



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Halane Costa Batista Tiny

Privacidade no Internamento em Pediatria

Ética e Humanização

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Halane Costa Batista Tiny

Privacidade no Internamento em Pediatria

Ética e Humanização

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Pediatria

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutor Filipe Nuno Alves dos Santos Almeida

Revista científica de referência: Arquivos de Medicina

Abril, 2010

FMUP

Nome: HALANE COSTA BATISTA TINYEndereço electrónico: Lony@med.up.ptTítulo da ~~Dissertação~~/Monografia/~~Relatório de Estágio~~:PRIVACIDADE NO INTERNAMENTO EM PEDIATRIA
ÉTICA E HUMANIZAÇÃO

Nome completo do Orientador:

FILIPE NUNO ALVES DOS SANTOS ALMEIDA

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

PEDIATRIA

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação~~/Monografia/~~Relatório de Estágio~~ (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010Assinatura: Halane Costa Batista Tiny

Eu, HALANE COSTA BATISTA TINY, abaixo assinado, nº mecanográfico 01080194, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Halane Costa Batista Tiny

PRIVACIDADE NO INTERNAMENTO EM PEDIATRIA - ÉTICA E HUMANIZAÇÃO

PRIVACY IN THE PEDIATRIC HOSPITALIZATION - ETHICS AND HUMANIZATION

Halane Costa Batista Tiny*, Filipe Nuno Alves dos Santos Almeida**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

* Aluna do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

** Assistente hospitalar graduado do Hospital de São João; Professor auxiliar convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Número de palavras:

Resumo em Português: 209 palavras

Resumo em Inglês: 183 palavras

Texto principal: 3591 palavras

Correspondência:

Halane Costa Batista Tiny

Rua Fernando Gusmão, nº 13 R/C C

1750 – 462, Lisboa

Contacto telefónico: 963014632

Correio electrónico: lanytiny@hotmail.com

Prof. Dr. Filipe Nuno Alves dos Santos Almeida

Departamento de Pediatria

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Alameda Prof. Hernâni Monteiro

4200 – 319, Porto

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Dr. Filipe Nuno dos Santos Almeida da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pela disponibilidade e simpatia demonstradas na elaboração da Tese de Mestrado Integrado.

Ao Prof. Dr. Paulo Almeida, Psicólogo Clínico, pela preciosa ajuda na pesquisa de bibliografia.

À Dr^a Herma Oliveira pela amizade, a ajuda e grande apoio prestados na realização desta monografia.

Ao Dr. António Marques, Director do Departamento de Anestesiologia do Hospital de Santo António, pelo apoio prestado.

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto pela ajuda na obtenção de artigos científicos e formatação do trabalho.

Agradeço também ao Dr. Alfredo Proença pelo seu apoio e amizade.

À minha família, que nos momentos de maior dificuldade soube dar-me as palavras de conforto e força e depositar em mim a sua confiança. Um agradecimento especial à minha mãe e à minha tia Semoa que muito me apoiaram.

Lista de Abreviaturas e siglas

O.M.S. – Organização mundial de saúde

Índice

Resumo.....	5
Abstract	6
Introdução.....	7
1.Conceito de Privacidade.....	9
1.1. Dimensão Física	9
1.1.1.Macro Dignidade.....	9
1.1.2.Micro Dignidade.....	10
1.1.3.Relação Macro e Micro Dignidades nos Cuidados de Saúde.....	10
1.2.Dimensão Psicológica	10
1.3.Dimensão Social.....	11
1.4.Dimensão Informativa.....	12
1.5.Dimensão Familiar	12
2.Privacidade da criança internada.....	13
2.1.Privacidade da criança durante os actos/cuidados médicos e de higiene	13
2.1.1. Privacidade da criança e a informação	14
2.2.Confidencialidade.....	15
3.Ética e Humanização	15
3.1. Humanização e a saúde	16
4.Discussão/Conclusão.....	17
5.Referências Bibliográficas:	19

Privacidade no Internamento em Pediatria. Ética e Humanização.

Resumo

O direito à privacidade é uma necessidade básica de todo e qualquer ser humano independentemente da sua idade, que deve ser respeitada por todos e em todas as circunstâncias. Neste perspectiva os profissionais de saúde são chamados a prestarem cuidados sem violarem a privacidade dos utentes, com particular ênfase para os meios pediátricos, onde o utente em questão é um ser particularmente vulnerável. Além de uma atitude/postura individual, são necessárias condições estruturais que assegurem o cumprimento deste princípio da não violação da privacidade do doente. A elaboração e observância de programas/regras/normas de actuação, e criação de infra-estruturas que possibilitem ou facilitem a assistência aos utentes isenta da quebra de privacidade são uma responsabilidade não somente individual mas, sobretudo, institucional. Deste modo, a questão da privacidade no internamento deve estar presente desde o início da criação de determinada unidade de saúde, envolvendo, assim, os órgãos de tutela, como o Ministério da Saúde, as Administrações, as Comissões de Ética para a Saúde, entre outros.

O presente trabalho procura abordar sucintamente a temática da privacidade no internamento pediátrico. Faz uma revisão das diferentes dimensões da privacidade, identifica problemas éticos e funcionais em torno da questão e aponta algumas soluções (existentes ou potenciais) com vista a garantir uma assistência digna aos doentes pediátricos.

Palavras chave: Privacidade, Internamento, Pediatria, Ética, Humanização.

Privacy in the Pediatric Hospitalization. Ethics and Humanization.

Abstract

The right of privacy is a basic need of all human being regardless of their age, which must be respected by all under any circumstances. In this perspective, health professionals are called upon to provide care without violating patient's privacy, especially in pediatrics where the patients in question are particularly vulnerable. In addition to an individual attitude and posture, structural conditions are necessary to ensure compliance with the principle of non-infringement of patient's privacy. The development and compliance of programs/rules/ codes of conduct, and the creation of infrastructures that will enable medical assistance to patients without violating their privacy, are not only individual responsibility, but institutional as well. Thus, the issue of privacy of in-patient must be present from the conception of a particular health unit involving supervisory bodies, such as Ministry of Health, government departments and Health Committees, among others.

This paper briefly discusses the issue of privacy in the pediatric hospital. It reviews different dimensions of privacy, identifies ethical and functional problems around the issue, and points out some existing and potential solutions to ensure a dignified care to pediatric patients.

Keywords: Privacy, Hospitalization, Pediatric, Ethics, Humanization.

Introdução

Ao longo dos anos a principal preocupação dos pediatras tem sido a busca do bem-estar dos seus pacientes. Contudo, existe uma questão de extrema importância, mas pouco falada, que diz respeito à privacidade do doente em pediatria. A privacidade é uma necessidade básica do ser humano. Muito embora não exista um consenso universal para a definição da mesma [1], esta abrange uma série de princípios e dimensões e é de tal forma importante que existem mecanismos legais para preservá-la, estando mesmo previstos no código civil português [2]. Além de prevista na lei, existe uma série de regulamentos ou normas de actuação propostas na carta dos direitos do doente internado, bem como nas declarações dos direitos do doente pela OMS que a incluem como uma norma importante a respeitar. Ao falarmos da privacidade, não nos podemos esquecer das questões éticas que a ela estão inerentes e, por este motivo, serão abordadas mais adiante.

Métodos

Este trabalho de revisão foi elaborado a partir da consulta de bibliografia sobre o tema Privacidade no Internamento em Pediatria, Ética e Humanização, assim como recolha de artigos científicos pesquisados na base de dados PubMed da MEDLINE, que abordavam o tema Privacidade em Pediatria. Foram também utilizados artigos encontrados através de referências bibliográficas de trabalhos de revisão publicados e de pesquisa da base de dados Scienccdirect. Foram utilizados os seguintes termos MeSH: [Privacy], [Hospitalization], [Pediatric], [Ethics]. Não foram aplicados limites temporais.

1. Conceito de Privacidade

A privacidade é uma necessidade do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade [3]. Embora não exista uma definição universal para o conceito de privacidade [1], etimologicamente deriva de duas palavras do latim [4,5]. De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa, este conceito de privacidade tem a sua origem na palavra inglesa “*privacy*” (da vida particular) com a aglutinação do sufixo “*dade*”, significando “intimidade pessoal ou de algum grupo definido de pessoas, ambiente recatado e sossego [6].

A privacidade deve ser abordada sob diferentes perspectivas ou dimensões, a saber: a dimensão física, psicológica, familiar, social e a dimensão informativa [1,7].

1.1. Dimensão Física

A dimensão física está relacionada com a questão de espaço pessoal e territorial, ou seja, o espaço é uma pré-condição para a privacidade [1]. No âmbito da saúde, este campo está relacionado com a protecção do pudor do paciente no sentido de evitar constrangimentos [7], quando é necessário realizar procedimentos invasivos. Sentindo assegurada a sua privacidade física, o doente sente-se mais confortável ou menos tenso face ao procedimento porque terá a percepção de que a sua dignidade estará preservada [1]. Sendo assim, falar da dimensão física da privacidade em saúde, leva-nos a reflectir sobre a vertente da dignidade [7], que não é mais que um direito fundamental e uma condição universalmente necessária para a vida humana. A dignidade do ser humano implica que todo o ser humano deve ser tratado sem depreciação da sua importância ou da sua condição. A sua componente social constitui a macro dignidade e engloba conceitos como a não submissão de um povo à humilhação e opressão por parte de outro.

1.1.1. Macro Dignidade

A dignidade é um direito fundamental e universalmente uma condição necessária para a vida humana. O filósofo americano Dworkin afirma que o ser humano nunca deve ser tratado de forma que a importância da sua vida seja negada [8]. Ele define a *Macro Dignidade* como sendo aquela cuja

natureza está na sociedade. O conceito de macro dignidade também defende a libertação da humilhação e opressão de um povo sobre outro [9] tendo como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos que afirma que “*todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos*” [10].

1.1.2. Micro Dignidade

Em contraste com a macro dignidade, a Micro Dignidade refere-se a normas individuais de comportamento socialmente construídas e aceitáveis, relacionadas a manutenção das funções corporais. Essas normas incluem, por exemplo, a continência dos esfíncteres, o controlo da bexiga ou do intestino. A importância dessas funções e a sua relação com a manutenção da dignidade parece ser variável de indivíduo para indivíduo e implica um estigma social diferente quando existe perda de uma em relação a outra [9].

1.1.3. Relação Macro e Micro Dignidades nos Cuidados de Saúde

No âmbito dos cuidados de saúde a relação entre o profissional e o doente é fundamental para a articulação da ética da macro dignidade com a micro dignidade. A manutenção da dignidade é dependente da reciprocidade [9]. É possível identificar situações em que a dignidade é prejudicada, por exemplo durante a visita à enfermaria, a realização de exame físico ou a execução de procedimentos desconfortáveis perante os membros de família do próprio ou de outros doentes [7]. Infelizmente, tais situações ainda acontecem com alguma frequência, sobretudo se falarmos de enfermarias de pediatria.

1.2. Dimensão Psicológica

Este conceito está intimamente ligado à definição da privacidade como necessidade ou direito de possuir áreas secretas que conduzam ao equilíbrio psíquico, na medida em que os segredos permitem cultivar uma vida interior e controlar o acesso de outros a áreas que só dizem respeito ao próprio [1,11] Na prestação dos cuidados de saúde, a dimensão psicológica está relacionada como uma necessidade de liberdade em vez de proximidade. Está também inerente a este conceito o desenvolvimento de autonomia pessoal, crescimento, auto-avaliação e auto-protecção [1].

1.3.Dimensão Social

Este ponto inclui a capacidade e esforço do indivíduo para controlar as suas próprias acções considerando também a sua interacção com os outros. A privacidade social tem grande conotação cultural, sendo que a cultura tem um impacto sobre a forma pela qual os indivíduos encaram ou tentam manter a sua privacidade [1] e, certamente, terá alguma influência na forma como enfrentam os cuidados de saúde. Para alguns autores a privacidade social está dividida em quatro áreas: a íntima, a pessoal, a social e a pública, que variam com as diferentes culturas [1]. O considerar uma questão privada ou pública depende muito da cultura em que um indivíduo se encontra inserido. Por exemplo, os muçulmanos consideram a cabeça descoberta na mulher como sendo acto de verdadeira nudez e violação da privacidade pessoal, enquanto que, na cultura ocidental, o estar nu está directamente associado à exposição de órgãos sexuais. Já em algumas tribos africanas, a exposição corporal é frequente e normal, não havendo nenhuma conotação negativa para a sociedade. Nessas tribos a falta de adornos no pescoço e orelhas é considerada nudez [12,13].

Não obstante toda a diversidade de conceitos culturais, alguns aspectos seguem um padrão universal daquilo que é considerado privado. Por exemplo o acto sexual, à partida, nunca é um acto público independentemente da sociedade em questão.

Analisando esta questão no âmbito dos cuidados de saúde, é de admitir que a conservação da privacidade do doente é um desafio para os profissionais de saúde, na medida em que as características físicas das instalações muitas vezes são limitantes. Esta é uma situação presente em quase todas as áreas desde a admissão do doente no serviço de urgência, passando pelo internamento nas enfermarias até aos cuidados intensivos [12]. Normalmente, o doente está fragilizado física e psicologicamente e, nessa situação, sente mais facilmente comprometida a sua privacidade em todos os aspectos e, sem dúvida, a dimensão social da privacidade não será excepção.

Para um indivíduo, mesmo doente, o estar despido pode significar desconforto e embaraço, uma vez que culturalmente e, no núcleo familiar, aprende-se que a exposição corporal de partes íntimas não é apropriada e normalmente relaciona-se, implicitamente, a nudez com a sensualidade e sexualidade [3]. Muitos doentes preocupam-se por estarem nus e é necessário que se tenha em consideração um

conjunto de estruturas que os compõem, abrangendo valores culturais, religiosos, históricos e sociais, somados aos aspectos emocionais que os permeiam. Por outro lado, a diferença de sexo entre cuidadores e o doente compromete a manutenção da privacidade. Outra situação importante prende-se com o facto de ser difícil contornar os conflitos decorrentes da não protecção da intimidade durante a visita da família.

Toda essa situação salienta a necessidade de se discutir e reflectir sobre vários aspectos, incluindo a nudez no contexto da assistência à saúde, visto que a exposição corporal pode prejudicar a relação profissionais *versus* doente *versus* família [14].

1.4. Dimensão Informativa

Esta dimensão está relacionada com o direito de o indivíduo poder determinar como, quando e em que medida a informação a seu respeito pode ser disponibilizada a outra pessoa ou instituição [1]. Pode-se mesmo falar, neste caso, de sigilo profissional e o direito à confidencialidade dos dados.

A expansão das tecnologias e o crescente uso de computadores tem levado ao aumento da exigência no que diz respeito à protecção dos dados informatizados. É importante que os dados de um indivíduo não se banalizem [1]. A maior parte dos doentes não percebe até que ponto são reveladas as informações pessoais a terceiros não directamente envolvidos no seu tratamento. Com o armazenamento dos dados, tanto electrónico [15] quanto em papel, pode ser difícil manter sigilo embora a informatização possa aparentar ser mais segura do que a informação em papel, com a existência de dados encriptados, restrição de acesso com *passwords*, etc. Este aspecto gera grande controvérsia nos dias de hoje.

1.5. Dimensão Familiar

A dimensão familiar relaciona-se com a liberdade e os direitos de interacção da família. Torna-se uma situação altamente relevante quando se trata de cuidados de saúde de bebés, crianças e jovens e a preocupação dos seus direitos como indivíduos e não apenas como adjuvantes dos seus pais. A convenção Europeia para dos Direitos do Homem (1998) tem aumentado o interesse no que respeita à questão da privacidade da família [7].

2.Privacidade da criança internada

Segundo a Convenção Sobre os Direitos da Criança, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo [16]. Devemos ter em atenção que a criança não pode ser vista como um adulto em miniatura [17]. Ela é considerada "uma população vulnerável " [18,19] necessitando de especiais cuidados na forma como é tratada e sobretudo quando em situação de maior fragilidade, como por exemplo a doença.

De acordo com o *Código Civil Português*, todos devem guardar reserva quanto à intimidade da vida privada de outrem [2]. Este aspecto torna-se igualmente válido, quando se trata da área da saúde. Além de a lei prever, constata-se que estão descritos regulamentos ou normas de actuação propostas na Carta dos Direitos do Doente Internado que alertam para que haja uma conduta correcta por parte dos profissionais de saúde no sentido de tornar inviolável a privacidade do doente [20]. Também se encontra registado na Carta de Humanização do Hospital de S. João no 6º ponto e no 2º parágrafo que “ *no hospital, os doentes terão um espaço disponível para serem “escutados”, sempre que necessário, em ambiente de absoluta privacidade. Nenhum doente será devassado na sua identidade corporal, agredido na sua diversidade cultural, invadido na sua esfera espiritual, ofendido na comunicabilidade do seu ser*” [21]. Paralelamente, a privacidade da criança internada também deve ser respeitada [22].

2.1.Privacidade da criança durante os actos/cuidados médicos e de higiene

A avaliação física do doente é um dos momentos em que este pode sentir violada a sua privacidade. “*A idade, o sexo, a natureza da doença são elementos que devem ser tidos em consideração no exame clínico*” [23]. Em pediatria, o respeito à privacidade deve ser adaptada a cada faixa etária, a cada situação e a cada doente. Certamente uma “criança” de 16 anos sentir-se-á muito mais “invadida” no momento da prestação dos cuidados de saúde do que uma criança de 4 anos, não obstante a maturidade que cada uma delas possa apresentar. Ou, talvez, ainda se verifique o contrário, sendo que a criança de 4 anos se sinta mais envergonhada e a criança de 16 anos até colabore, desde que entenda a necessidade de ser necessária a invasão da sua privacidade. As crianças nem sempre têm a perfeita noção do real significado da nudez, muitas vezes necessária à prestação de tais cuidados.

Não nos podemos esquecer que os doentes pediátricos também podem ter “sentimentos de vergonha”, sobretudo quando se trata de crianças em idade escolar e adolescentes. Ao sentirem a sua privacidade resguardada, poderão aceitar melhor e participar activamente nos cuidados médicos e de enfermagem, permitindo dessa forma uma melhor recuperação. Contudo, é importante lembrarmos que em grande parte das situações são os pais que encaram a vergonha dos filhos, quando vulneráveis, como sua e sentem-se invadidos, dificultando deste modo, a relação com os pediatras. Esta interacção além de ser complicada por envolver a tríade médico-pais-filhos ou outros membros da família é também influenciada pela fase cognitiva e do desenvolvimento da criança [24].

2.1.1. Privacidade da criança e a informação

É importante que toda a informação respeitante ao estado de saúde da criança seja de conhecimento apenas dos profissionais envolvidos no seu tratamento e dos familiares responsáveis pela criança. Quando a criança já possui maturidade suficiente para decidir a quem quer que sejam revelados os seus dados, esta poderá fazê-lo.

A informação deverá chegar aos pais e à criança de forma adequada e adaptada a sua idade e compreensão a fim de que todos participem nos processos decisórios do melhor plano de tratamento [22] ou outra intervenção.

Frequentemente vemos dados de determinados doentes serem revelados pelos *media* aquando de acontecimentos catastróficos ou de acidentes, ou quando se quer “fazer notícia”, algo que pode prejudicar não só os actos médicos em si, como o tratamento e a recuperação, assim como uma investigação policial se for o caso. Também não é ético publicar informações dos doentes ou imagens que os identifiquem em trabalhos de índole científica ou jornalística, por exemplo [17]. Nessas alturas pode existir quebra da confidencialidade da informação que pode mesmo violar a privacidade nas suas dimensões social e psicológica. As publicações têm que seguir determinadas regras que não violem o direito à privacidade do doente, nem, por outro lado, impeçam totalmente a divulgação à comunidade científica de casos importantes [17].

2.2. Confidencialidade

Ao falarmos de privacidade não nos podemos esquecer de algo com ela, de alguma forma, relacionado, a confidencialidade, que sustenta a confiança no campo da assistência médica [25] e pressupõe um sigilo relativo a tudo quanto o médico conhece do seu doente [17]. Sabe-se que a confidencialidade data de Antiguidade Clássica, pois as exigências aparecem desde o juramento de Hipócrates e ainda hoje fazem parte do Código de Ética da American Medical Association [26], constituindo um direito de todos os doentes [20,27].

A confidencialidade em Pediatria suscita duas questões éticas. A primeira diz respeito à obrigação que os pais têm de respeitar a confidencialidade, pois não deverão violar este valor, se, por ventura, estiverem em causa aspectos da vida íntima ou a sensibilidade do seu filho. Um exemplo disso é a revelação de um atentado ao pudor ou a violação de que uma sua filha possa ter sido alvo [17]. A segunda questão diz respeito a situações de maus tratos e de grave negligência. Nestas situações, o médico tem o dever de comunicar ao Tribunal de Menores para que sejam tomadas medidas [17]. Embora a confidencialidade seja um valor primacial no relacionamento médico-doente, nunca poderia prejudicar o direito dos mais vulneráveis ao pôr em causa a sua protecção física e psicomotora.

Em pediatria a protecção dos dados depende dos profissionais de saúde, que devem assumir o papel de verdadeiros provedores das crianças [17].

3. Ética e Humanização

Existe uma ligação forte entre a Ética e a Humanização [28], sabendo que ambas procuram a realização do ser Humano no respeito pela sua inteira dignidade.

O acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, frequentemente conduz a dignidade da pessoa humana a um segundo plano. *“A doença, muitas vezes, passou a ser o objecto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve”* [29]. Torna-se importante que os profissionais da área da saúde contribuam para a humanização da sua prática exigindo condições de higiene, segurança e privacidade durante a humanização. Desse modo, a

ética, por enfatizar os valores, os deveres e direitos, o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, constitui-se numa dimensão fundamental para a humanização hospitalar [29,30] e a humanização do relacionamento médico-doente. Neste sentido, não deverá haver distinção entre a “ética da medicina pediátrica” e a “ética da medicina dos adultos”. Os profissionais de saúde do “ciclo” pediátrico enfrentam questões cuja reflexão é necessariamente distinta da que acontece quando se trata de adultos e com isso, no relacionamento específico pediatra-criança, deve manifestar-se uma quase cumplicidade entre ambos, em busca da perfeição do relacionamento humano [17].

A humanização concretiza-se no encontro de pessoas com pessoas, reconhecendo que toda a doença orgânica tem consigo necessariamente uma alteração psicológica e social. Representa, por outro lado, a compreensão actualizada do que é o sofrimento, coisa que não pode medir-se nem pesar-se e que, necessariamente, deve avaliar-se objectivamente na sua subjectividade [28].

3.1. Humanização e a saúde

O termo Humanização tem sido cada vez mais utilizado no âmbito da saúde [31]. Humanizar em saúde, tal como o próprio termo indica, significa tornar humano o atendimento e o relacionamento entre médico-doente.

A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais ao seu principal sujeito de trabalho – o doente, ser fragilizado –, uma nova postura ética que permeie todas as actividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito pela dignidade da pessoa humana [29]. Esse respeito certamente favorecerá a privacidade do doente na medida em que dará mais atenção às suas necessidades em geral no espaço do internamento. Humanizar poderá ser, então, respeitar a pessoa doente como ser humano, independente da sua idade, “privatizar” o seu espaço e os cuidados a ela prestados, desde a sua admissão no hospital até a sua alta.

Portanto, para se humanizar em saúde será necessário vencer alguns obstáculos que ainda limitam a sua introdução na vida quotidiana. *“Se o Homem der ao Homem o que quer para si, poder-se-á alcançar esse objectivo”* [28].

4.Discussão/Conclusão

Ao debruçarmo-nos sobre o tema da Privacidade no Internamento em Pediatria, constatamos a existência de pouca divulgação sobre o tema em si e que a maior parte da literatura actual que aborda, em parte, este tema trata-se de literatura de enfermagem. Como tal, encontramos mais estudos relacionados com os cuidados de enfermagem e não propriamente com actos médicos em si.

Existem imensos aspectos que devem ser tidos em conta quando se fala de privacidade no internamento do doente em geral. Tal como descrito acima, a privacidade engloba várias dimensões, sendo todas elas importantes.

Por vezes confrontamo-nos com limitações que nos impedem de cumprir totalmente aquilo que está previsto na lei relativamente à privacidade e à integridade individual. Este aspecto é mais evidente sobretudo aquando da examinação do doente pelo médico nas enfermarias. A exposição corporal e a abordagem médica de assuntos que apenas ao doente e seus familiares dizem respeito são os parâmetros que na maior parte da vezes são “violáveis”. Não há dúvidas que a organização arquitectónica das enfermarias em si em muito contribui para a violação da privacidade e para todo um processo de desumanização da assistência ao doente. Por mais competente que seja um profissional, este apenas poderá actuar em função dos meios que tem disponíveis, e desses meios faz parte toda a arquitectura hospitalar.

Diversos estudos com adolescentes [22,32], em que estes podiam dar a sua opinião ou traçar um design do que seria o espaço adequado para as enfermarias de pediatria, chegaram à conclusão de que os mesmos sentem a necessidade de um espaço privado abrangendo as mais diversas actividades que possam ocorrer durante o internamento. Para as crianças em geral, a percepção de um espaço hospitalar traz, muitas vezes, experiências negativas que afectam o seu desenvolvimento físico e psicológico, marcando-as por toda a vida.

A imagem do hospital como um local de dor, juntamente com o medo natural que uma criança tem de ambientes estranhos, permanece arraigado na memória de muitos. Torna-se necessário a concepção de ambientes adequados e capazes de proporcionar o bem estar, favorecendo a cura [33]. A própria concepção dos espaços pode proporcionar um ambiente mais humanizante quer para as crianças quer para os seus pais.

Talvez não seja fácil resolver problemas relacionados com as infraestruturas dos espaços, mas pequenos equipamentos como biombos e cortinas podem ajudar a preservar a privacidade durante o exame ou durante os procedimentos de higiene. Por outro lado, a informação prestada aos pais ou às crianças deverá ser em espaços separados da enfermaria de modo que os outros doentes e respectivos familiares que partilham a mesma enfermaria não estejam a par de todo o processo respeitante ao seu companheiro de quarto. Também deverá haver uma separação no internamento de rapazes e raparigas, independentemente das suas idades. Deverá ser dada especial atenção aos adolescentes que, não sendo crianças nem adultos, se enquadram numa população de utentes numa fase de mudanças a nível físico e psicológico que pode trazer alguns conflitos interiores no que respeita a doença, internamento e todo o ambiente envolvente. Além do mais, as enfermarias de pediatria deverão manter e apostar em espaços didáticos e de lazer para que as crianças, não obstante a situação em si, possam sentir-se, o menos possível, num ambiente hospitalar.

5.Referências Bibliográficas:

1. H. Leino-Kilpia, M. Välimäki, T. Dassen, M. Gasull, C. Lemonidou, A. Scott, M. Arndt. Privacy: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. December 2001; Vol 38: Pages 663-671.
2. Código Civil Português, Artigo 80º, ponto 1. Atualizado até a lei 59/99, de 30/06
3. Pupulim JSL, Sawada NO: O cuidado de Enfermagem e a Invasão da Privacidade do Doente: Uma Questão Ético-Moral. *Rev. Latino-am Enfermagem* maio-junho 2002; Vol. 10(3): 433-8.
4. Curtin, L.: Privacy: belonging to oneself. *Perspectives in Psychiatry Care* 1981; Vol. 19 (3–4): 112–115.
5. Rawnsley, M.: The concept of privacy. *Advances in Nursing Science* 1980; Vol. 2 (2): 25–31.
6. Academia das Ciências de Lisboa. *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, Fundação Calouste Gulbenkian, 2001. Vol II, Lisboa: Editorial Verbo, p. 2694 (Citado de Almerinda Maria Ferreira da Silva. "O direito à privacidade do doente no serviço de urgência". 26-FEV-2007).
7. PN813 Charles-Edwards 1, Brotchie J. Privacy: what does it mean for children's nurses? *Paediatric Nursing* 3 May 2005; 17, 5, 36-43.
8. Dworkin R.: *Life's dominion: an argument about abortion and euthanasia*. London: Harper Collins 1993; 238. (Citado de Paula Reed, Pam Smith, Margaret Fletcher and Angela Bradding: Promoting the Dignity of the Child in Hospital. *Nurs Ethics* 2003 Jan; 10(1): 67-76).
9. Paula Reed, Pam Smith, Margaret Fletcher and Angela Bradding: Promoting the Dignity of the Child in Hospital. *Nurs Ethics* 2003 Jan; 10(1): 67-76.
10. United Nations. *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by General Assembly Resolution. 217A (III) 10 December, 1948. New York: UN.
11. Almeida, Manuel Jorge Freitas (2004), "O Respeito pela Intimidade do Paciente na Relação Terapêutica: Que Limites?" *Enfermagem Oncológica*. Ano 7, nº 28 e 29. Outubro/Janeiro de 2004. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, p. 30 (Citado de Almerinda Maria Ferreira da Silva. "O direito à privacidade do doente no serviço de urgência". 26-FEV-2007).
12. Alberto Siufi Junior, *Nudez e Vergonha*, Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro

Universitário Claretiano para obtenção do título de graduado em Licenciatura em Filosofia. São Paulo, 2009.

13. Bologne, J. C. História do Pudor. Lisboa: Ed. Elfos, 1990. Taylor, T. A Pré-História do Sexo: quatro milhões de anos de cultura sexual. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1997 (Citado de Alberto Siufi Junior, Nudez e Vergonha, Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Claretiano para obtenção do título de graduado em Licenciatura em Filosofia. São Paulo, 2009).

14. Jussara Simone, Lenzi Pupulim, Namie Okino Sawada. Implicações da Exposição Corporal do Cliente na Unidade de Terapia Intensiva Durante a Visita da Família. CiencCuidSaude 2004; Vol. 3: No 1.

15. H. Tristram Engehardt, Jr. Fundamentos da Bioética. Tradução José A. Ceschin, 2ª edição, p. 419.

16. A Convenção Sobre os Direitos da Criança, UNICEF,

17. Daniel Serrão, Rui Nunes. Ética em Cuidados de Saúde, p. 49, 51. Porto Editora.

18. Riesch S, Tosi C and Thurston C. Accessing Young Adolescents and Their Families for Research. Image: Journal of Nursing Scholarship 1999; 31: 323-326.

19. Alison Hutton MN, RN; Consumer Perspectives In Adolescent Ward Design; Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 537-545.

20. Carta dos direitos dos doentes, DGS.

21. Livro Branco de Humanização. Hospital de S. João, 2008.

22. Carta da Criança Hospitalizada; Associações Europeias, 1988, Leiden.

23. Código Deontológico, art. 28º, 55º

24. The Pediatric Interview; www.webcampvs.drexelmed.edu/doccom

25. H. Tristram Engehardt, JR. Fundamentos da Bioética. Tradução José/A. CESCHIN, 2ª edição, p. 414.

26. Tom L. Beauchamp James F. Childress. Princípios de Ética Biomédica. Tradução Luciana Pudenzi.

27. Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald. Bioética Verbo, p.95.

28. João Ribeiro da Silva. Ética na medicina portuguesa. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1994.

29. Dirce Stein Backes, Valéria Lerch Lunardi, Wilson D. Lunardi Filho. A Humanização Hospitalar como Expressão da Ética; Rev. Latino-am Enfermagem janeiro-fevereiro 2006; 14(1): 132-5.
30. John R. Williams. World Medical Association Medical Ethics Manual, 2005.
31. Suely F. Eslandes. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(1): 7-14.
32. John E. Schowalter, MD, and Walter R. Anyan, MD, New Haven, Conn. Experience on na Adolescent Inpatient Division. Am J Dis Child Feb 1973; Vol 125 (2): 212-215.
33. Carla Bergan, Mauro César de Oliveira Santos, Ivani Bursztyn. Humanização nos Espaços Hospitalares Pediátricos: A Qualidade do Espaço Construído e sua Influência na Recuperação da Criança Hospitalizada. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica – 2004.