a questão da privacidade física do paciente hospitalizado, considerou-se essa metodologia adequada aos objetivos do estudo, visto que preservar ou infringir a privacidade de alguém envolve, entre outros, todos os aspectos citados pelo autor.

3.5. MODELO TEÓRICO DE CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO DE PASQUALI

O processo de construção de instrumentos constitui-se de doze etapas, distribuídas em três grandes pólos ou procedimentos (PASQUALI, 1999):

- **Pólo teórico.** Refere-se à explanação da teoria que fundamentará o desenvolvimento do estudo sobre o construto em questão, sua definição e sua operacionalização em itens, para se proceder com a construção do instrumento de medida. Além da teoria científica, deve-se buscar toda evidência empírica possível e disponível na literatura acerca do construto, a fim de delimitar a base teórica (miniteoria) que orientará a elaboração do instrumento de medida;
- **Pólo empírico ou experimental.** Estabelece as etapas, ou passos, e as técnicas de aplicação do instrumento piloto, assim como para a coleta válida de informação empírica para que se possa avaliar psicometricamente o instrumento;
- **Pólo analítico ou estatístico.** Determina os procedimentos de análise estatística para a validação, precisão e normatização do instrumento.

Antes de descrever as doze etapas a percorrer para a construção do instrumento, vale destacar que “o foco da mensuração é quantificar as características do conceito a ser mensurado e a psicometria, fundamentada nas teorias da medida, guia o alcance desse foco” (BRAGA; CRUZ, 2006).

3.5.1. Procedimentos teóricos

Consiste na fundamentação teórica sobre o construto, teoria científica e dados empíricos, e compreende as seis primeiras etapas para a construção do instrumento de medida,

sendo que as três primeiras relacionam-se à teoria, a quarta etapa contempla tanto a teoria quanto a construção do instrumento, e as duas últimas são direcionadas especificamente à construção.

3.5.1.1. Sistema psicológico – 1ª etapa

Explicita a teoria sobre o construto, ou objeto de interesse, ou objeto psicológico, para o qual se pretende construir um instrumento de medida. Essa etapa concebe o objetivo de interesse, geralmente multifacetado, e que deve ser elucidado a partir das reflexões, ponderações e interesse do pesquisador, sob fundamentação científica obtida na bibliografia disponível. Recomenda-se restringir o sistema o máximo possível, pois quanto mais elementar e melhor delimitado o sistema de interesse menor a dificuldade para construir o instrumento.

3.5.1.2. Propriedade do sistema psicológico – 2ª etapa

Consiste em definir e delimitar, de forma clara e precisa, as propriedades ou atributos que caracterizam o objeto de interesse, seguindo o mesmo método da etapa anterior. Vale lembrar que o sistema não é mensurável, e sim os aspectos específicos que o caracterizam (atributos ou propriedades). Atributo ou propriedade é a qualidade, aspecto ou componente do objeto, mensurável “num continuum de pontos de magnitude” (PASQUALI, 1999).

3.5.1.3. Dimensionalidade do atributo – 3ª etapa

Refere-se à estrutura interna e semântica do atributo, delineado a partir da teoria sobre o construto e dos dados empíricos disponíveis na literatura, incluindo estudos que empregam análise fatorial. É importante definir se o construto é uni ou multifatorial, e nesse último caso, expor os fatores que o compõem, determinando qual deles ou se todos serão investigados. De fato, a teoria é que fundamenta, concebe, define e estrutura o construto, levando em consideração a propriedade e a dimensionalidade, ajudada pelos dados empíricos.

3.5.1.4. Definição do construto – 4ª etapa

Após determinar a propriedade e a dimensionalidade, deve-se prosseguir conceituando detalhadamente o construto, baseando-se na literatura, na análise de conteúdo efetuada com a cooperação de especialistas na área e na experiência do pesquisador. Essa etapa requer a definição clara e precisa dos fatores para os quais se construirá o instrumento de medida. Para tanto, são necessárias a definição constitutiva e a definição operacional do construto.

- **Definição constitutiva.** Oriunda de outros construtos, de conceitos da teoria que a fundamenta, ou melhor, de termos definidos em dicionários e enciclopédias. Situa o construto exata e precisamente dentro da teoria, com a finalidade de impor e definir os limites semânticos sobre o que explorar quando se for medir o construto, ou seja, dá as dimensões semânticas que o construto deve assumir dentro da teoria em que está inserido;
- **Definição operacional.** Deve abranger o máximo possível do construto, do abstrato para a realidade, definindo-o em termos de operações concretas, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa, embora nenhuma definição operacional esgote sua amplitude semântica. Em outras palavras, é operacional quando indica claramente o que o indivíduo deve fazer, como deve se comportar (“vá e faça”). Quanto mais essa definição ‘cobrir’ o construto, melhor cobrirá o espaço semântico e melhor será a qualidade do instrumento. Para tal, é necessário explicitar e listar as categorias de comportamento que representarão o construto, visto que a etapa seguinte dá início à construção do instrumento piloto.

3.5.1.5. Operacionalização do construto – 5ª etapa

Consiste na elaboração dos itens que irão compor o instrumento de medida e compreende as três fases a seguir:

- **Fontes dos itens.** Podem ser obtidas na literatura através de outros testes que medem o

construto, recorrendo à população-alvo através de entrevistas sobre o construto, e nas categorias comportamentais instituídas nas definições operacionais. Desse modo, os itens são elaborados e selecionados “em função das definições operacionais do construto”, com base na fundamentação teórica e nas evidências empíricas, na sua pertinência com o contexto teórico do construto de interesse (PASQUALI, 1998, p. 6).

- **Regras de construção dos itens.** Recomenda-se a aplicação de doze critérios, sendo os dez primeiros aplicáveis à construção dos itens e os dois restantes ao instrumento como um todo. Esses critérios regem a elaboração de cada item em particular, e parcialmente o conjunto de itens que medem o construto, sendo que para determinados itens algumas regras se aplicam ou não, dependendo do tipo de traço a ser mensurado.
 - **Critério comportamental.** O item deve expressar um comportamento, ou seja, precisa permitir uma ação clara e precisa, e não uma abstração ou construto;
 - **Critério de objetividade (desejabilidade ou preferência).** O item deve expressar as diferentes preferências, os diferentes gostos e sentimentos, os modos de ser;
 - **Critério da simplicidade.** Cada item deve expressar somente uma idéia;
 - **Critério da clareza.** As frases devem ser compreensíveis para todos os estratos da população. Utilizar sentenças curtas, expressões simples e inequívocas, empregando a linguagem típica da população-alvo;
 - **Critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência).** A frase deve ter coerência com o atributo, não sugerindo atributo diferente do definido, ou seja, deve expressar o construto, de modo que sua carga fatorial (covariância) represente o fator que pretende medir;
 - **Critério da precisão.** O item deve ter posição definida no contínuo do atributo e ser diferente dos outros itens que cobrem o mesmo contínuo, a fim de permitir ser

avaliado pelo respondente;

- **Critério da variedade.** Variar a linguagem, e no caso de escalas de preferência, estabelecer a metade dos itens em termos favoráveis e a outra metade em desfavoráveis, evitando assim respostas estereotipadas à direita ou à esquerda da escala;
 - **Critério da modalidade.** Formular frases com expressões de reação modal, ou seja, não empregar expressões extremadas do tipo ‘impossível’ ou ‘excelente’;
 - **Critério da tipicidade.** Formular sentenças utilizando expressões condizentes ao atributo, isto é, peculiares e inerentes ao atributo;
 - **Critério da credibilidade (validade aparente, *face validity*).** Evitar a formulação de itens com conotação ridícula, despropositada, infantil e ofensiva, porque pode contribuir para uma atitude desfavorável do respondente com relação ao instrumento;
 - **Critério da amplitude.** Os itens devem abranger toda a magnitude do contínuo do atributo, ou melhor, devem permitir a discriminação entre indivíduos de níveis distintos e cobrir os vários níveis de compreensão da população a que se destina;
 - **Critério de equilíbrio.** Os itens de um contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente, todos os segmentos do contínuo, de modo que a disposição assemelhe-se à da curva normal, tendo a maioria dos itens dificuldade mediana, diminuindo progressivamente no sentido das caudas com itens fáceis e difíceis em número inferior.
- **Quantidade de itens.** Sugere-se que cerca de 20 itens seria o número ideal ou razoável, a partir de uma fase inicial composta de, pelo menos, três vezes esse número, os quais serão analisados e selecionados estatisticamente. Entretanto, o autor lembra que a abrangência da totalidade dos itens, ou a maioria deles, deve cobrir a extensão semântica do construto.

3.5.1.6. Análise teórica dos itens – 6ª etapa

O instrumento deverá ser submetido a essa análise, a qual consiste em solicitar a

opinião de outros acerca do construto operacionalizado, objetivando garantir a validade, por meio de juízes que devem executar dois tipos de análise.

- **Análise semântica dos itens.** Tem por finalidade verificar se os itens são inteligíveis para todos os sujeitos, para a população-alvo. Para se proceder à validade aparente dos itens, recomenda-se a aplicação do instrumento com grupos de 3-4 pessoas (*brainstorming*), iniciando com sujeitos do estrato mais baixo da população-alvo, e posteriormente com um grupo da população mais sofisticado, a fim de checar a compreensão dos itens. Se houver dúvidas quanto à compreensão de um item, ou se há divergência na sua reprodução, o instrumento tem problemas e deve ser reformulado. O item que continuar a apresentar problemas nas verificações subseqüentes, atingindo o máximo de cinco verificações, deve ser excluído.
- **Análise dos juízes.** Igualmente apontada como análise de conteúdo ou análise de construto, tem por objetivo verificar a pertinência dos itens em relação ao construto, ou seja, procura apurar a adequação da representação comportamental do atributo. Os juízes devem ser peritos na área do construto, já que irão julgar se os itens se referem ou não aos fatores em questão. Em geral, uma concordância de 80% entre os juízes pode ser considerada critério de decisão sobre a pertinência dos itens; caso contrário, o item tem problemas e é recomendável descartá-lo.

A análise dos juízes é importante porque eles avaliam cada item no que tange ao domínio (fator) correspondente e julgam se os itens realmente representam o conteúdo do domínio correlato, o que é considerada uma validade de conteúdo. Nesse caso, o que está em questão é o “grau em que a medida representa o fenômeno de interesse”, portanto a validade de conteúdo analisa se a medida incorpora todos, ou quase todos, os aspectos do fenômeno subjetivo e abstrato (HULLEY et al., 2003, p. 63), e desse modo “representa o universo do

conteúdo ou o domínio de um dado construto” (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 321).

No mesmo sentido, Pasquali (2003, p. 188) assinala que “um teste tem validade de conteúdo se ele constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínios)”. Em suma, a validade de conteúdo consiste em determinar a capacidade dos itens do instrumento para representar acertadamente as dimensões do fenômeno a que se destina.

Essa etapa finaliza os procedimentos teóricos em torno da construção do instrumento de medida, cujos passos incluem a exposição da teoria do construto e a elaboração do instrumento piloto. A próxima fase será a validação do instrumento por meio de procedimentos experimentais, que consistem na coleta de dados empíricos e submissão às análises estatísticas psicométricas.

3.5.2. Procedimentos experimentais

Essa fase acrescenta mais duas etapas à construção do instrumento de medida, o planejamento da aplicação do instrumento piloto e a devida coleta de dados empíricos, que junto à validade de conteúdo compõem o início do processo de validação do instrumento. A finalidade desses procedimentos é coletar informações através da aplicação do instrumento piloto a uma amostra representativa da população, para a qual o instrumento está sendo construído, para testar a qualidade psicométrica do instrumento de medida.

3.5.2.1. Planejamento da aplicação – 7ª etapa

Consiste em determinar uma amostra representativa da população-alvo, delimitando-a quanto as suas características específicas. Elaborar instruções referentes à aplicação do instrumento, dirigidas aos respondentes, para evitar equívoco, assim como definir o formato do instrumento piloto e o sistema de aplicação. Sugere-se um pré-teste com o instrumento piloto para garantir a inteligibilidade.

3.5.2.2. Aplicação e coleta – 8ª etapa

Após observação e deferência aos ajustes recomendados no pré-teste, prossegue-se com o planejamento, operacionalizando a coleta de informações. Os dados obtidos gerarão uma matriz ou banco de dados informatizado, necessário à próxima fase.

3.5.3. Procedimentos analíticos ou estatísticos

Essa fase, denominada normatização, envolve os procedimentos estatísticos incluídos nas quatro e últimas etapas postuladas por Pasquali (1999) para concluir o processo de validação do instrumento de medida.

3.5.3.1. Dimensionalidade do instrumento – 9ª etapa

Essa análise é necessária para verificar se o instrumento construído é unidimensional ou não. Para tanto, Pasquali (1999, 2003) recomenda proceder a uma análise fatorial, que determinará quantos fatores o instrumento de fato está medindo, para então definir a dimensionalidade desse instrumento.

A análise fatorial (AF) permite observar se “uma série de variáveis ou itens pode ser reduzida idealmente a uma única dimensão ou variável” (fator), com a qual todas as demais estão relacionadas, sendo que a relação de cada item com o fator é expressa pela covariância ou correlação, isto é, pela carga fatorial. Em outras palavras, a AF “verifica precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens”. Tais correlações resultam de variáveis-fonte. Ainda a AF postula que “um número menor de traços latente (variáveis-fonte) é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (itens)” (PASQUALI, 2003, p. 173).

Assim, itens da série que apresentam alta carga ($>$ de 0,30) no fator são unidimensionais, o que significa que medem o mesmo fator, ao passo que itens com carga zero ou próxima a zero não estão medindo o mesmo que os demais, e portanto devem ser

descartados. Acrescenta-se que é a carga fatorial (correlação entre -1 a +1) que determina a correlação entre as variáveis empíricas.

Pasquali (2003, p. 289), propaga que AF

[...] é uma técnica estatística calcada sobre o pressuposto de que uma série de variáveis observadas, medidas, chamadas de variáveis empíricas ou observáveis, pode ser explicada por um número menor de variáveis hipotéticas, não-observáveis, chamadas precisamente de variáveis hipotéticas ou variáveis-fonte, mais conhecidas sob o nome de fatores.

Essas últimas são o motivo pelo qual “as variáveis observáveis se relacionam entre si, isto é, são responsáveis pelas intercorrelações (covariância) entre estas variáveis” (PASQUALI, 2003, p. 289). Se as variáveis empíricas se relacionam entre si, presume-se que é porque tenham uma causa comum e que esta produz a correlação, sendo que se denomina essa causa comum de fator, cujo descobrimento é exatamente a tarefa da AF.

A validade de construto de um instrumento é definida pela grandeza das cargas fatoriais das variáveis no fator, e que constituem a representação comportamental do próprio fator (traço latente), para o qual foram elaboradas as variáveis como representação empírica.

A análise fatorial integra a validade de construto (ou validade de conceito), cujo desígnio é “descobrir se a representação (teste) constitui uma representação legítima, adequada do construto”, ou melhor, verifica a legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (PASQUALI, 2003, p. 165). Para demonstrar tal validade, é necessário definir duas coisas:

1) o teste deve se correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria, pela teoria, estar relacionado (validade convergente); e 2) não se correlacionar com variáveis com as quais ele teoricamente deveria diferir (validade discriminante) (PASQUALI, 2003, p. 175).

3.5.3.2. Análise empírica dos itens – 10ª etapa

Os itens que representam suficientemente o traço latente que o instrumento mede, conforme etapa anterior, devem ser submetidos a análises individuais para a verificação de outras características (dificuldade, discriminação e resposta aleatória), a serem analisadas em cada fator,

que os próprios devem apresentar dentro do mesmo instrumento (PASQUALI, 1999).

É indicado pelo autor fazer uma análise empírica dos dados empregando a Teoria da Resposta ao Item (TRI), ou Curva Característica do Item (ICC), cujos parâmetros principais são a dificuldade, a discriminação e a resposta aleatória. Essa teoria presume que “o sujeito possui certo nível de magnitude do traço latente”, e que ele é determinado pela análise das respostas através de diferentes funções matemáticas (PASQUALI, 1999, p. 63).

A dificuldade se refere à magnitude do traço latente que o sujeito deve ter para acertar ou aceitar o item; desse modo, quanto maior a magnitude exigida mais difícil o traço latente, ou seja, “a dificuldade do item é dada pelo número (proporção) de acertos”, quanto maior o número de acertos mais fácil é o item. A discriminação é relativa à capacidade de diferenciar sujeitos com escores altos daqueles com escores baixos. A resposta aleatória diz respeito às respostas corretas dadas ao acaso (PASQUALI, 2003, p. 129).

3.5.3.3. Fidedignidade do instrumento – 11ª etapa

Também identificado como precisão, confiabilidade, estabilidade, constância, equivalência e consistência interna, dependendo do tipo do método utilizado na coleta de dados empíricos ou da técnica estatística aplicada na análise dos dados coletados, cujas denominações procuram expressar o que ele realmente representa para o instrumento (PASQUALI, 2003).

Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001, p. 187), a fidedignidade consiste na avaliação das ferramentas escolhidas para se ter certeza de que são medidas válidas e confiáveis, ou melhor, “de que elas operacionalizam os construtos que estão sendo testados”. Assim, fidedignidade “é a qualidade dos escores de teste que sugere que eles são suficientemente consistentes e livres de erros de mensuração para serem úteis”, embora não necessariamente em sua totalidade, pois as mensurações sempre estão sujeitas a uma margem de erro e flutuação (URBINA, 2007, p. 121).

Neste sentido, a confiabilidade de um instrumento é determinada pela “medida em

que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas”, portanto, “refere-se à proporção de precisão para imprecisão na medição”. Logo, para uma escala ser confiável tem que ter estabilidade e homogeneidade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 192).

- **Estabilidade.** É a capacidade de produzir resultados iguais em administração repetida do instrumento. O procedimento utilizado para estimar a estabilidade do instrumento é o teste-reteste, que consiste em administrar o mesmo instrumento para os mesmos sujeitos sob condições similares em momentos diferentes e confrontar os escores obtidos. O intervalo entre o teste e o reteste varia e depende do fenômeno a ser medido (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001);
- **Homogeneidade (consistência interna).** Significa que todas as questões de um instrumento devem medir o mesmo conceito ou característica, isto é, que os itens da escala se correlacionam ou se complementam. O método utilizado com mais frequência para avaliar a coerência interna é o alfa de Cronbach, cujo teste compara os itens da escala simultaneamente um com o outro para verificar a congruência que cada item possui com os demais itens do mesmo instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; PASQUALI, 2003). Esse método requer uma única aplicação do instrumento a um grupo de sujeitos e proporciona uma estimativa da covariância entre os escores obtidos a partir da divisão do instrumento em duas metades equivalentes. Os escores do alfa de Cronbach vão de ‘zero a um’, sendo que o ‘zero’ indica ausência total de coerência entre os itens, e o ‘um’ indica consistência interna de 100%. Supõe-se que quanto menor a variabilidade de um item menos erro ele provoca e mais preciso ele é; por conseguinte, quanto menor a soma das variâncias dos itens, mais consistente e preciso é o instrumento (PASQUALI, 2003).

Pasquali (1999, p. 69) apregoa que o instrumento submetido às análises anteriormente mencionadas permite ao próprio ser considerado um instrumento “válido e

fidedigno e pronto para uso na pesquisa”. No entanto, o autor recomenda a ‘normatização’ do instrumento por ser útil à interpretação dos resultados que ele produz.

3.5.3.4. Estabelecimento de normas ou normatização - 12ª etapa

A padronização na aplicação do instrumento fornece subsídios no sentido de como interpretar os resultados. Refere-se, portanto,

[...] à necessidade de existir uniformidade em todos os procedimentos no uso de um teste válido e preciso: desde as precauções a serem tomadas na aplicação do teste (uniformidade das condições de testagem, controle do grupo, instruções padronizadas e motivar os examinandos pela redução da ansiedade) até o desenvolvimento de parâmetros ou critérios para a interpretação dos resultados obtidos (PASQUALI, 2003, p. 226).

As normas de interpretação dos resultados recomendadas pelo autor são “normas de desenvolvimento” e “normas intragrupo” (PASQUALI, 1996, 2003).

- **Normas de desenvolvimento.** Nesse caso, as normas de interpretação dos escores baseiam-se no nível de desenvolvimento progressivo pelo qual o ser humano passa no decorrer de sua vida (idade mental, escolaridade, estágio de desenvolvimento);
- **Normas intragrupo.** Aqui as normas estão relacionadas ao grupo ou população para a qual o instrumento foi construído, sendo que “o escore do sujeito toma sentido em relação aos escores de todos os sujeitos da população” (PASQUALI, 2003, p. 241). O autor sugere o uso do “posto percentílico”, que por sua vez expressa a porcentagem de todos os sujeitos da amostra que estão acima ou abaixo da mediana e do “desvio padrão”.

Essa última etapa completa as proposições de Pasquali (1996, 1997, 1998, 1999, 2003) relativas ao processo de construção de um instrumento de medida. O autor salienta a importância da fundamentação teórica no sentido de se definir exatamente o que se pretende medir, enfatizando que a confiabilidade e a validade conferem qualidade ao instrumento de medida, portanto estão associadas e são imprescindíveis.

4. SIGNIFICADO DE PRIVACIDADE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO A SAÚDE

4.1. DEFINIÇÕES, CONCEPÇÕES E DIMENSÕES DE PRIVACIDADE

O vocábulo privacidade etimologicamente deriva das palavras *privo* e *privatus*, que em latim significam privar, sendo que a raiz é *priv*. Seu emprego original foi o termo militar *private* (soldado raso), o qual significa, no sentido literal, ser privado, desapossado da fileira ou posição social (RAWNSLEY, 1980).

Ao buscar na literatura o significado de privacidade, encontram-se diversas definições, a começar por vida privada, intimidade, privatividade (MICHAELIS, 1998), ou mesmo vida privada da pessoa ou da família (MATTOS, 1996). Certas culturas não têm um termo análogo para privacidade, como é o caso de árabes, holandeses, japoneses, russos e sociedades tribais, embora tal concepção esteja presente nessas culturas (NEWELL, 1995).

Privacidade consiste no afastamento temporário e voluntário de uma pessoa, da sociedade em geral, por meios físicos ou psicológicos (WESTIN, 1970), e pode ser alcançada pelos indivíduos quando outras pessoas não podem exercer o poder disponível a elas, ou não o fazem para impedir tal afastamento (KELVIN, 1973). Também incide em ter o controle seletivo do acesso a si próprio, ou melhor, em um processo dinâmico de regulação da fronteira interpessoal, por meio do qual os indivíduos ou grupos podem controlar ou regular a interação (ALTMAN, 1975, 1976). Em outras palavras, é o acesso exclusivo de uma pessoa ao seu próprio reino, ou até a uma realidade social que existe no interior de um fenômeno político, tecnológico, psicológico ou evolucionário (RAWNSLEY, 1980).

Privacidade ainda pode ser conceituada como a condição de estar distante de outros, por segregação, ausência de publicidade e discrição (ALEXIS, 1986), liberdade a partir da intrusão injustificada dos outros (CURTIN, 1992), podendo ser entendida também

como toda realidade oculta, relativa ao indivíduo ou a um grupo que merece reserva (VACAREZZA, 2000) ou como propriedade inatingível da propriedade corpórea e, portanto, um direito a ser protegido pela lei (RAWNSLEY, 1980).

Na verdade, concorda-se que o conceito de privacidade é altamente complexo e envolve diferentes perspectivas e dimensões, tanto que não há consenso universal sobre a sua concepção (LEINO-KILPI et al., 2001), que é abstrata e culturalmente definida, ou seja, depende do contexto e da situação (APPLEGATE; MORSE, 1994).

Entende-se também que privacidade não é somente excluir-se ou o artifício de deixar aproximar-se, envolve estar em contato com os outros e estar sem contato com os outros. O desejo por interação social, ou não, altera-se com o tempo e com as circunstâncias (ALTMAN, 1975). Deste modo, a definição de privacidade como uma condição de separação temporária e voluntária do domínio público (NEWELL, 1995) segue a mesma lógica, embora pareça mais simples ao se contemplar todas as dimensões da privacidade.

Sob outro prisma, como um processo de controle, alguns autores discordam se esse controle está acima das transações pessoais, do acesso a si mesmo ou sobre a informação pessoal relacionada à identidade de alguém (ALTMAN, 1975; MARGULIS, 1977; APPLEGATE; MORSE, 1994), visto que a privacidade é considerada um importante componente para o desenvolvimento e manutenção da percepção do *self*, da própria pessoa, da personalidade (APPLEGATE; MORSE, 1994).

A concepção psicológica concebe privacidade como o controle sobre, ou regulação de, ou limitação sobre, a isenção do escrutínio, vigilância ou acesso indesejado (MARGULIS, 1977, 2003). Já a dimensão social de privacidade inclui a habilidade e o esforço do indivíduo para controlar os contatos sociais, por razões tais, como gerenciar as interações (ALTMAN, 1977; LEINO-KILPI et al., 2002). Não diferentemente, Newell (1995) cita a compreensão filosófica de Schoeman (1984), a qual incide no alcance que os outros têm

de acesso limitado à informação sobre um indivíduo, à intimidade da vida da pessoa, a seus pensamentos ou ao seu corpo.

Reportando-se ao ambiente hospitalar, pode-se considerar privacidade como “mostrar respeito pelos desejos, pelo espaço e pertences do paciente” (BARRON, 1990, p. 30), ou como “direito do cliente hospitalizado de preservar seu corpo da exposição e manipulação por outrem, sendo que o desrespeito a este direito caracteriza a sua invasão” (PUPULIM, 2003, p. 4).

Na mesma vertente, para Harte (2004) o primeiro nível de privacidade é o da pessoa, do próprio corpo, que é conservada como uma relíquia na prática e na lei comum. A autora relaciona a privacidade do corpo ao direito da pessoa de consentir ou recusar tratamento, embora também se refira à privacidade das informações e da propriedade legal. Igualmente pode ser entendida como o direito da pessoa de permanecer sozinha, isolada, sem nenhuma perturbação externa e de escolher o tratamento de acordo com a preferência pessoal (PEDERSEN, 1997). Este autor posteriormente explicita melhor sua visão de privacidade como um processo de regulação do acesso a si ou a um grupo pelos outros, a um tempo em particular e em um certo cenário de circunstâncias, ou seja, envolve controlar a quantidade e o tipo de contato que alguém tem com os outros (PEDERSEN, 1999).

Essas concepções vêm ao encontro, mesmo que parcialmente, do significado de privacidade no contexto da saúde adotado pelo Kennedy Institute of Ethics, sediado em Washington, apresentado por Goldin e Francisconi (2003, p. 2), o qual consiste na “limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, anonimato, segredos, afastamento ou solidão. É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização”.

Buscando a compreensão de privacidade em serviços de saúde ocupacional na Finlândia, um estudo apontou que esta é concebida e manifestada em quatro campos (físico,

social, psicológico e informacional), sendo nesse contexto um conceito complexo e multifacetado, acrescentando que a privacidade não é um direito absoluto individual, mas envolve a idéia de compartilhar responsabilidade (HEIKKINEN; WICKSTRÖM; LEINO-KILPI, 2006).

Em contrapartida, o conceito comportamental e social de privacidade postula que sua função engloba oportunidades para auto-avaliação e contribui para a auto-identidade e para a individualidade (MARGULIS, 2003), suprimindo o contexto moral e o meio no qual surgem as mais altas formas de relação pessoal, o sagrado e o intimamente inviolado (RAWNSLEY, 1980). Conforme Newell (1995), após profunda e extensa revisão de literatura, não há concordância se a privacidade é uma condição do indivíduo, uma qualidade do local, um processo, um objetivo, uma atitude individual ou grupal, ou um comportamento observável. A autora complementa que diversos autores sugerem que as definições de privacidade modificam em função do desenvolvimento do indivíduo e do contexto ambiental específico.

Igualmente ao empreender uma revisão da literatura em busca do conceito de privacidade, Leino-Kilpi et al. (2001) descrevem as quatro dimensões do conceito de privacidade identificados por Burgoon (1982) e Parrot et al. (1989): (a) dimensão física é o nível ao qual alguém está fisicamente acessível aos outros e relaciona-se com a territorialidade e com o espaço pessoal; (b) dimensão psicológica relaciona-se à habilidade do ser humano para controlar entradas e saídas afetivas e cognitivas para formar valores, além do direito para determinar com quem e sob que circunstâncias compartilhar pensamentos ou revelar informação íntima; (c) dimensão social inclui habilidade e esforço individual ou do grupo para controlar os contatos sociais, referindo que a cultura influencia os meios pelos quais as pessoas tentam manter sua privacidade; e (d) dimensão informacional é relativa ao direito do indivíduo de determinar como, quando e em que medida informação sobre ele será divulgada a outra pessoa, ou a um organização, considerando também a não-dispersão de informação particular de interesse pessoal.

Esse mesmo trabalho discute as implicações dessas dimensões de privacidade na prática de enfermagem e no ambiente hospitalar, ressaltando que a privacidade do indivíduo, ou a sua perda, não deveria ser confundida com o senso de privacidade da pessoa. Segundo as autoras, o hospital é um ambiente onde os pacientes têm possibilidades limitadas para controlar a privacidade e onde freqüentemente vivenciam sua perda e o estresse. O toque físico desnecessário também pode ser fator que restringe a privacidade, além de outras razões para sentir a perda da privacidade, tais como se despir diante do profissional, necessária ou desnecessariamente, e comentários acerca da sua condição física, lazer e atividade sexual.

Em síntese, o termo privacidade está sujeito, inevitavelmente, às diferentes compreensões do conceito dentre os valores e qualidades normativas que regem a vida dos indivíduos, ou seja, para alguns aspectos da privacidade existirá consenso e para outros a visão poderá divergir (MALCOLM, 2005). Destarte, privacidade não pode ser observada por si, pode-se verificar a violação das normas de privacidade, mas somente quando se aprendem primeiro quais são as normas de privacidade em um dado contexto (APPLEGATE; MORSE, 1994).

Ponderando sobre as definições de privacidade, é compreensível a dificuldade de análise de modo a contemplar todas as facetas emergentes e entrelaçadas, pois como Newell (1994) detectou na literatura, não há acordo acerca do que realmente é privacidade. Esta autora ressalta a necessidade de se ter uma definição que seja suficientemente fluída para adaptar-se a diferentes tempos e às disparidades culturais, porém para ser útil esse conceito deve conservar o princípio central de privacidade imutável. Newell (1998) alerta que a maior parte dos estudos psicológicos relativos à privacidade abordou mais as diferenças individuais entre as culturas do que o que há de comum entre elas. Para a autora, assumir que as divergências transculturais surgem em decorrência de fatores sociais aprendidos pode contribuir para compartilhar significados, mesmo que na cultura universal se considere que a necessidade por privacidade seja transmitida geneticamente.

Em concordância, Nissenbaum (2004) propõe que o escopo de privacidade é extremamente amplo, abrangendo desde informação, atividades, decisões, pensamentos, até comunicação e o corpo. A autora argumenta que uma teoria completa da privacidade deveria dar conta de todas essas dimensões, mesmo quando ela sustenta teoricamente exclusões fundamentadas.

Em vista dessas ponderações, talvez se explique a árdua e intrincada trajetória para encontrar uma definição e uma teoria que sustentem o desenvolvimento deste estudo, direcionado para a dimensão física da privacidade do paciente hospitalizado envolvendo a exposição e a manipulação corporal. Para tanto, emergiu também a necessidade de se explorar os aspectos morais, éticos e legais voltados à privacidade do indivíduo, mais especificamente do indivíduo hospitalizado.

4.2. ASPECTOS MORAIS E ÉTICO-LEGAIS REFERENTES À PRIVACIDADE

Alguns autores afirmam que revelar informações, durante as atividades assistenciais, não caracterizaria prejuízo à privacidade, porque essas são necessárias para que os profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros, possam ajudar o paciente (WAINWRIGHT, 1995; MCPARLAND, 2000).

Harte (2004) pontua que a privacidade tem sido negociada ou vendida por toda a história da humanidade e discute três níveis intervenientes. O primeiro é a privacidade da pessoa, no que tange ao próprio corpo e suas representações (gravação visual ou auditiva), e que é guardada como uma relíquia. O segundo nível de privacidade é o da informação, relacionada a autobiografias, dados de saúde, informação legal ou financeira. Nesse caso, como nos de terceiro nível de privacidade, o da propriedade, alguns aspectos têm leis específicas.

Na verdade, os direitos comuns a todos os cidadãos e alguns mecanismos de proteção individual já foram previstos no Código de Hamurabi – 1690 a. C., como a vida, a honra, a dignidade, a propriedade, a família. De acordo com Higa (2001), citada por Shiratori et al. (2003), a dignidade é inerente à personalidade humana e possui valor moral e espiritual, conferindo direitos e garantias fundamentais, como o respeito das outras pessoas, responsabilidade pela própria vida, autodeterminação, instituindo uma ínfima invulnerabilidade que todo estatuto jurídico deveria assegurar. Uma vez que se entende que o respeito à dignidade humana engloba autodeterminação e preservação da privacidade, conclui-se que essa preocupação já estava presente nesse período.

Moral e eticamente, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, p. 9-10) prevê, no Art. 27, Capítulo IV – Dos Deveres, que o enfermeiro tem o dever de “Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar”, e no Art. 28, que deve “Respeitar o natural pudor, privacidade e a intimidade do cliente”.

O Código de Ética Médica preconiza, no Capítulo IV – Direitos Humanos, no Art. 48, que é vedado ao médico “Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”, e no Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares, Art. 63, que é vedado ao médico “Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais” (FRANÇA, 1994, p. 497-499).

Paralelamente, o paciente tem

[...] o direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem o direito a um local digno e adequado para seu atendimento

[...] o direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação e higiênicas, quer quando atendido no leito, no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento (GAUDERER, 1998, p. 303-305).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos determina, no Art. XII, que “Ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação” (Organização das Nações Unidas, 1948).

Legalmente, a Constituição da República Federativa do Brasil (1988, p. 6), no Capítulo I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, determina, no Art. 5º, parágrafo X, que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Ao mesmo tempo, o Código Penal Brasileiro (1940), Decreto – Lei Nº 2.848, assegura o resguardo das informações obtidas profissionalmente, no Art. 154, o qual proíbe “Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de quem tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”. O Código Civil brasileiro, Lei 010406/2002, em vigor a partir de janeiro de 2003, propõe no Art. 229, que

Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato:

I – a cujo respeito, por estado ou profissão, deve guardar segredo;

II – a que não possa responder sem desonra própria, de seu cônjuge, parente em grau sucessível, ou amigo íntimo;

III – que o exponha, ou às pessoas referidas no inciso antecedente, a perigo de vida, de demanda, ou de dano patrimonial imediato (Código Civil Brasileiro, Art. 229, 2003).

O Código de Defesa do Consumidor prevê, no Capítulo III – Dos Direitos Básicos do Consumidor, Art. 6, no parágrafo VI, “a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos”. Assim, com respeito à questão da privacidade do paciente e ao exercício da medicina e demais profissionais da área da saúde, quando em caso de dano sofrido pelo consumidor o paciente também pode recorrer ao código do consumidor e levar o profissional médico, ou outro, a responder uma reparação por dano moral.

Observa-se no exposto acima que o Código de Ética da enfermagem e o documento voltado aos direitos do paciente, assim como a Constituição Brasileira, são mais explícitos quanto à privacidade do paciente. No entanto, legalmente não fica claro como se configura a proteção da privacidade dos cidadãos brasileiros. Isto abre um amplo leque, que dá margem a inúmeras interpretações, dependendo da concepção de quem analisa uma dada situação.

Vale destacar que, além desses mecanismos, existem as Comissões de Ética dos hospitais, cuja função também constitui supervisionar e fiscalizar o desempenho dos profissionais, embora isso não se observe efetivamente na prática, sobretudo no que diz respeito à privacidade física dos pacientes, implicando a exposição e a manipulação corporal (PUPULIM; SAWADA, 2002a).

Woogara (2001), em sua experiência como professora de Medicina Legal (Universidade de Surrey, Reino Unido), expõe que falar e ensinar sobre os direitos dos pacientes geralmente provoca reação hostil nos profissionais da saúde, os quais reclamam que a Declaração dos Direitos Humanos é injusta para com os profissionais que se dedicam às difíceis tarefas do cuidado às pessoas doentes e vulneráveis, visto que falar de direitos freqüentemente implica legalidade e restrições acerca de como deveriam agir e fazer.

Segundo a autora, há dois tipos de direito: (a) direito *prima facie*, determinado

pelas expectativas da sociedade e pelos princípios éticos, valores e crenças do que é certo e errado; e (b) absolutos, que são direitos legais fundamentados nos direitos civis, acordos contratuais e pelos deveres dos profissionais do cuidado à saúde. Acrescenta que o direito dos pacientes ao respeito à sua privacidade enquadra-se nos direitos *prima facie*, porém o Reino Unido e o sistema legal inglês, tradicionalmente, não reconhecem privacidade com um direito fundamental. Aparentemente essa realidade não diverge com a do Brasil e com a de outros países, sobretudo em nações subdesenvolvidas.

Malcolm (2005) adverte que de acordo com Regan (1995), ainda que a privacidade seja vastamente reconhecida como um valor importante, nem filósofos nem juristas foram bem-sucedidos em converter tal valor a um padrão legal protegível, claramente definido.

Mesmo assim, embora as fronteiras e limites de privacidade variem de cultura para cultura, a intrusão injustificada habitualmente engloba a presença física de pessoas indesejadas, observações indesejadas de/ou pelas pessoas, divulgação de informação particular, imprecisa ou ilusória sobre pessoas, e usurpação das decisões pessoais feitas na própria esfera de alguém (CURTIN, 1992).

Alexis (1986) assevera que no ambiente hospitalar o paciente tem direito, dentro da lei, à privacidade pessoal e informacional, como manifestada pelo direito de ser entrevistado e examinado em local designado para permitir razoável privacidade visual e auditiva, incluindo ter uma pessoa do seu próprio sexo presente durante certas partes do exame físico, tratamento ou procedimentos desempenhados por profissional de saúde do sexo oposto. Além disso, tem o direito de não permanecer despido mais tempo do que o necessário para a execução da proposta médica para a qual se solicitou ao paciente despir-se.

Afinal, o paciente possui o direito de estar livre da exposição corporal injustificada, e as enfermeiras podem tornar-se responsáveis passíveis pela invasão da privacidade se outro profissional cometeu tal intrusão na sua presença (ALEXIS, 1986). Em

conformidade com Harte (2004), o primeiro nível de privacidade é a privacidade da pessoa, o seu próprio corpo, e cabe aos profissionais de saúde preservá-la quando o paciente não é capaz. Em geral, no hospital a enfermagem esquece que está transgredindo o território mais importante para o paciente, o seu corpo (ALLEKIAN, 1973).

Em concordância, um estudo identificou 14 categorias de privacidade, que foram extraídas a partir das dimensões física, psicológica, social e informacional. As categorias incluídas na dimensão física foram: (a) zona corporal (destacando principalmente o toque físico); (b) espaço pessoal (exercício do controle de diferentes maneiras); (c) território (relativo à demarcação); e (d) arquitetura (estrutura física do ambiente que permite a visualização). Os autores recomendam que nas atividades de cuidado seja prioritário respeitar a zona mais íntima e a hora oportuna do paciente, além da disposição para desvelar as barreiras de defesa psicológica. Também alertam que a intrusão da zona corporal de uma pessoa caracteriza violação da privacidade física (HEIKKINEN; WICKSTRÖM; LEINOKILPI, 2006). Mesmo se referindo ao contexto dos serviços de saúde ocupacional, tal constatação é igualmente pertinente ao ambiente hospitalar.

O profissional deve sempre agir de forma a respeitar a liberdade de escolha da pessoa, o exercício de sua autonomia, porque o paciente tem direito incondicional de saber tudo o que acontece com seu corpo, sobre a doença e sua saúde, e por conseguinte, de concordar ou discordar com o tratamento, assim como de aceitar ou não que determinado profissional realize um cuidado, por exemplo, preferir cuidador do mesmo sexo para o banho no leito ou cateterismo vesical.

A partir disto, optou-se por delimitar o foco deste estudo à dimensão física da privacidade, em particular à exposição e ao manuseio corporal, pois essa dimensão inclui primeiramente o corpo humano, entendido aqui como o território exclusivo de todo ser humano e como sua propriedade mais preciosa e mais inviolável, considerando também que o

território corporal engloba o espaço ocupado pelo corpo humano.

Cada pessoa tem direito à proteção da integridade corporal contra a invasão por outros, e tal intrusão é vista fortemente pela lei com base na convicção moral de que todos têm direito à autodeterminação com respeito a seu corpo. Segundo Mason e Smith (1999), citados por Scott et al. (2003), essa integridade somente pode ser comprometida em circunstâncias rigorosamente determinadas e com a anuência da pessoa. Respeitar a integridade do paciente como uma esfera pessoal implica proteger e garantir que o corpo dele não será exposto, haja vista que o corpo em sua esfera mais íntima é muito particular de cada indivíduo (RANDERS; MATIASSEN, 2004).

A privacidade física do indivíduo hospitalizado engloba o tocar, olhar, despir, manipular, expor, invadir, entre outros, o corpo em diversas situações e atividades inerentes ao processo de assistência, ou melhor, implica no quanto a pessoa está acessível fisicamente a outra, incluindo o espaço individual que separa uma da outra, e no quanto o indivíduo pode controlar o acesso físico ao seu próprio corpo, ao seu espaço pessoal e territorial.

Nessa perspectiva, pode-se descrever privacidade como uma condição ideal, desejada ou alcançada. Privacidade desejada é tida como um estado particular de uma condição ideal de interação com os outros, ao passo que privacidade alcançada é o grau de controle presente que resulta dessa interação. Quando a privacidade desejada equivale à alcançada há uma condição excelente de privacidade (ALTMAN, 1975). Em outra vertente, Burden (1998) considera privacidade alcançada quando a demarcação das fronteiras do nosso território permite manter a privacidade e limitar o poder de incursão dos outros.

É lamentável que tais aspectos tenham que ser regulamentados por mecanismos legais e éticos, visto que moralmente as pessoas são capazes de discernir entre o certo e o errado, ou pelo menos deveriam ser, e portanto agir de acordo com os comportamentos considerados adequados, esperados e aceitos nessas situações, principalmente porque “o

corpo de cada indivíduo contém em si tudo aquilo que encerra o seu grupo, as suas representações, a sua história, as suas crenças e sentimentos que, por sua vez, expressam a sua origem social” (POLAK, 1997, p. 58-9).

4.3. REVISÃO DA LITERATURA

Grande parte da literatura analisa e debate os aspectos relacionados à confidencialidade dos dados do paciente, sobretudo após o advento do computador e da internet. Todavia alguns autores que estudam os direitos do paciente, privacidade e confidencialidade, se deparam com resultados que demonstram situações desagradáveis e de conflito oriundas de falhas à proteção da intimidade do paciente, citando a falta de privacidade visual durante procedimentos e cuidados de emergência, banho no leito, exame físico, curativos, entre outros (BURDEN, 1998; OLSEN; SABIN, 2003; KARRO; DENT; FARISH, 2005).

É interessante apontar que a enfermagem se importa e se preocupa com a falta de privacidade dos pacientes tanto quanto os próprios (BÄCK; WIKBLAD, 1998; LEINO-KILPI et al., 2001; WILLIAMS, 2001; WALSH; KOWANKO, 2002; LEINO-KILPI et al., 2002; PUPULIM, 2003; WOOGARA, 2005; BIRRELL; THOMAS; JONES, 2006). Entretanto, observa-se que a dificuldade desses profissionais emerge da falta de preparo e de habilidade em lidar com tal situação (PUPULIM, 2003). Bäck e Wikblad (1998) questionam como a enfermeira pode proteger a privacidade do paciente se ela desconhece as preferências individuais de cada um deles com relação à privacidade?

Diversos estudos mostram que a invasão da privacidade, no caso considerando a intrusão do espaço pessoal e territorial mais a condição de nudez parcial ou total, pode provocar constrangimento e desconforto nos pacientes durante o período de hospitalização (SAWADA, 1995; BÄCK; WIKBLAD, 1998; WALSH; KOWANKO, 2002; PUPULIM, 2003; PUPULIM; SAWADA, 2004, 2005a, 2005b; KARRO; DENT; FARISH, 2005).

Um estudo reflexivo tratando da violência hospitalar em pacientes destaca a falta de respeito à privacidade, que inicia a partir da invasão não só do espaço territorial, como também ao ser examinado no leito do hospital por vários profissionais, muitas vezes na

presença de outros, parecendo ser mais importante o órgão afetado do que a pessoa enferma. Nesses momentos, em geral esquece-se do respeito à nudez e ao pudor do outro, o que prejudica a relação amistosa e de confiança necessária entre profissional e paciente (MORENO; KLIJN, 2003).

Em situações de contato íntimo, como higiene corporal, exame físico, procedimentos que expõe mamas e genitália, em meio a outros, vários estudos evidenciaram que os pacientes tendem a preferir profissional do seu próprio sexo e que o toque e manuseio de partes íntimas são considerados mais difíceis e embaraçosos (BURDEN, 1998; WILLIAMS, 2001; CHUR-HANSEN, 2002; PUPULIM, 2003; OLSEN, SABIN, 2003; PUPULIM; SAWADA, 2004, 2005a, 2005b; NAKATANI et al., 2004; KARRO; DENT; FARISH, 2005). Vale lembrar que o contato com o paciente não envolve somente o toque físico, mas também o olhar, o ouvir e o falar.

Olsen et al. (2005) investigaram as preocupações com privacidade em *primary care*, junto a pacientes e enfermeiros, evidenciando um alto nível de preocupação com as informações de cuidado à saúde. Outro estudo realizado com pacientes e enfermeiros de clínica cirúrgica demonstrou que ambos tiveram uma visão positiva da proteção da privacidade com relação às informações, porém apontam que o alcance da privacidade em enfermaria é muito difícil, principalmente durante as visitas, refeições e cuidados com a higiene pessoal (SCOTT et al., 2003).

Ao checar a privacidade visual e auditiva nas áreas de um serviço de emergência, comparando quartos com cortinas e com paredes sólidas, Barlas et al. (2001) constataram que a privacidade visual proporcionada por leitos circundados com cortinas pode ser satisfatória quando essas são mantidas completamente fechadas em torno do paciente e que a privacidade auditiva é menos confiável. Aparentemente, as paredes sólidas protegem mais a privacidade visual e auditiva dos pacientes, visto que o descuido com as cortinas é comum nesses ambientes.

Na mesma vertente, outro estudo procurou determinar se houve diferença na privacidade e confidencialidade dos pacientes com base no tipo de quarto, com cortinas ou paredes, no departamento de emergência de um hospital americano, e os dados também sugeriram que os quartos com paredes proporcionam mais privacidade e confidencialidade, tanto auditiva quanto visual (OLSEN; SABIN, 2003).

Com o intuito de determinar se existe conexão entre as atitudes dos enfermeiros, suas normas e seu controle comportamental com relação à privacidade dos pacientes, evidenciou-se que a correlação é positiva entre as atitudes e os comportamentos planejados das enfermeiras para promover a privacidade, mesmo apontando a dificuldade para mantê-la e de antecipar-se aos obstáculos e à falta de recursos devido à sobrecarga de trabalho, falta de tempo e por exercerem preferencialmente posições gerenciais (TABAK; OZON, 2004).

Outro estudo sobre as ações de enfermagem para mulheres durante o período pré, trans e pós-parto, identificou três categorias de indicadores de cuidado, entre as quais a primeira foi o *cuidado com o corpo em trabalho de parto: a (in) devida invasão do corpo e a violência velada*, em referência aos exames de toque vaginal, tricotomia púbica e lavagem intestinal. Nesse estudo, tais cuidados foram considerados desconfortantes e como invasão da privacidade, até porque as parturientes perdem a autonomia sobre seu próprio corpo (FIGUEIREDO et al., 2004).

O ato de tocar o corpo do paciente é corriqueiro na enfermagem, já que o toque é indispensável para a maioria das atividades de cuidado, porém percebe-se que nem todos os pacientes o aceitam como parte da assistência e se sentem à vontade. Davidhizar e Giger (1997) propalam que a maioria dos pacientes autoriza o toque da equipe de saúde para prover o cuidado, mas isto não significa que se sintam confortáveis com esse contato físico íntimo. Apesar de ser benéfico em muitas circunstâncias, o valor do toque não é apreciado por todos os profissionais e nem por todos os pacientes, ou mesmo considerado apropriado em determinadas culturas, em certos locais ou com certos indivíduos.

O tocar pode suscitar prazer ou aversão tanto na pessoa que toca como na que é tocada (FIGUEIREDO, 1995), ou seja, o toque pode ser agradável ou desagradável, dependendo da circunstância e do autor do gesto. Por conseguinte, os profissionais precisam reconhecer em quais situações tocar, observar as reações do paciente e se necessário modificar a abordagem.

Um estudo sobre as ocorrências e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes identificou alguns fatores que influenciam o toque, tais como temer tocar pacientes do sexo oposto e quando é preciso tocar partes íntimas do corpo por causar constrangimento, que o ‘estado de espírito’ do profissional influencia a maneira de tocar, que às vezes não tocar é respeitar o desejo do paciente, e que a habilidade para tocar reflete o envolvimento existente entre profissional e paciente (GALA; TELLES; SILVA, 2003).

Ao investigar as atividades do cuidador familiar no domicílio, voltadas a pessoas incapacitadas pós-acidente vascular cerebral, Perlini e Faro (2005, p. 162) identificaram, entre outras situações, que a operacionalização do banho no leito torna-se complexa porque as pessoas têm que “romper com valores arraigados desde a infância”, ou seja, ver e tocar o corpo do familiar doente (pai, irmão, mãe) não é adequado nem natural, implica em invadir a privacidade e a intimidade do outro.

Pacientes relataram que entre os aspectos mais desconfortáveis associados ao banho no leito estão a exposição corporal, o resfriamento e a incapacidade para lavar-se sozinho, sendo que a higiene íntima parece ser a situação mais crítica por gerar constrangimento e humilhação, principalmente quando o cuidador é do sexo oposto (OGASAWARA, 1989). Igualmente, pacientes despidos colocados em cadeiras de banho no corredor e no leito revelaram que sentimentos como vergonha, constrangimento, humilhação, impotência e frio são comuns à maioria deles, e apontaram a despreocupação da equipe de enfermagem com a proteção da sua privacidade (FIGUEIREDO; MACHADO, 1996). Do mesmo modo, pacientes do sexo masculino de média dependência, internados em enfermarias de um hospital para deficientes

mentais, relataram que o fator que mais os incomodava durante a hospitalização era a falta de privacidade para a toalete e quando iam ao banheiro (MARR; PIRIE, 1990).

Na busca pela compreensão dos fatores relacionados à promoção do conforto no atendimento aos pacientes, constatou-se que a preservação da individualidade e o respeito à privacidade foram apontados pelos próprios como fundamentais para o conforto, uma vez que para eles isso representa que são reconhecidos como pessoas e não como objetos, que possuem identidade e especificidades individuais (MUSSI, 1999).

Bellato (2001, p. 119) investigou a vivência da hospitalização pelo paciente e observou a ausência de privacidade ao presenciar a exposição do corpo dos pacientes para exames e/ou procedimentos nas enfermarias, descrevendo as reações de indignação, constrangimento, vergonha, desrespeito e humilhação manifestados pelos mesmos e por outros pacientes da enfermaria. Para a pesquisadora, a “mistura maléfica de manipulação do corpo, objetificação e desinformação” a que os pacientes estão sujeitos infelizmente estão presentes na maioria dos relatos dos pacientes entrevistados.

Nessa vertente, Pupulim e Sawada (2002b) alertam que a comunicação eficiente é uma ferramenta útil à interação profissional-paciente, visto que permite estabelecer uma relação de confiança, através da qual se pode acessar e conhecer as preferências e especificidades do indivíduo com relação à privacidade. Ressaltam também que a comunicação não-verbal (expressão facial e corporal) por vezes transmite mais os sentimentos e reações do paciente ante a intrusão de sua privacidade física, cabendo à enfermagem interpretá-la e agir de modo a respeitar e preservar sua intimidade.

Sob outro prisma, o compartilhar espaço e tempo no hospital também pode configurar uma “potência afirmativa” que evita a autodestruição. A solidariedade que envolve os pacientes entre si em um momento de vulnerabilidade, devido à enfermidade, pode constituir preocupação, vitalidade e união naqueles que vivenciam a hospitalização (BELLATO; CARVALHO, 2002).

Ao investigar a condição de ‘estar despido’ na terapia intensiva, Silveira (1997) constatou que 88% dos pacientes entrevistados não foram informados quanto à necessidade de nudez e os que o foram (12%) não compreenderam a explicação, e que quase todos os pacientes vivenciaram a nudez como algo difícil e desagradável. Evidenciou, também, que ficar despido é um fator a mais de estresse e sofrimento para o paciente, provocando sentimentos de desconforto e constrangimento por afetarem o pudor ligado ao corpo e à nudez.

Pupulim (2003) analisou incidentes críticos positivos e negativos, relatados por enfermeiras, originados da exposição e manipulação corporal do paciente durante a assistência em terapia intensiva, constatando o despreparo e a falta de habilidade da equipe de enfermagem para enfrentar e resolver os conflitos gerados pela condição de nudez na maioria das situações, embora lidando melhor no atendimento das necessidades básicas (banho no leito, higiene íntima e eliminações). Encontrou que a diferença de sexo entre cuidador e paciente é fator complicador ante a necessidade de expor e manipular o corpo, principalmente quando envolve partes íntimas. Por outro lado, as condutas da enfermagem voltadas à proteção e à manutenção da privacidade denotam preocupação, respeito e valorização à individualidade do paciente, visto que muitos manifestaram vergonha, constrangimento, preocupação e indignação.

Isso também pode ser observado em uma reportagem apresentada pela revista *Veja* com pacientes, familiares e profissionais sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva, a qual evidenciou que nesse ambiente “todos os pudores da vida em sociedade se esvanecem”, porque os pacientes, homens e mulheres, expõem seus corpos, que são manuseados e limpos pela enfermagem. Ademais, os pacientes vivenciam outras situações estressantes que os levam a afirmar que “os que sobrevivem sabem que uma jornada na UTI só não é pior que a morte” (PASTORE, 1995, p. 74, 78).

Se autonomia se refere ao respeito à dignidade do ser humano, envolvendo o controle sobre si, sobre a situação, sobre seu corpo, sobre o espaço e o território, e se

integridade implica auto-respeito, dignidade, autodeterminação e confiança, todos esses conceitos estão interligados e são imprescindíveis à privacidade dos indivíduos, sobretudo no contexto da saúde. Isso demonstra e reforça a importância de se investigar privacidade, especialmente no cenário hospitalar, onde o foco da atenção é a saúde do indivíduo, e como tal, abarca as dimensões humanas, tendo em vista que a exposição e/ou a intrusão da privacidade pode comprometer a individualidade, a intimidade, a dignidade, a integridade, a autonomia, o auto-respeito, a autodeterminação, a autoconfiança, a auto-estima, a auto-imagem, a personalidade, o *self*, dentre outros elementos intrínsecos ao ser humano.

Nessa perspectiva, concorda-se com Glen e Jowlally (1995, p. 38) quando estes assinalam que “o papel do enfermeiro consiste, simultaneamente, em proteger a privacidade do doente e ajudá-lo a lidar com a perda da privacidade”. Reconhece-se, todavia, que em se tratando da assistência à saúde, isso não é tarefa fácil, já que o contato humano é inerente ao ato de cuidar, de assistir, e envolve, em maior ou menor proporção, todos os aspectos anteriormente citados.

Para que isso seja possível, entende-se que os profissionais de enfermagem, bem como os demais da área da saúde, devem conhecer como os pacientes concebem a privacidade no contexto da assistência à saúde. Vale, então, discorrer sobre alguns instrumentos desenvolvidos para avaliar a privacidade dos pacientes na esfera do atendimento à saúde.

Um estudo interessado em determinar se a intrusão do espaço pessoal e territorial era fator de produção de ansiedade para a pessoa hospitalizada foi desenvolvido por Allekian (1973), no qual a autora elaborou e validou um instrumento de medida composto por dois questionários (Anxiety due to Territory and Space Intrusion Questionnaire). A primeira parte contém 15 questões direcionadas ao sentimento do paciente relativo ao espaço territorial, e a segunda parte, com 12 questões, investiga o sentimento do paciente com relação ao espaço pessoal. Constatou-se que homens e mulheres manifestaram desagrado quando a enfermagem

presta cuidado a uma área mais pessoal do corpo e que a invasão do espaço pessoal não parece produzir ansiedade.

O mesmo instrumento foi adaptado e validado para o contexto brasileiro por Sawada (1995), sendo denominado “Escala para Medida do Sentimento Frente à Invasão do Espaço Territorial e Pessoal” – EMS-FIETEP. A autora o aplicou em pacientes hospitalizados e identificou quatro grupos em relação a tal sentimento; entre estes, o grupo que se incomoda com a invasão do espaço pessoal apontou cinco elementos intervenientes, consistindo no “toque, proximidade pessoal, exposição de parte íntima, procedimento em áreas íntimas e proximidade íntima” (SAWADA, 1995, p. 144), os quais reconhecidamente comprometem a privacidade física do paciente.

Bäck e Wikblad (1998) aplicaram dois questionários em pacientes hospitalizados e à equipe de enfermagem com o objetivo de explorar as atitudes dos sujeitos referentes à privacidade em geral e durante a permanência no hospital, e estudar se a percepção dos enfermeiros quanto à necessidade de privacidade dos pacientes correspondia à real necessidade relatada por eles. O primeiro questionário, adotado de Marshall (1974) e composto de 20 itens, enfocava as preferências de privacidade relacionadas à solidão, à intimidade, ao anonimato e à reserva, focalizando a privacidade em geral. O segundo, composto de 13 itens, construído e validado por Arciero (1993), versa sobre o ambiente, cuidado físico, comunicação com parentes e provedores de cuidado, englobando aspectos relacionados à privacidade física e informacional. Ambos os questionários foram traduzidos e adaptados para o contexto suíço. As autoras constataram que enfermeiros e pacientes concordam, na maioria dos casos, sobre os componentes da privacidade global, porém quando no hospital a enfermagem superestima as necessidades do paciente. Além disso, evidenciaram que mulheres e jovens têm mais necessidade por privacidade do que homens e idosos, e que quanto mais os pacientes vivenciam a hospitalização maior é a necessidade por privacidade.

Pedersen (1997) desenvolveu e validou um instrumento para obter a avaliação dos sujeitos acerca das necessidades supridas por cada tipo de privacidade, denominado *Privacy Function Rating Scale* (PFRS), e o aplicou em 74 estudantes universitários americanos. Os seis tipos de privacidade, encontrados pelo autor em trabalho anterior (PEDERSEN, 1979), são solidão, reserva, isolamento, intimidade com amigos, intimidade com família e anonimato. Identificaram-se os fatores das funções da privacidade para cada tipo de privacidade e evidenciou-se que há diferenças individuais em como as pessoas utilizam os vários tipos de privacidade, isto é, um tipo particular de privacidade exercerá funções ou necessidades particulares de cada indivíduo. Os resultados sugerem que as funções de privacidade encontradas são mais complexas do que as descritas por Westin (1970), e que as funções exercidas pelos vários tipos de privacidade tenderam a ser específicos para cada tipo de privacidade.

O mesmo autor aplicou a *Privacy Function Rating Scale* em outro grupo, composto por 123 estudantes universitários americanos, para encontrar os padrões de necessidades de privacidade, determinar diferenças significativas nos padrões de função da privacidade (autonomia, confiança, rejuvenescimento, contemplação e criatividade) a partir de um tipo de privacidade (solidão, reserva, isolamento, autonomia, intimidade com a família e intimidade com amigos) ou de outro, e determinar diferenças significativas nos padrões de função da privacidade entre homens e mulheres. Ao comparar os perfis de função da privacidade pelos tipos de privacidade verificou que cada tipo de privacidade tem configuração distinta. Com relação aos perfis para intimidade com amigos e com a família, algumas configurações são similares, sendo altas para confiança. Por outro lado, os perfis para autonomia e reserva são similares entre si, mas distintos dos demais, destacando-se a confiança. Com respeito à solidão e isolamento, ambos envolvem separar-se dos outros. Evidenciou-se que alguns tipos de privacidade satisfazem certos tipos de necessidades, tal como a necessidade de autonomia, que pode ser atendida por qualquer um dos tipos de

privacidade, a confiança atende melhor intimidade com a família e amigos e menos autonomia e reserva, entre outros. A comparação através dos sexos demonstrou que os homens preferem mais o isolamento e as mulheres preferem mais a intimidade com amigos e familiares. Em síntese, um indivíduo em particular utiliza mecanismos de privacidade para atender suas necessidades por meios que partem do comum (PEDERSEN, 1999).

Dentre os instrumentos de medida de privacidade encontra-se o desenvolvido por Barlas et al. (2001) com o objetivo de comparar a privacidade auditiva e visual em áreas de tratamento de um serviço de emergência, protegidas com cortinas e paredes sólidas. O instrumento é composto por 11 itens direcionados aos pacientes, sendo que os 8 primeiros versam sobre a ruptura da privacidade visual e auditiva, e os demais se referem à opinião do paciente sobre a privacidade global, se a equipe respeitou sua privacidade e como sua expectativa por privacidade foi satisfeita. Os resultados demonstram que na medida do possível a equipe respeitou a privacidade dos pacientes e sugerem que as áreas cortinadas protegem visualmente desde que sejam mantidas fechadas/abaixadas em torno do paciente, porém não garantem privacidade auditiva. Mesmo assim, a privacidade percebida superou as expectativas.

Para identificar a natureza, a severidade, o impacto, a frequência e os fatores de risco associados à transgressão da privacidade percebidos pelos pacientes em um departamento de emergência australiano aplicou-se um instrumento constituído de 9 itens, traduzido e adaptado da versão americana elaborada por Barlas et al. (2001). O estudo evidenciou que as mulheres são mais preocupadas com a privacidade do que os homens e que a maioria dos pacientes teve sua privacidade visual ou auditiva transgredida, tendo como principal fator o tipo de box com cortinas, ou seja, as cortinas não propiciam o mesmo grau de privacidade do que as paredes sólidas. Além disso, os resultados sugerem que quanto maior o tempo de permanência maior o risco de transgressão da privacidade (KARRO; DENT; FARISH, 2005).

Dois questionários paralelos foram desenvolvidos para mães em enfermarias de

pós-parto e para a equipe de enfermagem que as assiste, composto de 11 itens sobre privacidade informacional, social e física. Esse estudo foi realizado em cinco países europeus (Finlândia, Espanha, Grécia, Alemanha e Escócia) com a finalidade de descrever as percepções dos sujeitos de como a privacidade é mantida nas enfermarias. Os resultados apontaram diferenças claras entre os cinco países. Na Finlândia, Alemanha e Escócia, as mães sentem que sua privacidade é respeitada com mais frequência do que as da Grécia e Espanha. O padrão de privacidade nos diversos países não está claro no caso da enfermagem. Na Grécia, o conceito de privacidade não é inteiramente claro para a enfermagem; no entanto, na Finlândia é altamente valorizado na comunidade e na educação da enfermagem. A diversidade cultural explica a maioria das diferenças entre o norte e o sul da Europa. Nos países anglo-saxônicos as pessoas usam o termo privacidade e na Espanha preferem intimidade, para elas é o que afeta a essência da pessoa. Na Finlândia, Alemanha e Escócia, as mães são mais positivas do que a enfermagem na avaliação de como sua privacidade foi mantida, ao contrário da Grécia e Espanha. Aparentemente, o nível educacional está associado com o respeito à privacidade. Na Espanha e Alemanha, menos saúde e necessidade de mais intervenções estão associados com menos manutenção da privacidade. Na Grécia, parteiras e enfermagem com menos experiência têm mais problemas para respeitar a privacidade. A análise do impacto dos diferentes fatores revelou padrões não sistemáticos, contudo emergiram diferentes fatores nos diferentes países (LEINO-KILPI et al., 2002).

Outro instrumento, constituído de três partes, sobre autonomia, consentimento informado e privacidade, foi aplicado em pacientes cirúrgicos e enfermeiros que trabalham nas unidades cirúrgicas com o objetivo de evidenciar se há diferenças na percepção de pacientes e enfermeiros sobre os aspectos supracitados. A parte relativa à privacidade, composta por 11 itens, é de abordagem geral, tendo 4 itens sobre a exposição e manipulação do corpo, cujos resultados demonstram que os pacientes foram respeitados quando ajudados

para o toalete e ao não exporem seu corpo para outras pessoas durante as atividades de cuidado, apesar de a rotatividade de pacientes e a internação em enfermarias dificultarem a proteção da privacidade (SCOTT et al., 2003).

As autoras apresentam os resultados referentes ao processo de validação dos três questionários (autonomia, privacidade e consentimento informado) em outro artigo (LEINO-KILPI et al., 2003). As três escalas (com cinco pontos) foram aplicadas em 573 pacientes e 887 elementos da equipe de enfermagem de cinco países europeus (Finlândia, Espanha, Grécia, Alemanha e Escócia). A escala de autonomia contém 11 itens acerca da informação dada/recebida e 11 itens sobre tomada de decisão. A escala de consentimento informado é composta por 6 itens e a escala de privacidade por 11 itens.

O alfa de Cronbach obtido para a escala de autonomia variou entre os cinco países. Para informação dada/recebida (11 itens), os valores (paciente/enfermagem) de α foram: Finlândia 0,92/0,89; Espanha 0,78/0,91; Grécia 0,89/0,88; Alemanha 0,63/0,83 e Escócia 0,59/0,85. Os valores de α para tomada de decisão (11 itens) também variaram (paciente/enfermagem) entre os cinco países, sendo na Finlândia 0,93/0,91; Espanha 0,76/0,92; Grécia 0,76/0,88; Alemanha 0,48/0,86; e Escócia 0,49/0,88. Com relação à escala de consentimento informado (6 itens) o α de Cronbach (paciente/enfermagem) em cada país foi: Finlândia 0,76/0,86; Espanha 0,63/0,90; Grécia 0,86/0,86; Alemanha 0,54/0,88; e Escócia 0,60/0,92. Por sua vez, a escala de privacidade (11 itens) obteve os seguintes valores de α (paciente/enfermagem) nos cinco países: Finlândia 0,63/0,77; Espanha 0,48/0,86; Grécia 0,84/0,82; Alemanha 0,43/0,77; e Escócia 0,58/0,75 (LEINO-KILPI et al., 2003).

Um estudo sobre a percepção de privacidade e confidencialidade de pacientes atendidos em um departamento de emergência americano utilizou um instrumento composto de quatro questões englobando a privacidade física e a privacidade das informações. Os dados sugeriram que as áreas com paredes sólidas proporcionam mais privacidade por permitir

menor visibilidade e audição (OLSEN; SABIN, 2003).

Tabak e Ozon (2004) aplicaram 9 questionários, cujos objetivos consistiram em:

(a) determinar se existe conexão entre as atitudes da enfermagem, suas normas subjetivas e seu controle comportamental percebido, além de seu comportamento atual e planejado, relativo à manutenção da privacidade do paciente dentro da lei do direito do paciente, e (b) identificar os fatores que influenciam esse comportamento e determinar a sua relativa influência quando decidir agir. O primeiro instrumento, composto por 4 itens, examinou o comportamento planejado da enfermagem com relação à manutenção da privacidade do paciente durante as atividades de banho, mudança de decúbito, exposição do corpo e o cuidado de pacientes no corredor ($\alpha = 0,63$). O segundo, com 10 itens, avaliou o controle comportamental da enfermagem nas atividades anteriores, incluindo os equipamentos disponíveis nas enfermarias ($\alpha = 0,86$). O terceiro, constituído por 12, examinou o quanto a enfermagem, a equipe médica e as pessoas próximas a elas consideram obrigação da enfermagem a manutenção da privacidade do paciente nas quatro atividades citadas ($\alpha = 0,97$). O quarto questionário, com um item, preocupou-se com o quanto a enfermagem planeja ações de acordo com o que é esperado dela ($\alpha = 0,96$). O quinto, composto por 4 itens, referia-se a como a enfermagem mantém a privacidade do paciente enquanto desempenha as quatro atividades ($\alpha = 0,84$). O sexto, constituído por 20 itens, avaliou as crenças comportamentais da enfermagem relacionadas à manutenção da privacidade do paciente ($\alpha = 0,87$). O sétimo, com 20 itens, examinou as atitudes relacionadas às emoções que surgem enquanto mantém a privacidade do paciente ($\alpha = 0,84$). O oitavo, formado por 4 itens, avaliou os comportamentos resultantes baseando-se nas quatro atividades ($\alpha = 0,87$) e o último incluiu os dados demográficos e pessoais relativos aos enfermeiros respondentes.

As autoras concluíram que há correlação positiva entre as atitudes e comportamentos planejados da enfermagem para promover a privacidade dos pacientes e que

tal comportamento pode ter derivado de uma atitude aceita de ‘boa vontade’ e não de uma norma subjetiva ou por coerção. Também encontraram correlação positiva entre as atitudes da enfermagem, o controle comportamental percebido e a promoção/manutenção da privacidade, evidenciando ainda que quanto melhor o nível educacional melhores são as atitudes, embora tenham mais dificuldade para manter a privacidade e antecipar-se aos obstáculos e à falta de recursos, provavelmente por exercerem cargos gerenciais. Constataram que a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo interferem no controle dos comportamentos da enfermagem, prejudicando a manutenção da privacidade dos pacientes.

Olsen et al. (2005) descrevem as etapas de construção de um instrumento acerca da privacidade das informações relacionadas às preocupações de pacientes e enfermeiros envolvidos com *primary care*, distribuídas em quatro fatores (ameaças externas à privacidade informacional, nível de importância da privacidade, integridade da informação manuseada e confiança). Evidenciaram que o nível de preocupação é alto e similar entre pacientes e enfermeiros, visto que a prática de revelar informações para pesquisas sem permissão é constante naquele contexto.

Considerando o exposto acima e os achados dos estudos, anteriormente apresentados, entende-se que para que a enfermagem possa atuar de forma a proteger e a manter a privacidade do paciente precisa conhecer a magnitude da satisfação dos pacientes hospitalizados frente à invasão de sua privacidade física, sobretudo suas necessidades e preferências com relação à exposição e manipulação corporal durante a assistência. O fato de se encontrarem na literatura pouquíssimos instrumentos e que os já existentes não são adequados às necessidades deste estudo, por serem muito abrangentes ou muito específicos, desponta a lacuna de uma nova abordagem de medição para privacidade e justifica o desenvolvimento desta pesquisa.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo do tipo metodológico, cujo princípio é a investigação controlada dos aspectos teóricos e aplicados de matemática, estatística e mensuração, além de compreender os meios para reunir e analisar os dados. Para tanto será utilizada a abordagem psicométrica, que lida com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de medição, como ferramenta de observação ao longo do processo de pesquisa, ou melhor, ocupa-se com a medição de um conceito por meio de ferramentas confiáveis e válidas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

5.1. PÓLO TEÓRICO

Tendo em vista a construção de um instrumento de medida da satisfação do paciente hospitalizado frente a sua privacidade física relativa à exposição e manipulação corporal, fez-se necessário investigar como a população-alvo compreende privacidade no contexto hospitalar a fim de se construir o construto e definir sua delimitação. Portanto, em complementação à explicitação do referencial teórico e à fundamentação científica a partir da literatura disponível, primeiramente desenvolveu-se um estudo, com abordagem metodológica qualitativa, com a finalidade de descrever a percepção de privacidade pelos pacientes hospitalizados, especialmente com relação à exposição e manipulação corporal, para em seguida empreender a construção do instrumento propriamente dito.

5.1.1. Construção do construto privacidade

Estudo descritivo, com abordagem metodológica qualitativa empregando a análise de conteúdo, a qual consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” com a finalidade de obter indicadores, quantitativos ou qualitativos, por meio de “procedimentos,

sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, os quais possibilitam inferir conhecimento a partir do conteúdo expresso nessas mensagens (BARDIN, 2000, p. 42).

Essa análise é composta por três etapas:

- **Pré-análise.** Constitui a fase de organização visando a operacionalizar e a sistematizar as idéias iniciais por meio de procedimentos, como leitura flutuante do material (entrevistas), hipóteses (suposição que se pretende confirmar), objetivos (propósito do estudo), definição de indicadores que fundamentem a interpretação (recortes do texto, codificação e categorização) e preparação do material (ferramentas para facilitar a manipulação da análise);
- **Exploração do material.** Transformação sistemática dos dados brutos, os quais são agrupados em unidades de registro (codificação dos dados). Compreende três passos: (a) recorte (escolha das unidades por tema, palavra ou frase); (b) enumeração (determinação das regras de contagem pela presença/ausência, frequência, intensidade ou distribuição); (c) classificação e agrupamento (definição das categorias por critério semântico, sintático, léxico ou expressivo);
- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.** Nessa etapa se operacionaliza a categorização propriamente dita, cujo desígnio é classificar as informações de acordo com a similaridade, reagrupando-as conforme as características comuns. Os dados são tratados estatisticamente, por meio de operação simples (percentual) ou complexa (análise fatorial), de forma a serem significativos e válidos. A interpretação, quantitativa ou qualitativa, do conteúdo (entrevista transcrita) se dá em função das categorias empíricas, no sentido de “captar um saber que está por trás da superfície textual” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p. 321).

Nessa perspectiva, considerando a carência de estudos sobre privacidade, especificamente sobre a dimensão física no ambiente hospitalar, e por conseguinte no Brasil, o que dificulta a definição do construto tendo em vista o contexto cultural da população-alvo,

optou-se pela análise de conteúdo (BARDIN, 2000) a fim de contemplar essa lacuna. Salienta-se que a concepção do atributo no contexto em questão é importante para a definição operacional do construto privacidade física, e conseqüentemente, para a construção do instrumento de medida.

5.1.1.1. Local do estudo

Unidades de internação de seis hospitais do município de Maringá; PR, que autorizaram e concordaram em participar deste estudo. Dentre eles, um é filantrópico (A), dois são públicos, um universitário (B) e um municipal (C), e três privados (D, E, e F).

O hospital 'A' possui 181 leitos, sendo 60% destinado ao atendimento de pacientes oriundos do SUS e o restante para convênios de saúde e particulares. A UTI geral tem 12 leitos e a UTI pediátrica 11, estando os outros leitos distribuídos em quartos individuais, duplos, triplos e quádruplos. O quadro de funcionários possui 28 enfermeiros e 228 auxiliares de enfermagem, totalizando 256 profissionais de enfermagem, além de cerca de 400 médicos cadastrados. É um hospital geral e nele são realizadas aproximadamente 1.000 cirurgias mensais, nas diversas especialidades médicas (de pequena, média e alta complexidade), e cerca de 200 partos, com uma média mensal de 1.500 internamentos. O pronto socorro é referência na região, contando com um serviço efetivo de urgência e emergência, o qual atende pacientes não só de Maringá como também dos municípios circunvizinhos. A instituição tem um serviço de hemodiálise e realiza transplantes renais. Em adição, tem convênios com cursos de medicina e enfermagem da região para o desenvolvimento de estágio prático.

Dois hospitais (B e C) destinam-se exclusivamente ao atendimento de pacientes advindos do SUS. A instituição 'B' apresenta um total de 123 leitos, incluindo 8 na UTI geral, 6 na UTI pediátrica e outros 6 na UTI neonatal, estando os demais distribuídos em enfermarias de três e quatro leitos. Quartos individuais só são disponibilizados quando necessário o isolamento do paciente. Seu quadro de profissionais de enfermagem, 241 no

total, constitui-se de 67 enfermeiros, 162 técnicos de enfermagem e 12 auxiliares de enfermagem. O pronto socorro é referência na região, embora o hospital conte somente com duas salas cirúrgicas, sendo os pacientes cirúrgicos de alta complexidade encaminhados para hospitais conveniados. Por ser um hospital universitário, envolve atividades de assistência à saúde, ensino, pesquisa e extensão.

O hospital 'C' é composto de 91 leitos, dos quais 6 são para atendimento de urgência e emergência, 20 para pronto atendimento e observação, 3 quartos individuais para isolamento e o restante está organizado em enfermarias com dois leitos cada. Os profissionais de enfermagem somam um total de 98, sendo 22 enfermeiros e 76 auxiliares de enfermagem. Esse hospital realiza cerca de 420 atendimentos de baixo e médio risco de vida, provenientes de Maringá e outros municípios da região, sendo que os casos de alto risco são encaminhados para os hospitais conveniados. Possui serviço de emergência psiquiátrica (10 leitos), 9 salas de cirurgia e leitos de clínica médica, pediatria e cirurgia.

Os hospitais 'D', 'E' e 'F' não possuem leitos destinados a pacientes provenientes do SUS, sendo de atenção exclusiva a convênios de saúde e particulares. O hospital 'D' apresenta um total de 65 leitos, 6 em UTI geral e os demais divididos em quartos individuais e enfermarias de dois leitos. Do total de 96 funcionários de enfermagem, 9 são enfermeiros, 30 são técnicos de enfermagem e 57 são auxiliares de enfermagem. Esse hospital é de atendimento geral e referência para cirurgia de obesidade, e a maioria dos procedimentos cirúrgicos é de cunho eletivo.

Por sua vez, o hospital 'E', com 72 leitos no total, possui 7 leitos de UTI geral e conta com quartos individuais e enfermarias de dois e três leitos, sendo que o número de elementos de enfermagem é composto por 10 enfermeiros, 66 técnicos de enfermagem e 38 auxiliares de enfermagem, totalizando 114 funcionários. Tem como característica o atendimento das diversas especialidades médicas, com cerca de 400 cirurgias mensais, a

maioria eletiva, e uma média de 70 partos por mês.

Por último, o hospital 'F' possui 94 leitos, dos quais 10 em UTI geral e os outros distribuídos em quartos individuais e de dois ou três leitos. O total de 150 profissionais de enfermagem engloba 20 enfermeiros e 130 auxiliares de enfermagem. É um hospital geral de atendimento nas várias especialidades médicas, com cirurgias de baixa, média e alta complexidade, sendo mais frequentes as de caráter eletivo, além de contar com pronto socorro, apesar de não atender pacientes do SUS.

5.1.1.2. População-alvo

Participaram deste estudo os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, conscientes e orientados, de ambos os sexos, hospitalizados por no mínimo três dias nas diversas unidades de internação dos hospitais de Maringá; PR, e que concordaram em tomar parte do estudo.

O número de sujeitos consistiu de 34 pacientes, embora a pesquisa qualitativa não se baseie em “critério numérico para garantir a representatividade”. Nesse caso, considera-se como ideal a amostragem que “possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 2001, p. 43), prosseguindo-se com a análise até a saturação das informações.

5.1.1.3. Aspectos ético-legais

O estudo foi elaborado com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) em 13 de abril de 2007 (Anexo A). Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5.1.1.4. Coleta de dados

Os dados foram coletados por seis alunos da 3ª série do Curso de Enfermagem da UEM, previamente selecionados e treinados para a coleta de dados, no período de 15 de abril a 25 de maio de 2007, por meio de entrevista semi-estruturada, orientada por duas questões aberto-fechadas. O critério de seleção dos alunos foi ter tido contato anterior com trabalhos científicos, sob orientação de docentes do Departamento de Enfermagem da instituição, cuja abordagem metodológica foi qualitativa.

O treinamento desses alunos foi realizado pela própria pesquisadora no decorrer de quatro encontros, nos quais foram explicitados o tema e objetivo do estudo, operacionalização da coleta de dados (abordagem do paciente, condução da entrevista, registro das informações), a distribuição do formulário de entrevista e do termo de consentimento livre e esclarecido. Durante os encontros foram realizadas entrevistas simuladas entre os alunos com a finalidade de padronizar e aprimorar a técnica, no sentido de não induzir as respostas e melhor explorar as falas, como também de prevenir possíveis falhas.

As perguntas que nortearam as entrevistas foram:

- 1. O que é para o(a) senhor(a) privacidade dentro do hospital?**
- 2. O que é para o(a) senhor(a) privacidade física, com relação à exposição e manipulação do seu corpo, durante a assistência no ambiente do hospital?**

As informações foram registradas por escrito pelo entrevistador no Formulário de Entrevista (Apêndice B) durante o encontro, cujas falas foram transcritas e codificadas ao término de cada encontro. As perguntas foram lidas para o entrevistado, esclarecendo dúvidas do sujeito no decorrer das anotações e orientando no sentido de explorar profundamente o tema, com a finalidade de obter o maior número de informações possíveis a partir das questões norteadoras, sem influenciar as respostas. Ao final, o relato foi lido para possíveis complementações, retificações e confirmação das informações.

Além das perguntas, os sujeitos foram caracterizados quanto à faixa etária, sexo,

religião, cor da pele, estado civil, renda familiar (em número de salários mínimos) e nível de escolaridade (Tabela 1), e com respeito ao número de internações, tempo da hospitalização atual e nível de dependência (Tabela 2).

A determinação do nível de dependência do paciente baseou-se na classificação apresentada por Horta (1979, p. 59), a qual considera o grau de dependência quanto à natureza em total ou parcial, e quanto “à extensão qualitativa em Total-Fazer e Parcial-Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar” (FAOSE). Essa classificação dimensiona quantitativamente a dependência em graus, sendo grau 1, 2, 3 e 4, cujos valores neste trabalho foram atribuídos, respectivamente, como baixa dependência, média dependência, alta dependência e totalmente dependente.

Segundo Horta (1979), para avaliar o nível de dependência do paciente é necessária a utilização de indicadores, tais como conhecimento sobre o atendimento da necessidade humana básica (correto, semicorreto, ignora); deambulação (ambulante, com auxílio, maca ou cadeira, acamado); motilidade corporal (total, parcial, mínima, nenhuma); estado mental (consciente, desorientado no tempo e no espaço, semiconsciente, períodos de inconsciência); condições do ambiente (favorável, semifavorável, difícil, desfavorável); condições sócio-econômicas (muito boa, boa, regular, má).

Optou-se por essa classificação por ser a adotada no Curso de Enfermagem da UEM, e conseqüentemente pela familiaridade e vivência dos alunos com a mesma, como também da maioria dos profissionais de enfermagem atuantes nos hospitais de Maringá; PR, local onde foram coletados os dados.

5.1.1.5. Caracterização dos sujeitos

Constata-se na Tabela 1 que há predomínio de pacientes casados (58,8%), católicos (70,6%) e da cor branca (67,6%). A maioria apresenta um baixo nível de escolaridade e renda familiar inferior a cinco salários mínimos, observando-se equivalência

em relação ao sexo e à faixa etária.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 34 pacientes internados. Maringá - PR, 2007

DADOS PESSOAIS		Nº	%
Sexo			
	Masculino	19	55,9
	Feminino	15	44,1
Total		34	100
Estado civil			
	Casado	20	58,8
	Solteiro	06	17,6
	Divorciado	04	11,8
	Viúvo	04	11,8
Total		34	100
Faixa etária			
	20 a 29 anos	07	20,6
	30 a 39 anos	04	11,8
	40 a 49 anos	05	14,6
	50 a 59 anos	07	20,6
	60 a 69 anos	04	11,8
	70 a 79 anos	04	11,8
	> 80 anos	03	8,8
Total		34	100
Religião			
	Católica	24	70,6
	Protestante	09	26,4
	Outra	01	3,0
Total		34	100
Cor da pele			
	Branca	23	67,6
	Negra	04	11,8
	Mulata	07	20,6
Total		34	100
Escolaridade			
	Não alfabetizado	04	11,8
	Ensino fundamental incompleto	13	38,2
	Ensino fundamental completo	05	14,6
	Ensino médio incompleto	03	8,8
	Ensino médio completo	04	11,8
	Ensino superior incompleto	01	3,0
	Ensino superior completo	04	11,8
Total		34	100
Renda familiar (em salários mínimos)			
	Até 2	13	38,1
	3 a 5	15	44,1
	6 a 9	03	8,9
	Acima de 10	03	8,9
Total		34	100

A Tabela 2 evidencia que a maioria dos pacientes estava hospitalizada por um período inferior a seis dias (61,8%), não vivenciava a primeira internação e era pouco dependente (53%).

Tabela 2 - Caracterização dos 34 pacientes com referência ao período de internação. Maringá - PR, 2007

DADOS DE HOSPITALIZAÇÃO	Nº	%
Tempo de Internação Atual		
3 a 6 dias	21	61,8
7 a 10 dias	08	23,5
11 dias ou mais	05	14,7
Total	34	100
Número de internações		
1 a 3 vezes	20	58,8
4 a 7 vezes	07	20,6
8 vezes ou mais	07	20,6
Total	34	100
Nível de dependência		
Baixo	18	53,0
Médio	10	29,4
Alto	06	17,6
Total	34	100

5.1.1.6. Análise dos dados

As informações foram submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática, para se identificar nas falas dos sujeitos, seguindo o critério semântico, os caracteres comuns, cuja presença e/ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 2000), a fim de se extraírem as categorias temáticas. Dessa forma, buscou-se identificar o sentido dos conteúdos expressos nas mensagens (núcleos de sentido), cujos significados manifestaram a percepção dos pacientes internados sobre a privacidade no contexto hospitalar.

Para tanto, após leituras exaustivas das entrevistas obtidas, procedeu-se com o isolamento e com a classificação dos elementos, ordenando-os e agrupando-os conforme a similaridade, com o intuito inicial de obter “uma representatividade simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2000, p. 119).

Após a leitura flutuante das entrevistas transcritas, com a finalidade de conhecer o conteúdo emitido pelos sujeitos, procedeu-se com os recortes das mensagens em nível semântico (unidades de registro), as quais foram codificadas com um número (indicando o sujeito) e uma letra maiúscula (indicando a fala). Na seqüência, os dados correspondentes,

foram compilados em categorias conforme a similaridade, presença e frequência, com base no referencial teórico.

O procedimento de análise das informações permitiu a identificação de três categorias temáticas (Tabela 3) oriundas da visão dos pacientes hospitalizados sobre a privacidade em geral no contexto hospitalar, sendo *dignidade e respeito*, *autonomia e espaço pessoal e territorial*; e acerca da privacidade física com ênfase na exposição e manipulação corporal durante a assistência no ambiente hospitalar emergiram iguais categorias, evidenciando-se ainda *intimidade e toque*, totalizando quatro categorias (Tabela 4).

Concepção de privacidade em geral no contexto hospitalar

As falas que originaram a categoria *dignidade e respeito*, apresentadas na Tabela 3, reportam-se à imagem que os próprios têm de um cuidado de qualidade, como também ao respeito e à moralidade que devem estar presentes nas várias situações vivenciadas, no sentido de preservar sua privacidade contra a intrusão indesejada. Para os sujeitos, tal percepção parece estar vinculada à necessidade de serem vistos como pessoas, como seres humanos, e não como objetos. Concomitantemente, entende-se que seus sentimentos e reações devem ser observados e valorizados, pois a falta de privacidade provavelmente acarretará desconforto e insatisfação com o cuidado.

Essa acepção pode ser evidenciada quando vários pacientes relacionam o fato de serem bem cuidados, bem tratados e atendidos como aspectos que garantem sua privacidade, além de destacarem a educação e a atenção dos profissionais como fatores que influenciam as medidas para a proteção e manutenção da privacidade.

Mussi (1999) verificou que a manutenção da individualidade e o respeito à privacidade são aspectos essenciais relacionados à promoção do conforto na esfera hospitalar. Estudos sobre a satisfação de pacientes com os cuidados no hospital também apontaram que receber atenção e o bom atendimento, incluindo manter a privacidade, melhoram a percepção

do paciente sobre o cuidado (MOURA; LUCE, 2004) e, por conseguinte, permitem a manutenção de sua dignidade (RHODES; MILES; PEARSON, 2006).

Tabela 3 - Categorias empíricas oriundas da percepção dos 34 pacientes sobre a privacidade em geral no contexto hospitalar. Maringá – PR, 2007

Categorias	Manifestações dos pacientes
Dignidade e respeito	“Somos respeitados nos nossos desejos na medida do possível, atendem bem, são educados” (8A); “Privacidade é respeitar o outro, as nossas vontades. Se eu não quero tomar banho, tem que saber respeitar” (12A); “Privacidade é respeitar o paciente quando eles entram no quarto e vem examinar a gente” (13A); “É respeitar o outro, é cuidar bem” (15A, 32A); “É quando as pessoas respeitam a gente, dão atenção” (16A); “O hospital respeita minha privacidade não divulgando minha patologia” (19A); “A exposição da intimidade está boa, o atendimento é ótimo” (25A); “A privacidade é muito boa, cuidam bem” (26A, 27A, 29A); “É ser respeitado aqui dentro” (31A); “É o limite até onde o paciente pode e é respeitado” (34A)
Autonomia	“É não ser incomodado” (1B, 15D); “No hospital não tem privacidade” (4A); “É ter silêncio” (14A); “É pedir autorização na hora de mexer com a gente” (15B); “É estar sempre privada de ficar exposta” (17A); “É não mudar os hábitos de casa” (20A); “Meu direito de ir e vir foi parcialmente restrito” (21A); “A privacidade não é complicada porque o pessoal é bom e fazem o que podem” (24A); “A privacidade não existe de jeito nenhum” (28A); “É deixar você fazer suas coisas em paz, não ficar no seu pé toda hora” (31B)
Espaço pessoal e territorial	“É a condição de ficar no seu local” (1A); “As pessoas entram e saem a toda hora” (4B); “É estar em um quarto sozinho” (5A); “É ter o meu cantinho” (10ª); “A pessoa chega a qualquer hora, de madrugada” (11A); “Privacidade é não ter muita gente dormindo perto de você” (11B); “É ficar quietinho, no nosso canto” (15C); “Privacidade dentro do hospital é ninguém tomar o espaço da gente” (18A); “É ter o banheiro com a porta fechada quando precisar ir” (22A); “Privacidade é no banheiro, tendo a porta encostada” (23A)

Além desses, outros estudos assinalam que dignidade e privacidade conferem qualidade à assistência, sendo essas de responsabilidade dos profissionais ao desenvolver as atividades de cuidado (WOOGARA, 2001; WALSH; KOWANKO, 2002; JACELON et al., 2004; RANDERS; MATIASSEN, 2004; BIRRELL; THOMAS; JONES, 2005).

Em concordância, Widäng e Fridlung (2003) descrevem em seu estudo que na concepção dos pacientes a dignidade está relacionada ao tratamento que recebem dos cuidadores, pois a forma como são tratados pode comprometer a concepção de dignidade, como ser visto como pessoa digna de confiança e de respeito, envolvendo aspectos da privacidade. Os pacientes reforçam essa tese quando alegam que a privacidade consiste em respeitar suas preferências com relação à privacidade, respeitá-lo como indivíduo e considerar seus limites.

Tais assertivas deixam claro que os pacientes gostariam que suas preferências, de

acordo com suas crenças e valores pessoais, fossem consideradas e supridas pelos profissionais. Para tal, além de sensibilidade e solidariedade, faz-se imprescindível respeito dos que cuidam para com quem é cuidado, sobretudo com aqueles sem condições de cuidar de si.

Concepções similares foram emitidas por outro grupo de pacientes, para os quais dignidade é uma característica inerente ao ser humano, que pode ser subjetivamente expressada como um atributo do *self* e através de comportamentos que demonstram respeito por si e pelos outros (JACELON et al., 2004).

Na verdade, a dignidade está presente quando um indivíduo é capaz de controlar seu comportamento, o meio ambiente e o modo como é tratado pelos outros (MAIRIS, 1994), ou mesmo a habilidade para sentir-se valorizado em relação aos outros (HADDOCK, 1996), porque a dignidade humana incorpora muitas características da privacidade (WOOGARA, 2005).

Isto é demonstrado quando os pacientes advertem que a privacidade engloba respeito ao seu espaço, ao seu corpo, pedindo licença para tocá-lo, bem como a não divulgação dos dados pessoais. As falas sugerem que o fato de solicitar para manipular o corpo, seja para examinar ou outro cuidado/procedimento denota consideração e atenção, fazendo com que os pacientes se sintam valorizados. Talvez isso minimize os efeitos da invasão e a sensação de ser visto como objeto.

O sentido de dignidade e respeito emitido pelos pacientes envolve aspectos como acreditar em si mesmo, de poder confiar na interação com os profissionais, e de que isto será recíproco, e de que se forem sensíveis aos seus sentimentos se preocuparão com sua privacidade. De fato, os significados atribuídos demonstram que a manutenção da dignidade está profundamente ligada ao respeito à privacidade, ou seja, que desrespeito à privacidade, ou a ausência dela, afeta o bem-estar, e conseqüentemente a dignidade.

O respeito pela privacidade e a manutenção da dignidade pessoal são vistos como princípios interconectados e intrínsecos ao bem-estar físico, mental, emocional e espiritual

(WOOGARA, 2001; MALCOLM, 2005). Vale lembrar que a idéia central do componente comportamental de dignidade está relacionada à ação que mostra respeito; assim, a dignidade de um indivíduo pode ser afetada pelo tratamento que recebe dos outros (JACELON et al., 1004).

É visível que o respeito emerge como fator indispensável para o processo de cuidar em saúde e está diretamente vinculado à proteção e manutenção da privacidade (PUPULIM; SAWADA, 2002a, 2002b; PUPULIM, 2003). Desse modo, entende-se o respeito como um dos fundamentos da moralidade e da ética, necessário no relacionamento interpessoal e imperioso no exercício profissional.

Por outro lado, surpreende que apenas um sujeito tenha se referido à privacidade informacional, visto que o sigilo sobre o diagnóstico e a descrição quanto ao tratamento são preocupações comuns entre os pacientes, principalmente naqueles alocados em enfermarias. A suposta importância à confidencialidade dos dados não foi manifestada por esse grupo de pacientes, talvez por estarem mais incomodados com os demais fatores associados à privacidade e que no seu entender merecem maior atenção. Acredita-se que os pacientes apontaram aqueles que geram mais inquietação, desconforto e inconveniência.

Seguindo a mesma linha de pensamento, o respeito à integridade do paciente é visto como condição de totalidade, em que os desejos e valores individuais de cada pessoa, evoluídos a partir da experiência com a doença e suas conseqüências, devem ser sempre considerados. Desse modo, o respeito à autodeterminação do paciente implica em seu direito de tomar suas próprias decisões e agir conforme seus valores e anseios pessoais, mantendo sua dignidade, desde que não interfira com o direito de outra pessoa (MARGARETA, 1996).

Essa percepção é mais visível na categoria *autonomia*, a qual inclui as falas que denotam ter controle sobre sua própria pessoa e sobre a situação, bem como sobre os aspectos ou fatores que interferem na manutenção da sua privacidade, conforme compilação na Tabela 3. Teoristas da privacidade a definem como controle seletivo, ou regulação, do acesso a si por

outras pessoas (ALTMAN, 1975), ou como afastamento das outras pessoas determinando em que medida se está acessível, sendo que a autonomia pessoal caracteriza-se como uma das funções da privacidade (WESTIN, 1970).

Constata-se que os pacientes manifestam anseio por um pouco de isolamento, de solidão, de períodos de circunspeção, o que esporadicamente conseguem em seu lar e que no hospital é praticamente impossível. Alguns transmitem a idéia de que seu direito à opção e a sua preferência foi tolhido durante a hospitalização e que a forma como realmente gostariam que fosse não é viável, e que isso é consequência da mudança de ambiente. O fato de estar no hospital, um local diferente e que não é de seu domínio, influencia a sua habilidade de controlar sua privacidade. Tal visão é apoiada por Bäck e Wikblad (1998) ao postularem que ao internar o paciente nem sempre se é capaz de reter o controle de sua própria necessidade por privacidade.

Gavison (1984), citado por Newell (1995), propõe que definir privacidade como controle relaciona-a ao poder de ter determinadas escolhas ao invés da opção por meios pelos quais se pode exercer tal poder. Assim, denota-se que os pacientes expressam suas preferências e ambicionam ter mais controle em dadas situações, porém se conformam, aparentemente sem buscar alternativas. Na verdade, é reconhecível que o paciente hospitalizado tem pouca chance para controlar o ambiente e freqüentemente vivencia a perda da privacidade, o que pode ser observado nos depoimentos que evidenciam a ausência de liberdade pessoal e a falta de condições para manter sua privacidade no hospital.

Glen e Jowlnally (1995) asseveram que o respeito à autonomia do paciente significa dar a ele a oportunidade de escolher e que a percepção de controle transmite segurança e, portanto, se sentem menos ameaçados. Applegate e Morse (1994) igualmente alertam que a manutenção da privacidade permite um sentimento de controle individual e de expressão de autonomia.

Um estudo sobre a privacidade dos pacientes e seus direitos também identificou a

categoria *controle e opção individual*, e constatou que a autonomia deles foi freqüentemente corroída pelos comportamentos e atitudes da equipe de saúde, deflagrando a perda do controle e de escolha (WOOGARA, 2005).

Essa visão corrobora com a ponderação de Randers e Matiasson (2004) de que a autonomia pode ser entendida como o interesse do indivíduo em tomar decisões significativas sobre sua vida. As autoras identificaram que a compreensão do conceito de autonomia em combinação com a integridade (envolvendo dignidade e privacidade), em estudo no contexto da interação profissional-paciente, consiste na habilidade e liberdade para tomar decisões sem coerção ou restrição externa. Logo, é admissível a relação da autonomia com a necessidade por privacidade no hospital manifestada pelos pacientes.

A menção à autonomia também é reforçada quando emergem reivindicações por *espaço pessoal e territorial*, terceira categoria identificada, cujos depoimentos constam na Tabela 3. Espaço pessoal é um ponto invisível que circunda o corpo humano, uma área individual que separa uma pessoa de outras pessoas, como um tipo de zona de proteção (STILLMAN, 1978; LEINO-KILPI et al., 2001), e território é uma área que um indivíduo defende como sendo exclusiva (ARDREY, 1966). Já a territorialidade é um termo usado para descrever a condição de possessividade, controle, autoridade sobre uma área do espaço físico (HAYTER, 1981).

De acordo com os sujeitos, ao reclamarem um local para si, mantendo-se afastados dos outros pacientes, manifestam que gostariam de isolamento e que prefeririam não compartilhar a mesma enfermaria. É nítido o desconforto de alguns pacientes com a presença de outros no mesmo quarto, pois isto significa compartilhar não apenas espaço, mas também aspectos da esfera pessoal, desde conversas com visitas e profissionais até o repouso, higiene e outras atividades.

A mesma reivindicação foi observada no estudo de Widäng e Fridlund (2003), no qual os pacientes manifestaram que queriam ficar sozinhos e ter a possibilidade de privacidade sem outras pessoas em volta. Outra investigação sobre a percepção de privacidade

de pacientes em quartos compartilhados, em hospitais na Nova Zelândia, averiguou que os pacientes determinam a necessidade por uma área privada para manter o controle sobre as informações pessoais e para evitar a exposição física, mesmo quando a separação entre os leitos é proporcionada por cortinas (MALCOLM, 2005).

Privacidade implica territorialidade, a qual está presente em muitas espécies, incluindo o ser humano, e consiste em proteger um território contra a intrusão de outros. Para os homens, a defesa de uma área, de uma propriedade, não consiste somente em conservar a terra ou espaço, mas também objetos, idéias, privilégios ou direitos. Portanto, território é aquela área da vida do indivíduo que ele vivencia como sua e na qual exerce controle, toma iniciativa, é especialista ou pela qual aceita responsabilidade (ERVIN; DAWKINS, 1995).

Quando a pessoa tem um lugar só seu, ela se sente mais segura e tem a sensação de que assim restringe a circulação de outras pessoas em volta de si. Alguns sujeitos indicam que o ingresso de pessoas em seu quarto transgride sua privacidade, percebendo-se nos relatos que muitas vezes o que mais os aborrece é a forma como os profissionais infringem seu espaço físico.

O controle do espaço físico é crucial para o bem-estar físico e psicológico de todas as pessoas, principalmente no ambiente hospitalar, onde o trânsito de pessoas é constante por se tratar de um local público, mas que implica doença. Woogara (2001) alerta que a invasão desnecessária desse espaço pelos profissionais de saúde, ou por outras pessoas, é inadequada, pois o que pode parecer justificado para alguns para outros pode ser visto como violação da privacidade. Isso ocorre porque o comportamento territorial é influenciado por fatores culturais e também porque as pessoas entendem a invasão do espaço pessoal como inevitável quando estão doentes, contudo não vêem a necessidade de ter seu espaço físico invadido (HAYTER, 1981).

Na mesma vertente, Sawada (1995, p. 144) identificou em pacientes hospitalizados seis componentes de invasão do espaço territorial, sendo “desrespeito ao espaço físico,

interrupção do sono e descanso, descontrole do espaço físico, descaso para com o espaço físico, mudança do espaço físico sem consulta e entrada no espaço físico sem permissão”.

O que de fato acontece é que os profissionais agem como se esse território fosse exclusivo da equipe de saúde, e legitimados pela sociedade para estar dentre as paredes do hospital (STILLMAN, 1978). Todavia, deveriam respeitar o espaço do paciente e seu direito à privacidade, embora se reconheça que é impossível realizar o cuidado sem invasão do território.

A hospitalização submete o paciente à intrusão do espaço pessoal e territorial, o que gera ameaça a sua dignidade, a sua integridade. Nesse ambiente, Allekian (1973) define intrusão/invasão como a entrada e atividade ou contato não solicitados, espaço pessoal como uma área que se estende exteriormente (de fora para dentro) a uma distância de cerca de 120 cm do corpo da pessoa, e território como a área do quarto do hospital que é reivindicada pelo paciente.

Desse modo, o banheiro, outro elemento para o qual os pacientes alertaram, também faz parte do território, sobretudo quando o estão ocupando. Em maioria, os pacientes são orientados a não trancar a porta do banheiro quando lá estão devido à possibilidade de não se sentirem bem e para facilitar o acesso da equipe caso necessário. Entretanto, com certa frequência são interrompidos e sua privacidade é infringida.

Outros estudos também revelam que a privacidade no banheiro é essencial para os pacientes (MARR; PIRIE, 1990; SAWADA, 1995; FIGUEIREDO; MACHADO, 1996; WALSH; KOWANKO, 2002). Há de se reconhecer o quanto é desagradável abrirem a porta do banheiro quando o mesmo está sendo usado, dado que esse ambiente envolve atividades de cunho extremamente pessoal.

O que se percebe é que os pacientes demarcam um território imaginário, porém não expressam sua necessidade e nem definem os limites junto à equipe de saúde. Gostariam de delimitar seu espaço, mas não o fazem. Parecem aguardar que os profissionais tomem providência a esse respeito ou se conformam com a situação por ser temporária e necessária.

Concepção de privacidade física referente à exposição e manipulação corporal durante a assistência no ambiente hospitalar

A categoria *dignidade e respeito* refere-se aos sentimentos e reações dos pacientes decorrentes da exposição e manipulação do corpo, suas preferências conforme suas crenças e valores pessoais, assim como a moral e o respeito em adição à idéia do que consideram uma boa assistência para a manutenção da privacidade corporal. Acrescentam-se, ainda, as falas dos pacientes, presentes na Tabela 4, que se reportam à necessidade de serem vistos como seres humanos, donos do seu próprio corpo, e não como objetos inanimados.

Essas características são importantes, uma vez que a noção de individualidade, ser reconhecido e respeitado, compreender a natureza humana, em meio a outros aspectos, são essenciais à manutenção da dignidade humana, sobretudo quando o cuidado envolve a zona corporal. Ressalta-se que a privacidade do corpo foi tema central em estudo sobre a percepção de dignidade, tanto por parte da enfermagem como dos pacientes, discutindo-se muito acerca da exposição corporal e a contemplação dos outros, sendo que a perda da dignidade configura-se quando o paciente sente-se tratado como objeto ao invés de ser personificado (WALSH; KOWANKO, 2002).

Ao mencionar as emoções negativas provenientes da exibição e manipulação corporal, os pacientes indicam desagrado com a situação e com a atenção dispensada à privacidade. É presumível que quando os pacientes apresentam tais sentimentos, esses representem contrariedade e insatisfação com as ações e fatores que interferem na sua privacidade.

Sentimentos similares relacionados à condição de nudez, exposição e toque corporal, foram observados em outros estudos, sendo provenientes em grande parte da maneira pela qual os pacientes foram abordados e atendidos (SAWADA, 1995; FIGUEIREDO; MACHADO, 1996; SILVEIRA, 1997; BÄCK; WIKBLAD, 1998; WALSH; KOWANKO, 2002; PUPULIM, 2003; PUPULIM; SAWADA, 2004, 2005a, 2005b). Há de se considerar que social e culturalmente não é apropriado despir-se na presença de outros,

Tabela 4 - Categorias empíricas oriundas da percepção dos 34 pacientes sobre a privacidade física referente à exposição e manipulação corporal no contexto hospitalar. Maringá – PR, 2007

Categorias	Manifestações dos pacientes
Dignidade e respeito	<p>“É difícil, mas pela doença, não pelas pessoas” (2A); “A gente tem vergonha, mas não tem jeito. Às vezes me sinto incomodada, dá uma agonia, falta de ar” (9A); “Acho ruim porque dá muita vergonha” (15A); “Fico com vergonha, mas não me estresso tanto” (21C); “Tenho vergonha, mas o que vai fazer?” (27A); “A gente tem muita vergonha” (32C);</p> <p>“Não me incomodo com nada” (5B); “Encaro naturalmente” (6A); “A gente acostuma com tudo isso aqui no hospital” (10D); “Não tem problema não. Eu não ligo, é assim mesmo” (11A); “Eu não tenho vergonha.” (11C); “Eu não ligo mais, já me acostumei, eles são profissionais” (12C); “Tem gente que reclama, mas eu sou tranquilo, já me acostumei com isso” (16C); “Caso necessário, não fico com vergonha” (20A); “Acho normal, não sinto nada de mais, não me importo porque os profissionais são simpáticos” (22B); “Nos primeiros dias de internação achava ruim, tinha vergonha, mas depois me acostumei” (25D); “Eu não fico com vergonha deles” (30B);</p> <p>“Acho que tem que ter respeito com cada ser” (7A); “Eles são bem educados, pedem permissão para mexer com a gente” (13A); “Eles me respeitam bastante. Sempre pedem para me examinar e abrir minha camisola” (14D); “Não me senti invadida porque tinha muito respeito. Existe muito respeito por parte deles, sem sombra de dúvida, eles respeitam muito” (28B); “É normal, sou respeitada por eles, todo mundo tem muito cuidado comigo, são educados” (30A); “Sempre me dão atenção quando eu chamo, sabem me respeitar também” (31D); “Quando eles mexem na gente eles falam ‘dá licença que eu vou examinar a senhora’. Daí você tem privacidade” (32D); “Os médicos e as enfermeiras pedem licença para entrar no quarto” (33B);</p> <p>“Eles chegam tirando a minha roupa quase todos os dias, tem enfermeira que nem pede autorização. Alguns profissionais irritam” (15D); “Muitas vezes abrem minha camisa sem pedir licença. Isso eu considero muita falta de respeito” (16A); “Ninguém pede licença” (31B);</p> <p>“É normal, não me preocupo” (3A); “Eu acho a privacidade normal” (7D, 8A, 17A, 26A, 29A); “A privacidade é boa, não tem que mudar” (23D); “A privacidade é boa, em relação à exposição me sinto bem, são muito bons no cuidado” (24A); “É normal porque está no hospital” (25A); “A privacidade está boa, está ótima, não tem que mudar” (27F);</p> <p>“Privacidade não existe” (28F); “Antes da cirurgia a invasão da privacidade era menor” (28K); “No hospital ninguém respeita isso, é complicado. Eu acho que tem que ser repensado sobre isso, os profissionais precisam ser treinados para respeitar mais seus pacientes” (34B)</p>
Intimidade e toque	<p>“É ruim ter que ser trocado por outra pessoa” (4A); “Intimidade eu acho que a gente tem do jeito que dá para ter” (10B); “Eu me sinto mal por ter que ficar pelada na frente da enfermeira” (13B); “Não gosto que fiquem mexendo comigo” (14B); “A exposição do corpo é estranha” (21A); “Eu não ligo deles mexerem em mim” (30C); “É o que falta aqui. Às vezes eles levantam minha coberta, vão pegando em tudo e vai aparecendo tudo” (31A);</p> <p>“Tenho vergonha quando tomo banho no leito” (12A); “Não estou acostumada a ter alguém me ajudando no banho, me vendo” (13C); “Na hora do banho eu fico meio constrangido” (15B); “Não ligo na hora do banho, não me importo” (22D); “Com relação à exposição me sinto confortável, o banho é normal, não sinto diferença” (26B); “Tomei banho na frente de dois rapazes. Não me deram banho, mas acompanharam o tempo todo” (28A); “No banho eu acho tudo muito profissional” (31C); “O problema é o banho, tenho vergonha, sou meio das antigas” (32A); “É estranho... na hora do banho minha esposa não estava aqui pra me ajudar e a enfermeira veio, já foi tocando no meu corpo. Eu me cobri, queria mandar ela embora, não gostei disso” (34A)</p> <p>“Usar camisola é ruim porque a saia descobre a qualquer movimento” (23B); “Eu prefiro shorts que não descobre com o movimento” (23C);</p> <p>“O que é ruim mesmo é fazer aquele preventivo, exame ginecológico. Eu morro de vergonha e acho demais” (32E); “Só tenho vergonha quando tenho que ser examinada” (33C); “Quando o médico pediu para eu tirar a calcinha por causa da cirurgia, eu quis sair correndo, sou muito vergonhosa. E quando tem de tirar o sutiã e a blusa? É ruim” (33D)</p>

(continua)

Tabela 4 - Categorias empíricas oriundas da percepção dos 34 pacientes sobre privacidade física referente à exposição e manipulação corporal no contexto hospitalar. Maringá – PR, 2007 (continuação)

Categorias	Manifestações dos pacientes
Espaço pessoal e territorial	<p>“O fato de ter plano enfermagem e ter que dividir quarto prejudica a privacidade” (1A); “Ter que dividir quarto com outras pessoas é ruim” (4B); “Não tem muita privacidade porque tem muitas pessoas juntas” (10E); “Eu não me incomodo de ter outras pessoas no quarto” (7B); “Eu não ligo para as pessoas que estão no mesmo quarto, ficar sozinho é ruim” (10C); “Não me sinto invadida por ficar no quarto com outra pessoa. É bem melhor, uma mulher entende da outra, você pode conversar” (32F);</p> <p>“Toda hora tem entra e sai, seja para medicação ou visita” (1B); “Tem gente que entra na hora do banho no leito” (12B); “Às vezes o quarto enche de gente e me vêem tomando banho” (15C); “Entram no banheiro quando tem que tirar o soro” (28D); “Não consegue nem ficar mais de duas horas sem entrar ninguém no quarto, pra trocar medicamento, soro, coletar urina” (28G);</p> <p>“Não tem a privacidade da casa da gente” (9C); “Não tenho direito ao meu espaço” (10F); “Gosto de ter o meu cantinho, do meu jeito” (33E); “Se eu vou ao banheiro, eu quero privacidade, aqui ou em qualquer outro lugar, só que aqui não tem como” (34C)</p> <p>“Às vezes eles abrem a janela quando eu estou sem roupa” (15E); “É ter o banheiro fechado” (22A); “Porta aberta não gosto, não quero, só fechada” (27D); “As enfermeiras e o pessoal da limpeza tem o costume de entrar, sair, e depois deixar a porta aberta” (28H); “Às vezes a porta (do quarto) aberta também é necessária, quando não tiver acompanhante para olhar” (28J); “Tem que ter o cuidado de fechar a porta quando sair, é necessário” (28L); “Esqueci a porta do banheiro aberta durante o banho” (29C)</p>
Autonomia	<p>“O que fazem é necessário” (5A); “As atividades são para o meu bem, eu tenho que me sujeitar” (6A); “Tem que ser feito. Se ninguém fizer as coisas por mim. O que vai acontecer? Eu não posso fazer” (7C); “Se as pessoas não se expõem não tem como os médicos e enfermeiras saberem o que a gente tem” (8B); “Tem que examinar, eu quero é me curar. Deixo as pessoas me examinarem, é serviço deles” (8C); “Eu acho que precisa, tem que examinar. É melhor deixar fazer tudo o que precisa. É para o nosso bem” (9B); “Aqui o pessoal é obrigado a cuidar da gente” (10A); “Tem que ser feito exame mesmo. Todo mundo aqui está trabalhando” (11B); “Essas coisas tem que ser feitas, se não como vão saber o que a gente tem?” (11D); “Tenho que deixar, eles sabem o que estão fazendo” (12D); “Fazer o quê? Quando a gente fica doente não tem jeito” (13D); “Acho que eu tenho que deixar porque eles querem cuidar da nossa saúde. É importante eles me examinarem” (16B); “Autorizo a realização dos procedimentos para o correto diagnóstico visando a melhora da saúde” (18A); “Quando o paciente procura assistência médica precisa estabelecer uma parceria com os profissionais para o bom andamento do tratamento, mesmo que este exponha uma parte do seu corpo” (19A); “É necessário para o bem da minha saúde” (20B); “Se torna necessário para a minha melhora” (21B); “Tem que ser feito” (22C); “Se tem que fazer os procedimentos, tudo bem” (23A); “O que tem que fazer é necessário” (23E); “Quem pode ir no banheiro, pode, quem não pode daí precisa de ajuda, daí é necessário” (23F); “Tem que ficar pelada pra exame, tem que destampar o corpo porque é o correto para o profissional ver” (25B); “Tem que ser assim mesmo, é assim que tem que ser feito” (26C); “Os médicos vem visitar, não adianta esconder o corpo. Se está passando mal tem que deixar” (27G); “Se pede para tirar a roupa, tem que tirar, né?” (27H); “Não senti constrangimento porque é necessário” (28E); “Acho que é necessário porque vão cuidar da gente” (28I); “Prefiro que eles façam tudo do que ficar assim. É melhor fazer tudo o que tiver que fazer do que continuar assim (doente)” (29B); “É o trabalho deles, né?” (30D); “Precisa, não tem outro jeito, né?” (33F);</p> <p>“Privacidade é fazer o que quer na hora que quiser, mas eu entendo que aqui não é assim, não dá pra fazer o que quer” (9D); “Enquanto eu puder faço tudo sozinha” (14A); “Prefiro eu mesma fazer tudo sozinha” (27B); “O pessoal trata muito bem. Sempre perguntam se você quer fazer as coisas, e se não quer eles não fazem” (33A); “Eu acho que você perde um pouco dos seus direitos” (33G); “Tem que dar liberdade para o outro o máximo que puder” (34D)</p> <p>“Durante o banho se faz do jeito que dá para fazer, não é do jeito que se quer, que é ir sozinho ao banho” (25C); “Se for homem não gosto muito não” (25E); “Filha e filho não gosto, porque mesmo sendo mãe é chato” (27E); “A enfermeira pergunta se quero ajuda no banho, mas não quero, não posso pegar as coisas sozinha aqui” (27C); “No quarto são minhas filhas que ajudam, não são os enfermeiros” (28C); “No banho prefiro minha filha, se fosse um homem cuidando de mim eu já tinha ido embora” (32B)</p>
(conclusão)	

ainda mais se deixar tocar e manusear, mesmo diante pessoa próxima ao convívio. Portanto, não será menos desagradável na doença e no tratamento hospitalar, nos quais as pessoas e o ambiente são desconhecidos.

Embora alguns pacientes tenham expressado sentimentos de contrariedade, muitos manifestaram naturalidade mediante a questão da nudez e do manuseio corporal durante a hospitalização. Talvez por realmente não se importar, talvez porque foram abordados adequadamente ou ainda porque considerem como inevitável; pelo menos é o que demonstram as falas dos pacientes.

Com certeza a atenção dispensada por alguns profissionais, a maneira polida de se dirigir ao paciente, bem como o que o paciente considera um bom cuidado contribuíram para esta percepção positiva da privacidade física durante a assistência. Deduz-se que isso se deve ao fato de que muitos se sentiram respeitados e valorizados pela equipe.

Outro grupo de pacientes, em estudo sobre privacidade visual e auditiva em um serviço de emergência, também relatou que a equipe fez um bom trabalho respeitando a privacidade e que o grau de privacidade que encontraram igualou ou superou suas expectativas, indicando que eventual ruptura não os surpreendeu (BARLAS et al., 2001). Desse modo, como sugerem as falas dos pacientes, apesar de esperarem respeito à privacidade, eles entendem que em alguns momentos sua transgressão é necessária.

O fato de alguns profissionais pedirem permissão para despir e tocar o paciente demonstra sua valorização como um indivíduo único, com suas peculiaridades, e que seu corpo está sob seu domínio. Essa atitude, assim como o respeito, confere dignidade na visão dos pacientes quando se trata da privacidade física. Em contrapartida, outros pacientes alegam negligência quanto a sua preferência por privacidade em certos eventos e falta de consideração por parte de alguns profissionais. Quando citam o fato de pedir autorização para tocar o seu corpo, advertem que são donos e responsáveis por seu próprio corpo, mesmo que fragilizados

pela doença. Neste sentido, a dignidade configura respeito e preservação da própria identidade moral e da autonomia, e quando se referem à privacidade entende-se que com a permissão da pessoa não há violação, e, portanto, não há perda da dignidade (GALLAGHER, 2004).

O desrespeito ao pudor do paciente infringe sua privacidade e agride sua dignidade. Woogara (2005) evidenciou que a maioria dos profissionais não tinha conhecimento ou responsabilidade de que no cuidado diário deveriam mostrar respeito pela privacidade e dignidade dos pacientes, sendo isto tido como menos importante do que o tratamento médico. Este descaso é observado com frequência na maior parte dos serviços.

Em concordância, Catarino, Cassiano e Silva (1996, p. 21-3) pontuam que, na internação, a pessoa passa por situações que violam sua privacidade, tendo sua dignidade agredida “não pelos atos em si, mas pela forma como estes se desenvolvem”. Por isso os autores enfatizam que o “respeito pode e deve ser entendido como a arte da conduta” e que “emerge como o primeiro princípio ético da enfermagem”, respaldando atitudes e direcionando comportamentos, e concluem afirmando que “respeitar é transmitir, através de aceitação incondicional, o reconhecimento dos valores e crenças de todas as pessoas”.

Vale aqui uma ressalva com respeito à religiosidade dos pacientes. Embora os pacientes entrevistados não tenham feito referência à possível influência da formação espiritual, às crenças, a maioria predominante é de católicos. Sabe-se que, no decorrer da história da humanidade, a religião, sobretudo a católica, influenciou significativamente o comportamento das pessoas, estabelecendo códigos de conduta, apregoando a moralidade e o respeito, com denotada importância ao corpo e ao que ele representa.

Houve um tempo em que às mulheres não era permitido sequer mostrar os tornozelos; e mesmo nos dias de hoje algumas religiões determinam que as mulheres não devem mostrar o rosto em local público. Essas normas refletem claramente a associação do corpo humano com “pecado, luxúria, tentação, excesso”, ou melhor, à sexualidade, à

sensualidade, principalmente no cristianismo (GUDORF, 2005, p. 119), sendo que ao longo da história, na maioria das culturas, as mulheres são quem mais vêm sofrendo com tal preconceito. Assim sendo, não é de se estranhar que as pessoas sejam arreadas à exposição e à manipulação do corpo, mesmo ao vivenciar a doença, visto que tal comportamento tem sido reprimido por séculos.

Não obstante, o corpo é “o mais concreto, o primeiro e mais normal patrimônio que o homem possui” (RODRIGUES, 1983, p. 47). Contudo, o corpo do paciente, considerado aqui como esfera íntima, para a equipe de saúde é “aquilo que funciona ou não funciona. Aquilo que pode ser descrito tal como é, já que sua existência é indiscutível, independente de quem observa” (KRUSE, 2004, p. 79).

Do mesmo modo, em estudo sobre a corporeidade, Lambrocini e Polak (2000, p. 66) observaram o descaso com os corpos dos pacientes, o corpo como objeto, sendo alvo do poder e do saber dos profissionais, “submetido a ações verticalizadas de cuidado e de cura”, o que inviabiliza questionar o cuidado humano. No mesmo sentido, Polak (1998, p. 28-9) propaga que o corpo nos dias atuais “é construído por uma cultura individualista”, no entanto a “existência humana só tem sentido porque existe o outro”, que o percebe, o toca, o sente e vice-versa. Conforme a autora, é necessário compreender que o corpo de cada indivíduo contém a sua história, as suas representações, suas crenças, seus sentimentos, e manifesta a sua origem (POLAK, 1997).

Essas considerações são fundamentais para a prestação do cuidado humano, destacando-se o respeito à integridade e à autonomia, cujos conceitos, sugerem-se, devem caminhar em conjunto para garantir o respeito à dignidade do paciente (RANDERS; MATIASSEN, 2004). Para as autoras, isso é importante porque integridade também pode ser compreendida como o direito à esfera íntima em relação aos aspectos físicos (determinadas partes do corpo) e psicológicos (certos valores, pensamentos e opiniões) da pessoa.

Nessa mesma vertente, a categoria *intimidade e toque* reporta-se à privacidade física como necessidade de preservar o corpo da visão e manipulação dos outros, sobretudo as partes íntimas, como se pode visualizar na Tabela 4. A maioria dos pacientes manifestou desconforto mediante contato íntimo, percebendo-se, implicitamente, que isso se acentua quando envolve genitália e mamas, sem contar o fato de estar em enfermaria, o que se supõe predispor mais à observação externa.

O território corporal inclui o corpo humano e o espaço abarcado por ele, sendo considerado o mais inviolável dos territórios pertencentes à pessoa individualmente (ALLEKIAN, 1973), ou pelo menos assim deveria ser. Infelizmente, ao entrar no hospital o paciente geralmente sente-se desapossado de seu bem mais precioso, o seu próprio corpo, pois em virtude da enfermidade ele submete-se às ações dos profissionais e ‘abre mão’ da sua esfera mais íntima, tanto física quanto psicológica. Em algumas falas dos pacientes é perceptível em que medida essa situação pode ser invasiva e agressiva, denotando-se também indiferença por parte dos profissionais.

Outro grupo de pacientes relatou insensibilidade dos profissionais e desrespeito à individualidade no banho no leito, como desconsiderar o constrangimento (NAKATANI et al., 2004). O mesmo foi constatado por Pupulim (2003), acrescentando que ainda se evidencia o despreparo da enfermagem para contornar os problemas provenientes da exposição e manipulação do corpo do paciente. Resultados similares também foram encontrados em outros estudos que tratam desse procedimento e de outras atividades que implicam a nudez do paciente (OGASAWARA, 1989; FIGUEIREDO; MACHADO, 1996; SILVEIRA, 1997; BELLATO, 2001).

O cuidado em enfermagem invariavelmente envolve o tocar o corpo do paciente e muitas vezes a exposição corporal. É compreensível que os pacientes estranhem e se sintam desconfortáveis porque isso implica certa intimidade, cuja relação eles não têm com os

profissionais. A intimidade na relação enfermagem-paciente vem sendo investigada e alguns autores admitem que seu conceito seja complexo, por abranger aspectos de cunho muito particular, além dos fatores sócio culturais (WILLIAMS, 2001; DOWLING, 2006).

A intimidade é uma experiência relacional subjetiva de confiar auto-revelação, para qual a resposta é a empatia comunicante. Tal intimidade, dita terapêutica, capacita a enfermagem para compreender a personalidade do paciente e encoraja-o a dialogar sobre o que lhe é incômodo, revelar seus sentimentos e pensamentos, desenvolvendo uma relação de confiança, o que favorece a troca de informações significativas entre enfermagem e paciente (KADNER, 1994). Essa concepção é relevante quando a intimidade envolve não só a questão da confiança, mas também a esfera corporal durante o cuidado, porque permite conhecer os sentimentos e desejos do paciente relativos à exposição e ao manuseio corporal.

Dowling (2006) assinala que a intimidade na interação enfermagem-paciente, sob a perspectiva sociológica, adota um conceito que se encaixa com cuidado por ser um termo que sugere investimento emocional, além de verificar que na prática profissional, intervenções como banho no leito e toalete encorajam a intimidade com pacientes por demandarem privacidade e espaço, aspectos necessários à intimidade. Assim, intimidade surge como um conceito fundamental na enfermagem.

Complementando, ao investigar sobre percepções e experiências de intimidade na relação enfermagem-paciente, constatou-se que a natureza da intimidade é complicada, emergindo com uma variedade de interpretações e dimensões. Dentre essas dimensões temáticas, a do toque instrumental foi relacionada por acarretar tarefas envolvendo o cuidado corporal, a invasão do espaço privado pessoal do paciente e o ingresso na zona íntima. O toque íntimo é uma função reconhecida e admitida por criar dificuldades na prática da enfermagem, para a qual o corpo é fundamental. Desse modo, intimidade requer negociação e manejo cuidadoso de potenciais constrangimentos, conflitos e situações complexas (WILLIAMS, 2001).

Isto é visível nos depoimentos que expressam ultraje ante o contato corporal e à falta de privacidade. Nem todas as pessoas são receptivas ao toque. Na esfera familiar e social, o tocar lembra carinho, afeto, e tais sentimentos não são compartilhados com todas as pessoas com as quais se convive. Em contrapartida, também pode sugerir ofensiva dependendo do autor do toque, da finalidade e do contexto. Por tais razões, além das culturais, as pessoas têm prevenção ao toque e este deve ser efetuado com cautela, principalmente quando implica manusear partes íntimas, o que é comum no cotidiano da enfermagem.

Os pacientes deixam claro que a nudez e o toque fazem parte da sua esfera privada e que os profissionais não estão incluídos entre os que podem usufruir esse privilégio. O desconforto e a contrariedade são nítidos mesmo quando alguns expressam, indiretamente, entender que a exposição e o toque são necessários naquele momento. Ademais, alguns pacientes manifestaram desgosto com o sexo do cuidador ou outra pessoa presente.

Diferentes estudos também evidenciaram que a tendência dos pacientes é preferir cuidador do mesmo sexo que o seu, sobretudo em situações que demandam exhibir e manusear partes íntimas (RANDERS; MATIASSEN, 2000; WALSH; KOWANKO, 2002; CHURHANSEN, 2002; PUPULIM, 2003). Constatou-se ser mais comum a preferência de jovens e de mulheres por cuidador do seu próprio sexo, porém para a maioria dos pacientes o nível e a natureza da intimidade é preditor de preferência por cuidador do mesmo sexo (CHURHANSEN, 2002).

De fato, um paciente sutilmente manifestou desconforto com a presença de pessoa de outro sexo durante o cuidado, sendo outro mais enfático quanto ao contato corporal por profissional do sexo oposto, salientando-se que as duas situações citadas envolvem os órgãos genitais. Certamente, o caráter mais íntimo do contato foi o motivo da insatisfação com o sexo do cuidador.

Considerando que o ato de cuidar é intrínseco ao ato de tocar, que o corpo da

enfermeira é o instrumento da ação (FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999) e o corpo do paciente é o receptor da ação, a compreensão de intimidade no contexto da assistência é crucial, tendo em vista que em algumas situações privacidade e intimidade são considerados unívocos. Vale lembrar que na relação de intimidade com o paciente, o respeito à dignidade, à integridade e à privacidade não são somente necessários à prática da enfermagem, mas também à dos demais profissionais da saúde, especialmente o médico. Na verdade, todas essas concepções e reflexões resgatam a moralidade, a diferença entre o certo e o errado, de colocar-se no lugar do outro para, então, perceber como deveria conduzir a ação.

Ao mesmo tempo, um paciente reclamou da proteção corporal proporcionada pela vestimenta do hospital. Não são raras as queixas de pacientes acerca das roupas hospitalares, ainda mais daquelas com abertura nas costas. Os pacientes não se sentem à vontade com roupas que a qualquer gesto desnudam seu corpo, expondo nádegas, mamas ou genitália, sem contar quando são mantidos no leito protegidos somente por lençol. Dá para imaginar o desgaste emocional de um paciente pela preocupação constante com sua nudez sob o lençol, ou com uma roupa que não cobre seu corpo adequadamente, mediante um possível descuido, visto que alguns pacientes apontaram falta de intimidade.

Vários pacientes relatam que a exposição do corpo é real no ambiente hospitalar pela característica do atendimento, assim como o toque corporal, contudo isso não quer dizer que a encarem tranqüilamente, nem com naturalidade. Considerando que a maioria dos pacientes divide a mesma enfermaria, alguns sugerem que isso ocorre indiscriminadamente.

Embora outros pacientes tenham manifestado satisfação com a atenção à privacidade física durante a assistência, vale ressaltar que dentre estes pacientes dois são do sexo feminino e os demais são do sexo masculino. Aparentemente, os homens são menos inibidos com relação à exposição e ao manuseio corporal do que as mulheres, até porque a eles basta cobrir a região genital e das nádegas e às mulheres cabe também proteger o tórax.

Com certeza isso também tem origem na educação familiar e nos costumes sociais, já que culturalmente as mulheres são mais reprimidas quanto a mostrar o corpo.

Ao tocar o paciente, Davidhizar e Giger (1997) recomendam aos profissionais estarem alerta para o valor pessoal que permeia a interação, ao temor do paciente, considerando a idade, o sexo, a classe social bem como respeitar as diferenças culturais, avaliando cuidadosamente a reação do paciente no sentido de determinar uma abordagem que seja aceitável para ele. Segundo as autoras, nem todo toque é interpretado positivamente, por isso é importante estar ciente do efeito desse método em relação ao paciente.

Paralelamente, os pacientes também expressaram descontentamento com o fato de ficarem expostos à contemplação de pessoas que não faziam parte da equipe de saúde, ou mesmo daqueles que não estavam envolvidos diretamente com o cuidado, em função da intrusão do *espaço pessoal e territorial* (Tabela 4), por compartilhar enfermaria ou negligência com o próprio.

Infelizmente, apenas uma parcela da população tem o privilégio de ser internada em quarto individual, não só no Brasil como em outras realidades. McParland et al. (2000) informam que em alguns países da Europa e nos Estados Unidos as enfermarias nos serviços de emergência e em UTIs são mistas, ou seja, além de dividir o mesmo espaço, os pacientes convivem também com pacientes de sexo diferente.

Os pacientes advertem para quão difícil é proteger e manter sua privacidade física em um ambiente onde a circulação de pessoas é constante, e que tanto os profissionais como as outras pessoas agem como se entrar e sair fossem normais. Apesar de corriqueiro para a equipe, os pacientes demonstram que sua privacidade é importante e que essa transgressão os afeta em sua dignidade. Implicitamente, os pacientes esperam mais empenho dos profissionais, e aqui se entende que cabe mais à enfermagem adotar medidas que os preservem da visão dos outros ante a exposição corporal.

A intromissão de outros no quarto do paciente e no banheiro durante atividades que precisam exibir seu corpo é reconhecidamente invasão da privacidade. O que os pacientes requerem é impedir o trânsito de pessoas nesses momentos, como trancar a porta ou colocar um aviso, ou até proteger o leito com biombos. Mesmo assim, a ansiedade do paciente provocada pela probabilidade de alguém entrar é admissível, sobretudo quando enfatizam os problemas com o banheiro.

A enfermagem freqüentemente invade o espaço pessoal e territorial do paciente por falha em avisar antes de exceder os limites (BARRON, 1990), por sobrecarga de trabalho ou dificuldade em superar os obstáculos e a deficiência de recursos (TABAK; OZON, 2004; MALCOLM, 2005). Destaca-se que a territorialidade provê segurança, privacidade, autonomia e identidade ao indivíduo (HAYTER, 1981; SAWADA; MENDES; DELA COLETA, 1996); logo, é compreensível que o paciente vislumbre a invasão como uma ameaça a sua integridade física e emocional.

Em função disso, e por estarem sujeitos à exposição e manuseio corporal, é que provavelmente emergiram reivindicações dos pacientes por privacidade. Percebe-se nos depoimentos dos pacientes a inquietação provocada pela ausência de um espaço exclusivo, de um período para reclusão íntima, sem o risco de interrupções inoportunas. Sabe-se que no decorrer da hospitalização sempre ocorre invasão do espaço pessoal e territorial, contudo os pacientes esperam que, pelo menos em condição de nudez, os profissionais proporcionem proteção a sua intimidade. Ao mesmo tempo, os indivíduos precisam de isolamento, cujo artifício Altman (1975) considera uma forma de controlar seletivamente a interação social e o acesso a si.

A privacidade espacial e territorial é uma necessidade básica de todos os seres humanos (WESTIN, 1970; ALTMAN, 1976) e em circunstâncias especiais, como na doença e predisposição à exposição e à manipulação corporal, é ainda mais fundamental para a manutenção da integridade pessoal. Ainda assim, uma minoria referiu não se importar com a

presença de outras pessoas, o que é incomum, ou as próprias não tiveram sua privacidade infringida a ponto de gerar apreensão. Todavia, supõe-se que alguns possam lançar mão de barreiras psicológicas contra a intrusão, como sugerem Westin (1970) e Newell (1995), ou apenas aceitam o fato por não visualizarem alternativa.

Na continuidade, o depoimento de vários pacientes demonstra que relacionam privacidade ao controle sobre o próprio corpo ou sobre a situação em que seu corpo é submetido à visão dos outros, bem como à manipulação, procurando resgatar o direito à *autonomia*, última categoria identificada (Tabela 4).

Ao referir-se à privacidade como controle, ou à ausência dele, os pacientes sinalizam que se sentiram cerceados em seu direito de escolha, ou melhor, que nem lhes foi dada essa oportunidade. Simplesmente aceitam porque o entendimento é que no hospital prevalece o domínio dos profissionais, a rotina do serviço e a prioridade ao tratamento.

Na verdade, a capacidade de determinar como, onde, quando e por quem o seu corpo vai ser despido e tocado, é uma forma de controlar o acesso a si próprio, o que confere ao paciente independência e poder de decidir por si e para si. Concomitantemente, o fato de precisar ficar desnudo para um profissional, ou até precisar da ajuda de outro em certos cuidados denuncia dependência, o que compromete sua autonomia e, por conseguinte, sua privacidade.

Segundo Margulis (2003), a invasão ocorre quando o indivíduo é inábil em prevenir o acesso físico a si mesmo. Newell (1998) igualmente aponta que nem todos os que desejam alcançar privacidade têm habilidade para obtê-la. Portanto, os pacientes podem se sentir incompetentes no que tange à própria privacidade e, conseqüentemente, em manter a sua integridade física. Oportunizar ao paciente o direito de escolha pode minimizar a sensação de descontrole acerca de sua própria pessoa, cuja impressão pode se depreender em algumas ponderações dos pacientes com a possibilidade de optar por sua preferência.

Em revisão da literatura sobre perspectivas de privacidade, Newell (1995)

encontrou que ela é vista como uma opção, implicando a habilidade para escolher e a faculdade de ver que a escolha é respeitada. A impressão de estar no domínio da situação, de que a opção é sua e de mais ninguém provavelmente faz com que o paciente se sinta respeitado e mais seguro ao permitir a violação da intimidade.

Essa visão vai ao encontro da assertiva de Woogara (2005) de que a privacidade se distingue pelo senso de limite entre ‘eu’, ‘mim’ e ‘meu’ e outra pessoa e o mundo. Esta autora também identificou a necessidade de controle e opção individual para a privacidade, em pacientes e profissionais de saúde, percebendo que os pacientes têm pouca oportunidade de escolher e até mesmo a ausência dela quanto à higiene pessoal e ao uso das roupas hospitalares, as quais permitiam a exposição de seios e genitais com frequência.

O mesmo estudo relatou que os pacientes aceitam o fato de que não há privacidade no hospital, sobretudo nas enfermarias, e que eles não questionam para não serem vistos como pacientes ‘impopulares’. Evidenciou ainda que muitos acatam ter pouca privacidade porque priorizam suas necessidades médicas, acreditando que receber o cuidado é mais importante do que preservar sua privacidade (WOOGARA, 2005).

Tal achado corrobora com a visão dos pacientes relativa à privacidade corporal e às manifestações que evidenciam a condição de submissão às condutas dos profissionais para a realização da assistência. Os pacientes admitem claramente que se sujeitam à invasão por reconhecerem que precisam e devem permitir o acesso a seu corpo para que se possa esclarecer seu estado de saúde e definir o rumo do tratamento. Eles submetem-se às ações dos profissionais por entenderem que o saber deles está acima da sua necessidade por privacidade.

Na verdade, os pacientes superestimam o conhecimento, o poder e a autoridade da equipe de saúde, confiando que dela partirá, integralmente, a solução para os seus problemas. É visível que nem cogitam a hipótese de questionamento, abrindo mão de sua autonomia, de seu direito à escolha. Ferreira e Figueiredo (1997, p. 108, 114) alertam que os mecanismos de

poder disciplinar vigentes no ambiente hospitalar operam como “passaporte legal” que viabiliza o acesso ao corpo do paciente, “manipulando-o, invadindo-o, sem abrir espaço para reações ou questionamentos”, ou seja, a hospitalização “representa uma autorização” para que os profissionais tenham livre acesso ao corpo do paciente.

No entanto, Randers e Matiasson (2004) advertem que no contexto da saúde respeitar a autonomia e a integridade é extremamente importante quando interessa à vida do indivíduo, ao seu bem-estar e à enfermidade. As autoras sugerem a adoção da autonomia competente e delegada, ou seja, oportunizar ao paciente delegar certas atividades e decisões, acrescentando que a qualidade do encontro equipe-paciente é dependente da competência ética e das atitudes do profissional em resposta à singularidade de cada paciente, e da particularidade e imprevisibilidade de cada situação.

Entende-se que competência ética também implica sensibilidade profissional para saber até onde ir, o que fazer, quais são os limites e, principalmente, perceber a insatisfação do paciente, mesmo que este não a tenha verbalizado. Afinal, alguns pacientes referiram desagrado com a impessoalidade e com o sexo do cuidador em certos eventos.

Como se pode observar, emergiu novamente a questão de gênero. A equipe, aparentemente, comporta-se como se ignorasse o sexo do paciente, como se fosse assexuado. Entretanto, ser cuidado por pessoas do sexo oposto, sobretudo quando envolve partes íntimas, preocupa e constrange a maioria dos pacientes. De acordo com Silveira (1995), cuidar do paciente como um ser assexuado constitui desrespeito ao seu pudor, sua intimidade e sua privacidade.

Deduz-se que talvez os profissionais, especificamente a enfermagem, ajam dessa maneira porque torna mais fácil o acesso ao corpo do paciente, ou quem sabe acreditam que para ele assim será menos agressivo. Por outro lado, pode significar que empreendem um mecanismo de defesa contra aquilo para o qual não estão preparados para enfrentar ou contornar, ou seja, a resistência à exposição e manipulação corporal e a todos os aspectos circundantes.

Observou-se que as razões de inquietação dos pacientes com várias internações anteriores, relacionadas à privacidade, assim como as expectativas, são similares às manifestadas pelos pacientes que vivenciam o primeiro ou segundo internamento. O mesmo também foi percebido com referência à idade, ao estado civil, à religião, ao nível de escolaridade e às condições sócio-econômicas. Todavia, nota-se que conforme se prolongam os dias de permanência no hospital e quanto maior o grau de dependência dos cuidados, os pacientes são mais enfáticos a respeito das transgressões contra sua privacidade, provavelmente por estarem mais sujeitos às ações dos profissionais e às circunstâncias que os predispõe à violação da privacidade, pois à medida que aumenta a necessidade por cuidados corporais o risco de ter o corpo desnudo, exposto e manipulado aumenta proporcionalmente.

Por conseguinte, é visível que se preocupam muito mais com a condição de nudez parcial ou total e com o toque corporal, especialmente quando implica partes íntimas e predispõe à visão de outras pessoas que não sejam profissionais ou que sejam do sexo oposto, sendo isso mais evidente entre as mulheres e em pacientes mais dependentes. Isso fica evidenciado pelo número maior de falas emitido pelos pacientes sobre a privacidade física referente à exposição e manipulação corporal em comparação com as manifestações acerca da privacidade em geral.

Na visão dos pacientes, a privacidade está interligada com dignidade e respeito, depende de espaço pessoal e territorial e da garantia de autonomia. Do mesmo modo, sua concepção sobre a privacidade atinente à exposição e manipulação corporal tem conexão com os comportamentos que os dignificam e respeitam como indivíduos, considerando os elementos que permeiam a esfera íntima e o contato corporal. Reiteram que a abertura do seu espaço pessoal e territorial aumenta as chances de pessoas inapropriadas contemplarem seu corpo desnudo e enfatizam a importância de nessas ocasiões poderem controlar a situação, bem como o acesso ao seu próprio corpo.

Em síntese, na percepção dos pacientes, dignidade, respeito, intimidade, toque corporal, autonomia, espaço pessoal e territorial são conceitos inter-relacionados, inerentes e imprescindíveis à proteção e à manutenção da privacidade em geral, e prioritariamente, na condição de nudez e manuseio do corpo durante a assistência hospitalar. Conclui-se que se esses aspectos forem considerados pelos profissionais ao realizarem as atividades de cuidado, certamente a sensação de invasão da privacidade será minimizada, mesmo frente à exposição e manipulação corporal.

Os resultados deste estudo contribuíram para a definição dos domínios do atributo, a saber, *dignidade e respeito, intimidade e toque, espaço pessoal e territorial, e autonomia*, concluindo-se as quatro primeiras etapas do processo de construção do instrumento, e por conseguinte, para a elaboração dos itens do instrumento de medida.

5.1.2. Operacionalização do construto e construção do instrumento

Após a explicitação teórica sobre o construto bem como a definição do construto, deu-se prosseguimento à elaboração dos itens e construção do instrumento. A procura por um instrumento que avaliasse aspectos relacionados à privacidade física do paciente hospitalizado, principalmente ante a exposição e a manipulação corporal foi ampla; no entanto, os poucos instrumentos localizados não são específicos para o objeto de estudo. Assim, neste estudo optou-se pela construção de um instrumento de medida, de caráter auto-aplicável, que contemplasse elementos considerados fundamentais para o alcance dos objetivos propostos.

Essa decisão deu-se por concordar com Polit e Hungler (1995, p. 201) de que existem poucos procedimentos para a coleta de dados referentes à maioria dos conceitos que interessam à enfermagem, e que os mesmos variam com relação à habilidade para captar,

adequadamente, tais construtos. De fato, os atributos de um objeto são inconstantes, mas essa variabilidade é capaz de expressar numericamente o quanto de um atributo está presente no objeto, pois como citam as autoras, “seja o que existir, existe em determinada quantidade e pode ser mensurado”.

Destarte, entende-se que a mensuração por meio de instrumentos válidos permite racionalizar um fenômeno subjetivo, no caso a privacidade física do indivíduo hospitalizado, haja vista que os sujeitos da pesquisa classificam numericamente um atributo em uma escala padronizada, o que possibilita a obtenção de informações razoavelmente objetivas e precisas.

Ao analisar os estudos sobre os instrumentos encontrados na literatura, anteriormente citados, a maioria descreve o tratamento estatístico (ALLEKIAN, 1973; SAWADA, 1995; BÄCK; WICKBLAD, 1998; PEDERSEN, 1999; BARLAS et al., 2001; LEINO-KILPI et al., 2002; SCOTT et al., 2003; LEINO-KILPI et al., 2003; OLSEN; SABIN, 2003; TABAK; OZON, 2004; KARRO; DENT; FARISH, 2005), porém somente dois apresentam a análise fatorial (PEDERSEN, 1997; OLSEN et al., 2005), cujo método é recomendado por Pasquali (1997, 1998, 2003) e por outros autores que discutem os métodos para se avaliar a validade de construto, pertinente à construção de instrumentos de medição de fenômenos subjetivos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; URBINA, 2007).

Embora não se tenha considerado nenhum desses instrumentos aplicáveis para o alcance do objetivo deste estudo, é significativa a sua contribuição como fontes para a elaboração dos itens da Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física (ESPH-PF), referente à exposição e manipulação corporal durante a assistência.

5.1.2.1. Tipo de escala e sistema de pontuação

Os itens são representados em uma escala do tipo *Likert*, composta por cinco alternativas de resposta que variam entre muito insatisfeito (1), insatisfeito (2), indiferente (3), satisfeito (4) e muito satisfeito (5), considerando que quanto maior a pontuação, maior o nível

de satisfação. Destaca-se que os escores dos domínios podem ser avaliados de maneira independente ou em conjunto.

O termo satisfação denota a “sensação agradável que sentimos quando as coisas correm à nossa vontade ou se cumprem a nosso contento” (MICHAELIS, 1998, p. 1900). Satisfazer é “fazer alguma coisa que corresponda ao que alguém deseja” e satisfazer-se é “receber alguma coisa que corresponde ao que se deseja, contentar-se” (MATTOS, 1996, p. 483).

No contexto de prestação de serviços, no qual se enquadra o hospital, a satisfação do paciente é considerada como “sentimento de prazer ou desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa” (KOTLER, 1998, p. 53). Em outras palavras, o contentamento ou a decepção do paciente reflete o resultado da ação dos profissionais direcionada ao atendimento das suas necessidades ou anseios durante a hospitalização.

No mesmo sentido, a satisfação do paciente hospitalizado pode ser entendida como o nível de coerência entre as suas expectativas referentes ao desempenho em dada atividade de cuidado e sua percepção sobre o cuidado recebido (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006).

Ao serem investigados os encontros de serviços e a satisfação dos pacientes em hospitais, foram identificados alguns atributos de satisfação, entre eles a questão da higienização e do respeito à privacidade. O estudo reforça a importância dos atributos e da satisfação do paciente como forma de avaliação da qualidade do serviço recebido (MOURA; LUCE, 2004).

Outro estudo, interessado na satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem no período peri-operatório também evidenciou, entre outros quesitos, que a manutenção da privacidade emergiu como fator importante e que influencia o grau de satisfação dos pacientes com as intervenções. Os autores alertam que se deve aprimorar a qualidade do cuidado à saúde através da identificação de estratégias voltadas à satisfação do paciente e dos processos

que comprometem a qualidade do serviço (RHODES; MILES; PEARSON, 2006).

Assim sendo, optou-se por elaborar uma escala para mensurar a satisfação por concordar que essa permite avaliar a qualidade do cuidado direcionado à proteção e à manutenção da privacidade física do paciente hospitalizado e, por conseguinte, o desempenho dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem.

5.1.2.2. Itens da escala e análise dos juízes

Os itens foram elaborados e selecionados com base nos doze critérios recomendados por Pasquali (1998), e em seguida a primeira versão (Apêndice C), composta por 49 itens, foi encaminhada aos juízes para se proceder à análise semântica e conceitual dos itens. Optou-se por um painel de especialistas composto por sete juízes, os quais têm como missão depurar a composição (redação e compreensão dos itens) e avaliar a pertinência conceitual com relação à satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física relacionada à exposição e manipulação do corpo.

Os juízes selecionados enquadraram-se nos seguintes critérios:

- Conhecer os procedimentos de construção e validação de instrumentos de medida;
- Ter o título de doutor, experiência na assistência, no ensino e na pesquisa;
- Conhecer a temática – privacidade física do paciente;
- Concordar em participar da análise do instrumento construído.

A primeira versão foi entregue aos juízes participantes, depois de contato prévio para esclarecimentos acerca do estudo e anuência dos próprios em participar da avaliação, juntamente com as instruções (Apêndice C), solicitando-lhes a análise semântica e conceitual pertinente à escala de satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física, especialmente a exposição e o manuseio corporal. Em complementação, foi solicitado aos juízes que indicassem o domínio correspondente a cada item; a saber: *dignidade e respeito*, *intimidade e toque*, *espaço pessoal e territorial*, e *autonomia*, os quais foram determinados a

partir do estudo qualitativo anteriormente descrito. Estabeleceu-se um prazo de 30 dias para a devolução da análise, a qual se desenvolveu entre julho e agosto de 2007.

O painel de juízes foi composto por uma psicóloga, um médico e cinco enfermeiras, todos com título de doutor e envolvidos com a assistência, pesquisa e ensino, dentre eles dois são especialistas em construção e validação de instrumentos de avaliação.

O critério de permanência de um item recomendado por Pasquali (1998, 2003) é de uma concordância de no mínimo 80% dos juízes. Em contrapartida, os itens que não alcançassem esse percentual ou não se ajustassem às sugestões de relocação entre os domínios e quanto à redação deveriam ser revistos ou excluídos do instrumento.

Entretanto, neste estudo adotou-se a concordância de no mínimo 70% dos juízes para a permanência de um item, visto que na literatura sugere-se que esse nível pode variar entre 70% a 80% (GRANT; DAVIS, 1997), e também porque o valor de 71,1% corresponde à anuência de cinco dos sete juízes envolvidos com a avaliação dos itens da escala elaborada.

Após a análise dos juízes, procedeu-se à adequação dos itens com relação à redação e aos domínios, resultando em uma versão composta por 24 itens. O domínio *dignidade e respeito* passou a englobar dez itens, *intimidade e toque* quatro itens e os demais, *espaço pessoal e territorial* e *autonomia*, a constituir cinco itens cada.

Por sugestão dos juízes, os termos ‘profissional, procedimento e manipular’ foram explicitados nas instruções aos sujeitos e alguns termos e/ou expressões foram substituídos. As palavras ‘despir’ e ‘expor’ foram trocadas por ‘tirar a roupa’ na redação dos itens em toda a extensão do instrumento. Os itens 1, 2, 4, 11, 18, 24, 28, 34, 38 e 42, da primeira versão, foram excluídos e os demais foram mantidos, reformulados e/ou compilados com outros, conforme os ajustes propostos pelos juízes. Vale esclarecer que se acatou a sugestão de três juízes quanto à exclusão dos quatro últimos itens supracitados por se referirem à privacidade de outra pessoa e não do próprio paciente.

O primeiro item decorreu da reunião e reformulação dos itens 3, 7 e 17 da primeira versão, resultando em ‘Profissional tirou minha roupa e manipulou meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), na frente de outras pessoas’. O item 2 derivou da alteração do item 5 da versão inicial para ‘Outras pessoas podem ver partes do meu corpo porque a roupa do hospital (avental, pijama, camisola) às vezes se abre, é muito grande, ou não cobre completamente meu corpo’. O terceiro e o sexto itens (sexto e nono itens da versão anterior, respectivamente) não foram alterados.

A compilação dos itens 14, 16, 25 e 32 originou o quarto item, que após reformulação ficou assim redigido: ‘A porta do quarto foi mantida fechada enquanto eu estava sem roupa para a realização de procedimento ou higiene pessoal (banho no leito, higiene íntima)’. O oitavo e décimo segundo itens reunidos geraram o quinto, ao qual foi acrescentado o tipo de roupa, a saber, ‘Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação’.

O sétimo item (décimo na versão anterior) teve sua composição mantida e o item 8 (15º na versão inicial) foi adequado, retirando-se a expressão ‘ou partes dele’, para ‘Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento’. Na sequência, o nono item derivou da reunião dos itens 19, 21, 23 e 40 da primeira versão, no qual foi substituído o termo ‘adequado’ por ‘teve cuidado’, sendo assim redigido: ‘Profissional teve cuidado ao tirar minha roupa e manipular meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), para a realização de procedimento’.

Após modificação o décimo item (20º na versão anterior), ficou ‘A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa)’. A reunião e reformulação dos itens 26, 37 e 47 constituíram o item 11, o qual assim se apresenta: ‘Eu pude escolher quem iria me ajudar no meu cuidado pessoal (banho, lavar genitália, mamas e nádegas, trocar de roupa)’. O vigésimo sétimo item foi

refinado, a palavra ‘escolher’ substituiu ‘optar’ e acrescentou-se o termo ‘individual’, e passou a ser o item 12 com a seguinte redação: ‘Eu pude escolher por ficar em quarto individual (sozinho)’.

A redação do item 13 (33º da versão inicial) foi modificada para ‘Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento’. O item 14 foi reformulado, a partir do item 29 da primeira versão, resultando em ‘Profissional protegeu meu leito com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa’.

O décimo quinto item resultou da reunião dos itens 35, 41, 48 e 49 da versão encaminhada aos juízes, e após reformulação ficou: ‘Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, colocar a comadre ou o papagaio)’. A compilação dos itens 22 e 44 deu origem ao décimo sexto item, resultando em ‘Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar’, e o item 17 (45º na versão anterior) foi reescrito como ‘Profissional demonstrou preocupação com meus sentimentos e minha reação por eu estar sem roupa’.

Após adequação para ‘A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque eu divido quarto com outros pacientes’, o item 36 passou a ser o item 18 e o item 39 foi mantido igual e renumerado como 19. A expressão ‘pediu permissão’ no item 31 foi alterada para ‘pediu licença’ por sugestão dos juízes, sendo o item renumerado como 20. A redação do item 21 (43º da versão inicial) foi adaptada para ‘Profissional se afastou para me deixar à vontade durante minhas eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro’.

No item 22 (46º na primeira versão), foi acrescentado ‘com lençol’, ficando ‘Profissional não cobriu meu corpo com lençol após realização de procedimento’. O vigésimo terceiro item, oriundo do item 13 da versão prévia, foi reformulado para ‘Não foi explicado para mim o motivo para retirar a minha roupa e manipular o meu corpo durante a internação’. Apesar da indefinição na avaliação dos juízes acerca do domínio referente ao item 23, julgou-

se sua permanência importante por envolver consideração do profissional pela necessidade do paciente por informação sobre o que acontece consigo, e após reformulação, determinou-se também pertencer ao domínio *dignidade e respeito*.

E o último item, número 24, oriundo do item 30 da primeira versão, foi adequado para ‘Eu pude decidir por lavar eu mesmo minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas) durante o banho no leito’. Na continuidade, os itens foram alocados aos domínios correspondentes, conforme o nível de concordância entre os juízes, e apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 Distribuição dos itens da ESPH-PF nos respectivos domínios conforme o nível de concordância entre os juízes. Maringá – PR, 2007

<i>DISTRIBUIÇÃO dos ITENS</i> <i>DOMÍNIOS</i>	<i>71,1% de concordância</i>	<i>85,7% de concordância</i>	<i>100% de concordância</i>	<i>Total de itens</i>
Dignidade e respeito	2, 5, 17, 20, 21, 23*	7	3, 6	9
Intimidade e toque	9, 13, 22	1, 19		5
Espaço pessoal e territorial	14, 16	4, 10, 18		5
Autonomia			8, 11, 12, 15, 24	5
Total	11	6	7	24

* Item mantido e alocado nesse domínio pela pesquisadora devido à característica informativa.

Em seguida à adequação sugerida pelo painel de juízes, essa versão do instrumento (Apêndice D) foi submetida ao pré-teste junto a uma parcela da população-alvo, cuja finalidade é “identificar falhas ou avaliar as exigências de tempo” (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 359). Toma-se essa medida para prevenir falsos resultados e averiguar a isenção de erros quanto à compreensão dos itens (análise semântica e validade aparente). Pasquali (1998, 2003) recomenda que o pré-teste seja realizado a pequenos grupos, incluindo pessoas do estrato mais baixo ao mais sofisticado da população-alvo, porque se parte do princípio de que se o estrato menos habilidoso compreender os itens, o mesmo ocorrerá com os estratos subseqüentes.

5.1.2.3. Pré-teste

Para a realização do pré-teste foram selecionados 12 pacientes que atenderem os seguintes critérios:

- Ter idade igual ou superior a dezoito anos, de ambos os sexos;
- Estar consciente, orientado e ser alfabetizado;
- Estar hospitalizado pelo mínimo de dois dias em uma das unidades de internação da rede hospitalar de Maringá; PR;
- Concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

Optou-se por desenvolver o pré-teste com quatro grupos de três pacientes internados em quatro hospitais, dois públicos e dois privados, os quais foram convidados e concordaram em participar do estudo. Os sujeitos foram orientados a ler cuidadosamente o instrumento e a esclarecerem dúvidas quanto à compreensão e preenchimento. Durante o pré-teste, as dificuldades e observações dos pacientes foram consideradas e anotadas pela pesquisadora para possíveis reajustes e adequações. O pré-teste teve por finalidade verificar se os pacientes compreenderam o instrumento, avaliando o sistema de atribuição dos escores, o formato e o tempo de preenchimento.

Os pacientes leram e preencheram o instrumento individualmente, no próprio leito, visto que estavam hospitalizados. Dentre eles, seis eram homens e seis eram mulheres, com idade média de 37 anos, sendo cinco casados, cinco solteiros e dois separados. Oito pacientes estavam internados para tratamento clínico, dois para tratamento cirúrgico, uma paciente em pós-parto normal e um ainda sob investigação diagnóstica. Sete dos pacientes encontravam-se em nível de dependência baixo, três em média dependência e um em grau alto. Com relação ao nível de escolaridade, dois pacientes não completaram o ensino fundamental e quatro o finalizaram, três concluíram o ensino médio e um não, um está cursando o ensino superior e outro já o completou.

O tempo para o preenchimento dos formulários durou em média 45 minutos. Não foram observadas dúvidas quanto à forma de preenchimento e nem à compreensão dos itens. Todos os sujeitos afirmaram responder com facilidade às questões, porém três pacientes argumentaram que o item 12, ‘Eu pude escolher por ficar em quarto individual (sozinho)’, era complicado para responder porque a opção não dependia deles, pois deveriam acatar o tipo de acomodação de acordo com o plano de saúde adquirido; um estava em enfermaria e o outro em quarto individual, e o terceiro paciente referiu que o mesmo acontece no caso de internar pelo Sistema Único de Saúde. Tendo em vista essas ponderações, optou-se por excluir esse item do instrumento.

Dois pacientes pediram para deixar os formulários com eles para responderem em um momento mais tranquilo, porque estava havendo muita interferência por causa das atividades assistenciais. A pesquisadora atendeu ao pedido, após esclarecer quanto ao preenchimento individual, e retornou no dia seguinte para buscar os formulários. A avaliação dessa experiência foi positiva, visto que ambos os pacientes relataram que não tiveram dificuldade e que foi melhor responder em um momento mais propício, no qual puderam se concentrar, sem interrupções.

Um paciente relatou que nem sempre é possível perceber se o profissional preocupou-se com ele pelo fato de estar despido (item 17) devido à atribuição do setor, uma vez que sempre tem alguém solicitando a atenção do profissional. Outro paciente alegou que muitas pessoas não se manifestam a respeito disso, talvez por vergonha, e o profissional não tem como saber o que o paciente está sentindo e nem como agir. Portanto, em vista da subjetividade do item, se optou por descartá-lo.

Cabe destacar que alguns sujeitos também alertaram sobre a necessidade de explicar ao paciente a razão para a remoção das roupas, em referência ao item 23, o que reforça a importância de mantê-lo no instrumento. Após a exclusão dos itens 12 e 17, os itens foram

renumerados, e conseqüentemente redistribuídos entre os domínios (Tabela 6). Na seqüência, a versão definitiva da ESPH-PF, com 22 itens (Apêndice F), foi submetida aos procedimentos empíricos e analíticos.

Tabela 6 - Distribuição definitiva dos 22 itens nos domínios correspondentes da ESPH-PF. Maringá – PR, 2007

<i>DOMÍNIOS</i>	<i>ITENS</i>	<i>TOTAL</i>
Dignidade e respeito	2, 3, 5, 6, 7, 18, 20, 21	8
Intimidade e toque	1, 9, 12, 17, 19	5
Espaço pessoal e territorial	4, 10, 13, 15, 16	5
Autonomia	8, 11, 14, 22	4
Total	22	22

5.2. PÓLO EMPÍRICO

Nessa fase efetivam-se as duas próximas etapas do processo de construção do instrumento, consistindo em planejar a aplicação do instrumento a uma parcela representativa da população-alvo, a fim de se operacionalizar a coleta das informações, o que dá início à validação do instrumento.

5.2.1. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas diversas unidades de internação dos hospitais do município de Maringá, no Estado do Paraná, que autorizaram a realização do mesmo, mediante apresentação do parecer de Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos aprovando o desenvolvimento do estudo (Anexo B) em 10 de agosto de 2007. Os hospitais participantes são os mesmos do estudo qualitativo inicial, cujas características já foram descritas anteriormente.

5.2.2. População-alvo e amostra

Os pacientes foram contatados durante o período de hospitalização, momento em que foram convidados a participar da investigação por meio de explicação sobre o tema, objetivo e desenvolvimento do estudo, sendo enquadrados aqueles que atenderam os seguintes critérios:

- Ter idade igual ou superior a dezoito anos, de ambos os sexos;
- Estar consciente, orientado e ser alfabetizado;
- Estar hospitalizado pelo mínimo de dois dias em uma das unidades de internação da rede hospitalar de Maringá; PR;
- Concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

Os sujeitos preencheram o Formulário de Entrevista (Apêndice G), cujas

informações os caracterizaram quanto à idade, sexo, estado civil, religião, cor da pele, nível de escolaridade, renda familiar, grau de dependência (baixo, médio, alto e totalmente dependente), tipo de acomodação, número de internações, tempo e motivo da hospitalização atual. Salienta-se que o nível de dependência foi avaliado e anotado pelo pesquisador.

5.2.3. Procedimentos éticos

O estudo foi elaborado em concordância com a Resolução 196/96 – CNS e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (Anexo B), em 10 de agosto de 2007. Os sujeitos que concordaram em participar do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

5.3. PÓLO ANALÍTICO

Esta fase compreende a coleta de dados, propriamente dita, com a finalidade de validar o instrumento através da análise psicométrica e dos procedimentos estatísticos para verificar a confiabilidade e validade do instrumento, assim como a normatização.

5.3.1. Seleção da amostra

Participaram do estudo os pacientes hospitalizados nas diversas unidades de internação dos hospitais de Maringá; PR, de acordo com os critérios anteriormente estabelecidos. Em conformidade com Pasquali (1999), a amostra deve conter pelo menos 100 sujeitos por domínio (fator) a ser mensurado no instrumento, ou um número de 5-10 sujeitos para cada item do instrumento. O autor acrescenta que uma amostra inferior a 200 sujeitos inviabiliza a análise fatorial. Para tanto, estabeleceu-se um número mínimo de 250 sujeitos, considerando que a ESPH-PF compreende um total de 22 itens.

5.3.2. Coleta de dados

Após aprovação de Comitê de Ética para o desenvolvimento da pesquisa e da autorização dos hospitais os dados foram coletados pela pesquisadora, e pelos alunos que participaram do primeiro estudo, no período de 20 de novembro de 2007 a 15 de fevereiro de 2008. Os sujeitos apontaram na escala *Likert*, com cinco pontos, variando de ‘totalmente insatisfeito’ a ‘totalmente satisfeito’, o que representa o grau de satisfação com sua privacidade física no ambiente hospitalar.

5.3.3. Análise da confiabilidade do instrumento

Foram adotados os passos recomendados por Pasquali (1998, 1999, 2003), a saber, análise da consistência interna (alfa de Cronbach) e análise da validade do instrumento. Essa última consiste na validação do construto por meio da análise fatorial, da validade

convergente (correlação de Pearson) e pela validade discriminante (teste *t* de *student*).

A consistência interna do instrumento é avaliada “pela consistência interna dos itens, verificando a congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste”, sendo que para essa análise utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach porque “reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo assim de indicador da consistência interna do próprio teste” (PASQUALI, 2003, p. 203-204).

Por sua vez, a validade de construto é examinada pela análise fatorial (AF), cuja finalidade é “verificar precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens” (PASQUALI, 2003, p. 173), ou seja, é uma

[...] técnica estatística multivariada que, a partir da estrutura de dependência existente entre as variáveis de interesse (em geral representada pelas correlações entre essas variáveis), permite a criação de um conjunto menor de variáveis (variáveis latentes, ou fatores) obtidas como função das variáveis originais (ARTES, 1998, p. 2).

Esse autor acrescenta que a AF possibilita ao pesquisador saber quão cada fator se associa a cada variável e em que medida o conjunto de fatores elucida a variabilidade geral dos dados originais; e aponta também que a AF bem sucedida permite ao pesquisador trabalhar com “um número reduzido de variáveis sem uma perda muito grande de informações” (ARTES, 1998, p. 2).

Baseando-se na definição de Cronbach e Meehl, Pasquali (2003, p. 164) entende essa validação “como a característica de um teste enquanto mensuração de um atributo ou qualidade, o qual não tenha sido definido operacionalmente”. De fato, conceitos ou construtos só são pesquisáveis cientificamente quando forem “passíveis de representação comportamental adequada”, ou seja, “o problema não é descobrir o construto a partir de uma representação existente (teste), mas sim descobrir se a representação (teste) constitui uma representação legítima, adequada do construto” (PASQUALI, 2003, p. 164-165).

Para tanto, utilizou-se o método de componentes principais, com rotação Varimax normalizado por Kaiser, para a extração dos fatores com autovalores (*Eigenvalues*) superiores a

‘um’, porque conforme o critério de Kaiser isso demonstra que tais valores são estatisticamente significativos (FLECK; BOURDEL, 1998) e refletem a importância de cada fator.

A análise de componentes principais (ACP) é uma “técnica estatística de análise multivariada que transforma linearmente um conjunto original de variáveis num conjunto substancialmente menor de variáveis não correlacionadas que contém a maior parte da informação do conjunto original” (FLECK; BOURDEL, 1998, p. 268). De acordo com os autores, em uma ACP normalizada, quanto maior o autovalor maior será sua capacidade de sintetizar as variáveis, sendo assim, maior a probabilidade da importância do fator. Em outras palavras, essa técnica permite que as variáveis de um determinado fator fiquem mais fortemente correlacionadas entre si, aumentando sua independência em relação às variáveis dos demais fatores, o que configura melhor significado interpretativo aos fatores.

A validade convergente consiste em “avaliar a validade de construto em que duas ou mais ferramentas que medem teoricamente o mesmo construto são administradas aos sujeitos da pesquisa” para verificar “se as medidas estão correlacionadas positivamente” (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 321), optando-se por utilizar o coeficiente de correlação de Pearson. Para tanto, aplicou-se o instrumento adaptado e validado por Sawada (1995), a Escala de Medida do Sentimento frente à invasão do Espaço Territorial e Pessoal - EMS-FIETEP (Anexo C), cujo instrumento é composto por duas sub-escalas, a primeira constitui-se de 19 itens direcionados à invasão do espaço territorial, e a segunda constitui-se de 14 itens referentes à invasão do espaço pessoal do paciente hospitalizado.

A escolha por esse instrumento deu-se por ser o único adaptado e validado para o contexto brasileiro, que aborda alguns aspectos da privacidade física com relação à exposição e manipulação corporal do paciente hospitalizado, a partir da invasão do espaço pessoal e territorial, e porque contempla o domínio *espaço pessoal e territorial* da ESPH-PF.

Os itens da EMS-FIETEP são avaliados por uma escala bipolar, do tipo

diferencial semântico, com sete alternativas de resposta, variando entre totalmente desagradável, com valor um, e totalmente agradável, com valor sete, passando pelo ponto quatro, que representa indiferença. Ressalta-se que não há itens invertidos nessa escala, assim, altos escores nas duas sub-escalas indicam que os sujeitos não se importam com a invasão do seu espaço pessoal e territorial (SAWADA, 1995).

Por sua vez, a validade discriminante “refere-se ao grau em que um item diferencia corretamente os testandos no comportamento que o teste pretende medir” (ANASTASI; URBINA, 2000, p. 159), ou seja, diferencia sujeitos com magnitudes diferentes. Assim, quanto maior a proximidade entre as magnitudes do traço que o item for capaz de diferenciar, maior é sua capacidade discriminativa (PASQUALI, 1996).

Desse modo, do conjunto inicial de itens permanecerão somente os que melhor diferenciarem os sujeitos em diferentes categorias de critério (ANASTASI; URBINA, 2000). Esses critérios podem ser externos e internos. Os critérios externos (por exemplo, sexo masculino e feminino, quarto individual e coletivo) são utilizados para estabelecer os grupos “que se diferenciam em algum comportamento definido como relevante” quanto aos objetivos do teste, e para verificar a capacidade dos itens de diferenciá-los. Os critérios internos são usados para determinar os grupos-critério, isto é, escolhe-se o escore total para definir os grupos extremos (superior e inferior) de sujeitos (PASQUALI, 1996, p. 84).

Para analisar a diferença de percentagens ou de médias obtidas pelos grupos extremos superior e inferior de sujeitos na ESPH-PF, optou-se por aplicar o teste *t* de *student*. Essa análise estatística requer o cálculo das médias e das variâncias, e para tal exigem-se que os escores formem uma variável contínua e que os dois grupos possuam variância. Vale lembrar que, em geral, são selecionados os 30% de sujeitos com os escores mais altos para compor o grupo superior, e os 30% de sujeitos com os escores mais baixos para constituir o grupo extremo inferior (PASQUALI, 2003).

Na sequência, os dados obtidos junto aos pacientes com a aplicação dos instrumentos, EMS-FIETEP e ESPH-PF, foram inseridos na planilha eletrônica do programa *Excel 7.0* e codificados, para em seguida serem transportados para o *Statistical Package for Social Sciences 7.0* (SPSS), cujo programa foi utilizado para a análise psicométrica.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra obtida na coleta de dados compreendeu 254 sujeitos, sendo 61,4% do sexo feminino e 38,6% do sexo masculino, dos quais 50% são casados, 21,7% moram junto com companheiro(a), 18% são solteiros, 4,3% separados, 3,1% divorciado e 2,8% viúvos. A idade variou de 18 a 75 anos (média de 36,3 anos) e a maior parte enquadrou-se na faixa etária entre 18 e 29 anos (38,9%), havendo predomínio de sujeitos brancos (58,3%).

A maioria preponderante foi de católicos (70,8%) e seis (2,4%) consideram-se ateus. Prevaleram os sujeitos com renda familiar inferior a 1.500 reais e que completaram no máximo o ensino médio (Tabela 7). Vale lembrar que pessoas analfabetas não participaram do estudo por se tratar de um instrumento auto-aplicável. Os dados sóciodemográficos dos participantes estão apresentados na Tabela 7 e os relativos à hospitalização na Tabela 8.

A caracterização dos sujeitos quanto ao período de internação mostra que a maioria esteve internada nos hospitais A (34,6%) e B (26,8%), atribuindo-se esse alto índice à característica de atendimento desses dois hospitais. Predominaram os pacientes com tempo de internação entre dois e cinco dias (81,5%), com menos de três hospitalizações (71,6%), e que internaram para tratamento cirúrgico (51,9%).

A maioria dos pacientes era pouco dependente (67,3%) e permaneceu em quarto coletivo, com dois (38,6%), três (25,6%) ou quatro leitos (21,3%). Destaca-se que 7 (2,8%) pacientes ficaram acomodados por mais de dois dias em leitos no corredor do pronto atendimento de um determinado hospital, aguardando vaga em outro setor ou outro hospital, por se tratar de uma unidade de urgência/emergência e por apresentar congestionamentos frequentes no fluxo de atendimento e/ou encaminhamento devido à demanda superior à capacidade.

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica dos 254 pacientes internados. Maringá-PR, 2007-2008

DADOS PESSOAIS		F	%
Sexo			
	Masculino	98	38,6
	Feminino	156	61,4
Total		254	100,0
Cor da pele			
	Branca	148	58,3
	Preta	8	3,1
	Morena	86	33,9
	Amarela	12	4,7
Total		254	100,0
Faixa etária			
	18 a 29 anos	99	38,9
	30 a 39 anos	71	28,0
	40 a 49 anos	35	13,8
	50 a 59 anos	28	11,0
	60 a 69 anos	15	5,9
	70 anos ou mais	6	2,4
Total		254	100,0
Estado civil			
	Casado	127	50,0
	Morando junto	55	21,7
	Solteiro	46	18,1
	Separado	11	4,3
	Divorciado	8	3,1
	Viúvo	7	2,8
Total		254	100,0
Religião			
	Católica	180	70,8
	Protestante	32	12,6
	Evangélica	30	11,8
	Adventista	3	1,2
	Testemunha de Jeová	1	0,4
	Crente	1	0,4
	Espírita	1	0,4
	Ateu	6	2,4
Total		254	100,0
Escolaridade			
	Ensino fundamental incompleto	66	26,0
	Ensino fundamental completo	37	14,5
	Ensino médio incompleto	36	14,2
	Ensino médio completo	68	26,8
	Ensino superior incompleto	19	7,5
	Ensino superior completo	17	6,7
	Pós-graduação	11	4,3
Total		254	100,0
Renda familiar			
	Até 500 reais	66	26,0
	500 a 1000 reais	57	22,4
	1000 a 1500 reais	78	30,7
	1500 a 2000 reais	15	5,9
	2000 a 2500 reais	16	6,3
	Acima de 2500 reais	22	8,7
Total		254	100,0

Tabela 8 - Caracterização dos 254 pacientes referente ao período de hospitalização e ao nível de dependência. Maringá-PR, 2007-2008

DADOS DE INTERNAÇÃO		F	%
Hospital			
	Filantrópico (A)	88	34,6
	Público (B)	68	26,8
	Público (C)	16	6,3
	Privado (D)	36	14,2
	Privado (E)	32	12,6
	Privado (F)	14	5,5
Total		254	100,0
Número de internações			
	1 a 3 vezes	181	71,2
	4 a 6 vezes	50	19,7
	7 a 10 vezes	18	7,1
	Acima de 11 vezes	5	2,0
Total		254	100,0
Tempo da internação atual			
	2 a 5 dias	207	81,5
	6 a 10 dias	24	9,4
	11 a 15 dias	9	3,5
	16 a 20 dias	6	2,4
	21 a 25 dias	3	1,2
	26 dias ou mais	5	2,0
Total		254	100,0
Motivo da internação			
	Tratamento clínico	98	38,6
	Tratamento cirúrgico	132	51,9
	Parto normal	19	7,5
	Investigação diagnóstica	5	2,0
Total		254	100,0
Nível de dependência			
	Baixo	171	67,3
	Médio	74	29,2
	Alto	9	3,5
Total		254	100,0
Tipo de acomodação			
	Quarto individual	30	11,8
	Quarto duplo	98	38,6
	Quarto triplo	65	25,6
	Quarto quádruplo	54	21,2
	Corredor do Pronto Atendimento	7	2,8
Total		254	100,0

6.2. ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

6.2.1. Análise da consistência interna

Essa análise foi realizada através da medida da consistência interna dos itens dos instrumentos EMS-FIETEP e ESPH-PF, cujo indicador foi o alfa de Cronbach (Tabela 9) por ser o mais utilizado para determinar a precisão do instrumento e por refletir o grau de covariância dos itens entre si.

Tabela 9 - Alfa de Cronbach da EMS-FIETEP e da ESPH-PF. Maringá-PR, 2007-2008

<i>INSTRUMENTOS</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>α de Cronbach</i>
Sub-escala espaço territorial da EMS-FIETEP	19	0,91
Sub-escala espaço pessoal da EMS-FIETEP	14	0,87
ESPH-PF	22	0,68

Os resultados do alfa de Cronbach encontrados neste estudo para a sub-escala invasão do espaço territorial ($\alpha = 0,91$) da EMS-FIETEP, bem como para a sub-escala invasão do espaço pessoal ($\alpha = 0,87$), foram altamente significativos e congruentes com os coeficientes obtidos por Sawada (1995), os quais foram $\alpha = 0,83$ e $\alpha = 0,79$ respectivamente. Recentemente, ao aplicar a EMS-FIETEP em um grupo de 40 pacientes hospitalizados, Gasparino e Guirardello (2006) também obtiveram alta consistência interna para as duas sub-escalas, $\alpha = 0,88$ para a primeira e $\alpha = 0,85$ para a segunda sub-escala.

O coeficiente alfa de Cronbach encontrado para a ESPH-PF foi $\alpha = 0,68$, resultado também considerado substancial por estar próximo ao índice ($\alpha = 0,70$) recomendado por Pasquali (2003). Conforme o autor, para se confirmar uma consistência interna de 100% o alfa de Cronbach deve ser igual a '1', sendo que o 'zero' indica ausência total da consistência interna dos itens.

De acordo com a Resolução CPF N. 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos, no item B6.3 – Conclusão dos Estudos de Precisão, um coeficiente de α igual ou superior a 0,60 é considerado suficiente para atestar a precisão de um instrumento de avaliação, desde que a amostra contenha um número aceitável de sujeitos, com descrição das características do grupo, possibilitando uma análise da questão de representatividade, ou que apresente “pelo menos um estudo de validade sustentando as interpretações” (item B7.7- Res. CPF 002/2003). Apesar da ESPH-PF não ser um teste psicológico propriamente dito, foram seguidos os mesmos critérios de construção e validação daqueles para o seu desenvolvimento.

O valor de alfa de Cronbach de 0,68 é aceito por alguns autores como “adequado para um instrumento nos primeiros estágios de desenvolvimento” (ALLRED et al., 1994, p. 176). Wiethaeuper et al. (2005) e Taylor et al. (2003) propõem que o coeficiente alfa recomendado deve ser superior a 0,70, mas pode ser aceito entre 0,60 e 0,70 porque também garante uma consistência interna satisfatória do instrumento.

Assim sendo, esse resultado indica que a ESPH-PF pode ser aplicada para avaliar o nível de satisfação dos pacientes com relação a sua privacidade física durante a assistência hospitalar, sobretudo com relação à exposição e manipulação corporal.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Leino-Kilpi et al. (2003), no qual uma escala de privacidade composta por 11 itens desenvolvida em cinco países europeus e aplicada em 573 pacientes também obteve valores de α de Cronbach inferiores a 0,70, exceto na Grécia ($\alpha = 0,84$), cujos coeficientes foram $\alpha = 0,63$ na Finlândia; $\alpha = 0,48$ na Espanha; $\alpha = 0,43$ na Alemanha; e $\alpha = 0,58$ na Escócia. Convém esclarecer que dentre os 11 itens desse instrumento, 5 versam sobre a exposição e a manipulação corporal; e que os autores não discutem os prováveis motivos para tais valores, aparentemente aceitando-os como satisfatórios para a consistência interna.

Na Tabela 10 constam os valores do alfa de Cronbach para cada domínio que compõe a ESPH-PF, verificando-se que o domínio *autonomia* foi o que apresentou o valor mais alto ($\alpha = 0,60$).

Tabela 10 - Alfa de Cronbach dos domínios que compõem a ESPH-PF. Maringá-PR, 2007-2008

<i>DOMÍNIOS DA ESPH-PF</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>α de Cronbach</i>
Dignidade e respeito	8	0,46
Intimidade e toque	5	0,35
Espaço pessoal e territorial	5	0,35
Autonomia	4	0,60

A Tabela 11 apresenta os resultados referentes ao valor de alfa de Cronbach da ESPH-PF como um todo (22 itens), como também os valores do coeficiente de correlação item-total e os valores de alfa se cada um dos itens for excluído.

Dentre os itens que compõem o domínio *dignidade e respeito* (2, 3, 5, 6, 7, 18, 20 e 21) da ESPH-PF, o item 2 foi o que apresentou a correlação mais fraca ($r = 0,146$) e o item 21 obteve a correlação mais forte ($r = 0,345$), correlações essas, respectivamente, também a mais fraca e a mais forte de todo o instrumento. Observa-se uma covariância de fraca a moderada entre os itens desse domínio (Tabela 11).

No domínio *intimidade e toque* (itens 1, 9, 12, 17 e 19), a correlação mais fraca foi 0,188 (item 19) e a mais forte foi 0,322 (item 9), igualmente variando de fraca a moderada. Os itens do domínio *espaço pessoal e territorial* (4, 10, 13, 15 e 16) também apresentaram covariância de fraca a média intensidade, variando de 0,207 (item 13) a 0,340 (item 4), ao passo que as correlações dos itens do domínio *autonomia* (8, 11, 14 e 22) tiveram variâncias mais fracas, alternando entre 0,184 (item 8) e 0,241 (item 11).

Tabela 11 - Coeficientes de correlação item-total, valor de alfa do total dos 22 itens da ESPH-PF e valores de alfa se o item for excluído. Maringá-PR, 2007-2008

<i>ITENS da ESPH-PF</i>	<i>Coeficiente de correlação item-total</i>	<i>α de Cronbach se item excluído</i>
ESPH-PF Total		0,68
<i>Dignidade e respeito</i>		
2. Outras pessoas podem ver partes do meu corpo porque a roupa do hospital (avental, pijama, camisola) às vezes se abre, é muito grande ou não cobre completamente o meu corpo.	0,146	0,68
3. Profissional cobriu as partes do meu corpo que não precisavam ficar descobertas para a realização de procedimento.	0,175	0,68
5. Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação.	0,271	0,67
6. Profissional se preocupou mais com a realização do procedimento do que com a minha nudez.	0,174	0,68
7. Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	0,332	0,66
18. Profissional não pediu licença para tirar minha roupa e manipular meu corpo.	0,310	0,66
20. Profissional não cobriu meu corpo com lençol após realização de procedimento.	0,328	0,66
21. Não foi explicado para mim o motivo para retirar minha roupa e manipular meu corpo durante a internação.	0,345	0,66
<i>Intimidade e toque</i>		
1. Profissional tirou minha roupa e manipulou meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), na frente de outras pessoas.	0,307	0,66
9. Profissional teve cuidado ao tirar minha roupa e manipular meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), para a realização de procedimento.	0,322	0,66
12. Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento.	0,240	0,67
17. Profissional retirou urinol (comadre ou papagaio) sem descobrir meu corpo.	0,265	0,67
19. Profissional se afastou para me deixar à vontade durante as eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro.	0,188	0,67
<i>Espaço pessoal e territorial</i>		
4. A porta do quarto foi mantida fechada enquanto eu estava descoberto para a realização de procedimento ou higiene pessoal (banho no leito, lavar genitália).	0,340	0,66
10. A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa).	0,211	0,67
13. Profissional protegeu minha cama com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa.	0,207	0,67
15. Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar.	0,259	0,67
16. A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque divido quarto com outros pacientes.	0,303	0,66
<i>Autonomia</i>		
8. Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	0,184	0,67
11. Eu pude escolher quem iria ajudar no meu cuidado pessoal (banho, lavar genitália, mamas e nádegas, e trocar de roupa).	0,241	0,67
14. Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou o papagaio).	0,152	0,68
22. Durante o banho, eu pude decidir por lavar sozinho minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas).	0,208	0,67

Constatam-se na Tabela 11 os diferentes graus de covariância entre cada um dos itens e o instrumento como um todo, cujos valores quanto à força de correlação variam de fraco (0,146) a moderado (0,345). Esses resultados indicam um valor aceitável para a consistência interna da ESPH-PF ($\alpha = 0,68$), tendo em vista que a maioria dos itens teve coeficiente de correlação item-total igual ou superior a 0,20.

6.2.2. Validade do construto

Essa fase teve por objetivo condensar os itens do instrumento que determinam dimensões específicas e conferir se os domínios predefinidos são confirmados ou se é possível compor novos domínios. O método utilizado foi o da análise fatorial (AF) para componentes principais, o qual não pressupõe a normalidade dos dados e visa a reduzir a dimensionalidade do conjunto de variáveis, com o intuito de agrupá-las em fatores (função das variáveis originais) pela decomposição da matriz de correlação. Para tanto, aplicou-se a rotação Varimax, com normalização de Kaiser, para identificar os fatores com autovalores (*Eigenvalues*) superiores a ‘um’ (Tabela 12).

Tabela 12 - Análise Fatorial - valores absolutos e percentuais da variância explicada pelos fatores. Maringá-PR, 2007-2008

<i>Componentes principais</i>	<i>Autovalor</i>	<i>% da variância explicada</i>	<i>% da variância acumulada</i>
1	4,760	21,638	21,638
2	3,051	13,869	35,507
3	1,331	6,051	41,558
4	1,301	5,913	47,471
5	1,153	5,240	52,711
6	1,077	4,895	57,606

Essa análise extraiu seis fatores com autovalor maior que ‘um’, os quais respondem por uma variância total explicada de 57,6%. Dentre esses, o Fator 1 (autovalor

4,76) é responsável por 21,6% da variância, englobando o item 3 (*dignidade e respeito*), o item 4 (*espaço pessoal e territorial*) e os itens 8 e 14 (*autonomia*), ao passo que o Fator 2 (autovalor 3,05), com variância de 13,8%, compreendeu os itens 20, 21 (*dignidade e respeito*) e o item 17 (*intimidade e toque*), conforme demonstrado pela matriz de rotação Varimax dos componentes principais na Tabela 13.

O Fator 3, com autovalor 1,33 e variância de 6,05%, incluiu os itens 7, 18 (*dignidade e respeito*) e o item 19 (*intimidade e toque*). Responsável por 5,91% da variância, o Fator 4 (autovalor 1,30) agrupou o item 6 (*dignidade e respeito*), o item 16 (*espaço pessoal e territorial*) e o item 11 (*autonomia*). O Fator 5, com autovalor 1,15 e variância de 5,24%, reuniu os itens 2, 5 (*dignidade e respeito*), o item 1 (*intimidade e toque*) e o item 22 (*autonomia*). Por sua vez, com variância de 4,89%, o Fator 6 (autovalor 1,07) compreendeu os itens 9, 12 (*intimidade e toque*) e os itens 10 e 15 (*espaço pessoal e territorial*).

Ressalta-se que o item 13 (*espaço pessoal e territorial*) não apresentou autovalor maior que ‘um’ em nenhum dos seis fatores. Todavia, alguns itens apresentaram autovalor superior a ‘um’ em mais do que um fator, coeficientes esses apresentados na Tabela 13.

Embora o resultado da análise fatorial acrescente dois fatores aos definidos para o instrumento inicial, serão mantidos os quatro domínios preestabelecidos (*dignidade e respeito*, *intimidade e toque*, *espaço pessoal e territorial* e *autonomia*). Isso se deve pelo fato dos quatro primeiros componentes principais responderem por 47,47% da variância, o que corresponde a quase o total da variância explicada pelos seis fatores (57,6%).

As alocações dos 22 itens do instrumento nos seis fatores, resultantes da análise de componentes principais, não obedece à distribuição inicial; entretanto, fundamentam-se nas correlações entre cada item e o fator. Ao mesmo tempo, os itens podem se correlacionar com outros fatores, além daquele ao qual foi alocado, ainda que com menos intensidade.

Tabela 13 - Matriz de rotação Varimax dos componentes principais da ESPH-PF. Maringá-PR, 2007-2008

<i>Componentes principais</i>		<i>Fatores</i>					
<i>ESPH-PF</i>							
Domínios	Itens	1	2	3	4	5	6
Dignidade e Respeito	2	0,290	0,225	0,467	0,260	4,542	0,388
	3	4,542	3,921	2,275	0,672	0,131	0,189
	5	1,579	0,397	0,138	0,537	5,218	0,252
	6	7,037	0,244	0,182	7,183	0,675	3,649
	7	6,480	0,636	7,669	0,263	5,939	4,026
	18	0,843	0,100	5,910	2,263	2,773	2,170
	20	0,744	6,984	4,180	1,112	3,921	1,113
Intimidade e Toque	21	0,766	3,977	0,236	3,552	3,245	1,293
	1	0,413	7,039	0,408	0,360	9,006	0,389
	9	2,032	0,783	4,248	2,652	4,968	5,925
	12	0,316	0,114	0,509	0,171	0,294	4,051
	17	0,116	7,165	6,448	0,247	1,823	0,799
Espaço Pessoal e Territorial	19	0,225	0,414	1,073	0,179	0,144	0,406
	4	4,742	0,350	3,385	0,663	1,466	0,181
	10	0,517	0,222	0,396	4,954	2,829	6,014
	13	0,278	0,331	0,289	0,286	0,491	0,156
	15	0,693	0,107	0,132	4,729	0,171	8,822
Autonomia	16	0,293	4,603	0,743	5,786	1,685	0,109
	8	5,289	0,687	0,278	0,136	0,171	2,889
	11	7,656	0,732	0,104	8,025	0,103	0,186
	14	4,014	0,287	1,938	0,133	0,688	2,813
	22	0,240	0,507	0,339	0,178	9,087	0,209

Método de extração: Análise de Componentes Principais
Método de Rotação: Varimax com normalização Kaiser

Seguindo esse parâmetro, verifica-se que a maioria dos itens apresentou carga fatorial superior a ‘um’ em mais de um fator, optando-se, então, por mantê-los nos domínios originais após analisar os itens agrupados em cada fator e suas respectivas cargas fatoriais geradas pela matriz rotacionada Varimax (em destaque na Tabela 13). Além disso, os aspectos comuns foram analisados e interpretados de acordo com o referencial teórico, considerando-se também os resultados do estudo qualitativo anterior, os quais respaldaram a manutenção dos domínios e dos itens concernentes a cada um deles.

Assim, o Fator 5 aglutinou seis itens (2, 5, 7, 18, 20 e 21) dentre os oito que compõem o domínio *dignidade e respeito*, com carga fatorial entre 2,77 e 5,93, mesmo que alguns desses itens também tenham apresentado carga elevada em outro fator. O Fator 3 agrupou três (9, 17 e 19) dos cinco itens do domínio *intimidade e toque*, com carga fatorial variando de 1,07 e 6,44. Por sua vez, o Fator 4 também reuniu três (10, 15 e 16) dos cinco itens do domínio *espaço pessoal e territorial*, com carga fatorial entre 4,72 e 5,78. E por último, o Fator 1 concentrou três (8, 11 e 14) dentre os quatro itens do domínio *autonomia*, sendo que a carga fatorial variou de 4,01 a 7,65.

Considerou-se, portanto, esses fatores e os respectivos itens congruentes com os domínios predefinidos. Acrescenta-se que os itens com carga fatorial elevada presentes nos Fatores 2 e 6 foram alocados nos demais fatores. Nesse caso, o item 3 (com carga fatorial 3,92 no Fator 2) e o item 6 (com carga fatorial 3,64 no Fator 6) do domínio *dignidade e respeito* foram absorvidos pelo Fator 5, e os itens 1 (com carga fatorial 7,03 no Fator 2) e 12 (com carga fatorial 4,05 no Fator 6) do domínio *intimidade e toque* foram agrupados no Fator 3.

Os itens 4 e 13 do domínio *espaço pessoal e territorial* não tiveram carga fatorial significativa nos Fatores 2 e 6, o mesmo acontecendo com o item 22 do domínio *autonomia*. No entanto, esses itens apresentam maior carga fatorial em outros fatores (Tabela 13), o que, além de considerar o referencial teórico adotado, justifica sua alocação nos Fatores 4 (itens 4

e 13) e 1 (item 22), mantendo-os nos domínios originais.

Cabe destacar que o item 13, mesmo não apresentando autovalor igual ou superior a ‘um’ em nenhum dos seis fatores obtidos (Tabela 13), teve coeficiente de correlação item-total de 0,207 (Tabela 11) e um resultado significativo na incidência de respostas da ESPH-PF. Em vista disso, optou-se por mantê-lo no instrumento.

Na seqüência, a Tabela 14 apresenta os itens conforme os domínios da ESPH-PF e suas respectivas cargas fatoriais de extração. Pode-se observar que o percentual de variabilidade de cada item ficou entre 0,440 e 0,725, apontando variável de média comunalidade, isto é, que a variação em comum com as outras variáveis é moderada, e portanto, pode ser mantida na escala.

Proporcionalmente, todos os domínios apresentam itens com variabilidade de menor intensidade, porém a maioria deles teve variação moderada, sendo que alguns tiveram intensidade maior, o que confere uma melhor comunalidade com as outras variáveis.

Assim sendo, todos os itens da ESPH-PF serão mantidos, visto que nenhum apresentou baixa comunalidade ($< 0,30$) e que a maioria (18 itens) teve uma comunalidade explicada superior a 50%, indicando que todos os itens estão contribuindo no construto do instrumento.

De fato, quanto maior a covariância (0% a 100%) do item (representação empírica), maior é sua validade e, portanto, melhor será sua representatividade do fator (traço latente), o que caracteriza a validade de construto (PASQUALI, 2003).

Tabela 14 - Descrição dos itens agrupados nos domínios da ESPH-PF e respectivas cargas fatorias de extração. Maringá-PR, 2007-2008

<i>Item</i>	<i>Domínios da ESPH-PF</i>	<i>Carga fatorial</i>
<i>Dignidade e respeito</i>		
2.	Outras pessoas podem ver partes do meu corpo porque a roupa do hospital (avental, pijama, camisola) às vezes se abre, é muito grande ou não cobre completamente o meu corpo.	0,573
3.	Profissional cobriu as partes do meu corpo que não precisavam ficar descobertas para a realização de procedimento.	0,507
5.	Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação.	0,531
6.	Profissional se preocupou mais com a realização do procedimento do que com a minha nudez.	0,559
7.	Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	0,479
18.	Profissional não pediu licença para tirar minha roupa e manipular meu corpo.	0,725
20.	Profissional não cobriu meu corpo com lençol após realização de procedimento.	0,562
21.	Não foi explicado para mim o motivo para retirar minha roupa e manipular meu corpo durante a internação.	0,646
<i>Intimidade e toque</i>		
1.	Profissional tirou minha roupa e manipulou meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), na frente de outras pessoas.	0,631
9.	Profissional teve cuidado ao tirar minha roupa e manipular meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), para a realização de procedimento.	0,622
12.	Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento.	0,487
17.	Profissional retirou urinol (comadre ou papagaio) sem descobrir meu corpo.	0,722
19.	Profissional se afastou para me deixar à vontade durante as eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro.	0,440
<i>Espaço pessoal e territorial</i>		
4.	A porta do quarto foi mantida fechada enquanto eu estava descoberto para a realização de procedimento ou higiene pessoal (banho no leito, lavar genitália).	0,597
10.	A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa).	0,480
13.	Profissional protegeu minha cama com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa.	0,616
15.	Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar.	0,549
16.	A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque divido quarto com outros pacientes.	0,655
<i>Autonomia</i>		
8.	Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	0,601
11.	Eu pude escolher quem iria ajudar no meu cuidado pessoal (banho, lavar genitália, mamas e nádegas, e trocar de roupa).	0,605
14.	Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou o papagaio).	0,575
22.	Durante o banho, eu pude decidir por lavar sozinho minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas).	0,513

6.2.3. Validade convergente do construto

Para a realização da validade convergente, foram aplicadas as duas sub-escalas da EMS-FIETEP (SAWADA, 1995), cujo instrumento avalia o sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão do espaço territorial (sub-escala A) e pessoal (sub-escala B). Considerou-se essa escala apropriada para essa análise, haja vista que contempla o domínio *espaço pessoal e territorial* da ESPH-PF e por incluir alguns itens que envolvem a exposição e a manipulação corporal do indivíduo hospitalizado, somando-se o fato de que a teoria da territorialidade (ARDREY, 1966) respalda tanto esse domínio na ESPH-PF quanto na EMS-FIETEP.

Embora essa escala tenha por objetivo medir sentimento, e não satisfação, entende-se que o sentimento reflete também a satisfação, ou insatisfação, do indivíduo com as situações descritas nos itens da EMS-FIETEP, o que vai ao encontro da finalidade do instrumento em construção (ESPH-PF). Assim, como afirmam Lobiondo-Wood e Haber (2001, p. 190), se “as medidas são correlacionadas de forma explícita, diz-se que a validade convergente é sustentada”.

Utilizou-se a correlação produto-momento de Pearson para essa validação, cujo coeficiente flutua entre -1,00 e +1,00, sendo que o grau da relação (positiva ou negativa) é indicado pelo número e a direção pelo sinal (- ou +). Um valor próximo de zero aponta que uma correlação é baixa. O cálculo desse coeficiente exige certas condições (URBINA, 2007), tais como (a) os pares de observação devem ser obtidos independentes uns dos outros; (b) as variáveis a correlacionar devem ser contínuas e medidas em escala intervalar ou de razão; e (c) a relação deve ser linear (padrão de linha reta no gráfico de dispersão), condições essas satisfeitas pelos dados deste estudo.

Os coeficientes de correlação de Pearson entre os itens das duas sub-escalas da EMS-FIETEP e os itens do domínio *espaço pessoal e territorial* da ESPH-PF estão apresentados nas Tabelas 15 e 16.

Tabela 15 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os itens do domínio espaço pessoal e territorial da ESPH-PF e os itens da sub-escala invasão do espaço territorial da EMS-FIETEP. Maringá-PR, 2007-2008

<div>EMS- FIETEP</div> <div>Itens da ESPH-PF</div>	Itens da sub-escala espaço territorial																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
4																			
10	,176			,178			,175	,184	,195	,205	,228			,175	,250	,166	,172		
13								-,213		-,229				-,163					
15	,284	,221	,180	,279	,221	,196	,194	,269	,200	,293	,295		,239	,287	,267	,200	,198	,234	
16	,226	,197			,171			,202	,208	,169	,194				,209	,190			,190

Nível de significância $p < 0,01$

Tabela 16 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os itens do domínio espaço pessoal e territorial da ESPH-PF e os itens da sub-escala invasão do espaço pessoal da EMS-FIETEP. Maringá-PR, 2007-2008

<div>EMS- FIETEP</div> <div>Itens da ESPH-PF</div>	Itens da sub-escala espaço pessoal													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
4					,204									
10							,220				,184	,283	,257	
13	-,228						-,182							
15	,282				,206		,298	,191	,194	,166	,231	,355	,292	
16				,187	,213			,263	,192	,215	,235	,243	,192	,272

Nível de significância $p < 0,01$

Pode-se verificar que houve correlação significativa entre um ou mais itens dos dois instrumentos, ao nível de significância $p < 0,01$, observando-se que houve mais correlação entre os itens da ESPH-PF e os itens da sub-escala invasão do espaço territorial da EMS-FIETEP (Tabela 15). Constatou-se que os itens 10, 15 e 16 da ESPH-PF correlacionaram com diversos itens das duas sub-escalas (invasão do espaço territorial e do espaço pessoal) da EMS-FIETEP (Tabelas 15 e 16), ao passo que os itens 4 e 13 (ESPH-PF) correlacionaram com menos itens.

A menor correlação encontrada, dentre os itens da sub-escala invasão do espaço territorial (EMS-FIETEP) e os itens do domínio *espaço pessoal e territorial* da ESPH-PF foi $r = -0,163$, entre o item 13 da ESPH-PF e o item 14 da EMS-FIETEP; e a maior foi $r = -0,295$, entre o item 15 da ESPH-PF e o item 11 da EMS-FIETEP (Tabela 15). Em contrapartida, a maior correlação entre os itens da sub-escala invasão do espaço pessoal (EMS-FIETEP) e os itens do domínio *espaço pessoal e territorial* (ESPH-PF) foi $r = -0,355$, relativa à correlação entre o item 15 da ESPH-PF e o item 12 da EMS-FIETEP; e a menor correlação encontrada foi $r = -0,166$, entre o item 15 da ESPH-PF e o item 10 da EMS-FIETEP (Tabela 16).

Verifica-se que a maior parte dos itens apresentou correlação moderada, flutuando entre 0,200 e 0,300. Isso evidencia que os itens do instrumento construído (ESPH-PF) têm correlação com os itens da EMS-FIETEP, pelo menos no tocante ao domínio *espaço pessoal e territorial* (ESPH-PF), contribuindo para atestar a confiabilidade convergente do instrumento.

Assim sendo, pode-se afirmar que a correlação resultante entre a EMS-FIETEP e os itens do domínio *espaço pessoal e territorial* da ESPH-PF confirma a validade convergente, demonstrando que essa última escala mede a satisfação do paciente com sua privacidade física relacionada à invasão do espaço pessoal e territorial, sobretudo quanto à exposição e à manipulação corporal.

Uma outra forma de testar o poder discriminativo dos itens é correlacioná-los com os escores totais da escala. A tabela 17 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson

entre os escores de cada um dos itens e os escores totais da ESPH-PF, considerando o nível de significância $p < 0,01$.

Tabela 17 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os escores de cada item e os escores totais da ESPH-PF. Maringá-PR, 2007-2008

<i>ITENS da ESPH-PF</i>	<i>Coefficiente de correlação de Pearson*</i>
1. Profissional tirou minha roupa e manipulou meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), na frente de outras pessoas.	0,399
2. Outras pessoas podem ver partes do meu corpo porque a roupa do hospital (avental, pijama, camisola) às vezes se abre, é muito grande ou não cobre completamente o meu corpo.	0,247
3. Profissional cobriu as partes do meu corpo que não precisavam ficar descobertas para a realização de procedimento.	0,327
4. A porta do quarto foi mantida fechada enquanto eu estava descoberto para a realização de procedimento ou higiene pessoal (banho no leito, lavar genitália).	0,443
5. Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação.	0,376
6. Profissional se preocupou mais com a realização do procedimento do que com a minha nudez.	0,347
7. Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	0,435
8. Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	0,306
9. Profissional teve cuidado ao tirar minha roupa e manipular meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), para a realização de procedimento.	0,412
10. A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa).	0,318
11. Eu pude escolher quem iria ajudar no meu cuidado pessoal (banho, lavar genitália, mamas e nádegas, e trocar de roupa).	0,363
12. Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento.	0,366
13. Profissional protegeu minha cama com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa.	0,318
14. Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou o papagaio).	0,258
15. Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar.	0,372
16. A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque divido quarto com outros pacientes.	0,413
17. Profissional retirou urinol (comadre ou papagaio) sem descobrir meu corpo.	0,419
18. Profissional não pediu licença para tirar minha roupa e manipular meu corpo.	0,423
19. Profissional se afastou para me deixar à vontade durante as eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro.	0,289
20. Profissional não cobriu meu corpo com lençol após realização de procedimento.	0,441
21. Não foi explicado para mim o motivo para retirar minha roupa e manipular meu corpo durante a internação.	0,449
22. Durante o banho, eu pude decidir por lavar sozinho minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas).	0,301

* $p < 0,01$

Observa-se que os coeficientes flutuaram entre 0,247 (item 2) e 0,449 (item 21), que predominam os itens com coeficiente de correlação superior a 0,30, e que os itens do domínio *espaço pessoal e territorial* apresentam coeficiente de correlação entre 0,318 e 0,443, o que confirma o elevado poder de discriminação desses itens.

Pode-se verificar (Tabela 17) que todas as correlações entre os itens e os escores totais do instrumento construído (ESPH-PF) foram significativos, ao nível de significância de $p < 0,01$, demonstrando alto poder de discriminação dos itens do instrumento construído.

6.2.4. Validade discriminante do construto

A discriminação dos itens de um instrumento nos primeiros estágios de desenvolvimento pode ser verificada pela comparação com o escore total, visto que este oferece uma aproximação inicial da medida do traço ou construto que está sendo investigado. Uma das formas de proceder a essa análise é a seleção dos grupos de critério contrastantes, ou seja, são selecionados os grupos extremos da distribuição (ANASTASI; URBINA, 2000).

Optou-se pela aplicação do teste t de *student*, ao nível de significância $p < 0,05$, para dois grupos distintos (extremo superior e inferior) em todas as variáveis da ESPH-PF, a fim de verificar se as características sociodemográficas dos pacientes (sexo, cor da pele, faixa etária, estado civil, religião, escolaridade e renda familiar) e as relativas ao período de internação (hospital, número de internações, tempo e motivo da internação atual, nível de dependência e tipo de acomodação) influenciaram as respostas deles na referida escala.

A Tabela 18 apresenta a média, o desvio padrão, o valor do teste t de *student* e a significância entre o grupo com ensino fundamental (incluindo completo e incompleto) e o grupo com ensino superior (incluindo completo, incompleto e pós-graduação) na ESPH-PF. Esse resultado revela que o nível de escolaridade influenciou as respostas dos pacientes hospitalizados nos itens da ESPH-PF, notando-se que os pacientes com melhor grau de instrução tendem a apresentar um padrão de exigência mais elevado com relação a sua

privacidade física, sobretudo quando envolve a nudez e manuseio corporal.

Tabela 18 - Média, desvio-padrão, *t* de *student* e significância entre dois grupos extremos no nível de escolaridade na ESPH-PF. Maringá - PR, 2007-2008

Grupos	Média	Desvio-padrão	<i>t</i> de <i>student</i>	<i>P</i> value*
Ensino Fundamental	89,12	8,56	-2,042	0,045
Ensino Superior	91,93	8,36		

* $p < 0,05$

Com respeito aos outros dados sociodemográficos, e aos referentes ao período de hospitalização, não foi encontrada diferença estatística significativa, o que demonstra que essas variáveis não interferiram nas respostas dos pacientes quanto à satisfação com sua privacidade física, especialmente a exposição e a manipulação corporal durante a assistência no hospital.

6.3. RESULTADOS RELATIVOS À ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA EMS-FIETEP E DA ESPH-PF

Aplicou-se a Escala de Medida do Sentimento do Paciente Hospitalizado frente à Invasão do seu Espaço Territorial e Pessoal (EMS-FIETEP) e o instrumento construído, a saber, Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física (ESPH-PF) com a finalidade de avaliar a satisfação dos pacientes relacionada a sua privacidade, principalmente quando envolve a exposição e a manipulação corporal durante a assistência.

A EMS-FIETEP é composta por duas sub-escalas, a primeira com 19 itens (invasão do espaço territorial) e a segunda com 14 itens (invasão do espaço pessoal), os quais são avaliados por uma escala bipolar com sete alternativas de resposta variando entre ‘totalmente desagradável’ (valor 1) e ‘totalmente agradável’ (valor 7), sendo que o ponto intermediário (valor 4) expressa indiferença. Quanto maior a pontuação, menos o paciente se importa com a invasão de seu espaço territorial e/ou pessoal, considerando que a pontuação mínima para a primeira sub-escala será 19 e a máxima será 133 pontos, e para a segunda sub-escala a mínima será 14 e a máxima 98 pontos.

Por sua vez, a ESPH-PF constitui-se de 22 itens, que contemplam os domínios *dignidade e respeito* (8 itens), *intimidade e toque* (5 itens), *espaço pessoal e territorial* (5 itens) e *autonomia* (4 itens). Essa escala é do tipo Likert, com cinco pontos, sendo que o escore mínimo é ‘1’ (totalmente insatisfeito) e o escore máximo é ‘5’ (totalmente satisfeito), passando pelo ponto que representa indiferença (valor 3). Assim, a pontuação mínima será 22 e a máxima possível será de 110 pontos; logo, quão maior a pontuação maior será a satisfação do paciente com sua privacidade física.

A Tabela 19 proporciona a frequência e o percentual das respostas dos sujeitos referentes à sub-escala invasão do espaço territorial (EMS-FIETEP), considerando a escala com valores de um a sete. Verifica-se que a tendência dos sujeitos foi apontar com maior

Tabela 19 - Frequências e porcentagem dos escores referentes aos itens da sub-escala invasão do espaço territorial da EMS-FIETEP. Maringá-PR, 2007-2008

<i>ITENS</i>	<i>ESCORES</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>Total F (%)</i>
		<i>F (%)</i>	<i>F (%)</i>	<i>F (%)</i>	<i>F (%)</i>	<i>F (%)</i>	<i>F (%)</i>	<i>F (%)</i>	
1. A porta de seu quarto está fechada e um elemento do pessoal de enfermagem entra sem bater.		65 (25,6)	49 (19,3)	59 (23,2)	30 (11,8)	40 (15,7)	8 (3,1)	3 (1,2)	254 (100,0)
2. Quando você está sentado na cadeira, um elemento do pessoal da enfermagem senta-se sobre sua cama enquanto estão conversando.		73 (28,7)	52 (20,5)	54 (21,3)	35 (13,8)	24 (9,4)	7 (2,8)	9 (3,5)	254 (100,0)
3. O pessoal de enfermagem deixa a porta aberta quando sai de seu quarto.		45 (17,7)	43 (16,9)	73 (28,7)	43 (16,9)	30 (11,8)	10 (3,9)	10 (3,9)	254 (100,0)
4. O pessoal de enfermagem fala em voz alta enquanto trabalha em sua enfermaria.		72 (28,3)	75 (29,5)	50 (19,7)	20 (7,9)	19 (7,5)	7 (2,8)	11 (4,3)	254 (100,0)
5. A sua mesa de cabeceira foi mudada para uma posição que não pode ser facilmente alcançada por você.		90 (35,4)	76 (29,9)	38 (15,0)	13 (5,1)	19 (7,5)	11 (4,3)	7 (2,8)	254 (100,0)
6. O pessoal de enfermagem retira uma cadeira de seu quarto sem perguntar se você vai usá-la.		89 (35,0)	86 (33,9)	33 (13,0)	14 (5,5)	16 (6,3)	8 (3,1)	8 (3,1)	254 (100,0)
7. Um elemento do pessoal de enfermagem tropeça na cama em que você está deitado.		22 (8,7)	38 (15,0)	81 (31,9)	69 (27,2)	30 (11,8)	7 (2,8)	7 (2,8)	254 (100,0)
8. A janela de seu quarto é fechada ou aberta sem que perguntem a sua preferência.		67 (26,4)	60 (23,6)	60 (23,6)	24 (9,4)	28 (11,0)	6 (2,4)	9 (3,5)	254 (100,0)
9. Sem pedir a sua permissão, o pessoal de enfermagem mexe em seus pertences pessoais na sua gaveta.		178(70,1)	53 (20,9)	1 (0,4)	3 (1,2)	5 (2,0)	3 (1,2)	11 (4,3)	254 (100,0)
10. As persianas da janela de seu quarto são erguidas ou abaixadas sem que perguntem sua preferência.		69 (27,2)	62 (24,4)	64 (25,2)	25 (9,8)	22 (8,7)	4 (1,6)	8 (3,1)	254 (100,0)
(cont.)									

Tabela 19 - Frequências e porcentagem dos escores referentes aos itens da sub-escala invasão do espaço territorial da EMS-FIETEP. Maringá-PR, 2007-2008 (continuação)

<i>ITENS</i>	<i>ESCORES</i>							<i>Total F (%)</i>
	<i>1</i> F (%)	<i>2</i> F (%)	<i>3</i> F (%)	<i>4</i> F (%)	<i>5</i> F (%)	<i>6</i> F (%)	<i>7</i> F (%)	
11. O pessoal de enfermagem entra em seu quarto sem antes bater na porta.	52 (20,5)	56 (22,0)	70 (27,6)	35 (13,8)	28 (11,0)	7 (2,8)	6 (2,4)	254 (100,0)
12. O pessoal da limpeza arruma seus pertences pessoais na mesa de cabeceira sem perguntar como você gostaria que fossem arrumados.	35 (13,8)	48 (18,9)	60 (23,6)	59 (23,2)	33 (13,0)	11 (4,3)	8 (3,1)	254 (100,0)
13. O pessoal de enfermagem entra em seu quarto e começa a mudar sua cama de lugar enquanto você está deitado.	95 (37,4)	77 (30,3)	40 (15,7)	16 (6,3)	12 (4,7)	9 (3,5)	5 (2,0)	254 (100,0)
14. Um elemento do pessoal da enfermagem fala em voz alta quando conversa com você	82 (32,3)	70 (27,6)	51 (20,1)	22 (8,7)	13 (5,1)	9 (3,5)	7 (2,8)	254 (100,0)
15. No período de seu descanso o pessoal da limpeza liga a máquina de lavar o chão.	97 (38,2)	66 (26,0)	39 (15,4)	25 (9,8)	19 (7,5)	6 (2,4)	2 (0,8)	254 (100,0)
16. O pessoal da limpeza bate com o rodo no pé de sua cama enquanto você está deitado.	31 (12,2)	73 (28,7)	76 (29,9)	46 (18,1)	14 (5,5)	9 (3,5)	5 (2,0)	254 (100,0)
17. No período de seu descanso, o pessoal de enfermagem conversa alto no corredor.	74 (29,1)	63 (24,8)	61 (24,0)	27 (10,6)	16 (6,3)	11 (4,3)	2 (0,8)	254 (100,0)
18. O pessoal de enfermagem deixa a porta e as janelas do seu quarto abertas e o vento bate em seu corpo.	38 (15,0)	53 (20,9)	58 (22,8)	43 (16,9)	26 (10,2)	20 (7,9)	16 (6,3)	254 (100,0)
19. Durante a noite, enquanto você dorme, o pessoal de enfermagem acende a luz do seu quarto para prestar cuidado ao paciente do lado.	40 (15,7)	28 (11,0)	56 (22,0)	67 (26,4)	43 (16,9)	11 (4,3)	9 (3,5)	254 (100,0)

freqüência os valores de um a três na escala, e que o único item em que a freqüência de respostas excedeu a 50% na opção de valor ‘um’ (totalmente desagradável) foi o item 9 (70,1%).

Esses resultados indicam que os pacientes consideram desagradável, em maior ou menor proporção, a invasão de seu espaço territorial, principalmente quando isso acontece sem o seu consentimento (itens 1, 6, 8, 9, 10, 11 e 12), ou mediante atitudes que perturbam seu repouso (itens 4, 13, 14, 15, 16 e 17). Isso fica mais evidente ao se observar que nenhum item ultrapassou 17% de freqüência nas opções 5, 6 e 7 da escala, e que a opção 4 (indiferença) apenas prevaleceu no item 19 (26,4%). Os itens 7, 12 e 16 também apresentaram resultados expressivos nessa alternativa, porém foram mais significativos em uma ou duas das outras opções (1, 2 e 3) da escala (Tabela 19).

No estudo de Sawada (1995), o item 9 da sub-escala invasão do espaço territorial também apresentou a maior freqüência de respostas na opção ‘1’. Outro estudo recente aplicando a EMS-FIETEP novamente verificou que a situação que mais incomoda os pacientes com relação ao espaço territorial foi a descrita no item 9 – Sem pedir permissão, o pessoal de enfermagem mexe em seus pertences pessoais na sua gaveta (GASPARINO; GUIRARDELLO, 2006). Randers e Matiasson (2000), ao focar a integridade da pessoa durante o cuidado, constataram que os pacientes sentem-se respeitados quando podem manter seus pertences guardados e quando ninguém mexe ou os olha sem permissão.

Com relação à invasão do espaço pessoal, observa-se na Tabela 20 que não há uma tendência significativa nas respostas, apontando que os pacientes sempre consideram essa invasão como desagradável, visto que grande parte das freqüências elevadas está presente na opção ‘4’ (indiferença). Contudo, verificam-se freqüências mais altas, indicando contrariedade, em situações que envolvem contato pessoal muito próximo (item 1) ou exposição e manuseio corporal (item 12), especificamente quando exhibe partes íntimas (itens 7 e 13).

Tabela 20 - Frequências e porcentagem dos escores referentes aos itens da sub-escala invasão do espaço pessoal da EMS-FIETEP. Maringá-PR, 2007-2008

ITENS	ESCORES								Total F (%)
	1 F (%)	2 F (%)	3 F (%)	4 F (%)	5 F (%)	6 F (%)	7 F (%)		
1. Você encontra-se deitado na cama. Um elemento do pessoal da enfermagem inclina-se para acomodá-lo no leito e você sente a respiração dele (a) contra a sua face enquanto ele (a) fala.	62 (24,4)	65 (25,6)	51 (20,1)	35 (13,8)	31 (12,2)	7 (2,8)	3 (1,2)	254 (100,0)	
2. Um elemento do pessoal da enfermagem fica próximo da cabeceira de sua cama quando está falando com você.	10 (3,9)	37 (14,6)	53 (20,9)	81 (31,9)	42 (16,5)	26 (10,2)	5 (2,0)	254 (100,0)	
3. Você está sentado na cadeira. Um elemento do pessoal da enfermagem aproxima-se e coloca a mão sobre seu ombro enquanto conversam.	16 (6,3)	17 (6,7)	47 (18,5)	79 (31,1)	44 (17,3)	39 (15,4)	12 (4,7)	254 (100,0)	
4. Um elemento da equipe médica senta-se próximo de sua cama enquanto conversa com você.	13 (5,1)	13 (5,1)	33 (13,0)	82 (32,3)	45 (17,7)	45 (17,7)	23 (9,1)	254 (100,0)	
5. Um elemento do pessoal da enfermagem segura sua mão por alguns minutos após ter colocado o termômetro debaixo do seu braço.	16 (6,3)	17 (6,7)	34 (13,4)	83 (32,7)	42 (16,5)	39 (15,4)	23 (9,1)	254 (100,0)	
6. Após fazer algumas perguntas à você, um elemento da equipe médica começa a examinar diferentes partes do seu corpo.	46 (18,1)	45 (17,7)	29 (11,4)	70 (27,6)	36 (14,2)	17 (6,7)	11 (4,3)	254 (100,0)	
7. O pessoal da enfermagem realiza um procedimento técnico de enfermagem numa área mais íntima do seu corpo.	61 (24,0)	65 (25,6)	45 (17,7)	40 (15,7)	31 (12,2)	6 (2,4)	6 (2,4)	254 (100,0)	
8. O elemento do pessoal de enfermagem segura sua mão enquanto conversa sobre quais atividades irá desenvolver com você, durante o dia.	18 (7,1)	30 (11,8)	37 (14,6)	55 (21,7)	42 (16,5)	53 (20,9)	19 (7,5)	254 (100,0)	
9. Você está deitado na cama. Um elemento do pessoal da enfermagem inclina-se sobre você para arrumar a sua cama.	34 (13,4)	55 (21,7)	61 (24,0)	49 (19,3)	32 (12,6)	17 (6,7)	6 (2,4)	254 (100,0)	
10. Um elemento da equipe médica segura as suas mãos enquanto você está falando sobre um problema.	22 (8,7)	12 (4,7)	46 (18,1)	60 (23,6)	41 (16,1)	48 (18,9)	25 (9,8)	254 (100,0)	
11. Um elemento do pessoal da enfermagem segura as suas mãos enquanto você está falando sobre um problema.	23 (9,1)	14 (5,5)	45 (17,7)	64 (25,2)	40 (15,7)	41 (16,1)	27 (10,6)	254 (100,0)	
12. O pessoal de enfermagem troca sua roupa sem colocar biombo.	115(45,3)	65 (25,6)	38 (15,0)	20 (7,9)	5 (2,0)	5 (2,0)	6 (2,4)	254 (100,0)	
13. O pessoal de enfermagem realiza um procedimento técnico de enfermagem, numa região mais íntima, sem colocar o biombo.	155(61,0)	49 (19,3)	22 (8,7)	8 (3,1)	10 (3,9)	4 (1,6)	6 (2,4)	254 (100,0)	
14. A equipe médica reúne-se ao redor do seu leito e discute sobre a sua doença.	84 (33,1)	42 (16,5)	26 (10,2)	34 (13,4)	20 (7,9)	26 (10,2)	22 (8,7)	254 (100,0)	

A maior frequência encontrada (Tabela 20) na opção de valor '1' (totalmente desagradável) foi no item 13 (61%), seguida pela do item 12 (45,3%), ambos relacionados à exposição e ao manuseio corporal, inclusive de área íntima. O mesmo foi evidenciado no estudo de Sawada (1995) e na investigação de Gasparino e Guirardello (2006), nos quais esses dois itens foram aqueles com que os pacientes mais se importaram com a invasão do espaço pessoal (EMS-FIETEP).

Outro aspecto (item 14) que gerou aborrecimento é a discussão médica sobre o estado do paciente à beira do leito (33,1%). Talvez isso ocorra pela ansiedade do paciente em saber seu prognóstico, ou porque, de tal modo, outras pessoas podem ter acesso a informações sobre sua pessoa, sua doença e seu tratamento.

Não obstante, as alternativas 5, 6 e 7 dessa sub-escala (Tabela 20) apresentaram frequências superiores à sub-escala anterior (Tabela 19), constatando-se que vários itens (2, 3, 4, 5, 8, 10 e 11) tiveram frequência entre 15% e 21% em uma das opções ou mais. Constatase, também, uma maior incidência na alternativa que expressa indiferença (opção 4), sendo, inclusive, superior às demais nos itens 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 e 11 da sub-escala.

A frequência de respostas, na maioria dos itens, ficou concentrada entre as opções 3, 4 e 5 da escala, denotando-se que os pacientes se importam com menos intensidade com o espaço pessoal. O que se pode inferir dos resultados das duas sub-escalas é que, no geral, os pacientes se importam mais com a invasão do espaço territorial do que do espaço pessoal, resultado esse igualmente encontrado por Allekian (1973), por Sawada (1995) e por Gasparino e Guirardello (2006).

Assim sendo, concorda-se com Allekian (1973) ao asseverar que isso provavelmente se deve ao fato de que a maioria dos pacientes entende previamente que o contato físico é necessário durante a assistência, ao passo que a incursão em seu espaço territorial representa perda do controle pessoal, assim como da individualidade e da identidade.

Ao fazer a comparação da frequência de respostas obtidas no estudo de Sawada (1995), nas duas sub-escalas, com este estudo, constata-se que a opção dos sujeitos pelas alternativas segue o mesmo padrão na maioria dos itens, inclusive com frequências também mais elevadas em determinados itens. Isso demonstra que no contexto brasileiro o sentimento do paciente com relação à invasão do espaço territorial e pessoal é bastante similar, mesmo em regiões geográficas diferentes.

Salienta-se que Sawada (1995) identificou, pelo método de componentes principais com rotação Varimax, seis fatores da sub-escala invasão do espaço territorial, a saber, desrespeito ao espaço físico, interrupção do sono e descanso, descontrole do espaço físico, descaso para com o espaço físico, mudança do espaço físico sem consulta e entrada do espaço físico sem permissão. Da sub-escala invasão do espaço pessoal foram levantados cinco fatores, sendo toque, proximidade pessoal, exposição de parte íntima, procedimento em áreas íntimas e proximidade íntima. Esses componentes vêm ao encontro de algumas situações descritas e submetidas à avaliação dos sujeitos na ESPH-PF, contemplando tanto o domínio *espaço pessoal e territorial* como o domínio *intimidade e toque*.

Na continuidade, a Tabela 21 apresenta as frequências de respostas dos sujeitos nos itens do instrumento construído (ESPH-PF), considerando a escala com cinco valores. Verifica-se a tendência dos sujeitos a apontar com maior frequência as alternativas ‘4’ (satisfeito) e ‘5’ (totalmente satisfeito) nos itens 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 19 e 22 da escala, os quais apresentam situações condizentes com o que se espera dos profissionais, indicando satisfação com tais medidas e, de certa forma, indicando suas preferências com relação à privacidade física.

Em contrapartida, os sujeitos assinalaram com maior frequência as opções ‘1’ (totalmente insatisfeito) e ‘2’ (insatisfeito) nos itens 1, 2, 10, 15, 16, 18, 20 e 21 da escala, advertindo que essas situações ou condutas não satisfazem seu anseio por privacidade física.

Tabela 21 - Frequências e porcentagem dos escores referentes aos itens nos respectivos domínios da ESPH-PF. Maringá-PR, 2007-2008

Domínios da ESPH-PF	ESCORES					Total F (%)
	1 F (%)	2 F (%)	3 F (%)	4 F (%)	5 F (%)	
Dignidade e respeito						
2. Outras pessoas podem ver partes do meu corpo porque a roupa do hospital (avental, pijama, camisola) às vezes se abre, é muito grande ou não cobre completamente o meu corpo.	127 (50,0)	100 (39,4)	23 (9,1)	3 (1,2)	1 (0,4)	254 (100,0)
3. Profissional cobriu as partes do meu corpo que não precisavam ficar descobertas para a realização de procedimento.	18 (7,1)	25 (9,8)	71 (28,0)	94 (37,0)	46 (18,1)	254 (100,0)
5. Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação.	2 (0,8)	11 (4,3)	17 (6,7)	130 (51,2)	94 (37,0)	254 (100,0)
6. Profissional se preocupou mais com a realização do procedimento do que com a minha nudez.	48 (18,9)	72 (28,3)	52 (20,5)	57 (22,4)	25 (9,8)	254 (100,0)
7. Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	5 (2,0)	4 (1,6)	15 (5,9)	101 (39,8)	129 (50,8)	254 (100,0)
18. Profissional não pediu licença para tirar minha roupa e manipular meu corpo.	128 (50,4)	96 (37,8)	16 (6,3)	9 (3,5)	5 (2,0)	254 (100,0)
20. Profissional não cobriu meu corpo com lençol após realização de procedimento.	98 (38,6)	123 (48,4)	18 (7,1)	7 (2,8)	8 (3,1)	254 (100,0)
21. Não foi explicado para mim o motivo para retirar minha roupa e manipular meu corpo durante a internação.	146 (57,5)	88 (34,6)	10 (3,9)	4 (3,9)	6 (2,4)	254 (100,0)
Intimidade e toque						
1. Profissional tirou minha roupa e manipulou meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), na frente de outras pessoas.	182 (71,7)	56 (22,0)	9 (3,5)	5 (2,0)	2 (0,8)	254 (100,0)
9. Profissional teve cuidado ao tirar minha roupa e manipular meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), para a realização de procedimento.	2 (0,8)	3 (1,2)	19 (7,5)	137 (53,9)	93 (36,6)	254 (100,0)
12. Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento.	64 (25,2)	73 (28,7)	102 (40,2)	10 (3,9)	5 (2,0)	254 (100,0)
17. Profissional retirou urinol (comadre ou papagaio) sem descobrir meu corpo.	30 (11,8)	30 (11,8)	56 (22,0)	107 (42,1)	31 (12,2)	254 (100,0)
19. Profissional se afastou para me deixar à vontade durante as eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro.	2 (0,8)	6 (2,4)	10 (3,9)	119 (46,9)	117 (46,1)	254 (100,0)
(cont.)						

Tabela 21 - Frequências e porcentagem dos escores referentes aos itens nos respectivos domínios da ESPH-PF. Maringá-PR, 2007-2008 (continuação)

Domínios da ESPH-PF	ESCORES	1	2	3	4	5	Total F (%)
		F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
Espaço pessoal e territorial							
4. A porta do quarto foi mantida fechada enquanto eu estava descoberto para a realização de procedimento ou higiene pessoal (banho no leito, lavar genitália).	7 (2,8)	1 (0,4)	15 (5,9)	109 (42,9)	122 (48,0)	254 (100,0)	
10. A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa).	162 (63,8)	73 (28,7)	9 (3,5)	7 (2,8)	3 (1,2)	254 (100,0)	
13. Profissional protegeu minha cama com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa.	5 (2,0)	5 (2,0)	10 (3,9)	93 (36,6)	141 (55,5)	254 (100,0)	
15. Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar.	108 (42,5)	106 (41,7)	29 (11,4)	7 (2,8)	4 (1,6)	254 (100,0)	
16. A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque divido quarto com outros pacientes.	50 (19,7)	98 (38,6)	95 (37,4)	7 (2,8)	4 (1,6)	254 (100,0)	
Autonomia							
8. Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	1 (0,4)	7 (2,8)	75 (29,5)	81 (31,9)	90 (35,4)	254 (100,0)	
11. Eu pude escolher quem iria ajudar no meu cuidado pessoal (banho, lavar genitália, mamas e nádegas, e trocar de roupa).	5 (2,0)	7 (2,8)	46 (18,1)	98 (38,6)	98 (38,6)	254 (100,0)	
14. Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou o papagaio).	3 (1,2)	2 (0,8)	31 (12,2)	126 (49,6)	92 (36,2)	254 (100,0)	
22. Durante o banho, eu pude decidir por lavar sozinho minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas).	2 (0,8)	1 (0,4)	14 (5,5)	118 (46,5)	119 (46,9)	254 (100,0)	

O item 13 apresentou a maior frequência na opção '5' (55,5%), seguido pelo item 7 (50,8%) e pelos itens 4 (48%), 22 (46,9%) e 8 (35,4%), constatando-se que a segunda maior frequência nesses itens se encontra na alternativa '4'. Os itens que tiveram a frequência mais elevada na alternativa '4' foram o 9 (53,9%), 5 (51,2%), 14 (49,6%), 19 (46,9%), 17 (42,1%) e 3 (37%), verificando-se que também apresentaram frequências altas na opção '5', exceto os itens 3 e 17, que tiveram a segunda maior frequência na alternativa '3' (indiferença).

O único item que teve a frequência mais alta na opção '3' foi o 12 (40,2%), embora as alternativas '2' (28,7%) e '1' (25,2%) também tenham tido frequência significativa nesse item. Outros itens tiveram assiduidade de resposta na alternativa '3', porém a frequência mais expressiva não foi nessa opção.

Constata-se na Tabela 21 que, entre os itens que compõem o domínio *dignidade e respeito* da ESPH-PF, o item 7 foi o único que excedeu 50% de frequência na opção '5' (50,8%), sendo que 39,8% dos pacientes indicaram a opção '4'. Isso revela a importância conferida por eles quando o profissional pede para outras pessoas saírem do quarto no momento de retirar suas roupas.

A necessidade do paciente de ter seu corpo preservado da visão de pessoas que não estão envolvidas diretamente com a assistência foi constatada em diversos estudos (SILVEIRA, 1997; BARLAS et al., 2001; WALSH; KOWANKO, 2002; SCOTT et al., 2003; PUPULIM; SAWADA, 2004, 2005a, 2005b).

Proteger o paciente do olhar desnecessário de outrem foi um dos aspectos mencionados, por pacientes e pela enfermagem, como indispensável para a manutenção da dignidade, vinculada ao respeito e à privacidade, ou seja, preservar o paciente da visão involuntária de outros em situações indignas é um meio de respeitar e manter sua dignidade (WALSH; KOWANKO, 2002).

Por conseguinte, o item 5 excedeu 50% de frequência na opção '4', com 51,2%

de satisfação e 37% de satisfação total, indicando que os pacientes preferem ter seu corpo protegido com roupa e lençol durante a internação. Mesmo ante a satisfação dos pacientes, concorda-se com Woogara (2005) ao recomendar aos profissionais, como forma de minimizar a sensação de falta de autonomia e privacidade, para dar o direito ao paciente de usar suas próprias roupas, exceto em casos específicos.

Não obstante, um estudo desenvolvido com pacientes internados em UTI observou que nem todos eles precisavam estar total ou parcialmente despidos, prática comum nessas unidades. A autora ainda verificou que a presença de equipamentos, aparelhos, drenos e sondas no corpo do paciente, além dos cuidados de enfermagem, não impediam, absolutamente, o uso de roupas (SILVEIRA, 1997). Se em UTI o uso de roupas não se constitui um empecilho, muito menos o será nas outras unidades de internação; entretanto é comum deparar-se com pacientes vestidos e cobertos inadequadamente.

Igualmente, 94 (37%) sujeitos ficam satisfeitos e 46 (18,1%) totalmente satisfeitos quando as partes do seu corpo que não precisam ficar descobertas para procedimento são protegidas pelo profissional (item 3), ainda que alguns tenham expressado indiferença (28%), talvez por considerarem a primazia do procedimento. Isso é reforçado pelos sujeitos no item 20, no qual 48,4% apontam insatisfação e 38,6% insatisfação total quando o profissional não protege seu corpo com lençol após o procedimento.

Walsh e Kowanko (2002) também evidenciaram ser importante, tanto para pacientes como para a enfermagem, cobrir as partes do corpo do paciente que não precisam ficar expostas no momento do banho no leito ou no desempenho de outro cuidado. O mesmo foi mencionado por outro grupo de pacientes ao afirmar que se sentem respeitados quando não têm seu corpo exposto mais do que o necessário para realização de procedimento (WIDÄNG; FRIDLUND, 2003).

Paralelamente, 57,5% dos pacientes apontaram insatisfação total e 34,6%

insatisfação no item 21, demonstrando o grande valor que atribuem ao esclarecimento e à necessidade de compreensão para a remoção das roupas e da manipulação corporal durante a internação. Silveira (1997) conferiu que 88% dos pacientes entrevistados em seu estudo, internados na UTI, não receberam informação sobre a necessidade de nudez, e os que receberam (12%) não foram bem informados ou não compreenderam a explicação. A autora alerta que a deficiência no esclarecimento pode acarretar confusão e distorção sobre a finalidade de uma determinada ação.

Meisenheimer (1982), citado por Leino-Kilpi et al. (2001), adverte que fornecer explicações para todos os procedimentos e não mexer nos objetos do paciente sem permissão são ações que mantêm o domínio dele sobre o seu espaço privado. Neste sentido, Price (2004) recomenda a comunicação efetiva e sensível como forma de transmitir respeito pela dignidade do paciente, porque aproveitar e oportunizar momentos de conversação demonstra interesse por suas preocupações, motivos de ansiedade, experiências, percepções e necessidades.

Na realidade, a prática de promover privacidade e dignidade aos pacientes é reconhecer que ele tem o direito de ser ouvido e ser compreendido, além do direito de ser valorizado, incluindo sua participação na tomada de decisão relacionada a seu cuidado (WHITEHEAD; WHEELER, 2008). No entanto, constatou-se em outro estudo que a maioria dos pacientes não tinha recebido informações sobre a realização de procedimento. As autoras também verificaram que a equipe os mantém alienados acerca da sua doença e dos procedimentos realizados em seu corpo, negando, assim, o seu direito à autonomia e mantendo-o passivo e submisso (SANTOS; BENERI; LUNARDI, 2005).

De certa forma, o mesmo se observa quando o profissional não pede permissão para retirar as roupas do paciente e tocar o seu corpo (item 18), visto que 50,4% dos sujeitos indicaram insatisfação total e 37,8% insatisfação com tal atitude. Infelizmente muitos profissionais ainda agem como se o corpo do paciente, por estar no hospital e sob seus

cuidados, fosse de seu domínio. A equipe costuma considerar a permissão para manipular o corpo do paciente hospitalizado legítima e quando os próprios se rebelam e reivindicam autonomia, em geral os profissionais lançam mão de mecanismos controladores e coercivos (FERREIRA; FIGUEIREDO, 1997). Reitera-se, contudo, que os pacientes são donos do seu próprio corpo e seu direito e sua autoridade sobre ele deveria ser reconhecido.

Na mesma vertente, Santos, Beneri e Lunardi (2005) alertam que os profissionais devem pedir consentimento ao paciente antes de qualquer intervenção em seu corpo, após constatarem na prática a falta de solicitação dessa autorização e de esclarecimentos sobre a atividade a ser realizada.

Na seqüência, no item 2 nota-se que 50% dos pacientes ficam totalmente insatisfeitos e 39,4% insatisfeitos quando a vestimenta do hospital possibilita a outras pessoas visualizarem partes do seu corpo. Woogara (2005) evidenciou em seu estudo que a maioria dos pacientes sentiu-se muito indignada e desumanizada nas roupas hospitalares porque suas costas e nádegas ficavam expostas, particularmente os idosos por não conseguirem fechá-las, tendo seios e genitais desnudos com freqüência, acarretando perda da dignidade.

Por outro lado, as indicações sobre a despreocupação do profissional com a nudez do paciente (item 6) não revelaram o grau de satisfação, visto que as freqüências são equilibradas entre as alternativas de resposta (Tabela 21). Talvez isso se deva ao fato de que o profissional nem sempre demonstra sua preocupação, por estar envolvido com as atividades assistenciais, ou porque muitas vezes o paciente não sabe interpretar as manifestações de apreensão do outro, ou ainda por entenderem que o profissional deve realmente se preocupar mais com o procedimento.

Esses achados comprovam que as atitudes de respeito, como solicitar seu consentimento, averiguar sua preferência e prover explicações, somadas às condutas voltadas à proteção e manutenção da privacidade do indivíduo, como resguardar seu corpo,

especialmente partes íntimas, são valorizadas pelos pacientes porque preservam sua dignidade e satisfazem sua necessidade por privacidade física. Em concordância, outro estudo identificou que o respeito à privacidade é um dos atributos de satisfação para clientes hospitalizados (MOURA; LUCE, 2004).

Entre os itens do domínio *intimidade e toque*, nenhum excedeu 50% de frequência na opção '5', no entanto 53,9% dos pacientes manifestaram satisfação e 36,6% satisfação total no item 9, evidenciando o quanto apreciam quando o profissional toma cuidado ao expor e manipular seu corpo para procedimento. Igualmente, outro grupo de pacientes referiu que a equipe protege sua privacidade ao não expor seu corpo para outras pessoas durante as atividades de cuidado e quando tomam cuidado durante sua higiene pessoal (SCOTT et al., 2003).

Destarte, apesar de considerarem o toque indispensável nas ações de cuidado, os pacientes esperam mais respeito e profissionalismo, principalmente quando se trata de zona corporal íntima (HEIKKINEN; WICKSTRÖM; LEINO-KILPI, 2006). É interessante pontuar que ao comparar a aplicação de dois métodos de banho no leito (*soft towel* e banho tradicional) quanto à satisfação de 200 pacientes australianos submetidos aos dois tipos de banho, surpreendentemente a privacidade não foi considerada como aspecto mais importante por grande parte dos pacientes. Alegaram que a enfermagem fez o possível para manter sua privacidade e que sabiam o que esperar com relação à privacidade no hospital, pois a maioria já estivera internada anteriormente. Não referiram diferenças no desempenho da enfermagem durante os dois tipos de banho quanto à habilidade para manter a privacidade (HANCOCK; BOWMAN; PRATER, 2000).

Desse modo, os resultados comprovam que apesar de esperarem uma certa transgressão da privacidade no ambiente hospitalar pela característica de atenção à saúde, quando o profissional conduz o cuidado de forma apropriada, os pacientes sentem-se respeitados, protegidos e atendidos quanto as suas necessidades por privacidade.

Por sua vez, a frequência elevada na opção '4' (46,9%) e na opção '5' (46,1%) do item 19 demonstra que os pacientes preferem ficar sozinhos para suas eliminações, como uma forma de não se expor, já que envolve genitália e nádegas, e por ser um ato de característica muito reservada. Afinal, é difícil alguém ficar descontraído, relaxado e à vontade para evacuar ou urinar na presença de outros.

A satisfação (42,1%) dos pacientes por não ter seu corpo descoberto após o uso de urinol (item 17) ratifica essa preferência, mesmo que alguns sejam indiferentes (22%). Em outro estudo sobre a privacidade no hospital realizado na Suíça, um grupo de pacientes do sexo feminino também apontou a necessidade de usar o urinol em particular (BÄCK; WICKBLAD, 1998).

Observa-se na prática assistencial que a impossibilidade de ir ao banheiro e ter que fazer uso de urinol ou comadre no leito, além de desagradável é desconfortável para a grande maioria dos pacientes. A posição a ser adotada durante o uso de ambos quase sempre é incômoda, ainda mais com a probabilidade de ter partes do seu corpo expostas e vistas por outras pessoas.

Não obstante, a maioria dos pacientes é indiferente (40,2%) ao sexo do profissional para a remoção das roupas e manuseio do corpo para a realização de procedimento (item 12), provavelmente por priorizar o atendimento, embora alguns fiquem insatisfeitos (28,7%) e outros totalmente insatisfeitos (25,2%) se forem do sexo diferente ao seu.

Pupulim (2003) identificou junto a enfermeiras de UTI que a diferença de sexo entre cuidador e pacientes pode ser um fator complicador para a manutenção da privacidade durante a realização da assistência, pois desencadeia constrangimento tanto no profissional como no paciente. Em concordância, mulheres suíças hospitalizadas relataram que o aspecto mais importante para a privacidade no hospital é ser cuidado por elemento da equipe de enfermagem do mesmo sexo que o seu (BÄCK; WICKBLAD, 1998). Além desse, diversos estudos constataram que em geral os pacientes preferem profissional de sexo igual ao seu (WILLIAMS,

2001; WALSH; KOWANKO, 2003; LEINO-KILPI et al., 2002; CHUR-HANSEN, 2002).

Já quando o profissional retira as roupas e manipula o corpo do paciente na presença de outras pessoas (item 1), prevaleceu a insatisfação total (71,7%) e a insatisfação (22%) nos pacientes, comprovando que preferem reserva e cuidado nessa circunstância. Isso evidencia que eventos envolvendo partes íntimas preocupam mais os pacientes, principalmente quando ocorre o toque corporal e na presença de outros. Com certeza tal apreensão resulta dos dogmas religiosos, culturais e familiares, os quais preconizam como censurável e imperdoável a nudez pública, sem contar o pudor individual (SILVEIRA; GUALDA; SOBRAL, 2003).

Com relação ao domínio *espaço pessoal e territorial*, o item que ultrapassou 50% de frequência na opção '5' foi o item 13 (55,5%), demonstrando que vários pacientes ficam muito satisfeitos e outros satisfeitos (36,6%) quando o leito é protegido com algum artefato enquanto estão desnudos.

Um grupo de pacientes internado em outra região do Brasil também advertiu para o uso de biombos durante a troca de roupas e para procedimento técnico em região íntima, indicando que a não-utilização desencadeia sentimento de invasão de seu espaço pessoal (GASPARINO; GUIRARDELLO, 2006). Não obstante, cabe asseverar que alguns estudos comprovaram que o uso de cortinas ente os leitos pode ser satisfatório para a proteção da privacidade visual quando completamente abaixadas ou fechadas em torno do leito, porém ainda assim pode gerar apreensão no paciente porque não propicia privacidade auditiva adequada (BARLAS et al., 2001; OLSEN; SABIN, 2002; MALCOLM, 2005).

Observou-se que parturientes inglesas, internadas em enfermarias com leitos rodeados por cortinas, empregavam estratégias de fechamento daquelas (completo ou parcial), por não se sentirem seguras quanto à privacidade visual, como meio de sinalizar às companheiras de quarto e aos profissionais o desejo por maior ou menor privacidade, especificamente quando

não queriam ser vistas desempenhando algo inadequado (BURDEN, 1998).

Do mesmo modo, 48% dos sujeitos manifestaram satisfação total e 42,9% satisfação pelo fato da porta do quarto ser mantida fechada quando estão desnudos para algum procedimento (item 4), principalmente ao implicar região corporal íntima. Certamente, em ambas as situações a satisfação decorre das condutas que os preserva da visão de outras pessoas.

Essa necessidade de preservação é reforçada pela frequência de repostas no item 10 (Tabela 21), em que 63,8% dos pacientes apontou insatisfação total, excedendo 50% na opção '1', e 28,7% insatisfação. Esse resultado comprova que os sujeitos não gostam de interferência enquanto estão no banheiro, já que se trata de uma atividade estritamente íntima, o que fica mais evidente ao se observar as respostas no item 15. Nesse caso, 42,5% dos pacientes apontaram que ficam totalmente insatisfeitos e 41,7% insatisfeitos quando alguém entra no quarto ou no banheiro sem antes bater na porta.

Esses resultados corroboram com o estudo de Widäng e Fridlund (2003), no qual os pacientes referiram a questão do profissional bater na porta do quarto antes de entrar como um fato relevante para sua dignidade e integridade porque se sentem respeitados. Enfermeiros e pacientes suecos mencionaram que bater na porta do quarto do paciente antes de entrar é um meio de manter e respeitar a privacidade no hospital (BÄCK; WICKBLAD, 1998). Em concordância, Leino-Kilpi et al. (2001) apontam que segundo Bauer (1994), bater à porta do paciente tem sido visto como símbolo de apoio a sua privacidade.

Destarte, apesar da evidente inquietação sobre mostrar seus corpos para outras pessoas, vários pacientes são indiferentes (37,4%) à condição de dividir o quarto com outros pacientes (item 16), já que isso predispõe mais à exposição, e há aqueles que ficariam insatisfeitos (38,6%) e totalmente insatisfeitos (19,7%) caso isso não possa ser evitado. Deduz-se que a incidência de indiferença se deve ao fato de que muitos não podem optar pelo tipo de acomodação, em virtude do plano de saúde ou internamento pelo SUS, aceitando as

condições impostas pelo sistema.

Stillman (1978) já alertou há muito tempo que pacientes em enfermarias estão sujeitos não só à invasão pela equipe, mas pelos companheiros de quarto, e que muitas vezes tentar propiciar privacidade fechando a porta ou cortinas entre eles pode ser desaprovado ou interpretado como comportamento excêntrico. Assim, além do risco de invasão, os pacientes ainda podem tornar-se antipáticos por reivindicar privacidade.

Por outro lado, tal convivência pode ser positiva se os indivíduos envolvidos souberem “gerir as diferenças de maneira a acomodar os diversos elementos e valores” (BELLATO; CARVALHO, 2002, p. 155), ou seja, já que internar em quarto individual nem sempre é a opção disponível, então é necessário adequar-se à situação.

Infere-se, a partir desses resultados, que os pacientes apreciam muito as condutas dos profissionais que os resguardam nas situações que podem possibilitar aos demais contemplar o corpo deles, dentro do que ele considera seu espaço pessoal e/ou territorial, e advertem que a intromissão no banheiro ou no quarto não é bem-vista (Tabela 21), principalmente quando estão despidos.

No domínio *autonomia*, nenhum item igualou ou superou 50% de frequência. O mais próximo foi o item 14, com 49,6% de constância na alternativa ‘4’ e com 36,2% na opção ‘5’, cujo teor elucida a satisfação do paciente por poder cuidar-se sozinho, especialmente para o asseio pessoal. O item 22 confirma a pretensão por realizar o próprio cuidado, uma vez que 46,9% dos pacientes sentem-se totalmente satisfeitos e 46,5% ficam satisfeitos quando podem tomar essa decisão. Com certeza isso se deve ao fato de que as duas circunstâncias descritas envolvem genitália, nádegas e mamas.

Outro estudo levantou junto aos pacientes que os próprios tiveram menos oportunidade para tomar decisões quanto a sua higiene pessoal, a sua função intestinal e urinária, bem como nas intervenções de cuidado e tratamento, do que com respeito à

alimentação e alívio da dor (SCOTT et al., 2003). Em outras palavras, nos quesitos respectivos à privacidade os pacientes foram pouco envolvidos na tomada de decisões.

Ressalta-se que o profissional deve estar ciente e ser sensível à invasão nos limites da esfera pessoal do paciente, cujo âmbito difere de pessoa para pessoa, e que oportunizar a ele delegar certas atividades e decisões contribuem para a autodeterminação e para a integridade, tanto física como emocional (RANDERS; MATIASSEN, 2004).

Como se observa, poder determinar quem o ajudaria em seu cuidado pessoal (item 11) provocou muita satisfação em grande parte dos pacientes, visto que as alternativas '4' e '5' apresentaram, igualmente, 38,6% de frequência. Com relação a poder escolher profissional do mesmo sexo que o seu (item 8), grande parte dos sujeitos apontou que ficam completamente satisfeitos (35,4%) e outros manifestaram satisfação (31,9%) quando isso é possível, ainda que alguns tenham expressado indiferença (29,5%) quanto ao sexo do cuidador.

Destaca-se que alguns elementos da equipe de enfermagem também vêm como difícil e embaraçoso cuidar de paciente do sexo oposto, sobretudo quando envolve o toque e o manuseio de órgãos genitais, percebendo-se que nesses casos a interação profissional-paciente extrapola a relação de intimidade tanto física quanto emocional (WILLIMAS, 2001). Alguns pacientes apontaram a necessidade de se ter um equilíbrio entre seus desejos e as necessidades dos cuidadores, envolvendo-os na tomada de decisões no sentido de como ele pode participar ativamente sem perder sua independência e dignidade (WIDÄNG; FRIDLUND, 2003).

O que os pacientes querem dizer é que o profissional poderia dar a ele a chance de aceitar ou não aquele cuidador, particularmente quando é de sexo distinto ao seu. Por isso concorda-se com Woogara (2005) quando recomenda aos profissionais propiciar a opção de escolha, demonstrando consideração, interesse, sensibilidade e respeito pelos direitos e preferências de privacidade do paciente.

Esses dados indicam que ter um certo poder para deliberar sobre o que acontece

durante a assistência confere ao paciente controle sobre si próprio, aspecto esse importante para resgatar sua autoconfiança e manter sua individualidade, e conseqüentemente, satisfazer seu anseio por privacidade. Os mesmos resultados são confirmados na Tabela 22, em que se apresentam a média e o desvio padrão das respostas dos sujeitos ($n = 254$) na ESPH-PF. A maior média está presente no item 13 (4,42), com 0,82 de desvio padrão, e a menor média corresponde ao item 1 (1,38), com desvio padrão de 0,72.

Constata-se que doze itens apresentaram uma média de respostas superior a 3,00, com desvio padrão variando entre 0,68 e 1,19, e que os demais tiveram média inferior a 2,99, com desvio padrão entre 0,72 e 1,27. Vale salientar que todos os itens que apresentaram média inferior a 3,00 são itens redigidos de forma negativa, porém não foram considerados invertidos, e desse modo geraram insatisfação na maioria dos pacientes.

Assim sendo, esses resultados demonstram o grau de satisfação dos 254 sujeitos com sua privacidade física no hospital. Em outras palavras, os pacientes avaliaram satisfatoriamente, ou não, as situações apresentadas, sobretudo as que discorrem acerca das condutas dos profissionais para preservá-los da exposição corporal durante a hospitalização, demonstrando, assim, suas pretensões com relação à manutenção da privacidade física.

Em síntese, a aplicação da ESPH-PF elucida, implicitamente, a necessidade por privacidade dos pacientes em relação à nudez parcial ou total e toque corporal durante a assistência, em especial quando envolve área íntima do corpo. Portanto, conclui-se que essa escala permite avaliar o nível de satisfação do paciente com sua privacidade física referente à exposição e à manipulação corporal no período de internação, tendo em vista que o sentimento de satisfação implica ter seu desejo contemplado.

Tabela 22 - Média e desvio-padrão das respostas dos pacientes (n=254) nos itens da ESPH-PF. Maringá-PR, 2007-2008

<i>ITENS da ESPH-PF</i>	<i>Escore mínimo e máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
<i>Dignidade e respeito</i>			
2. Outras pessoas podem ver partes do meu corpo porque a roupa do hospital (avental, pijama, camisola) às vezes se abre, é muito grande ou não cobre completamente o meu corpo.	1 - 5	1,63	0,73
3. Profissional cobriu as partes do meu corpo que não precisavam ficar descobertas para a realização de procedimento.	1 - 5	3,49	1,11
5. Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação.	1 - 5	4,19	0,80
6. Profissional se preocupou mais com a realização do procedimento do que com a minha nudez.	1 - 5	2,76	1,27
7. Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	1 - 5	4,36	0,82
18. Profissional não pediu licença para tirar minha roupa e manipular meu corpo.	1 - 5	1,69	0,89
20. Profissional não cobriu meu corpo com lençol após realização de procedimento.	1 - 5	1,83	0,91
21. Não foi explicado para mim o motivo para retirar minha roupa e manipular meu corpo durante a internação.	1 - 5	1,57	0,84
<i>Intimidade e toque</i>			
1. Profissional tirou minha roupa e manipulou meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), na frente de outras pessoas.	1 - 5	1,38	0,72
9. Profissional teve cuidado ao tirar minha roupa e manipular meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), para a realização de procedimento.	1 - 5	4,24	0,71
12. Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento.	1 - 5	2,29	0,95
17. Profissional retirou urinol (comadre ou papagaio) sem descobrir meu corpo.	1 - 5	3,31	1,19
19. Profissional se afastou para me deixar à vontade durante as eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro.	1 - 5	4,35	0,78
<i>Espaço pessoal e territorial</i>			
4. A porta do quarto foi mantida fechada enquanto eu estava descoberto para a realização de procedimento ou higiene pessoal (banho no leito, lavar genitália).	1 - 5	4,33	0,83
10. A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa).	1 - 5	1,49	0,79
13. Profissional protegeu minha cama com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa.	1 - 5	4,42	0,82
15. Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar.	1 - 5	1,79	0,87
16. A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque dividido quarto com outros pacientes.	1 - 5	2,28	0,86
<i>Autonomia</i>			
8. Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	1 - 5	4,00	0,89
11. Eu pude escolher quem iria ajudar no meu cuidado pessoal (banho, lavar genitália, mamas e nádegas, e trocar de roupa).	1 - 5	4,10	0,92
14. Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou o papagaio).	1 - 5	4,19	0,77
22. Durante o banho, eu pude decidir por lavar sozinho minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas).	1 - 5	4,38	0,68

6.4. ANÁLISE DE VARIÂNCIA DA APLICAÇÃO DA ESPH-PF COM OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES (n = 254)

Os resultados obtidos pela comparação das médias entre os distintos grupos, considerando as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda familiar, com valor de $p < 0,05$ procedente do teste ANOVA, estão presentes na Tabela 23. Não foram observadas diferenças significativas relacionadas à cor da pele e à religião dos sujeitos.

Com relação ao sexo, constata-se diferença entre as médias dos dois grupos no item 8 – Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento –, pertencente ao domínio *autonomia*, e no item 12 – Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento –, do domínio *intimidade e toque*, ambos estatisticamente significantes ($p = 0,000$).

Esse resultado demonstra que os homens ficam menos satisfeitos do que as mulheres quando profissional do sexo oposto ao seu remove sua roupa e manipula seu corpo. Certamente isso se dá pelo fato de que para as mulheres tal situação não é comum porque a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino e, portanto, do mesmo sexo. No entanto, as mulheres ficam mais satisfeitas que os homens quando têm a oportunidade de escolher profissional do próprio sexo perante a necessidade de exposição e manuseio corporal.

Os dados apontam a tendência dos sujeitos em preferir cuidador do mesmo sexo que o seu, indicando um certo grau de insatisfação quando o sexo do profissional é diferente ao do paciente e que isso pode comprometer sua privacidade física no ambiente hospitalar, ainda mais quando implica partes íntimas, visto que os dois únicos itens que abordam essa questão apresentaram diferenças significativas.

Um estudo com pacientes idosos, evidenciou a preferência por cuidador do mesmo sexo, especialmente no momento da higiene pessoal, por considerarem a experiência embaraçosa e como violação da integridade e da privacidade (RANDERS; MATIASSEN,

2000). Williams (2001) também verificou que a diferença de sexo pode ser difícil e constrangedora mediante contato íntimo.

Tabela 23 - Média, desvio-padrão e significância da aplicação da ESPH-PF com os dados sociodemográficos dos pacientes (n = 254). Maringá-PR, 2007-2008

<i>ESPH-PF</i>	<i>Variável sociodemográfica</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>P value*</i>
Item 8	Sexo	Masculino	98	3,65	0,85	0,000
		Feminino	156	4,21	0,86	
Item 12	Sexo	Masculino	98	2,55	0,90	0,000
		Feminino	156	2,12	0,95	
Item 13	Faixa etária	18 a 29 anos	99	4,41	0,69	0,038
		30 a 39 anos	71	4,52	0,77	
		40 a 49 anos	35	4,57	0,78	
		50 a 59 anos	28	3,96	1,26	
		60 a 69 anos	15	4,53	0,64	
		70 anos ou mais	6	4,17	1,17	
Item 7	Estado civil	Casado	127	4,35	0,85	0,024
		Morando junto	55	4,45	0,69	
		Solteiro	46	4,39	0,65	
		Separado	11	4,55	0,52	
		Divorciado	8	3,38	1,77	
		Viúvo	7	4,43	0,79	
Item 12	Estado civil	Casado	127	2,13	0,99	0,002
		Morando junto	55	2,27	0,80	
		Solteiro	46	2,70	0,84	
		Separado	11	2,73	1,01	
		Divorciado	8	1,63	0,52	
		Viúvo	7	2,57	1,27	
Item 14	Estado civil	Casado	127	4,27	0,79	0,019
		Morando junto	55	4,13	0,64	
		Solteiro	46	4,17	0,68	
		Separado	11	3,64	0,67	
		Divorciado	8	3,75	1,39	
		Viúvo	7	4,71	0,49	
Item 14	Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	66	3,95	0,90	0,017
		Ens. Fund. Completo	37	4,43	0,60	
		Ens. Médio Incompleto	36	4,17	0,65	
		Ens. Médio Completo	68	4,16	0,78	
		Ens. Superior Incompleto	19	4,21	0,71	
		Ens. Superior Completo	17	4,59	0,62	
		Pós-graduação	11	4,36	0,50	
Item 16	Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	66	2,50	0,83	0,003
		Ens. Fund. Completo	37	2,38	0,89	
		Ens. Médio Incompleto	36	2,19	0,95	
		Ens. Médio Completo	68	2,21	0,78	
		Ens. Superior Incompleto	19	2,42	0,84	
		Ens. Superior Completo	17	2,12	0,86	
		Pós-graduação	11	1,36	0,67	
Item 16	Renda familiar	Até 500 reais	66	2,35	0,81	0,037
		500 a 1000 reais	57	2,47	0,95	
		1000 a 1500 reais	78	2,23	0,75	
		1500 a 2000 reais	15	2,13	1,06	
		2000 a 2500 reais	16	2,38	1,02	

	Acima de 2500 reais	22	1,77	0,75
* <i>P</i> value < 0,05				

Vários autores concluíram que entre os pacientes prevalece a preferência por profissional de sexo igual ao seu como forma de preservar sua intimidade, principalmente quando o cuidado ou procedimento envolve região íntima do corpo (BÄCK; WICKBLAD, 1998; WALSH; KOWANKO, 2002; LEINO-KILPI et al., 2002; CHUR-HANSEN, 2002; PUPULIM, 2003).

Na seqüência, o único item relativo à faixa etária que teve significância ($p = 0,038$) foi o item 13 – Profissional protegeu minha cama com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa –, do domínio *espaço pessoal e territorial*. Os resultados mostram que o grupo com idade entre 50 e 59 anos ($M = 3,96$; $DP = 1,26$) atribuiu menos satisfação a essa conduta, ou seja, conferiram menor importância, o que não significa que não preferiram que sua cama seja protegida quando estão despidos.

Mesmo que alguns estudos demonstrem que a proteção do leito com cortinas, em ambiente compartilhado, seja quase sempre satisfatória (BARLAS et al., 2001; OLSEN; SABIN, 2003), muitos pacientes questionam a segurança proporcionada, pois alegam terem visto outros pacientes inapropriadamente e que poderiam ter seu corpo visto por alguém (KARRO; DENT; FARISH, 2005). Todavia, é evidente que quanto melhor e mais completa for a proteção do leito, mais confiante o paciente ficará quanto a sua preservação física do olhar de outros.

Por sua vez, ao comparar as médias relacionadas ao estado civil, o grupo de divorciados apresentou diferença entre as médias ($M = 3,38$; $DP = 1,77$), com significância estatística entre os grupos ($p = 0,024$), no item 7 – Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento –, pertencente ao domínio *dignidade e respeito*. Esses dados indicam que os divorciados sentem menos satisfação com esse comportamento do que os demais grupos, contudo não comprovam que desconsideram sua importância para a manutenção da privacidade.

Do mesmo modo, pacientes idosos declararam não gostar do constante tráfego de outras pessoas, em especial quando estavam sendo expostos, porém não relataram objeção à entrada da equipe de saúde na enfermaria, já que para eles estavam executando seu trabalho (EDWARDS, 1998). Apesar de não se referirem ao estado civil dos pacientes, esses dados ratificam os resultados encontrados neste estudo, ou melhor, que os pacientes não aprovam a presença de estranhos a não ser aqueles que estão participando do cuidado.

Ao mesmo tempo, o grupo de divorciados apresentou média diferente ($M = 1,63$; $DP = 0,52$), e estatisticamente significativa ($p = 0,002$), no item 12 – Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento –, do domínio *intimidade e toque*, demonstrando que ficam mais insatisfeitos do que os outros grupos, os quais também indicaram insatisfação quando o cuidador não é do seu próprio sexo. Essa evidência corrobora com os resultados de vários estudos, citados anteriormente, nos quais se verificou a primazia por cuidador do próprio sexo, ainda mais para atividades assistenciais envolvendo contato íntimo (genitália, nádegas, mamas).

Ainda o grupo de divorciados ($M = 3,75$; $DP = 1,39$), assim como o de separados ($M = 3,64$; $DP = 0,67$), apresentou diferença entre as médias no item 14 – Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou papagaio) –, com significância estatística ($p = 0,019$). Esses resultados apontam que as pessoas que já tiveram cônjuge ou companheiro se importam menos com sua independência, no que diz respeito à privacidade física para o asseio pessoal, do que os demais grupos.

Isso pode parecer contraditório, já que preferem profissional do seu próprio sexo e que outras pessoas saiam do quarto; entretanto, os dados não indicam insatisfação e sim um pouco menos de satisfação, apontando menos relevância ao fato, mas ainda indicando que gostariam que assim o fosse.

O mesmo acontece nesse item com os sujeitos com ensino fundamental incompleto ($M = 3,95$; $DP = 0,90$), o qual apresenta diferença estatística significativa ($p = 0,017$) em comparação com os sujeitos das outras categorias de escolaridade. Talvez isso ocorra porque a maioria permaneceu em quarto coletivo e por julgar que o fato de internar pelo SUS não lhes dá o direito de pleitear alguma reivindicação pessoal. Além disso, as pessoas com grau de instrução inferior tendem a ser mais tímidas e menos contestadoras por desconhecer seus direitos, agradecendo, em geral, o que lhes é proporcionado, com ingênua submissão.

Em contrapartida, os sujeitos com pós-graduação tiveram média diferente ($M = 1,36$; $DP = 0,67$) no item 16 – A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque divido quarto com outros pacientes –, englobado no domínio *espaço pessoal e territorial*, no qual também se constatou significância estatística ($p = 0,003$). Provavelmente esse nível elevado de insatisfação decorre do fato de que a maioria dentre esses pacientes não gostaria de compartilhar enfermaria, haja vista que grande parte permaneceu em quarto individual durante a internação ou dividiu o quarto apenas com outro paciente. Isso mostra que quanto maior o grau de instrução, mais exigente é o paciente e maior a possibilidade de optar por acomodação própria, conforme sua preferência, sem ter que dividir com os demais.

Essa assertiva é confirmada pela diferença entre as médias com relação à renda familiar, em que novamente o item 16 apresenta diferença estatística significativa ($p = 0,037$). Os sujeitos com renda superior a 2.500 reais apontaram mais insatisfação ($M = 1,77$; $DP = 0,75$) do que os demais, indicando que o poder aquisitivo propicia a obtenção de um plano de saúde, ou outro meio, que os favorece quanto ao tipo de acomodação (individual ou duplo), o que, por conseguinte, minimiza o risco de ter seu corpo desnudo contemplado por outros.

É interessante mencionar que outros pacientes, em contexto cultural diferente, não sentiram que sua integridade foi violada por ter a porta da enfermaria mantida sempre aberta, ou pela entrada dos cuidadores sem bater, contudo declararam sentir violação quando tiveram

que compartilhar quarto com uma ou mais pessoas (RANDERS; MATIASSEN, 2000).

6.5. ANÁLISE DE VARIÂNCIA DA APLICAÇÃO DA ESPH-PF COM OS DADOS DOS PACIENTES (n = 254) REFERENTES AO PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO

Os resultados obtidos pela comparação das médias entre os distintos grupos, considerando as variáveis como número de internações, tempo da internação atual, nível de dependência e tipo de acomodação, com valor de $p < 0,05$ procedente do teste ANOVA, constam na Tabela 24. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com relação ao hospital onde estavam internados, ao tempo da internação atual e quanto ao motivo da hospitalização.

Ao comparar as médias relacionadas ao número de internações, verifica-se que no item 5 – Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação –, do domínio *dignidade e respeito* e que teve diferença estatística significativa ($p = 0,019$), o grupo de pacientes que internou entre 1 e 3 vezes apresentou uma média de 1,24 e desvio padrão de 0,73. Isso demonstra que esses pacientes ficam muito insatisfeitos com o tipo de proteção corporal propiciada no período de internação, ao contrário dos que internaram 4 vezes ou mais, cujas médias indicam satisfação. Supõe-se que a insatisfação decorra da pouca experiência com internações e que os demais, por terem vivenciado mais o hospital, não se incomodem tanto ou porque tragam roupas próprias. É possível inclusive que esses pacientes não tenham sido contemplados com a vestimenta descrita no item ou as considerou inadequada quanto ao tamanho e/ou proteção corporal.

Ainda com referência ao número de internações, o grupo de pacientes com 4 a 6 internações apresentou média diferente ($M = 4,08$; $DP = 0,88$) no item 19 – Profissional se afastou para me deixar à vontade durante as eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro –, pertencente ao domínio *intimidade e toque* e com significância estatística ($p =$

0,010), indicando que sentem menos satisfação com tal conduta, mas não evidenciando insatisfação. Provavelmente porque houve descuido dos profissionais em algum momento, não percebendo a necessidade e preferência dos pacientes por isolamento.

Tabela 24 - Média, desvio-padrão e significância da aplicação da ESPH-PF com os dados referentes ao período de hospitalização dos 254 pacientes. Maringá-PR, 2007-2008

<i>ESPH-PF</i>	<i>Variável referente à hospitalização</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>P value*</i>
Item 5	Número de internações	1 a 3 vezes	181	1,24	0,73	0,019
		4 a 6 vezes	50	4,26	0,80	
		7 a 10 vezes	18	3,67	1,24	
		Acima de 11 vezes	5	3,80	1,10	
Item 19	Número de internações	1 a 3 vezes	181	4,39	0,70	0,010
		4 a 6 vezes	50	4,08	0,88	
		7 a 10 vezes	18	4,61	0,50	
		Acima de 11 vezes	5	4,80	0,45	
Item 10	Nível de dependência	Baixo	171	1,40	0,62	0,046
		Médio	74	1,68	1,06	
		Alto	9	1,56	1,01	
Item 15	Nível de dependência	Baixo	171	1,69	0,76	0,007
		Médio	74	2,05	1,05	
		Alto	9	1,56	0,73	
Item 22	Nível de dependência	Baixo	171	4,45	0,66	0,024
		Médio	74	4,20	0,70	
		Alto	9	4,56	0,73	
Item 14	Tipo de acomodação	Quarto individual	30	4,43	0,90	0,035
		Quarto duplo	98	4,19	0,77	
		Quarto triplo	65	4,20	0,67	
		Quarto quádruplo	54	4,13	0,67	
		Corredor P. Atendimento	7	3,43	1,27	
Item 16	Tipo de acomodação	Quarto individual	30	1,87	0,86	0,037
		Quarto duplo	98	2,27	0,89	
		Quarto triplo	65	2,40	0,72	
		Quarto quádruplo	54	2,33	0,95	
		Corredor P. Atendimento	7	2,71	0,49	
Item 19	Tipo de acomodação	Quarto individual	30	4,80	0,41	0,010
		Quarto duplo	98	4,28	0,78	
		Quarto triplo	65	4,32	0,69	
		Quarto quádruplo	54	4,30	0,82	
		Corredor P. Atendimento	7	4,14	0,38	

* *P value* < 0,05

Observando-se as médias relativas ao nível de dependência, constata-se que os pacientes pouco-dependentes ficam mais insatisfeitos (M = 1,40; DP = 0,62) com a situação

descrita no item 10 – A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa). No item 15 – Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar –, os pacientes médio-dependentes apresentaram média diferente ($M = 2,05; 1,05$), indicando que o seu grau de insatisfação é um pouco menor, todavia também demonstrando que o fato os incomoda.

Um estudo realizado com 15 pacientes dependentes na Noruega constatou que para eles a dependência foi um incômodo quando vivenciaram baixa-estima e perda da privacidade devido ao modo de se comportar do profissional de enfermagem. A baixa-estima resultou da situação de dependência, por precisar de ajuda, sendo uma desvantagem porque restringe sua autonomia e compromete sua privacidade (ELLFSEN, 2002). Certamente, à medida que se eleva o grau de dependência aumentam as chances do paciente de ter sua privacidade transgredida e menor é a possibilidade de controlar o acesso de outras pessoas.

Isso fica ainda mais nítido ao se observarem as diferenças nos itens 10 e 15, os quais revelam contrariedade quando alguém invade o seu *espaço pessoal e territorial*, domínio a que pertencem, porque em ambos os itens a maior parte das médias foi inferior a 2,0, indicando insatisfação, e que apresentaram significância estatística ($p = 0,046$ e $p = 0,007$ respectivamente).

De acordo com o estudo de Schopp et al. (2003), a percepção de privacidade do paciente está associada ao grau de independência dos cuidados. Os autores concluíram que os pacientes mais dependentes perceberam menos se sua privacidade foi respeitada do que os mais independentes, os quais perceberam que sua privacidade raramente foi respeitada. No mesmo sentido, pacientes idosos americanos participantes de um estudo sobre percepção de cuidado formal e informal no lar ou em instituição de saúde, assinalaram que intimidade e nudez configuram ameaça, e que pedir e receber ajuda nas atividades diárias significa não só a perda da independência como também invasão da privacidade (ROE et al., 2001).

É admissível que essas situações emanem tal sentimento, porque nesses locais as pessoas exercem, em sua maioria, atividades de caráter particular, estritamente reservado, como trocar de roupa, higiene pessoal e eliminações, entre outras, o que as leva a considerá-los como território exclusivo, mesmo que temporariamente.

A necessidade por reserva, de restringir o acesso de outras pessoas em momentos como esses também fica evidente na diferença estatística significativa ($p = 0,024$) do item 22 – Durante o banho eu pude decidir por lavar sozinho minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas) –, do domínio *autonomia*. Os pacientes em média dependência ($M = 4,20$; $DP = 0,70$) manifestaram menos satisfação nessa circunstância. Sabe-se que para os pacientes médio-dependentes isso muitas vezes é viável, contudo nem sempre lhes é dada a oportunidade de decidir. Na verdade, eles advertem que além de querer privacidade, requerem certa independência para deliberar e fazer por si mesmo em determinadas circunstâncias, sobretudo nas que se exige exhibir e tocar área corporal tão particular.

É interessante descrever que, ao investigar como o paciente hospitalizado percebe seus direitos e deveres, verificou-se que a maioria dos entrevistados os desconhece, porém se interessam por obter informações a respeito. Ao mesmo tempo, esses pacientes revelaram que se sentem oprimidos pela equipe de saúde, particularmente pela enfermagem, a qual exerce uma relação de poder. Na acepção deles, o foco dos profissionais é a doença e seu tratamento, ao passo que sua integridade física (unindo corpo e espírito) é desconsiderada. Em vista disso, muitas vezes se submetem às regras do hospital e à convivência com pessoas estranhas, tendo sua privacidade afetada. Logo, Veloso e Spíndola (2005) alertam para a crescente necessidade dentro do hospital de se respeitar a autodeterminação do paciente, uma vez que o próprio deve ser capaz de escolher e decidir.

Concomitantemente, outro estudo também realizado para compreender a percepção de pacientes hospitalizados sobre o respeito aos seus direitos no atendimento de

saúde recebido, constatou que desconhecem seus direitos e que o saber dos profissionais lhes permite acessar o corpo do paciente irrestritamente, manipulando-o e invadindo-o, reprimindo qualquer possibilidade de questionamento sobre o que será realizado (SANTOS; BENERI; LUNARDI, 2005). Apesar de muitos ignorarem seus direitos, bem como seus deveres, quando têm oportunidade manifestam como gostariam que a assistência fosse conduzida, como é o caso dos resultados encontrados neste estudo.

Não se constatou diferença significativa entre as médias dos outros grupos, o que indica que os pacientes pouco dependentes provavelmente sentem-se mais satisfeitos por não precisarem tanto de atenção e cuidados, ao contrário dos pacientes altamente dependentes, os quais, assume-se, apontaram satisfação justamente por demandarem auxílio e supervisão dos profissionais ou familiares, recebendo a maioria dos cuidados no próprio leito. Na verdade, os pacientes mais dependentes requerem maior zelo da equipe, principalmente da enfermagem, no sentido de preservá-los dos riscos a que estão sujeitos, pela debilidade decorrente da enfermidade, o que predispõe tanto à intromissão em sua privacidade como a incidentes e complicações.

Quanto ao tipo de acomodação, evidenciou-se diferença nas médias referentes ao item 14 – Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar, banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou o papagaio) –, item 16 – A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque divido quarto com outros pacientes –, e ao item 19 – Profissional se afastou para me deixar à vontade durante as eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro –, os quais apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos ($p = 0,035$; $p = 0,037$ e $p = 0,010$ respectivamente).

No item 14 (domínio *autonomia*), o valor médio de satisfação dos pacientes acomodados no corredor do pronto atendimento foi 3,43 (DP = 1,27), e no item 19 (domínio *intimidade e toque*) foi 4,14 (DP = 0,38), sendo ambas as médias mais baixas, ao contrário dos pacientes internados em quartos individuais, cujos valores médios foram os mais altos

nesses itens. Com certeza isso se deve ao fato de que os pacientes no corredor não contam com um local privado nem para descansar, menos ainda para outros cuidados, o que eleva o risco de exposição, pois a circulação de pessoas é constante nessas áreas do hospital. Conseqüentemente isso dificulta a assistência e prejudica a independência e privacidade do paciente. Já é tarefa difícil para a equipe, sobretudo para a enfermagem, manter e proteger a privacidade física dos pacientes, porém nessa condição é praticamente impossível.

Por outro lado, surpreende a média dos pacientes que permaneceram no corredor ($M = 2,71$; $DP = 0,49$) no item 16 (domínio *espaço pessoal e territorial*). É plausível que tenham apontado um pouco menos de insatisfação nesse item porque, na situação em que se encontram, compartilhar quarto é muito melhor, mais cômodo e agradável do que ficar no corredor, indicando que é preferível ter seu corpo contemplado por poucos ao invés de inúmeras pessoas, pois o risco de exposição corporal diminui consideravelmente na enfermaria. Já no caso dos pacientes em quarto individual, menor média nesse mesmo item ($M = 1,87$; $DP = 0,86$), seguramente o descontentamento emerge porque para eles o risco aumenta em quarto coletivo.

Pode-se observar pelas diferentes médias nesses três itens (Tabela 24) que os pacientes mantidos no corredor do hospital demonstram o anseio e preferência por quarto, coletivo ou não, ao passo que os pacientes em quarto individual reforçam isso como prioridade para sua privacidade. Portanto, pode-se deduzir que à medida que aumenta o número de pessoas diminuem as chances de preservar o paciente da exposição corporal e de proteger sua privacidade física.

No estudo de Woogara (2005) sobre privacidade e direitos dos pacientes, a maioria deles aceita o fato de que não há privacidade em enfermaria, não questiona e ainda argumentam que o custo seria muito alto para cada paciente ter um quarto individual. Na verdade, grande parte deles prioriza suas necessidades e aceitam ter pouca privacidade por considerar o cuidado mais importante do que sua privacidade, submetendo-se, assim, à

situação e à ação dos profissionais.

Outra investigação sobre privacidade, em um departamento de emergência, concluiu que tanto a privacidade auditiva quanto a visual dos pacientes são mais prejudicadas nos cômodos cortinados do que nos quartos com paredes, e que os pacientes sentem-se mais confortáveis e seguros naqueles com paredes (OLSEN; SABIN, 2003). Em estudo similar, os pacientes relataram significativamente menos privacidade nas áreas cortinadas (BARLAS et al., 2001). Portanto, é crível que os pacientes prefiram permanecer em quartos ao invés do corredor do hospital, lembrando que estavam no serviço de emergência, e se possível, quanto menos companheiros na enfermaria, melhor.

Não obstante, é interessante acrescentar que pacientes chineses idosos internados em asilos apontaram que a planta física e a disposição do banheiro em relação ao quarto, no caso deles, favorecia a exposição corporal porque estavam em quarto compartilhado (LAW; LEE; CHAN, 2006). Do mesmo modo, outro grupo de pacientes e alguns profissionais reclamaram da arquitetura e *layout* de consultórios, os quais permitiam a visão e a audição do que acontecia no seu interior pelos que estavam na sala de espera (HEIKKINEM; WICKSTRÖM; LEINO-KILPI, 2006). Sabe-se que essa realidade não é diferente de muitos outros lugares, advertindo-se, portanto, que o desenho espacial das enfermarias pode ser um fator complicador para a manutenção da privacidade no hospital.

Constatou-se ainda que dentre 260 pacientes internados em enfermarias na Inglaterra, 127 manifestaram preferência por cômodo individual, todavia não lhes foi dada a chance de escolha. Jolley (2005) pontua que há fortes evidências de que tal manifestação está relacionada ao espaço físico ocupado pelos leitos.

É interessante realçar que novamente as médias dos itens redigidos de maneira desfavorável (10, 12, 15 e 16) foram as menores (Tabelas 23 e 24) em comparação com os itens com conotação favorável (5, 7, 8, 13, 14, 19 e 22), o que demonstra a insatisfação, em maior ou

menor proporção, dos pacientes com as situações descritas.

7. CONCLUSÕES

A construção do instrumento de medida da satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física referente à exposição e manipulação corporal durante a assistência, objetivo central deste estudo metodológico, efetivou-se à medida que foram contemplados os objetivos secundários definidos para o seu desenvolvimento.

A trajetória percorrida para construir essa escala, denominada **Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física – ESPH-PF**, norteou-se nas diretrizes preconizadas pela literatura científica específica sobre instrumentos de avaliação.

A partir do alcance dos objetivos propostos e dos resultados obtidos pode-se concluir que o instrumento construído é válido e pode ser aplicado, considerando que:

- descreveu-se a percepção dos pacientes hospitalizados, participantes do estudo, sobre a privacidade em geral e sobre a privacidade física atinente à exposição e à manipulação corporal durante a assistência no hospital, fundamentando-se no referencial teórico e na literatura pertinente;
- essa percepção contribuiu para a definição e delimitação do construto privacidade, mais especificamente a dimensão física da privacidade, além de fornecer subsídios para a determinação dos domínios (*dignidade e respeito, intimidade e toque, espaço pessoal e territorial, e autonomia*) e para a elaboração dos itens correspondentes a cada domínio do instrumento construído (ESPH-PF);
- a composição final da ESPH-PF englobou 22 itens, elaborados conforme os critérios propostos por Pasquali (1998), os quais foram distribuídos nos quatro domínios definidos, a saber: *dignidade e respeito* (8 itens), *intimidade e toque* (5 itens), *espaço pessoal e*

territorial (5 itens) e *autonomia* (4 itens), após a validação de conteúdo por meio da análise de aparência e conteúdo realizada por um grupo de juízes e pré-teste junto à população-alvo;

- obteve-se, para a consistência interna do instrumento, um alfa de Cronbach de 0,68 e para os domínios o valor de alfa variou entre 0,35 e 0,60, o que confere uma confiabilidade aceitável à ESPH-PF;
- a análise fatorial extraiu seis componentes principais com autovalor superior a um e que explicam 57,6% da variância total, optando-se por manter os fatores (domínios) preestabelecidos na ESPH-PF, visto que os primeiros quatro componentes respondem por 47,47% da variância explicada;
- para a validade convergente de construto empregou-se a correlação produto-momento de Pearson ($p < 0,01$) e obteve-se correlação significativa entre os itens do domínio *espaço pessoal e territorial* da ESPH-PF e os itens das sub-escalas invasão do espaço territorial e do espaço pessoal da EMS-FIETEP (SAWADA, 1995). Além disso, os coeficientes de correlação de Pearson entre os escores totais de cada item e os escores totais da ESPH-PF ($p < 0,01$) também confirmaram o elevado poder de discriminação de todos os itens do instrumento;
- a aplicação do teste *t* de *student* para dois grupos-critério de sujeitos (extremo superior e inferior) verificou a validade discriminante do construto, e constatou-se diferença estatística significativa ($p < 0,05$) somente em relação ao nível de escolaridade, ao passo que as demais variáveis não apresentaram significância e, portanto, não influenciaram as repostas dos sujeitos na ESPH-PF.

Assim sendo, a análise psicométrica do instrumento construído (ESPH-PF) demonstra que essa escala pode ser aplicada para medir a satisfação do paciente com sua privacidade física, especialmente ante a exposição e a manipulação do corpo durante a

assistência no contexto hospitalar.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a importância de se investigar a percepção de privacidade do paciente, mesmo se tratando de um grupo restrito e em um dado contexto, por não ter se encontrado estudo similar realizado no Brasil. Todavia, a exposição e o manuseio do corpo do paciente é prática cotidiana e necessária nos serviços de atenção à saúde, e admite-se que tal condição compromete sua privacidade física. Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos com esse enfoque, incluindo outros pacientes e em outras regiões brasileiras, no sentido de comparar os resultados daqueles com os deste estudo.

O coeficiente de alfa de Cronbach de 0,68 confere uma confiabilidade substancial porque está muito próximo do índice recomendado por Pasquali (2003), e também por se tratar de um estudo inicial, pois o processo de construção e validação de um instrumento de medida dificilmente se concluirá em apenas um percurso investigativo.

Avaliando as possíveis razões para esse coeficiente, ponderou-se que talvez a redação de alguns itens possam ter influenciado os resultados, propondo-se, então, para um segundo momento, uma revisão e readequação com a finalidade de melhorar a consistência interna do instrumento. De acordo com Pasquali (2003), outra forma de aprimorar a confiabilidade seria aumentar o número de sujeitos e/ou o número de itens do instrumento, cuja sugestão também se pretende implementar em estudo seqüencial.

Os quatro domínios predeterminados da ESPH-PF foram mantidos e o mesmo se decidiu quanto aos itens, mantendo-os nos domínios originais, após analisar o agrupamento dos próprios em cada fator e respectivas cargas fatoriais, cuja covariância indica que todos estão contribuindo no construto do instrumento. Em complementação, o referencial teórico e o estudo preliminar sobre a percepção de privacidade, bem como a revisão da literatura

pertinente, respaldaram essa decisão.

A validação do construto, ratificada pela validade convergente e discriminante, confirmou o elevado poder de discriminação de todos os itens do instrumento, o que também confere confiabilidade ao instrumento.

Os resultados obtidos com a aplicação da EMS-FIETEP e da ESPH-PF junto a essa população ($n = 254$), nessa realidade geográfica e contexto sociocultural, não podem ser generalizados a todas as pessoas que vivenciam a hospitalização. Sugere-se, por conseguinte, a realização de outros estudos com pacientes diferentes e em diversos contextos, inclusive confrontando com os resultados deste trabalho.

Não obstante, esses resultados comprovam a importância de se conhecer o nível de satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física, haja vista que o grau de satisfação, ou insatisfação, revela, implicitamente, as preferências e as necessidades dele por privacidade, especialmente com respeito à exposição e ao manuseio corporal. Ao mesmo tempo, o estado de satisfação dos pacientes reflete, ainda que indiretamente, o desempenho dos profissionais de saúde respectivo à proteção e à manutenção da privacidade física no hospital.

A avaliação do nível de satisfação do paciente com sua privacidade física pode ser encarada como um indicador, dentre outros, da qualidade da assistência dispensada pela equipe de saúde, não só no hospital como em outros serviços de atendimento à saúde.

Por fim, o processo de construção e validação desse instrumento demanda estudos posteriores, considerando as limitações desta pesquisa e a complexidade do tema focalizado, a fim de aprimorar a escala e melhorar sua confiabilidade. O desenvolvimento de um instrumento para mensurar fenômenos subjetivos, abstratos, não pode e nem deve se esgotar em um único trabalho investigativo, principalmente por ser a primeira tentativa visando à privacidade física no contexto brasileiro e por ser especificamente direcionada à exposição e à manipulação corporal do paciente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXIS, A. Body searches and the right to privacy. **Journal of Psychosocial Nursing**, v. 24, n. 11, p. 21-5, 1986.
- ALLEKIAN, C.I. Intrusions of territory and personal space. **Nurs. Research**, v.22, n.3, p. 236-41, 1973.
- ALLRED, C.A. et al. A measure of perceived environmental uncertainty in hospitals. **West J. Nurs. Res.**, v. 16, n. 2, p. 169-182, 1994.
- ALTMAN, I. **The environmet and social behavior**: privacy, personal space, territory, crowding. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1975.
- _____. Privacy: a conceptual analysis. **Environment & Behavior**, v. 8, p. 7-29, 1976.
- _____. Privacy regulation: culturally universal or culturally specific? **Journal of Social Issues**, v. 33, n. 8, p. 66-84, 1977.
- ANASTASI, A. Evolving concepts of test validation. **Annual Review of Psychology**, v. 37, p. 1-15, 1986.
- _____; URBINA, S. **Psychological testing**. 7 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1997.
- _____; _____. **Testagem psicológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- APPLEGATE, M.; MORSE, J.M. Personal privacy and interactional patterns in a nursing home. **Journal of Aging Studies**, v. 8, n. 4, p. 413-34, 1994.
- ARDREY, R. **The territorial imperative**. New York: Atheneum Publishers, 1966.
- _____. **The social contract**. London: Collins, 1970.
- ARTES, R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. **Rev. Psiq. Clínica**, Ed. Internet, Ed. Especial, v. 25, n. 5, p. 223-8, set./out., 1998.
- BÄCK, E.; WIKBLAD, K. Privacy in hospital. **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, p. 940-45, 1998.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2000.
- BARLAS, D.; SAMA, A.E.; WARD, M.F.; LESSER, M.L. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment áreas with curtains versus those with solid walls. **Annals of Emergency Medicine**, v. 38, n. 2, p.135-39, aug., 2001.
- BARRON, A. The right to personal space. **Nurs. Times**, v. 86, n. 27, p. 28-31, 1990.
- BELLATO, R. **A vivência da hospitalização pela pessoa doente**. Ribeirão Preto, 2001, 210p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

_____; CARVALHO, E.C. O compartilhar espaço/tempo entre pessoas doentes hospitalizadas. **Rev. Latin-am. Enfermagem**, V. 10, N. 2, P. 151-6, MAR./ABR., 2002.

BIRRELL, J.; THOMAS, D.; JONES, C.A. Promoting privacy and dignity for older patients in hospital. **Nursing Standard**, v. 20, n. 18, p. 41-6, jan., 2006.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. p. 5-6.

BURDEN, B. Privacy or help? The use of curtain positioning strategies within the maternity ward environment as a means of achieving and maintaining privacy, or as a form of signalling to peers and professionals in an attempt to seek information or support. **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, p. 15-23, 1998.

CATARINO, J.; CASSIANO, J.; SILVA, R.C. O respeito como princípio moral básico e principal princípio em enfermagem. **Nursing**, n. 99, ano 9, p. 21-4, abr., 1996.

CHUR-HANSEN, A. Preferences for female and male nurses: the role of age, gender and previous experience – year 2000 compared with 1984. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n. 2, p. 192-98, 2002.

CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. Disponível em: www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm. Acesso em 12/03/2007.

CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. [on line] Disponível em: www.mj.gov.br/DPDC/servicos/legislacao/cdc.htm. Acesso em 23/03/2007.

CÓDIGO DO CONSUMIDOR E O EXERCÍCIO DA MEDICINA. [on line] Disponível em: www.pbnet.com.br/openline/gvfranca/artigo_8.htm. Acesso em 23/03/2007.

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. Disponível em: www.edutec.net/Leis/Gerais/cpb.htm. Acesso em 12/03/2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (RJ). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro: Cofen, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CPF. Resolução CPF N. 002/2003 [on line] Disponível em: <http://www.pol.org.br/>. Acesso em: 04 de junho de 2008.

CRONBACH, L.J. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1996.

CURTIN, L. Privacy: belonging to one's self. **Nurs. Management**, v. 23, n. 4, p.7-8, 1992.

DAVIDHIZAR, R.; GIGER, J.N. When touch is not the best approach. **Journal of Clinical Nursing**, v. 6, p. 203-06, 1997.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: www.unhchr.ch/udhr/lang/por.pdf. Acesso em 12/03/2007.

DOWLING, M. The sociology of intimacy in the nurse-patient relationship. **Nursing Standard**, v. 20, n. 23, p. 48-54, february, 2006.

EDWARDS, S.C. An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. **Journal of Advanced Nursing**, v. 28, n. 4, p. 809-17, 1998.

ELLEFSSEN, B. Dependency as disadvantage – patients' experiences. *Scand. J. Caring Sci.*, v.16, p. 157-64, 2002.

ERVIN, N.E.; DAWKINS, C.E. Agency and research team co-operation: na exploration of human territoriality. **Journal of Advanced Nursing**, 1996, v. 23, p. 728-32, 1996.

FERREIRA, M.A.; FIGUEIREDO, N.M.A. Os mecanismos disciplinadores do hospital. Escola Ana Néri, **Rev. de Enfermagem**, ano I, n. I, p. 103-16, set., 1997.

FIGUEIREDO, N.M.A. O sentido dos sentidos do corpo da enfermeira no ato de cuidar: o que é e o que não é subjetivo nesta ação: representações de enfermeiros. **R. Enferm. UERJ**, v. 3, n.1, p. 3-9, mai., 1995.

_____. MACHADO, W.C.A. A nudez do cliente: o (des) equilíbrio no cuidado de enfermagem. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 143 – 52, dez. 1996.

_____.; TYRRELL, M.A.R.; CARVALHO, V.; LEITE, J.L. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trnas e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Rev. Latin-am. Enfermagem**, v. 12, n. 6, p.905-12, nov./dez., 2004.

FLECK, M.P.A.; BOURDEL, M.C. Método de simulação e escolha de fatores na análise dos principais componentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 267-72, 1998.

FRANÇA, G.V. Código de Ética Médica. In: _____. **Direito Médico**. 6ª ed. São Paulo: Fundação BYK, 1994. p. 492-506.

GALA, M.F.; TELLES, S.C.R.; SILVA, M.J.P. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 1, p. 52-61, 2003.

GALLAGER, A. Dignity and respect for dignity – two key health professional values: implications for nursing practice. **Nursing Ethics**, v. 11, n. 4, p. 587-99, 2004.

GASPARINO, R.C.; GUIRARDELLO, E.B. Sentimento de invasão do espaço territorial e pessoal do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n.5, p. 652-5, set./out., 2006.

GAUDERER, E.C. **Os direitos do paciente**: cidadania na saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. p. 302 – 06.

GLENN, S.; JOWLNALLY, S. Privacidade: um conceito chave em enfermagem. **Nursing**, Lisboa, v. 8, n. 94, p. 35 – 8, nov., 1995.

GOLDIN, J.R.; FRANCISCONI, C.F. Atuação profissional e privacidade. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/privapoi.htm>, acessado em 10/03/2007.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Focus on Qualitative Methods: Selection and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing & Health**, v. 20, p. 269-74, 1997.

GUDORF, C.E. Corpo, *self* e identidade sexual: reflexões baseadas nas evidências atuais. **Revista de Estudos da Religião**, n. 3, p. 118-55, 2005. Disponível em: www.pucsp.br/rever/rv3_2005/p_gudorf.pdf, acessado em 15/09/2007.

HADDOCK, J. Towards further clarification of the concept 'dignity'. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, p.924-31, 1996.

HALL, E.T. **A dimensão oculta**. Lisboa: Relógio D'água, 1986.

HAMBLETON, R.K.; ZAAL, J.N. **Advances in educational and psychological testing: theory and applications**. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers, 1991.

_____; SWAMINATHAN, H; ROGERS, J. **Fundamentals of item response theory**. Beverly Hills, CA: SAGE, 1991.

HANCOCK, I.; BOWMAN, A.; PRATER, D. 'The day of the soft towel?': comparison of the current bed-bathing method with the soft towel bed-bathing method. **International Journal of Nursing Practice**, v. 6, p. 207-13, 2000.

HARTE, A. Privacy and identity in a changing world. **Australasian Psychiatry**, v. 12, n. 1, march, 2004.

HAYTER, J. Territoriality as a universal need. **Journal of Advanced Nursing**, v.6, p.79-85, 1981.

HEIKKINEN, A.; WICKSTRÖM, G.; LEINO-KILPI, H. Understanding privacy in occupational health services. **Nursing Ethics**, v. 13, n. 5, p.515-30, 2006.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): E.P.U./EDUSP, 1979.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. **Pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JACELON, C.S.; CONELLY, T.W.; BROWN, R.; PROULX, K.; VO, T. A concept analysis of dignity for older adults. **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 1, p. 76-83, 2004.

JOLLEY, S. Single rooms and patient choice. **Nursing Standard**, v.20, n. 9, p. 41-8, 2005.

KADNER, K. Therapeutic intimacy in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, p. 215-18, 1994.

KARRO, J.; DENT, A.W.; FARISH, S. Patient perceptions of privacy infringements in the emergency department. **Emergency Medicine Australasia**, v. 17, p. 117-23, 2005.

KELVIN, P. A social-psychological examination of privacy. **British Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 12, p. 248-96, 1973.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1998. 725p.

KRUSE, M.H.L. Anatomia: a ordem do corpo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n.1, p. 79-84, jan./fev., 2004.

LAMBROCINI, L.M.; POLAK, Y.N.S. Corporeidade no cenário da clínica ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 55-69, julho, 2000.

LEINO-KILPI, H.; VÄLIMÄKI, M.; DASSEN, T.; GASULL, M.; LEMONIDOU, C.; SCOTT, A.; ARNDT, M. Privacy: a review of the literature. **International Journal of**

Nursing Studies, v. 38, p. 663-71, 2001.

_____.; VÄLIMÄKI, M.; DASSEN, T.; GASULL, M.; LEMONIDOU, C.; SCOTT, A.; ARNDT, M.; KALJONEN, A. Maintaining privacy on post-natal wards: a study in five European countries. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n. 2, p. 145-54, 2002.

LEINO-KILPI, H.; VÄLIMÄKI, M.; DASSEN, T.; GASULL, M.; LEMONIDOU, C.; SCHOPP, A.; SCOTT, A.; ARNDT, M.; KALJONEN, A. Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five European countries: general overview. **Nursing Ethics**, v. 10, n. 1, p. 18-27, 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOW, L.P.L.; LEE, D.T.F.; CHAN, A.W.Y. An exploratory study of Chinese older people's perceptions of privacy in residential care homes. **Journal of Advanced Nursing**, v. 57, n. 6, p. 605-13, 2007.

MAIRIS, E. Concept clarification in professional practice – dignity. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, p. 947-53, 1994.

MALCOLM, H.A. Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. **Nursing Ethics**, v. 12, n. 2, p. 156-66, 2005.

MARGARETA, A. Respect for the patient's integrity and self-determination – na ethical imperative called upon in the Swedish Health and Medical care act. **Medicine and Law**, v. 15, p. 189-93, 1996.

MARGULIS, S.T. Conceptions of privacy: current status and next steps. **Journal of Social Issues**, v. 33, n. 3, p. 5-21, 1977.

_____. Privacy as a social issue and behavioral concept. **Journal of Social Issues**, v. 59, n. 2, p. 243-61, 2003.

MARR, H.; PIRIE, M. Protecting Privacy. **Nursing Times March 28**, London: MacMillan Journals, v. 86, n. 13, p. 58-9, 1990.

MATTOS, G. **Dicionário júnior da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 1996. 559 p.

McPARLAND, J.; SCOTT, P.A.; ARNDT, M.; DASSEN, T.; GASULL, M.; LEMONIDOU, C.; VALIMAKI, M.; LEINO-KILPI, H. Autonomy and clinical practice 2: patient privacy and nursing practice. **British Journal of Nursing**, v. 9, n. 9, p. 566-69, 2000.

MICHAELIS: Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998. 2259 p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001.

MORENO, M.B.; KLIJN, T.P. Violência hospitalaria em pacientes. **Ciência y Enfermería**, v. IX, n. 1, p. 9-14, 2003.

MOURA, G.M.S.S.; LUCE, F.B. Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 4, p. 434-40, jul./ago., 2004.

MUSSI, F.C. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 113-22, jun, 1999.

NAKATANI, A.Y.K.; SOUZA, A.C.S.; GOMES, I.V.; SOUSA, M.M. O banho no leito em Unidade de Terapia Intensiva: uma visão de quem recebe. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 13-21, jan./abr., 2004.

NEWELL, P.B. A systems model of privacy. **Journal of Environmental Psychology**, v. 14, p. 65-78, 1994.

_____. Perspectives on privacy. **Journal of Environmental Psychology**, v. 15, p. 87-104, 1995.

_____. A cross-cultural comparison of privacy definitions and functions: a systems approach. **Journal of Environmental Psychology**, v. 18, p. 357-71, 1998.

NISSENBAUM, H. Privacy as contextual integrity. In. **Forthcoming: Washington Law Review**. Washington, 2004.

OGASAWARA, M. **Banho no leito**: uma contribuição ao enfermeiro baseada na percepção do paciente/cliente. Ribeirão Preto, 1989, 109p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, A.M.L.; GUIARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 71-7, 2006.

OLSEN, D.P.; DIXON, J.K.; GREY, M.; DESHEFY-LONGHI, T.; DEMAREST, J.C. Privacy concerns of patients and nurse practitioners in primary care – na APRNet Study. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 17, n. 12, p. 527-34, dec., 2005.

OLSEN, J.C.; SABIN, B.R. Emergency department patient perceptions of privacy and confidentiality. **The Journal of Emergency Medicine**, v.25, n. 3, p. 329-333, 2003.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciência do comportamento**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida/Instituto de Psicologia/UnB: INEP, 1996.

_____. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: UnB/INEP, 1997.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clín.**, v.25, n. 5, Ed. Especial, p. 206-13, 1998.

_____. **Instrumentos Psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.

_____. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

PASTORE, K. Uma jornada no inferno. **Veja**, São Paulo, v. 28, n. 19, p. 72 – 9, maio, 1995.

PEDERSEN, M.D. Psychological functions of privacy. **J. Environment Psychol.**, v.17, p. 147-56, 1997.

_____. Model for types of privacy by privacy functions. **J. Environment Psychol.**, v. 19,

p. 397-405, 1999.

PERLINI, N.M.O.G.; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 2, p. 154-63, 2005.

POLAK, Y.N.S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1997.

_____. A desmecanização do corpo. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 28-31, janeiro/junho, 1998.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PUPULIM, J.S.L. **A exposição corporal do cliente na assistência em Unidade de Terapia Intensiva**: incidentes críticos relatados por enfermeiras. 2003. 151f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

_____.; SAWADA, N.O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, mai./jun., p. 433-8, 2002a.

_____.; SAWADA, N.O. Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002b, São Paulo. Anais eletrônicos... Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100045&Ing=pt&nrm=abn. Acesso em: 04 mar. 2004.

_____.; SAWADA, N.O. Implicações da exposição corporal do cliente na Unidade de Terapia Intensiva durante a visita da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 55-64, jan./abr., 2004.

_____.; SAWADA, N.O. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 388-396, maio-junho, 2005a.

_____.; SAWADA, N.O. Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em Unidade de Terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 5, p. 580-585, set.-out., 2005b.

PRICE, B. Demonstrating respect for patient dignity. **Nursing Standard**, v. 19, n. 12, p. 45-51, dec., 2004.

RANDERS, I.; MATIASSEN, A-C. The experiences of elderly people in geriatric care with special reference to integrity. **Nursing Ethics**, v.7, n.6, p. 503-19, 2000.

_____.; _____. Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. **Journal of Advanced Nursing**, v. 45, n. 1, p. 63-71, 2004.

RAWNSLEY, M.M. The concept of privacy. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 2, n. 2, p.25-31, 1980.

RHODES, L.; MILES, G.; PEARSON, A. Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: a systematic review. **International**

Journal of Nursing Practice, v. 12, p. 178-92, 2006.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e Análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **ALEA**, v.7, n.2, p. 305-22, jun./dez., 2005.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

ROE, B.; WHATTAM, M.; YOUNG, H.; DIMOND, M. Elders' perceptions of formal and informal care: aspects of getting and receiving help for their activities of daily living. **Journal of Clinical Nursing**, v.10, p. 398-405, 2001.

SANTOS, L.R.; BENERI, R.L.; LUNARDI, V.L. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (dê) respeito aos direitos do cliente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 26, n. 3, p. 403-13, dez., 2005.

SAWADA, N.O. **O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal**. Ribeirão Preto, 1995. 196p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

_____, N.O.; MENDES, I. A. C.; DELA COLETA, J. A. **Medicine and Law**, v. 15, p. 261-70, 1996.

SCHOPP, A.; LEINO-KILPI, H.; VÄLIMÄKI, M.; DASSEN, T.; GASULL, M.; LEMONIDOU, C.; SCOTT, A.; ARNDT, M.; KALJONEN, A. Perceptions of privacy in the care elderly people in five european countries. **Nursing Ethics**, v. 10, n. 1, p. 39-47, 2003.

SCOTT, P. A.; TAYLOR, A.; VÄLIMÄKI, M.; LEINO-KILP, H.; DASSEN, T.; GASULL, M.; LEMONIDOU, C.; ARNDT, M. Autonomy, privacy and informed consent 4: surgical perspective. **British Journal of Nursing**, v. 12, n. 5, p. 311-20, 2003.

SHIRATORI, K.; FIGUEIREDO, N.M.A.; PORTO, F.; SILVA, C.S.I.; TEIXEIRA, M.S. O sentido de ser humano: uma base reflexiva para o cuidado de enfermagem. **R. Enferm. UERJ**, v. 11, p.212-6, 2003.

SILVEIRA, M.F.A. Estar despido na UTI: duas percepções, um encontro. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 449 – 59, dez., 1997.

_____.; GUALDA, D.M.R.; SOBRAL, V.R.S. Body and nursing: a delicate relationship. Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN – ISSN 1676-4285), v. 2, n. 3, dec., 2003. Disponível em : www.uff.br/nepae/objn203silveiragualdasobral.htm Acesso em: 26/02/2007.

STILLMAN, M.J. Territoriality and personal sapce. **American Journal of Nursing**, v. 79, n. 10, p. 1670-72, 1978.

TABAK, N.; OZON, M. The influence of nurses' attitudes, subjective norms and perceived behavioral controlo on maintaining patients' privacy in a hospital setting. **Nursing Ethics**, v. 11, n. 4, p. 366-77, 2004.

TAYLOR, G.J.; BAGBY, R.M.; PARKER, J.D.A. The 20-item Toronto Alexithymia Scale IV. Reability and factorial validity in different languages and cultures. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 55, p. 277-283, 2003.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VACAREZZA, R.Y. De los derechos del paciente. **Rev. Méd. Chile**, v. 128, n. 12, p. 1380-

84, 2000.

VAN DE VIJVER, F.; HAMBLETON, R.K. Translating tests: some practical guidelines. **European Psychologist**, v.1, n. 2, p. 89-99, june, 1996.

VELOSO, R.C.; SPÍNDOLA, T. A percepção do cliente hospitalizado acerca de seus direitos e deveres. **R. Enferm. UERJ**, v. 13, p. 38-43, 2005.

WAINWRIGHT, P. The observation of intimate aspects of care. In: Hunt,G., ed. **Ethical Issues in Nursing**. Rourlege, London, p. 38-54, 1995.

WALSH, K.; KOWANKO, I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, v. 8, p. 143-51, 2002.

WESTIN, A. **Privacy and freedom**. New York: Atheneum, 1970.

WIETHAEUPER, D.; BALBINOTTI, M.A.A.; PELISOLI, C.; BARBOSA, M.L.L. Estudos da consistência interna e fatorial confirmatório da Escala Toronto de Alexitimia-20 (ETA-20). **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 39, n. 2, p. 221-230, 2005.

WIDÄNG, I.; FRIDLUND, B. Self-respect, dinity and confidence: conceptions of integrity among male patients. **Journal of Advanced Nursing**, v.42, n.1, p.47-56, 2003.

WILLIAMS, A. A study of practising nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. **Journal of Advanced Nursing**, v. 35, n. 2, p. 188-96, 2001.

WOOGARA, J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. **Nursing Ethics**, v. 8, n. 3, p. 234-46, 2001.

_____.; Patients' privacy of the person and human rights. **Nursing Ethics**, v. 12, N.3, P. 273-87, 2005.

WHITEHEAD, J.; WHEELER, H. Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: a literature review. **British Journal of Nursing**, v. 17, n. 6, p. 381-5, 2008.

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

Escala de Medida do Sentimento Frente à Invasão do Território e Espaço Pessoal do Paciente Hospitalizado / EMS-FIETEP

INSTRUÇÕES

Este questionário visa obter informações sobre como as pessoas hospitalizadas se sentem com relação às várias situações que acontecem dentro do hospital envolvendo o pessoal de enfermagem, o pessoal da limpeza e a equipe médica.

Esclarecemos que as respostas são confidenciais e que seu nome será mantido em sigilo. Solicitamos sua participação e colaboração respondendo ao questionário, pois é de nosso interesse conhecer seu sentimento diante das diversas situações apresentadas.

Por favor, leia cada uma das situações descritas com atenção e assinale em cada item o número que melhor represente a sua reação ou expresse seu sentimento. Na escala existem 7 alternativas de resposta

1. Totalmente desagradável
2. Muito desagradável
3. Pouco desagradável
4. Igualmente agradável ou não
5. Pouco agradável
6. Muito agradável
7. Totalmente agradável.

+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
1	2	3	4	5	6	7

Então, assinale o número 7 caso se sinta ‘totalmente agradável’, o número 6 no caso de se sentir ‘muito agradável’, e assim sucessivamente, assinalando o número que realmente expressa como você se sente em cada situação apresentada no questionário. Por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta.

Considere também as seguintes definições:

Pessoal de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Pessoal da limpeza: responsável pela limpeza geral do hospital.

Equipe médica: médicos, médicos residentes e estudantes de medicina responsáveis pelo tratamento médico.

Desde já, agradecemos sua atenção e colaboração.

ANEXO C (cont.)**Sub-escala 1 – Invasão do Espaço Territorial**

1. Totalmente desagradável	5. Pouco agradável
2. Muito desagradável	6. Muito agradável
3. Pouco desagradável	7. Totalmente agradável.
4. Igualmente agradável ou não	

SITUAÇÃO	REAÇÃO						
1. A porta de seu quarto está fechada e um elemento do pessoal de enfermagem entra sem bater.	1	2	3	4	5	6	7
2. Quando você está sentado na cadeira, um elemento do pessoal da enfermagem senta-se sobre sua cama enquanto estão conversando.	1	2	3	4	5	6	7
3. O pessoal de enfermagem deixa a porta aberta quando sai de seu quarto.	1	2	3	4	5	6	7
4. O pessoal de enfermagem fala em voz alta enquanto trabalha em sua enfermaria.	1	2	3	4	5	6	7
5. A sua mesa de cabeceira foi mudada para uma posição que não pode ser facilmente alcançada por você.	1	2	3	4	5	6	7
6. O pessoal de enfermagem retira uma cadeira de seu quarto sem perguntar se você vai usá-la.	1	2	3	4	5	6	7
7. Um elemento do pessoal da enfermagem tropeça na cama em que você está deitado.	1	2	3	4	5	6	7
8. A janela de seu quarto é fechada ou aberta sem que perguntem a sua preferência.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sem pedir a sua permissão, o pessoal de enfermagem mexe em seus pertences pessoais na sua gaveta.	1	2	3	4	5	6	7
10. As persianas da janela de seu quarto são erguidas ou abaixadas sem que perguntem sua preferência.	1	2	3	4	5	6	7
11. O pessoal de enfermagem entra em seu quarto sem antes bater na porta.	1	2	3	4	5	6	7
12. O pessoal da limpeza arruma seus pertences pessoais na mesa de cabeceira sem perguntar como você gostaria que fossem arrumados.	1	2	3	4	5	6	7
13. O pessoal de enfermagem entra em seu quarto e começa a mudar sua cama de lugar enquanto você está deitado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Um elemento do pessoal da enfermagem fala em voz alta quando conversa com você.	1	2	3	4	5	6	7
15. No período de seu descanso o pessoal da limpeza liga a máquina de lavar o chão.	1	2	3	4	5	6	7
16. O pessoal da limpeza bate com o rodo no pé de sua cama enquanto você está deitado.	1	2	3	4	5	6	7
17. No período de seu descanso, o pessoal de enfermagem conversa alto no corredor.	1	2	3	4	5	6	7
18. O pessoal de enfermagem deixa a porta e as janelas do seu quarto abertas e o vento bate em seu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
19. Durante a noite, enquanto você dorme, o pessoal de enfermagem acende a luz do seu quarto para prestar cuidados ao paciente do lado.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO C (cont.)**Sub-escala 2 – Invasão do Espaço Pessoal**

1. Totalmente desagradável	5. Pouco agradável
2. Muito desagradável	6. Muito agradável
3. Pouco desagradável	7. Totalmente agradável.
4. Igualmente agradável ou não	

SITUAÇÃO	REAÇÃO						
1. Você encontra-se deitado na cama. Um elemento do pessoal da enfermagem inclina-se para acomodá-lo no leito e você sente a respiração dele (a) contra a sua face enquanto ele (a) fala.	1	2	3	4	5	6	7
2. Um elemento do pessoal da enfermagem fica próximo da cabeceira de sua cama quando está falando com você.	1	2	3	4	5	6	7
3. Você está sentado na cadeira. Um elemento do pessoal da enfermagem aproxima-se e coloca a mão sobre seu ombro enquanto conversam.	1	2	3	4	5	6	7
4. Um elemento da equipe médica senta-se próximo de sua cama enquanto conversa com você.	1	2	3	4	5	6	7
5. Um elemento do pessoal da enfermagem segura sua mão por alguns minutos após ter colocado o termômetro debaixo do seu braço.	1	2	3	4	5	6	7
6. Após fazer algumas perguntas à você, um elemento da equipe médica começa a examinar diferentes partes do seu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
7. O pessoal da enfermagem realiza um procedimento técnico de enfermagem numa área mais íntima do seu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
8. O elemento do pessoal de enfermagem segura sua mão enquanto conversa sobre quais atividades irá desenvolver com você, durante o dia.	1	2	3	4	5	6	7
9. Você está deitado na cama. Um elemento do pessoal da enfermagem inclina-se sobre você para arrumar a sua cama.	1	2	3	4	5	6	7
10. Um elemento da equipe médica segura as suas mãos enquanto você está falando sobre um problema.	1	2	3	4	5	6	7
11. Um elemento do pessoal da enfermagem segura as suas mãos enquanto você está falando sobre um problema.	1	2	3	4	5	6	7
12. O pessoal de enfermagem troca sua roupa sem colocar o biombo.	1	2	3	4	5	6	7
13. O pessoal de enfermagem realiza um procedimento técnico de enfermagem, numa região mais íntima, sem colocar o biombo.	1	2	3	4	5	6	7
14. A equipe médica reúne-se ao redor do seu leito e discute sobre a sua doença.	1	2	3	4	5	6	7

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **“PRIVACIDADE: percepção dos pacientes no contexto hospitalar”** com o objetivo de analisar como os pacientes, conscientes e orientados, percebem (entendem, vêem) como é a privacidade do doente dentro do hospital, durante a assistência no período de internação.

Para isso, gostaríamos de solicitar a sua colaboração e a sua participação no estudo, através de uma entrevista oral que será escrita pela entrevistadora com sua permissão, e lida no final do seu relato, para correções, complementações, esclarecimentos, confirmação das informações e sua autorização para o estudo. Os resultados da pesquisa serão usados para a elaboração de um trabalho científico e possível publicação, sendo que seu nome não será revelado, pois seu relato não será identificado com seu nome, e sim com um código.

Estamos disponíveis para tirar suas dúvidas e acrescentar informações quando você precisar. Você pode desistir de participar da pesquisa quando quiser e isto não lhe causará nenhum dano pessoal, no hospital ou no seu trabalho. Avisamos que você não será remunerado (pago) por participar da pesquisa e que também não terá nenhum prejuízo.

Sua ajuda será muito importante para o estudo e para que os profissionais de saúde pensem sobre a prática assistencial e sobre a privacidade do paciente no hospital. Agradecemos antecipadamente sua colaboração e nos colocamos à sua disposição para qualquer esclarecimento.

De acordo com a Resolução 196/96, que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos.

Atenciosamente,

Profª Ms. Jussara Simone Lenzi Pupulim
RG. 5953732-6
Fone: 3222-9354 / 9103-0533

Assinatura do entrevistado
RG.....

Maringá,...../...../2007.

Atenção: Em caso de dúvida ou esclarecimento, reclamação e/ou denúncia, procure a pesquisadora no endereço: Avenida Colombo, 5790. Departamento de Enfermagem – Bloco 01/Universidade Estadual de Maringá. CEP. 87020-900. Fone: 3261-4318 / 3261-4517 / 9103-0533

Pesquisadora responsável: Profª Ms. Jussara Simone Lenzi Pupulim, RG. 5953732-6

Ou entre em contato com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, no mesmo endereço, localizado no Bloco 10. Fone 3261-4444.

APÊNDICE B

Formulário de Entrevista

Idade:..... **Sexo:** () Masc. () Fem. **T.I.:**..... **Nº I.:**.....

M.I.:.....

Religião: () católica () protestante () outra

Raça: () branca () negra () amarela () mulata () outra

Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo () outro.....

Nível de escolaridade:.....

Renda familiar: () até 2 Sal. Mín. () 3 a 5 Sal. Mín. () 6 a 9 Sal. Mín. () acima de 10 Sal. Mín.

Grau de dependência: () baixo () médio () alto () total

1. O que é para o (a) senhor (a) privacidade dentro do hospital?

2. O que é para o (a) senhor (a) privacidade com relação à exposição e manipulação do seu corpo (a nudez parcial ou total e o toque) durante a assistência hospitalar?

APÊNDICE C

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física / ESPH-PF (1ª versão – análise dos juízes)

Instruções aos Juízes

Prezada colega

Estamos desenvolvendo um estudo em nível de Doutorado, no Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Intitulado “SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA PRIVACIDADE FÍSICA: construção e validação de um instrumento de medida”, este estudo tem por objetivo construir e validar um instrumento para avaliar o nível de satisfação do paciente hospitalizado com a sua privacidade física, especialmente a exposição e manipulação corporal durante a assistência.

Para tanto, solicitamos sua anuência em participar e sua preciosa colaboração no sentido de analisar os itens do instrumento, observando os seguintes aspectos:

- Clareza dos itens;
- Facilidade de leitura;
- Compreensão dos itens;
- Formato do instrumento e apresentação;
- Abrangência e representatividade do conteúdo para medir a satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física, em especial com relação à exposição e manipulação corporal.

Os domínios do construto privacidade física, em especial com relação à exposição e manipulação do corpo durante a assistência, identificados em estudo anterior junto à população alvo, constituem-se em *dignidade e respeito, intimidade e toque, espaço pessoal e territorial, e autonomia*. Por conseguinte, solicitamos a identificação dos itens relacionando-os com os respectivos domínios, considerando que

O construto **Privacidade física** refere-se ao direito do paciente hospitalizado de preservar seu corpo da exposição e manipulação por outrem e o direito de determinar o quanto está acessível fisicamente a alguém, sendo que o desrespeito a esse direito caracteriza invasão da privacidade.

E os domínios correspondentes ao construto

Dignidade e respeito referem-se à forma como o paciente é tratado pelos outros, considerando seu pudor, seus sentimentos e suas reações decorrentes da exposição e manipulação corporal, suas preferências conforme suas crenças e valores pessoais, à moralidade e ao respeito como indivíduo único, reconhecido e valorizado como ser humano e não como objeto.

Intimidade e toque referem-se à visão e ao contato corporal íntimo considerando o contexto hospitalar e os aspectos culturais individuais, bem como a necessidade do paciente de preservar seu corpo da contemplação de outros, sobretudo ante a exposição e manipulação de partes íntimas.

Espaço pessoal e territorial referem-se ao local e à área ocupados pelo corpo do paciente no ambiente do hospital, os quais podem comprometer a privacidade física do paciente quando compartilhados ou invadidos por outras pessoas, sobretudo na vigência da exposição e manipulação corporal durante a assistência.

Autonomia refere-se ao poder do paciente para ter controle sobre sua própria pessoa, sobre seu próprio corpo, e sobre a situação que envolve a exposição e manipulação corporal, como também de tomar suas próprias decisões.

Por favor, leia atentamente todos os itens do instrumento e preencha o formulário em anexo considerando as características anteriormente citadas, emitindo seu parecer, sugestões e observações. Solicitamos o retorno do instrumento no prazo de 30 dias, conforme sua disponibilidade. Agradecemos sua concordância em participar e reforçamos que sua colaboração é de suma importância para a continuidade deste estudo.

Desde já agradecemos sua atenção.

Profª Drª Namie Okino Sawada
Orientadora da Tese
COREn 36.936/SP

Profª Ms. Jussara Simone Lenzi Pupulim
Doutoranda
COREn 26.719/PR

APÊNDICE C (cont.)

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física / ESPH-PF (1ª versão – análise dos juízes)

Por favor, leia atentamente cada item e relacione com o domínio correspondente, assinalando conforme a seguinte codificação:

A – Dignidade e respeito
B – Intimidade e toque

C – Espaço pessoal e territorial
D - Autonomia

ITENS	Domínio	Compreensão e clareza	Pertinência conceitual	Formato e apresentação	Observações e Sugestões
1. Profissional despiu e manipulou meu corpo, ou partes dele, na presença de pessoas estranhas.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
2. Meu corpo, ou partes dele, ficou despido mais do que o tempo necessário para execução de procedimento.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
3. Profissional expôs e manipulou minhas partes íntimas na presença de pessoas estranhas.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
4. Fui despido na frente de pessoa do sexo oposto ao meu.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
5. A roupa do hospital não protege meu corpo da visão das outras pessoas.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
6. Profissional cobriu as partes do meu corpo que não precisavam ficar expostas para o procedimento.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
7. Profissional despiu e manipulou meu corpo, ou partes dele, na presença de familiares.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
8. Meu corpo ficou coberto com roupa e lençol.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
9. Profissional se preocupou mais com o procedimento do que com a minha nudez.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
10. Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou despir e manipular meu corpo.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
11. A porta do quarto foi aberta quando eu estava despido.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
12. Meu corpo ficou coberto somente com lençol.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	

APÊNDICE C (cont.)

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física / ESPH-PF (1ª versão – análise dos juízes)

A – Dignidade e respeito
B – Intimidade e toque

C – Espaço pessoal e territorial
D - Autonomia

ITENS	Domínio	Compreensão e clareza	Pertinência conceitual	Formato e apresentação	Observações e Sugestões
13. Não fui orientado sobre a necessidade de despir e manipular meu corpo.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
14. Profissional não fechou a porta do quarto quando despiu e manipulou meu corpo, ou partes dele, para realização de procedimento.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
15. Pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para despir e manipular meu corpo, ou partes dele, para execução de procedimento.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
16. A porta do quarto foi fechada quando precisei me despir.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
17. Profissional expôs e manipulou minhas partes íntimas na presença de familiares.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
18. Profissional não protegeu meu corpo, ou partes dele, da visão de outras pessoas.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
19. Profissional agiu com respeito ao expor e manipular minhas partes íntimas.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
20. A porta do banheiro foi aberta enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa).	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
21. Profissional despiu e manipulou meu corpo, ou partes dele, de maneira adequada.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
22. Profissional não bateu na porta do banheiro antes de entrar.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
23. Profissional agiu com respeito ao despir e manipular meu corpo.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
24. A exposição e manipulação do meu corpo sempre foi necessária.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
25. A porta do quarto foi aberta no momento da minha higiene pessoal.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	

APÊNDICE C (cont.)

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física / ESPH-PF (1ª versão – análise dos juízes)

A – Dignidade e respeito
B – Intimidade e toque

C – Espaço pessoal e territorial
D - Autonomia

ITENS	Domínio	Compreensão e clareza	Pertinência conceitual	Formato e apresentação	Observações e Sugestões
26. Eu pude escolher meu marido/esposa ou outro familiar para ajudar na minha higiene pessoal.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
27. Eu pude optar por ficar sozinho em um quarto.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
28. Eu vi outro paciente ser despido e manipulado de forma inadequada.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
29. O leito foi protegido com biombo ou cortina quando fui despido e manipulado para execução de procedimento.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
30. Eu pude decidir por lavar minhas partes íntimas sozinho.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
31. Profissional pediu permissão para despir e tocar meu corpo.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
32. A porta do quarto foi aberta quando minhas partes íntimas estavam expostas.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
33. Meu corpo, ou partes dele, foi despido e manipulado por profissional do sexo oposto ao meu.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
34. Profissional protegeu o leito de outro paciente com cortina ou biombo quando despiu e manipulou o corpo dele para execução de procedimento.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
35. Eu pude escolher por ir ao banheiro sozinho.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
36. A visão do meu corpo despido por outras pessoas acontece porque divido quarto com outros pacientes.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
37. Eu pude escolher meu marido/esposa ou outro familiar para me ajudar a trocar de roupa.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
38. Eu pude ver outro paciente sem roupa por descuido do profissional.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	

APÊNDICE C (cont.)

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física / ESPH-PF (1ª versão – análise dos juízes)

A – Dignidade e respeito
B – Intimidade e toque

C – Espaço pessoal e territorial
D - Autonomia

ITENS	Domínio	Compreensão e clareza	Pertinência conceitual	Formato e apresentação	Observações e Sugestões
39. Profissional retirou urinol (comadre ou papagaio) sem descobrir meu corpo.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
40. Profissional expôs e manipulou minhas partes íntimas de maneira adequada.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
41. Eu pude optar por trocar de roupa sozinho.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
42. Eu pude ver partes íntimas de outro paciente por descuido do profissional.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
43. Profissional se afastou para eu urinar ou evacuar no leito ou no banheiro.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
44. Profissional não bateu na porta do quarto antes de entrar.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
45. Profissional demonstrou preocupação comigo por estar despido.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
46. Profissional não cobriu meu corpo após realização de procedimento.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
47. Eu pude escolher meu marido/esposa para me ajudar na minha higiene íntima.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
48. Eu pude escolher por tomar banho sozinho.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
49. Eu pude optar por colocar o urinol (comadre ou papagaio) sozinho.	() A () B () C () D	() Sim () Não	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	

Assinatura do Juiz

_____/_____/_____.
Data

APÊNDICE D

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física / ESPH-PF (2ª versão - pré-teste)

Instruções

Este questionário foi elaborado com a finalidade de obter informações sobre a satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física, em especial com a exposição e manipulação do seu corpo durante a assistência, diante de situações que ocorrem com frequência no hospital.

Solicitamos sua colaboração, respondendo a este questionário, cujas respostas são confidenciais. Deste modo seu nome será mantido em sigilo. Para ajudá-lo (a), é importante esclarecer alguns termos. Considere

Profissional: qualquer pessoa da equipe de enfermagem, da equipe médica, do pessoal responsável pela limpeza do hospital, do laboratório, do serviço de nutrição, da fisioterapia, estudantes de enfermagem e medicina, ou outro trabalhador da área da saúde;

Procedimento: todas as atividades de assistência ou cuidado realizadas com você no período de internação, por exemplo, curativo, banho, exame físico, entre outros.

Manipular: tocar, manusear, mexer, mover ou preparar o corpo usando as mãos.

Abaixo você encontrará uma lista de declarações que outros pacientes internados disseram ser importantes. É nosso interesse conhecer seu posicionamento frente a essas várias situações.

Por favor, leia cada item com atenção e faça um **círculo** em volta do **número** que indique até que ponto você está satisfeito com sua privacidade física. A escala apresenta cinco alternativas, sendo

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Indiferente
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

Assim, se estiver muito satisfeito assinale o número 5, caso esteja insatisfeito assinale o número 2, e assim por diante.

Desde já, agradecemos sua atenção e colaboração.

APÊNDICE D (cont.)

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física / ESPH-PF (2ª versão - pré-teste)

NÍVEL de SATISFAÇÃO ITENS	Muito Insatis - feito	Insatis - feito	Indife - rente	Satis - feito	Muito Satis - feito
1. Profissional tirou minha roupa e manipulou meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), na frente de outras pessoas.	1	2	3	4	5
2. Outras pessoas podem ver partes do meu corpo porque a roupa do hospital (avental, pijama, camisola) às vezes se abre, é muito grande ou não cobre completamente meu corpo.	1	2	3	4	5
3. Profissional cobriu as partes do meu corpo que não precisavam ficar sem roupa para a realização de procedimento.	1	2	3	4	5
4. A porta do quarto foi mantida fechada enquanto eu estava sem roupa para a realização de procedimento ou higiene pessoal (banho no leito, lavar genitália).	1	2	3	4	5
5. Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação.	1	2	3	4	5
6. Profissional se preocupou mais com a realização do procedimento do que com a minha nudez.	1	2	3	4	5
7. Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	1	2	3	4	5
8. Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	1	2	3	4	5
9. Profissional teve cuidado ao tirar minha roupa e manipular meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), para realização de procedimento.	1	2	3	4	5
10. A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa).	1	2	3	4	5
11. Eu pude escolher quem iria me ajudar no meu cuidado pessoal (banho, lavar genitália, mamas e nádegas, e trocar de roupa).	1	2	3	4	5

APÊNDICE D (cont.)**Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física / ESPH-PF**
(2ª versão - pré-teste)

ITENS \ NÍVEL de SATISFAÇÃO	Muito Insatis - feito	Insatis - feito	Indife - rente	Satis - feito	Muito Satis - feito
12. Eu pude escolher por ficar em quarto individual (sozinho).	1	2	3	4	5
13. Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento.	1	2	3	4	5
14. Profissional protegeu meu leito com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa.	1	2	3	4	5
15. Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou o papagaio).	1	2	3	4	5
16. Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar.	1	2	3	4	5
17. Profissional demonstrou preocupação com meus sentimentos e minha reação por eu estar sem roupa.	1	2	3	4	5
18. A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque eu divido quarto com outros pacientes.	1	2	3	4	5
19. Profissional retirou urinol (comadre ou papagaio) sem descobrir meu corpo.	1	2	3	4	5
20. Profissional pediu licença para tirar minha roupa e manipular meu corpo.	1	2	3	4	5
21. Profissional se afastou para me deixar à vontade durante minhas eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro.	1	2	3	4	5
22. Profissional não cobriu meu corpo com lençol após realização de procedimento.	1	2	3	4	5
23. Não foi explicado para mim o motivo para retirar minha roupa e manipular meu corpo durante a internação.	1	2	3	4	5
24. Eu pude decidir por lavar eu mesmo minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas) durante o banho.	1	2	3	4	5

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **“SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA PRIVACIDADE FÍSICA: construção e validação de um instrumento de medida”** com o objetivo de avaliar o nível de satisfação dos pacientes internados com sua privacidade física em relação à exposição e manipulação do corpo durante a assistência no hospital.

Gostaríamos de solicitar sua participação no estudo, enfatizando que sua colaboração é muito importante para que se possa conhecer o que provoca mais descontentamento e o que mais prejudica a privacidade dos pacientes hospitalizados, no sentido de melhorar a qualidade da assistência.

Declaramos que você tem direitos e condições assegurados, os quais estão relacionados a seguir:

- Garantia de que a pesquisadora estará disponível para responder ou esclarecer eventuais dúvidas sobre os procedimentos relacionados à pesquisa;
- Garantia de que não terá despesas ou prejuízo, assim como também não será remunerado (pago) pela participação;
- Garantia de que não sofrerá danos pessoais e de que sua participação não irá interferir no seu tratamento médico;
- Garantia de que seu nome não será identificado e a segurança de que o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade será mantido;
- Liberdade para retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento que desejar.

Sua participação será através do preenchimento de dois questionários, acompanhado pela pesquisadora, que após explicações sobre o estudo, estará a sua disposição para esclarecer dúvidas e acrescentar informações quando você precisar.

Esclarecemos que os resultados da pesquisa serão usados para a elaboração de um trabalho científico e possível publicação, reforçando que as informações confidenciais não serão reveladas, pois os questionários serão identificados com um código.

Sua ajuda será muito importante para o estudo e contribuirá para que os profissionais de saúde pensem sobre a prática assistencial e sobre a privacidade do paciente no hospital, sobretudo mediante a exposição e manuseio corporal.

Agradecemos antecipadamente sua cooperação e nos colocamos à sua disposição para qualquer esclarecimento.

De acordo com a Resolução 196/96, que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos.

Atenciosamente,

Profª Ms. Jussara Simone Lenzi Pupulim
RG. 5953732-6

Assinatura do entrevistado
RG.....

Maringá,...../...../2007.

Atenção: Em caso de dúvida ou esclarecimento, reclamação e/ou denúncia, procure a pesquisadora no endereço: Avenida Colombo, 5790. Departamento de Enfermagem – Bloco 01/Universidade Estadual de Maringá. CEP. 87020-900. Fone: 3261-4318 / 3261-4517 / 9103-0533

Pesquisadora responsável: Profª Ms. Jussara Simone Lenzi Pupulim, RG. 5953732-6

Ou entre em contato com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, no mesmo endereço, localizado no Bloco 10. Fone 3261-4444.

APÊNDICE F

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física – ESPH-PF (versão definitiva)

Instruções

Este questionário foi elaborado com a finalidade de obter informações sobre a satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física, em especial com a exposição e manipulação do seu corpo durante a assistência, diante de situações que ocorrem com frequência no hospital.

Solicitamos sua colaboração, respondendo a este questionário, cujas respostas são confidenciais e seu nome será mantido em sigilo. Para ajudá-lo (a), é importante esclarecer alguns termos. Considere

Profissional: qualquer pessoa da equipe de enfermagem, da equipe médica, do pessoal responsável pela limpeza do hospital, do laboratório, do serviço de nutrição, da fisioterapia, estudantes de enfermagem e medicina, ou outro trabalhador da área da saúde;

Procedimento: todas as atividades de assistência ou cuidado realizadas com você no período de internação, por exemplo, curativo, banho, higiene íntima, exame físico, entre outros;

Manipular: tocar, manusear, mexer, mover ou preparar o corpo usando as mãos.

Abaixo você encontrará uma lista de declarações que outros pacientes internados disseram ser importante. É nosso interesse conhecer seu posicionamento frente a essas várias situações, mesmo que não as tenha vivenciado.

Por favor, leia cada item com atenção e faça um **círculo** em volta do **número** que indique até que ponto você está satisfeito com sua privacidade física. A escala apresenta cinco alternativas, sendo

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Indiferente
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

Assim, se estiver muito satisfeito assinale o número 5, caso esteja insatisfeito assinale o número 2, e assim por diante.

Desde já, agradecemos sua atenção e colaboração.

APÊNDICE F (cont.)**Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física – ESPH-PF**
(versão definitiva)

NÍVEL de SATISFAÇÃO ITENS	Muito Insatis - feito	Insatis - feito	Indife - rente	Satis - feito	Muito Satis - feito
1. Profissional tirou minha roupa e manipulou meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), na frente de outras pessoas.	1	2	3	4	5
2. Outras pessoas podem ver partes do meu corpo porque a roupa do hospital (avental, pijama, camisola) às vezes se abre, é muito grande ou não cobre completamente o meu corpo.	1	2	3	4	5
3. Profissional cobriu as partes do meu corpo que não precisavam ficar descobertas para a realização de procedimento.	1	2	3	4	5
4. A porta do quarto foi mantida fechada enquanto eu estava descoberto para a realização de procedimento ou higiene pessoal (banho no leito, lavar genitália).	1	2	3	4	5
5. Meu corpo ficou protegido com roupa (avental, pijama, camisola) e lençol durante a internação.	1	2	3	4	5
6. Profissional se preocupou mais com a realização do procedimento do que com a minha nudez.	1	2	3	4	5
7. Profissional pediu para outras pessoas saírem do quarto quando precisou tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	1	2	3	4	5
8. Eu pude escolher profissional do mesmo sexo que o meu para tirar minha roupa e manipular meu corpo para realização de procedimento.	1	2	3	4	5
9. Profissional teve cuidado ao tirar minha roupa e manipular meu corpo, ou partes dele (genitália, mamas, nádegas), para a realização de procedimento.	1	2	3	4	5
10. A porta do banheiro foi aberta por outra pessoa enquanto eu estava lá (tomando banho, no vaso sanitário, trocando de roupa).	1	2	3	4	5
11. Eu pude escolher quem iria ajudar no meu cuidado pessoal (banho, lavar genitália, mamas e nádegas, e trocar de roupa).	1	2	3	4	5

APÊNDICE F (cont.)

Escala de Satisfação do Paciente Hospitalizado com sua Privacidade Física – ESPH-PF
(versão definitiva)

NÍVEL de SATISFAÇÃO ITENS	Muito Insatis - feito	Insatis - feito	Indife - rente	Satis - feito	Muito Satis - feito
12. Profissional do sexo oposto ao meu tirou minha roupa e manipulou meu corpo para realização de procedimento.	1	2	3	4	5
13. Profissional protegeu minha cama com cortina, biombo ou divisória enquanto eu estava sem roupa.	1	2	3	4	5
14. Eu pude escolher por realizar meu cuidado pessoal sozinho (ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, lavar genitália, colocar a comadre ou o papagaio).	1	2	3	4	5
15. Profissional não bateu na porta do quarto ou do banheiro antes de entrar.	1	2	3	4	5
16. A visão do meu corpo sem roupa por outras pessoas acontece porque eu divido quarto com outros pacientes.	1	2	3	4	5
17. Profissional retirou urinol (comadre ou papagaio) sem descobrir meu corpo.	1	2	3	4	5
18. Profissional não pediu licença para tirar minha roupa e manipular meu corpo.	1	2	3	4	5
19. Profissional se afastou para me deixar à vontade durante as eliminações (urina, evacuação) no leito ou no banheiro.	1	2	3	4	5
20. Profissional não cobriu meu corpo com lençol após realização de procedimento.	1	2	3	4	5
21. Não foi explicado para mim o motivo para retirar a minha roupa e manipular meu corpo durante a internação.	1	2	3	4	5
22. Durante o banho, eu pude decidir por lavar sozinho minhas partes íntimas (genitália, mamas, nádegas).	1	2	3	4	5

APÊNDICE G

Formulário de Entrevista

Início: Término: Iniciais do nome: Código da entrevista:

Data de Nascimento:/...../..... Data da Entrevista:/...../.....

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Cor da pele: ☐ branca ☐ amarela
☐ negra ☐ morena

Religião: ☐ católica
☐ protestante
☐ outra Qual?

Estado civil: ☐ casado ☐ morando junto ☐ solteiro
☐ separado ☐ divorciado ☐ viúvo

Nível de escolaridade: ☐ ensino fundamental incompleto
☐ ensino fundamental completo
☐ ensino médio incompleto
☐ ensino médio completo
☐ ensino superior incompleto
☐ ensino superior completo
☐ pós-graduação

Renda familiar: ☐ até 500 reais ☐ entre 500 reais e 1000 reais
☐ entre 1000 reais e 1500 reais ☐ entre 1500 reais e 2000 reais
☐ entre 2000 reais e 2500 reais ☐ acima de 2500 reais

Nº de dias da internação atual: Nº de internações:

Motivo da internação atual: ☐ tratamento cirúrgico ☐ tratamento clínico
☐ Outro Qual?

Tipo de acomodação: ☐ quarto individual ☐ quarto duplo
☐ quarto triplo

Grau de dependência: ☐ baixo ☐ médio
☐ alto ☐ totalmente dependente