

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**PRESERVAÇÃO DO DIREITO À PRIVACIDADE:
PERCEÇÃO DO DOENTE INTERNADO
REVISÃO INTEGRATIVA**

**PRESERVACIÓN DEL DERECHO A LA PRIVACIDADE:
PERCEPCIÓN DEL DOENTE INTERNADO
REVISIÓN INTEGRATIVA**

**PRESERVATION OF THE RIGHT TO PRIVACY:
PERCEPTION OF HOSPITALIZED PATIENT
INTEGRATIVE REVIEW**

Dina Morganheira - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Patricia Silva - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeira no Serviço de Cirurgia – tira 1 do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Rui Pereira - Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Alice Ruivo - Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

RESUMO

Introdução: A privacidade como direito humano fundamental deve ser preservada em todas as dimensões. Em situação de internamento hospitalar as duas dimensões da privacidade mais afetadas são a privacidade física e de informação. A preservação da privacidade dos doentes é essencial no estabelecimento de uma relação entre estes e a equipa de saúde e é atualmente um indicador importante da qualidade dos cuidados.

Objetivos: Conhecer as perspetivas dos doentes internados acerca do seu direito à privacidade.

Métodos: Foi realizada uma revisão integrativa com base na pesquisa de estudos nas bases de dados B-on, SciELO e EBSCO nos últimos 12 anos (2005-2016).

Resultados: Foram selecionados 9 artigos, dos quais 4 são de abordagem quantitativa e 5 qualitativa. Os artigos sugerem que as dimensões da privacidade que mais vezes sofrem infrações são a dimensão física e informacional. Aspectos do espaço físico são referidos como fatores que influenciam negativamente a preservação da privacidade.

Conclusão: A perceção dos doentes sobre a sua privacidade prediz a sua satisfação acerca dos cuidados. A falta de privacidade condiciona no doente sentimentos de stress e afeta a relação entre estes e os profissionais de saúde.

Palavras chave: privacidade, confidencialidade, doente internado, cuidados de enfermagem, revisão integrativa

RESUMEN

Introducción: La privacidad como derecho humano fundamental debe preservarse en todas las dimensiones. En la situación de internamiento hospitalario las dos dimensiones de la privacidad más afectadas son la privacidad física y de información. La preservación de la privacidad de los pacientes es esencial para establecer una relación entre éstos y el equipo de salud y es actualmente un indicador importante de la calidad del cuidado.

Objetivos: Conocer las perspectivas de los pacientes internados acerca de su derecho a la privacidad.

Métodos: Se realizó una revisión integrativa basada en la investigación de estudios en las bases de datos B-on, SciELO y EBSCO en los últimos 12 años (2005-2016).

Resultados: Se seleccionaron 9 artículos, de los cuales 4 son de abordaje cuantitativo y 5 cualitativo. Los artículos sugieren que las dimensiones de la privacidad que más veces sufren infracciones son la dimensión física e informacional. Los aspectos del espacio físico

se denominan factores que influyen negativamente en la preservación de la privacidad.

Conclusión: La percepción de los enfermos sobre su privacidad predice su satisfacción en el cuidado. La falta de privacidad condiciona en el paciente sentimientos de estrés y afecta la relación entre éstos y los profesionales de la salud.

Palabras clave: Privacidad; confidencialidad; enfermo; atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Privacy as a fundamental human right must be preserved in all dimensions. In hospitalization the two dimensions of privacy most affected are physical and information privacy. Preserving patient privacy is essential in establishing a relationship between the patient and the health care team and is currently an important indicator of the quality of care.

Objectives: Knowing perspectives of hospitalized patients about their right to privacy.

Methods: An integrative review was based on research studies in databases B-on, SciELO and EBSCO in the last 12 years (2005-2016).

Results: We selected 9 articles, 4 of which are quantitative approach and 5 qualitative. The articles suggest that the dimensions of privacy that are most often violated are the physical and informational dimension. Aspects of physical space are referred to as factors that negatively influence the preservation of privacy.

Conclusion: Patients' perception of their privacy predicts their satisfaction about care. The lack of privacy conditions in the patient feelings of stress and affects the relationship between these and the health professionals.

Keywords: Privacy; confidentiality; hospitalized patient; nursing care; integrative review.

INTRODUÇÃO

A privacidade é reconhecida como um direito humano fundamental que deve ser preservado em todas as dimensões. A Declaração Universal dos Direitos do Homem estabelece no artigo 12º que “ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência”⁽¹⁾. No nosso país, o direito à privacidade encontra-se consagrado na Constituição da Republica Portuguesa desde 1976, especificamente no capítulo intitulado “Direitos, Liberdades e Garantias” o artigo 33º determina o direito à reserva da intimidade da vida privada e família⁽²⁾.

O direito à privacidade assume contornos específicos e bastante relevantes quando abordado em contexto de cuidados de saúde. A Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90 de 21 de agosto na sua Base XIV, n.º1, alínea c) define concretamente o direito que os utentes têm de ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito⁽³⁾.

O hospital constitui um ambiente hostil à natureza humana pois potencia a fragilidade física e a vulnerabilidade do doente⁽⁴⁾. Desde há muitos anos que o respeito pela privacidade e confidencialidade do doente é tida como uma obrigação dos profissionais de saúde e na atualidade esta temática continua a ter lugar de destaque na prática dos cuidados⁽⁵⁾. Em Portugal, esta obrigatoriedade está explícita no código deontológico dos enfermeiros, nomeadamente nos artigos 106º que reporta ao Dever de Sigilo e no artigo 107º que incide no Respeito pela Intimidade⁽⁶⁾.

Considera-se que em situação de internamento hospitalar as duas dimensões da privacidade mais afetadas são a privacidade física e da informação acerca da pessoa internada.

A preservação da privacidade dos doentes é essencial no estabelecimento de uma relação entre a equipa de saúde e os doentes. É importante considerar que a intrusão da privacidade pode incluir várias abordagens como: a presença física de uma pessoa não desejável para o doente, a observação do doente por um profissional de saúde sem que este o permita, informação enganadora ou tomada de decisão pelo próprio doente sem o seu consentimento⁽⁷⁾.

Considera-se que a falta de privacidade e confidencialidade dificulta a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, especialmente se interessa discutir assuntos sensíveis e opções de tratamento importantes⁽⁸⁾.

Nos últimos tempos os níveis de satisfação dos doentes têm sido identificados como um dos maiores indicadores de qualidade em cuidados de saúde, sendo influenciados por vários fatores. A proteção da privacidade nos cuidados de saúde é tida como um indicador de qualidade importante⁽⁷⁾.

MÉTODOS

Desenvolvemos uma revisão integrativa tendo em conta os princípios da pesquisa baseada na evidência. Segundo Ercole *et al.*⁽⁹⁾ uma revisão integrativa da literatura permite sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Este método permite a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental, combinando dados de literatura teórica e empírica proporcionando, desta forma, a compreensão mais completa do tema de interesse.

Durante esta pesquisa formulou-se uma pergunta de investigação: *Qual a percepção que os doentes internados têm quanto ao seu direito à privacidade?* A pergunta de investigação foi elaborada de acordo com a metodologia PICOD (*Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes, Design*)

Atendendo à pergunta de investigação esboçaram-se critérios de inclusão, de modo a selecionar os estudos:

- *População*: adultos internados;
- *Fenómenos de interesse*: os estudos analisados devem considerar a perspetiva do doente internado relativamente ao seu direito à privacidade;
- *Outcomes*: os resultados devem incluir qual a percepção e satisfação do doente em relação à sua privacidade durante o internamento;
- *Desenho*: A revisão irá considerar estudos que concentrem dados qualitativos e quantitativos

Tal como se definiram critérios de inclusão foram também definidos como critérios de exclusão estudos não indexados a bases eletrónicas de pesquisas, artigos que não tivessem disponível o texto integral e que não estivessem publicados num dos seguintes idiomas: português, inglês ou espanhol.

A pesquisa foi efetuada em periódicos indexados nas mais diversas bases de dados, individualmente pelos elementos do grupo de trabalho, entre as quais B-on, SciELO e EBSCO usando como limite inferior o ano de 2005 e limite máximo o ano de 2016. Foram usadas as seguintes palavras-chave: *privacy, confidentiality, patient, nursing care, satisfaction*, com as seguintes combinações e booleanos: *patient privacy AND nursing care; patient privacy; patient confidentiality; patient privacy AND satisfaction*.

Numa primeira fase foram analisados os títulos dos artigos encontrados de forma a identificar os que iam de encontro aos objetivos desta revisão integrativa. Deu-se continuidade ao processo de inclusão/exclusão de artigos através da leitura do resumo. Aqueles cujos resumos se enquadravam nos objetivos da revisão e que estavam de acordo com os critérios de inclusão definidos foram analisados na íntegra.

RESULTADOS

Em conformidade com a estratégia definida, a pesquisa bibliográfica nas bases de dados referidas resultou em 237 artigos. Seguiu-se a leitura dos títulos e posteriormente dos resumos e foram analisados na íntegra 38 artigos. Após esta análise e de acordo com os objetivos e critérios de inclusão e exclusão previamente definidos foram selecionados 9 estudos para integrar esta revisão.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por dois dos autores de forma independente e com recurso às ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute*⁽¹⁰⁾.

O processo de sistematização de dados foi realizado com recurso a tabelas para facilitar a análise dos estudos, as quais contemplavam os seguintes aspetos: identificação do estudo, país e data, objetivo do estudo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, *outcomes*, intervenção ou fenómeno de interesse, resultados e principais conclusões. Os níveis de evidência encontrados nos estudos analisados de acordo com o *Joanna Briggs Institute*⁽¹⁰⁾ foram o nível 2⁽⁸⁾, nível 3^(5,7,11) e nível 4^(4,12,13,16,17).

Os estudos analisados foram desenvolvidos em diversos países e estão distribuídos da seguinte forma: Brasil (2 estudos), Taiwan (2 estudos), Turquia, Inglaterra, Nova Zelândia, Austrália e Irão (1 estudo cada).

Com o intuito de melhor compreender e visualizar os resultados obtidos os estudos incluídos nesta revisão foram agrupados conforme a abordagem metodológica utilizada. Assim, do total dos 9 estudos analisados quatro apresentam metodologia quantitativa e cinco metodologia qualitativa. De salientar que dos estudos quantitativos um é quase-experimental e três são descritivos. Na tabela 1 apresentam-se os estudos selecionados de forma a sistematizar e comparar os resultados obtidos.

A amostra dos estudos é constituída maioritariamente por doentes internados em serviços de urgência (4 estudos) ou em enfermarias (5 estudos). Contudo existem dois estudos que consideram, simultaneamente, na amostra doentes e enfermeiros, permitindo assim perceber a perspetiva deste grupo profissional face à temática analisada.

Tabela 1 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.

| Autor/Ano | País | Amostra | Métodos de Pesquisa | Intervenção/Fenómenos de Interesse |
|--|--|-------------------------------|--|--|
| Estudos qualitativos | | | | |
| Soares, V. & Dall'Agnol, C. (2011) ⁽¹⁷⁾ | Brasil | 12 doentes | Entrevistas semiestruturadas Observação simples | Percepção dos doentes em relação ao respeito pela sua privacidade |
| Resultados | A experiência de exposição do seu corpo ao outro e a postura inadequada dos profissionais de enfermagem constituem situações geradoras de ansiedade, constrangimento e stress com repercussões na saúde e bem-estar do doente. | | | |
| Pupulim, J. & Sawada, N., (2012) ⁽⁴⁾ | Brasil | 34 doentes | Entrevistas semiestruturadas | Percepção dos doentes em relação à sua privacidade |
| Resultados | Os doentes apontaram fatores comportamentais que contribuem ou não para a proteção e manutenção da privacidade no hospital, destacando o respeito como aspeto mais importante, seguido pelo controlo pessoal sobre situações que transgridem a sua privacidade. | | | |
| Woogara, J. (2005) ⁽¹⁶⁾ | Inglaterra | 73 doentes 34 enfermeiros | Observação não participada, entrevistas não-estruturadas e entrevistas semi-estruturadas | Comportamentos e percepções dos doentes e profissionais acerca da privacidade |
| Resultados | <p><i>Doentes:</i> interrupção constante por parte das rotinas dos profissionais; o ambiente hospitalar não engloba os seus valores individuais, crenças e relações; têm pouco controlo e escolha sobre aspetos da sua vida privada; maior limitação sobre escolhas sobre si próprios quanto maior é o nível de dependência.</p> <p><i>Profissionais de saúde:</i> os mais novos têm mais consciência dos documentos que salvaguardam o direito à privacidade; não promovem o espaço pessoal para o doente; sentam-se com frequência nas camas dos doentes sem o seu consentimento não comunicam na generalidade com os doentes de forma a respeitar a sua individualidade; a informação pessoal do doente é partilhada sem o seu consentimento; de forma geral a equipa falha na proteção da dignidade e privacidade do doente; os pacientes não são observados num local que assegure eficazmente a sua privacidade.</p> | | | |
| Akyüz, E. & Erdemir, F. (2013) ⁽¹²⁾ | Turquia | 102 doentes 47 enfermeiros | Entrevista semi-estruturada | Percepção de doentes submetidos a cirurgia e enfermeiros quanto à influencia dos cuidados na manutenção da privacidade e sugestões de melhoria |
| Resultados | 52,9% dos doentes e 70,2% dos enfermeiros define privacidade como "confidencialidade da vida privada"; 75,5% dos doentes refere nunca ter tido uma experiência desagradável relacionada com partilha dos seus dados pessoais, 24,5% referem o contrário; 85,1% dos enfermeiros refere proteger as informações dos doentes durante as passagens de turno; os enfermeiros afirmam ter cuidados para prevenir que terceiros ouçam ou tenham acesso à informação do doente; os enfermeiros estão determinados a respeitar e proteger a autonomia do doente; 80% dos doentes considera que as regras do hospital respeitam e protegem a sua privacidade; 95,7% dos enfermeiros e 80,4% dos doentes referem que o espaço físico deveria ser melhorado para respeitar a privacidade dos doentes (quartos individuais, fechar as portas durante os procedimentos, usar cortinas); os doentes deram bastante relevo à privacidade durante a atividade eliminação. | | | |

Tabela 1 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.

| Autor/Ano | País | Amostra | Métodos de Pesquisa | Intervenção/Fenómenos de Interesse |
|---|--|--|-----------------------------|---|
| Estudos qualitativos | | | | |
| Malcolm, H. (2005) ⁽¹³⁾ | Nova Zelândia | 12 ex-doentes | Entrevista semi-estruturada | Identificar problemas verificados por pessoas com hospitalização anterior quanto à manutenção da privacidade pelo facto de terem permanecido num quarto compartilhado. Verificar como antigos doentes perceberam a sua privacidade no seu anterior internamento |
| Resultados | Falta de privacidade é condição aceite: a privacidade efetiva é menor que a esperada. Limitações ambientais, desejo de um sitio privado onde discutir assuntos privados; cortinas não promovem privacidade informacional, apenas barreira visual. Os doentes têm a perfeita noção de estarem a ser ouvidos assim como ouvem as informações dos outros doentes com famílias e profissionais de saúde (os profissionais deverão moderar a voz); a possibilidade de escolha sobre privacidade manteria o controlo de informações pessoais: restringem a informação fornecida aos profissionais de forma a salvaguardar as suas informações pessoais dos demais. | | | |
| Karro, J. et al. (2005) ⁽¹¹⁾ | Austrália | 235 doentes | Questionário | Identificar fatores ambientais e a sua relação com a perceção dos doentes sobre as infrações à privacidade. Perceber como as infrações à privacidade afetaram evolução dos cuidados. |
| Resultados | Privacidade é mais importante para as mulheres do que para os homens. Os doentes que ficam em espaços divididos apenas por cortinas referem mais infrações à privacidade. Quanto maior for a permanência no serviço maior é a perceção de infrações à privacidade pelos doentes. Os doentes escondem informação ou recusam ser examinados devido à observação prévia de infrações à privacidade. | | | |
| Lin, Y. et al. (2013) ⁽⁸⁾ | Taiwan | 313 doentes pré-intervenção 341 doentes pós-intervenção | Questionário | A intervenção instituída no SU contemplou: organização do espaço e do processo de funcionamento; controlo de acesso; formação e treino em bioética; consulta ética feita pelos profissionais onde é permitindo que os doentes expressem as suas preocupações. |
| Resultados | O grupo pós-intervenção apresenta valores percentuais significativamente mais altos de satisfação e de perceção geral da privacidade; obteve melhores níveis de satisfação nas categorias: informação pessoal ouvida por terceiros, ser vistos por pessoas irrelevantes, conversas inapropriadas ouvidas intencionalmente por profissionais de saúde, respeito pela privacidade. Na categoria "privacidade no espaço para o exame físico" não houve diferenças entre os dois grupos. A análise global revela que a intervenção melhorou a perceção da privacidade e satisfação dos doentes. | | | |

Tabela 1 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.

| Autor/Ano | País | Amostra | Métodos de Pesquisa | Intervenção/Fenómenos de Interesse |
|---|--|-------------|---------------------|---|
| Estudos qualitativos | | | | |
| Nayeri, N. & Aghajani, M. (2010) ⁽⁷⁾ | Irão | 360 doentes | Questionário | Tendo em conta três dimensões da privacidade: física, informacional e psicossocial, procura-se perceber como os profissionais do SU respeitam a privacidade do doente, relaciona-se esta associação com a satisfação do doente. |
| Resultados | Existe uma relação forte e significativa entre privacidade e satisfação; existe uma relação estreita entre a privacidade e a localização das camas dos doentes (doentes referem a privacidade como “fraca” em zonas comuns sem cortinas e “melhor” em quartos com cortinas); estabelece relações entre a idade do doente e privacidade, doentes mais velhos relatam mais violações à privacidade; o respeito pela privacidade de informação foi considerado como “fraco” por 30% dos doentes e como “bastante bom” pela mesma percentagem; cerca de 30% dos doentes refere o nível “fraco” em relação à privacidade psicossocial; quanto maior for a o período de internamento mais prováveis são violações à privacidade; os doentes que referem que a sua privacidade foi preservada, indicam níveis mais altos de satisfação. | | | |
| Lin, -Y. & Lin, C. (2010) ⁽⁵⁾ | Taiwan | 313 doentes | Questionário | Predizer a perceção do doente quanto à privacidade e se esta perceção se encontra associada com o grau de satisfação. |
| Resultados | Grande percentagem de doentes consideram-se satisfeitos com os cuidados recebidos no SU (41,2% classifica com nível bom); perceção geral da privacidade (40,3% considera nível bom e 10% nível muito bom); 21% dos doentes considera que esconde informação aos profissionais porque sentem que a sua informação pode ser revelada inapropriadamente; 19% afirmam estar relutantes a ser examinados fisicamente porque sentem que o seu corpo pode ficar exposto inapropriadamente; 75% considera que a privacidade é para si muito importante no SU; doentes mais velhos e com estadias mais longas tem níveis mais baixos de perceção geral da privacidade; doentes que são cuidados no corredor também têm níveis de perceção geral da privacidade mais baixos. | | | |

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como resultado da análise dos estudos selecionados percebe-se que os doentes que referem que a sua privacidade foi preservada apresentam níveis mais elevados de satisfação^(5,7,8). Encontraram-se evidências de que o tempo de internamento e a idade dos doentes estão relacionados com a percepção da privacidade, quanto mais longo é o tempo de internamento e mais velhos são os doentes maior número de infrações à privacidade são relatadas^(5,7,11).

O espaço físico foi referido várias vezes como um fator que dificulta a preservação da privacidade. Os doentes referem que nos espaços divididos apenas por cortinas existe menos privacidade^(7,11,12,13). Outros elementos da literatura corrente, nomeadamente de Downey & Lloyd⁽¹⁴⁾ e de Guimarães & Dourado⁽¹⁵⁾, vão de encontro a estes achados pois referem que é essencial no cuidar adotar medidas estratégicas como são: o uso de biombo e cortinas o controle no desnude do corpo como forma de proteção da privacidade do doente.

Como consequência do desrespeito pela privacidade percebido pelos doentes, verifica-se que alguns recusam ser examinados devido a observações prévias de infração à privacidade^(5,11).

A privacidade da informação é também uma dimensão bastante presente nos estudos analisados⁽⁷⁾. Grande parte dos doentes referem esconder informação pessoal pois sentem que a sua privacidade pode ser revelada inapropriadamente^(5,11,13). Encontram-se semelhanças a estes resultados na opinião de Soares⁽¹⁸⁾ pois este autor refere que ocorrem frequentemente comentários por parte dos profissionais em tom de voz alto sobre informações pessoais dos doentes em locais que extrapolam a prática dos cuidados.

A hospitalização é tida na maior parte das vezes como um momento de despersonalização, os doentes assumem como diminuição da privacidade as limitações que sentem durante o internamento na escolha de aspetos relacionados com a sua vida privada^(4,16).

Nos estudos que contemplam na amostra a percepção dos enfermeiros, estes consideram adotar medidas que promovem a privacidade do doente⁽¹²⁾. Contudo, em dois estudos qualitativos com observação não participada constata-se que a postura dos enfermeiros é inadequada e, de uma forma geral, falha na proteção da privacidade do doente^(16,17). Backes *et al.*⁽¹⁹⁾ é da opinião que este aspeto revela a desestruturação de valores em que o descuido pelos princípios éticos parece integrar, atualmente, o comportamento dos profissionais.

No que diz respeito à metodologia utilizada pelos diferentes estudos analisados existem aspetos que, no nosso entender, podem gerar limitações à fiabilidade dos resultados apurados. Os mais comuns são: o uso de amostras reduzidas, o tipo de amostragem utilizada e o

uso de estratégias recordatórias no apuramento dos dados. Num dos estudos analisados⁽¹³⁾ são realizadas entrevistas a doentes após o seu período de internamento e sendo o foco do estudo a análise de uma percepção subjetiva, a percepção de privacidade, o uso de estratégias recordatórias pode condicionar viés de informação.

Em três dos estudos quantitativos^(5,7,11) revistos, o método de amostragem utilizada foi a amostra por conveniência. Este aspeto pode condicionar limitações ao estudo pois este tipo de amostra inclui os sujeitos disponíveis no local no momento da recolha de dados, contudo estes podem ter características diferentes da população alvo do estudo, o que impossibilita a generalização dos resultados⁽²⁰⁾. Ainda em relação ao tipo de amostra, no estudo quase experimental⁽⁸⁾ analisado a amostra também não foi randomizada o que segundo Eccles *et al.*⁽²¹⁾ pode condicionar limitações e interferências, visto que é difícil obter amostras com características semelhantes nos dois períodos do estudo. O número de pacientes e o tipo de patologia nos dois períodos do estudo podem ter sido diferentes e isso pode condicionar a percepção acerca da privacidade.

Considera-se ainda como limitação o uso de amostras reduzidas pois implica estudar um grupo de pessoas que pode não ser representativo do domínio de interesse. Dos estudos analisados, a maior amostra utilizada foi de 360 pessoas em um estudo⁽⁷⁾ e a menor amostra foi de 12 pessoas em dois estudos^(13,17). Segundo Fortin⁽²⁰⁾ em termos gerais grandes amostras conduzem a melhores aproximações aos parâmetros da população, contudo em estudos cujo objetivo é explorar e descrever fenómenos o tamanho da amostra poderá ser reduzido.

Por último, consideramos válido refletir sobre os diferentes contextos socioculturais onde a recolha dos dados ocorreu. A análise de uma dimensão tão subjetiva e culturalmente dependente como a privacidade, avaliada em países com condições socio culturais tão diferentes como os que integram esta revisão pode, também, influenciar a generalização dos resultados.

CONCLUSÕES

Esta revisão integrativa permitiu concluir que a percepção da privacidade dos doentes internados perdiz fortemente a sua satisfação com os cuidados prestados. A maioria dos doentes que constituíram as amostras dos diferentes estudos perceberam infrações à privacidade física ou informacional em si ou em terceiros. A percepção da privacidade está, para os doentes, relacionada com a sua dignidade, respeito e a garantia de autonomia. A falta de privacidade condiciona no doente sentimentos de stress e afeta a relação entre estes e os profissionais de saúde.

Os resultados apresentados pelos diversos estudos que integram este artigo de revisão permitem inferir implicações para a prática. Um dos aspetos mais focados prende-se com a importância da formação contínua das equipas de saúde em ética e direitos dos doentes, pois o aumento de conhecimentos nesta matéria por parte dos profissionais permitirá uma maior preservação do direito dos doentes à privacidade. Os estudos analisados mostram ainda que devem ser feitos esforços para melhorar o espaço físico dos serviços pois é devido a condicionantes do espaço físico que são relatadas várias infrações à privacidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério dos Negócios Estrangeiros - Direcção-Geral dos Negócios Políticos. Autoriza a publicação do texto em inglês e a respectiva tradução em português da Declaração Universal dos Direitos do Homem. Diário da República [Internet]. 9-03-1978; Série I, n.º 57:488-493. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/446107>
2. Assembleia da República. Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de setembro: Sétima revisão constitucional. Diário da República [Internet]. 2005; Série I - A, n.º 155:4642-4686. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/243729>
3. Assembleia da República. Lei n.º 48/90 de 24 de agosto: Lei de Bases da Saúde. Diário da República [Internet]. 1990; Série I, n.º 195:3452-3459. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/574127>
4. Pupulim JSL, Sawada NO. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: Percepção de pacientes hospitalizados. Texto & Contexto Enfermagem. [Internet]. 2010 [citado em 26 julho 2010]; 19(1): 36-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a04.pdf>

5. Lin Y, Lin C. Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*. [Internet]. 2011 [citado em 26 julho 2010]; 28: 604-608. DOI: 10.1136/emj.2010.093807
6. Assembleia da República. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República* [Internet]. 2015; 1.ª Série. n.º 181:8059-8105. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
7. Nayeri ND, Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nursing Ethics*. 2010; 17(2):167-177. DOI: 10.1177/0969733009355377.
8. Lin YK, Lee WC, Kuo LC, Cheng YC, Lin CJ, Lin HL, *et al.* Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2013 [citado em 26 julho 2010]; 14(8):1-8. Disponível em: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6939-14-8?site=bmcomedethics.biomedcentral.com>
9. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGS. Revisão Integrativa Versus Revisão Sistemática. *REME Revista Min. Enferm.* [Internet]. 2014 [Citado 26 julho 2010]; 18(1): 9-11. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>
10. Joanna Briggs Institute. Systematic Review Resource Package. 2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf
11. Karro J, Dent AW, Farish S. Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 2005; 17:117-123. DOI: 10.1111/j.1742-6723.2005.00702.x
12. Akyüz E, Erdemir F. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics*. 2013; 20(6):660-671. DOI: 10.1177/0969733012468931
13. Malcolm HA. Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nursing Ethics*. [Internet]. 2005; 12(2):156-167. DOI: 10.1191/0969733005ne772oa.
14. Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. *Nursing Standard*. 2008; 22(34):35-40. DOI: 10.7748/ns2008.04.22.34.35.c6531

15. Guimarães CM, Dourado MR. Privacidade do paciente: Cuidados de Enfermagem e Princípios Éticos. *Estudos Goiânia*. 2013; 40 (4):447-460.
16. Woogara J. Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing standart*. 2005; 19(18): 33-37. DOI: 10.7748/ns2005.01.19.18.33.c3783
17. Soares NV, & Dall'Agnol CM. Privacidade dos pacientes - uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(5): 683-688. DOI: 10.1590/S0103-21002011000500014
18. Soares NV. A privacidade dos pacientes e as acções dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar. Porto Alegre (BR): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
19. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(1): 34-41. DOI: 10.1590/S0104-11692007000100006
20. Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures (PT): Lusodidacta; 2009.
21. Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(1): 47-52. DOI: 10.1136/qhc.12.1.47

Correspondência: alice.ruivo@ess.ips.pt