



EXPERIÊNCIAS CORPORAIS NAS RELAÇÕES DE CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

BODY EXPERIENCES IN INTENSIVE CARE UNIT CARE RELATIONS: AN INTEGRATIVE REVIEW

EXPERIENCIAS CORPORALES EN LAS RELACIONES DE CUIDADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Franciele Roberta Cordeiro¹
Juliana Graciela Vestena Zillmer²
Marina Borges Luiz³
Nataniele Kmentt da Silva⁴
Helena da Cruz Campelo⁵

¹Franciele Roberta Cordeiro. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0001-6194-5057>. Correspondência a: e-mail franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

²Juliana Graciela Vestena Zillmer. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0002-6639-8918>

³Marina Borges Luiz. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0003-1317-5355>

⁴Nataniele Kmentt da Silva. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0001-9798-6547>

⁵Helena da Cruz Campelo. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0001-9798-6547>

Data de recepção: 04/02/22

Data de aceitação: 01/05/22

RESUMO

Objetivo: analisar as experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** revisão integrativa realizada nas bases de dados MEDLINE, SCOPUS, LILACS e CINAHL, das quais resultaram em 13 artigos. Os resultados foram analisados de forma descritiva e organizados em categorias temáticas, conforme a similaridade dos conteúdos, a partir de conceitos da Antropologia do Corpo. **Resultados:** foram construídas duas categorias: “*O corpo nas relações de cuidado*” e “*As experiências corporais mediadas pela tecnologia*”. Nelas, discutiu-se como as experiências corporais na UTI são mediadas pelas tecnologias, especialmente aquelas denominadas de “duras”, representadas por dispositivos, máquinas e medicamentos. Elas interferem na interação do corpo da pessoa consigo, com os outros e com o ambiente. As experiências corporais na UTI transformam o corpo ativo e reflexivo em um corpo nu, reduzido, limitado e exposto à medida que o nível de consciência se reduz. Dessa forma, os significados da corporeidade nas relações de cuidado em UTI se constituem a partir da compreensão do corpo como uma superfície de inscrição das práticas e técnicas dos profissionais de saúde no decorrer do tempo de hospitalização. **Conclusão:** o corpo da pessoa hospitalizada em UTI é significado através da passividade e da aceitabilidade. A sensibilidade carece de espaço, mas movimentos de reflexão e em direção às ações possíveis para humanizar o cuidado na UTI foram evidenciados.

Descritores: Cuidados Críticos; Tecnologia; Corpo Humano; Unidades de Terapia Intensiva; Antropologia; Revisão.

ABSTRACT

Objective: to analyze the corporal experiences in the caring relationships in the intensive care unit. **Methodology:** an integrative review was conducted in the databases MEDLINE, SCOPUS, LILACS, and CINAHL which resulted in 13 articles. The results were analyzed in a

descriptive way and organized into thematic categories, according to the similarity of the contents, based on concepts from the Anthropology of the Body. **Results:** We constructed two categories: the body in care relations and the bodily experiences mediated by technology. We discussed how body experiences in the ICU are mediated by technologies, especially those called "hard", represented by devices, machines, and medicines. They interfere with the interaction of the person's body with himself, with others, and with the environment. The bodily experiences in the ICU transform the active and reflective body into a naked body, reduced, limited, and exposed as the level of consciousness reduces. Thus, the meanings of corporeality in caring relationships in the ICU are constituted from the understanding of the body as a surface of registration of the practices and techniques of health professionals during the period of hospitalization. **Conclusions:** The body of the person hospitalized in ICU is realized through passivity and acceptability. Sensitivity lacks space, but we evidenced movements of reflection towards possible actions to humanize care in the ICU.

Keywords: Critical Care; Technology; Human Body; Intensive Care Units; Anthropology; Review.

RESUMEN

Objetivo: analizar las experiencias corporales en las relaciones de cuidado en unidad de cuidados intensivos. **Metodología:** revisión integradora realizada las bases de datos MEDLINE, SCOPUS, LILACS y CINAHL, en las que se recuperaron 13 artículos. Los resultados fueron analizados de forma descriptiva y organizados en categorías temáticas, conforme a la similitud de los contenidos, a partir de conceptos de la Antropología del Cuerpo. **Resultados:** Se construyeron dos categorías: "El cuerpo en las relaciones de cuidado" y "Las experiencias corporales mediadas por la tecnología". En ellas se discutió cómo las experiencias corporales en la UCI están mediadas por las tecnologías, especialmente aquellas denominadas

"duras", representadas por dispositivos, máquinas y medicamentos. Interfieren en la interacción del cuerpo de la persona con usted, con los demás y con el entorno. Las experiencias corporales en la UCI transforman el cuerpo activo y reflexivo en un cuerpo desnudo, reducido, limitado y expuesto a medida que el nivel de conciencia se reduce. De esa forma, los significados de la corporeidad en las relaciones de cuidado en UCI se constituyen a partir de la comprensión del cuerpo como una superficie de inscripción de las prácticas y técnicas de los profesionales de salud en el transcurso del tiempo de hospitalización. **Conclusiones:** el cuerpo de la persona hospitalizada en UCI es significado a través de la pasividad y de la aceptabilidad. La sensibilidad carece de espacio, pero se evidenciaron movimientos de reflexión y hacia las acciones posibles para humanizar el cuidado en la UCI.

Palabras clave: Cuidados Críticos; Tecnología; Cuerpo Humano; Unidades de Cuidados Intensivos; Antropología; Revisión.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço hospitalar que oferece suporte avançado de vida, monitorização hemodinâmica e respiratória de alta complexidade com equipe especializada. Nela, controla-se as condições clínicas de extrema gravidade e risco de morte durante 24 h por dia. As UTI são classificadas segundo o nível de atenção, o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos que as constituem. Aquelas de tipo III atendem pacientes que necessitam nível de atenção muito elevado; as de tipo II atendem a pacientes que requerem nível de atenção alto e as UTI de nível I, que contemplam os níveis de atenção médio-baixo, ou seja intermediário de cuidado¹.

Os cuidados intensivos envolvem equipe multidisciplinar especializada em avaliar e intervir em situações que envolvem o risco de disfunções orgânicas agudas, ameaçando a continuidade da

vida. Para tal, se apropriam de tecnologias que fornecem suporte aos órgãos, especialmente aqueles que compreendem o sistema respiratório e cardiovascular².

O espaço da UTI tende a ser hostil aos pacientes e aos familiares, tendo em vista a complexidade e variedade de dispositivos, técnicas e materiais utilizados para mediar o cuidado. Na literatura são incipientes os estudos, que abordam o modo como o corpo do paciente é percebido durante os cuidados em UTI, especialmente aqueles que consideram a perspectiva de quem experiencia a hospitalização.

Estudo³ que buscou compreender o significado do ambiente de cuidados em UTI adulto identificou que os profissionais se preocupam, principalmente, com o gerenciamento de recursos e monitoramento dos pacientes, o acompanhamento das famílias, a luta contra a morte e a manutenção das condições do ambiente para o desenvolvimento do cuidado e para os próprios profissionais. Assim, a UTI apresenta um ambiente dinâmico que tem como centro do processo de trabalho a recuperação da saúde e a promoção da vida, que quando não alcançados, geram sensações de frustração e angústia nos atores envolvidos nos cuidados³.

Outra pesquisa⁴, realizada com pacientes em UTI no Brasil, identificou que o isolamento decorrente da internação, o pouco contato com os familiares e a ociosidade em ficar restrito ao leito, podem provocar sentimentos e sensações como insegurança, solidão, estresse, medo de falecer, além de ansiedade por presenciar ou ouvir casos de pacientes que evoluíram ao óbito, ao escutar diagnósticos que não conseguem compreender, por perder a independência ou o controle do próprio corpo⁴.

Devido à gravidade dos pacientes e ao risco de morte, a UTI se torna um ambiente de angústia e medo. Nesse cenário, trabalhar com outros elementos da dimensão humana, para além da física, como por exemplo, a espiritualidade, pode promover alívio do sofrimento. Prestar assistência holística e humanizada na UTI abrange a promoção do bem-estar, conforto e proximidade da família, flexibilizando rotinas, nos momentos críticos aos pacientes⁵.

A vivência da internação na UTI, a partir da humanização promovida pela equipe, pode tornar menos estranho o ambiente ao paciente e a sua família. A aproximação com a família vai além da coleta de informações, trata-se da escuta para que se sinta compreendida, com abertura para questionamentos e a criação de vínculos. Entender a família como parte do cuidado e perceber cada indivíduo como único, com necessidades específicas, facilita a interação e diálogo, gerando respeito mútuo entre as partes, corroborando com o processo de cuidar⁶.

Dessa forma, mostra-se relevante investigar como pesquisas têm analisado as experiências de pessoas hospitalizadas em UTI, como percebem seus corpos e as transformações ocorridas com eles, e como são cuidados neste espaço. Para explorar tais aspectos, elementos da Antropologia do Corpo são potentes. O corpo é o instrumento material e simbólico que media toda e qualquer experiência e relação que caracterizam e fundamentam a pessoa. Por mais que constantemente busca-se apagá-lo, no cotidiano, é justamente nos momentos de adoecimento que a pessoa percebe a necessidade das funções do corpo para tornar possível a sua existência⁷.

A corporeidade diz respeito às estruturas simbólicas e sociais, às representações e às condições que permitem a expressividade do corpo com os outros⁸. Tem relação com gestos, mímicas e rituais, aos usos que os indivíduos fazem do corpo durante o contato com os outros e com o ambiente. Dessa forma, a corporeidade ocorre em meio às práticas atribuídas ao corpo, a partir das formas simbólicas que permitem o indivíduo compreendê-lo e percebê-lo⁷.

Na internação em UTI, o paciente é expropriado do seu próprio corpo e da tomada de decisão, tornando-se dependente das tecnologias e dos profissionais de saúde⁷. As tecnologias são ferramentas passíveis de melhorar ou tratar o corpo doente⁹. A utilização de dispositivos, medicamentos, além de aspectos relacionais, de maneira cautelosa e com razoabilidade, tornam os cuidados qualificados, contribuindo na redução do sofrimento e da sensação de dor¹⁰.

Considerando a temática contextualizada e os conceitos apresentados, este artigo tem como objetivo analisar as experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva.

METODOLOGÍA

Revisão integrativa de literatura, na qual foram empreendidas seis etapas. A primeira envolveu a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa. A segunda compreendeu o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem e busca na literatura. A terceira se deu com a definição das informações extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. A quarta preconizou a avaliação dos estudos incluídos na revisão, na quinta ocorreu a interpretação dos resultados e, por fim, a sexta consistiu na apresentação da síntese do conhecimento¹¹.

Para esta revisão, elaborou-se um protocolo com relação à questão de pesquisa, os conceitos a serem identificados, as bases a serem consultadas, os descritores, além dos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Para a construção da questão de pesquisa recorreu-se à estratégia PICO (**P**: participantes – pessoas hospitalizadas em UTI, familiares de pessoas hospitalizadas em UTI, profissionais de saúde atuantes em UTI; **I**: intervenção – cuidados com o corpo do adulto hospitalizado em UTI; **C**: comparação – não se aplica; **Outcomes**: resultados – experiências em relação ao corpo e corporeidade; tecnologia e cuidado em UTI), resultando na questão: quais as experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva?

As experiências identificadas e seus significados tiveram como referencial teórico condutor a Antropologia do Corpo, através das noções propostas pelo antropólogo David Le Breton⁷⁻⁸: corpo e corporeidade. Destaca-se que ao operar com a noção de corporeidade no contexto da UTI, conforme explanado na introdução, inevitavelmente se recorre às noções de tecnologia e

cuidado, as quais constituem o espaço da interação, ou seja, a vida cotidiana⁷ no cenário em questão.

Quanto à seleção, não foi estabelecida delimitação temporal, de modo a permitir maior identificação de estudos. O levantamento ocorreu, inicialmente, entre abril e julho de 2020 nas bases de dados eletrônicas Medline, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As bases CINAHL e a Scopus foram acessadas via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). Destaca-se que, em um segundo momento, em julho de 2021, foi realizada nova busca, nas mesmas bases, visando identificar novos estudos e atualizar o material de análise.

Os critérios de inclusão foram: artigos oriundos de estudos primários, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, com a população do estudo composta por adultos maiores de 19 anos, hospitalizados em UTI devido a condições crônicas de saúde, familiares de pessoas hospitalizadas em UTI ou profissionais de saúde no mesmo cenário. Foram excluídas revisões de literatura, dissertações e teses, resumos em eventos.

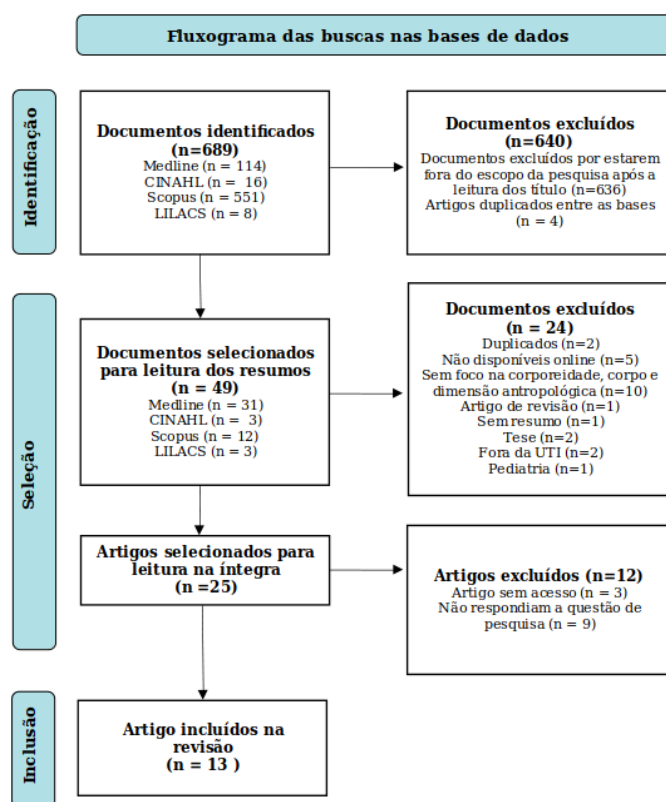
A fim de identificar os estudos, elegeu-se os *Medical Subject Headings* (MESH) *terms Technology, Intensive Care Units, Human Body, Anthropology Cultural, Biomedical Technology e Physical* e os seus respectivos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em português. Em todas as bases foram realizadas as mesmas associações utilizando o operador booleano AND: *Technology AND Intensive Care Units AND Human Body, Anthropology Cultural AND Intensive Care Units AND Technology, Anthropology Cultural AND Intensive Care Units AND Technology, Human Body AND Biomedical Technology AND Intensive Care Units, Intensive Care Units AND Physical*.

No primeiro levantamento, identificou-se 96 artigos na Medline, 14 na CINAHL, 370 na Scopus e cinco na LILACS. Destes, 20 foram selecionados para leitura na íntegra. Ao final, 10 artigos

integraram o material de análise por, efetivamente, responderem à questão da pesquisa. No segundo levantamento, identificou-se 18 artigos novos na PubMed, dois na CINAHL, 181 na Scopus e três na LILACS. Dentre eles, cinco foram mantidos para leitura na íntegra. Ao final, três artigos foram incluídos para a nova composição do material de análise, o qual foi constituído de 13 artigos.

Na figura 1 está representado o Fluxograma da seleção dos estudos, compreendendo a totalidade de artigos dos dois momentos de busca, conforme as recomendações Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA*), 2020.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos.



Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Os dados foram organizados no Programa *Google Planilhas*, a partir da extração das seguintes informações: título, autores, ano, revista, país, objetivo, referencial teórico, desenho do estudo,

país, tipo de amostragem, participantes (características e números), técnica de coleta de dados, organização e análise, principais resultados e conclusões.

Para a análise crítica do desenho metodológico dos estudos qualitativos foi utilizado um check-list, adaptado do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹². Essa avaliação foi feita de maneira independente por duas pesquisadoras doutoras, com experiência em pesquisa qualitativa. Posteriormente, foi estabelecido consenso entre os itens avaliados para compor o quadro com a análise final. Para os estudos quantitativos, avaliou-se o delineamento por meio da classificação do nível de evidência¹³. Os dados oriundos da extração dos principais resultados dos estudos foram analisados de forma descritiva e por aproximação dos temas com base na similaridade, a partir de conceitos pré-estabelecidos¹⁴, a citar: corpo, corporeidade, tecnologia e cuidado. Assim, foram construídas duas categorias: “O corpo nas relações de cuidado” e “As experiências corporais mediadas pela tecnologia”.

RESULTADOS

Os 13 estudos que compuseram a análise estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Material empírico de análise.

Código	Ano	Revista	País
A1 ¹⁵	1999	<i>Social Science & Medicine</i>	Reino Unido
A2 ¹⁶	2005	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil
A3 ¹⁷	2007	<i>Intensive and Critical Care Nursing</i>	Suécia
A4 ¹⁸	2008	Estudos de Psicologia	Brasil
A5 ¹⁹	2011	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil
A6 ²⁰	2013	<i>Nursing in critical care</i>	Reino Unido
A7 ²¹	2013	<i>Nursing in critical care</i>	Tailândia
A8 ²²	2014	Texto e Contexto Enfermagem	Brasil
A9 ²³	2016	<i>Health</i>	Espanha, França, Noruega
A10 ²⁴	2017	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	Dinamarca
A11 ²⁵	2018	<i>Intensive and Critical Care Nursing</i>	Suécia
A12 ²⁶	2020	<i>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine</i>	Estados Unidos da América
A13 ²⁷	2020	<i>OMEGA - Journal of Death and Dying</i>	Espanha, França, Noruega

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

No quadro 2, apresenta-se o resultado da avaliação do delineamento dos estudos qualitativos.

Foram identificados dois estudos quantitativos, os quais foram classificados no nível IV²⁵ e VI¹⁸. Também, um¹⁶ dos estudos qualitativos se tratava de uma análise documental, vinculada ao referencial Pós-estruturalista, não cabendo análise do desenho metodológico por meio do quadro.

O corpo nas relações de cuidado

Dentre as possibilidades de compreensão do corpo, no contexto da UTI, há a perspectiva do *ciborgue*, ou seja, um corpo constituído por aspectos biológicos e tecnológicos, o qual tem sua funcionalidade e vitalidade mediados por dispositivos, máquinas e pessoas do espaço da UTI. Corpo entendido como território de acolhimento, sobre o qual se exercem forças a partir das relações de poder, lugar de recebimento, de transmissão, de passagem de entidades materiais e imateriais¹⁶.

O corpo da pessoa hospitalizada em UTI também foi compreendido como elemento que tem a capacidade de responder às práticas das equipes médicas e de enfermagem, as quais visam ganhar tempo, para que ele responda com a cura. O corpo, nessa perspectiva, determina o tempo de recuperação e tem a capacidade de regenerar-se²⁷.

Conforme o tempo de internação, o corpo da pessoa hospitalizada em UTI está sujeito a transformações em termos de memória e da vida social. Isso porque pacientes na UTI comumente sofrem de múltipla falência de órgãos, podem estar intubados, inconscientes, sedados, com presença de cateteres, modificando a aparência física em virtude do tratamento, repercutindo na dimensão psicológica^{23,25}.

Quadro 2. Análise do delineamento dos estudos qualitativos.

Artigo	Orientação metodológica	Amostragem	Participantes	Local da coleta de dados	Análise	Coleta de dados
A1 ¹⁵	Estudos de caso Etnografia	Proposital	14 indivíduos gravemente enfermos hospitalizados em UTI que faleceram ou estiveram próximos da morte e 13 familiares (cinco homens e oito mulheres)	UTI de dois hospitais (Ocidental e Oriental)	Comparação entre os casos, semelhante à análise comparativa constante de Glaser e Strauss, e da análise indutiva de Denzin	Entrevista, observação focada e análise documental
A3 ¹⁷	Etnografia, Perspectiva Sócio-cultural	Não descreve	Oito enfermeiras e quatro anestesistas	(Local calmo de) UTI de um hospital de médio porte no oeste da Suécia	Busca indutiva - sustentada em Hammersly and Atkinson, Kvale - por categorias que explicassem o significado e o sentido de tecnologia para os informantes	Entrevista
A5 ¹⁹	Estudo descritivo-exploratório	Não descreve	10 pacientes, três mulheres e sete homens com nível de consciência preservado, internados em UTI por, pelo menos, 48 horas	Unidade de terapia intensiva adulto em um hospital filantrópico de um município do sudoeste de São Paulo	Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin	Entrevista semiestruturada
A6 ²⁰	Etnografia	Proposital	19 profissionais de saúde, 13 enfermeiras (Oito enfermeiras foram observadas. Dentre essas, três não foram entrevistadas) , um médico e dois fisioterapeutas	Unidade de terapia intensiva de um hospital geral	Análise comparativa constante, de Glaser e Strauss	Observação participante, revisão de documentos e entrevista semiestruturada
A7 ²¹	Fenomenologia hermenêutica	Não descreve	10 pacientes (sete homens e três mulheres) que eram dependentes de tecnologias para o cuidado - ventiladores mecânicos, marca-passos cardíacos e hemodiálise - e receberam alta de uma UTI	Unidade de terapia intensiva adulto no sul da Tailândia, Domicílio dos participantes e escritório dos pesquisadores	Fenomenologia hermenêutica de Van Manen	Entrevista Narrativa

A8 ²²	Pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, com aplicação da Teoria das Representações Sociais, na vertente processual	Não descreve	21 enfermeiros, 17 mulheres e quatro homens	sala reservada da UTI de um hospital federal do Rio de Janeiro/Brasil	Mapeamento dos conteúdos	Entrevista individual com roteiro de questões semiestruturadas
A9 ²³	Etnografia	Não descreve	24 Funcionários da unidade de terapia intensiva: nove médicos, 12 enfermeiras e três auxiliares de enfermagem	Três UTI, de diferentes países: Espanha, França e Noruega	Não descreve	Observação participante e entrevista semiestruturada
A10 ²⁴	Descrição Interpretativa, uma abordagem indutiva aplicada e qualitativa inspirada na etnografia, na teoria fundamentada e na fenomenologia	Não descreve	28 pacientes, homens e mulheres com idade entre 36 e 86 anos (que estiveram sob ventilação mecânica por, pelo menos, três dias e receberam alta) foram observados, 20 pacientes participaram da primeira entrevista e 13 da segunda	Duas UTI de um hospital universitário na Dinamarca e domicílio dos pacientes.	Análise temática, interpretativa e descritiva, conforme proposta de Sally Thorne	Observação participante e entrevista semiestruturada
A12 ²⁶	Etnografia	Não descreve	212 profissionais (administradores, médicos, enfermeiras e fisioterapeutas)	Oito hospitais de cuidados agudos de longa duração dos Estados Unidos da América	Não descreve	Entrevista, observação direta, análise documental
A13 ²⁷	Etnografia	Não descreve	Nove médicos, 12 enfermeiras e três técnicas de enfermagem	Três UTI's, de diferentes países: Espanha, França e Noruega	Não descreve	Observação participante, Entrevista semiestruturada, Conversas informais

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Com a hospitalização, se reduz a capacidade de interagir, expressar necessidades, desejos e preocupações individuais, ou seja, modificam-se as funções do corpo enquanto instrumento de comunicação e interação com o mundo. Entretanto, o mínimo de vigilância e estado de alerta presentes permitem o testemunho, mesmo que involuntário, do sofrimento de outros, o que afeta a percepção de si²⁴.

Além disso, pessoas hospitalizadas na UTI percebem transformações no modo como os profissionais se relacionam com seu corpo. Isso ocorre quando a equipe não se apresenta durante os cuidados, há excesso de pressa, não explicam o tratamento, realizam interrupções do sono para rotinas, ou quando a atenção é direcionada aos aparelhos. Nessas circunstâncias, o corpo se torna um objeto a ser manipulado¹⁸.

A equipe de Enfermagem, ao mesmo tempo que pode acolher, pode simbolizar um estressor aos pacientes. Esse estresse se deve ao envolvimento direto na vigilância do corpo, registrando e controlando alterações, reposicionando, higienizando, realizando curativos e coletando exames. Para realizar tais cuidados, dispositivos tecnológicos auxiliam na otimização do tempo de trabalho e disponibilidade da equipe. Entretanto, há o risco de os pacientes não serem vistos como seres humanos, dotados de uma biografia, história, tornando-se mais um tipo de dispositivo a ser manuseado¹⁷.

Para enfermeiros, o paciente representativo do cenário da UTI - e com os quais possuem maior interesse em trabalhar - é aquele que apresenta gravidade clínica, está sedado, intubado e tem potencial de recuperação²². A ciência e a tecnologia incorporadas pela área da saúde resultam em certeza e confiança por parte das pessoas, ao mesmo tempo provocam dúvidas e incertezas, pelo modo fragmentado e reducionista como os cuidados, a atenção em saúde e o corpo¹⁵.

Destaca-se que o uso de tecnologias, representadas por sondas, tubos e cateteres, não ocorre sem algum tipo de resistência. Na natureza, essas tecnologias não fazem parte daquilo concebido como o corpo biológico. Geralmente, pacientes sentem o desejo, consciente ou não, de remover esses dispositivos, especialmente no despertar da sedação. Na UTI, devido à presença da ideia de fazer o que deve ser feito a qualquer custo, percebe-se, por um lado, certa violência ao manipular o corpo do paciente, já que por vezes não se considera a pessoa em si. Por outro lado, é graças às tecnologias e intervenções sobre o corpo que será possível garantir a continuidade da vida, independente se essa será com qualidade ou não²³.

Ainda, o corpo atravessado por tubos e múltiplos equipamentos de monitorização associa a ideia da morte na UTI com sofrimento. A pessoa e/ou seus familiares modificam seus entendimentos sobre a morte a partir da relação com este corpo. Não se tem mais medo dela, mas há a sensação de impotência, medo do abandono, do desconhecido e do tornar-se um objeto nas mãos dos profissionais¹⁹.

Os pacientes na UTI vivenciam o sofrimento a partir da sensação de não serem eles mesmos enquanto dependem de tecnologias para o cuidado. É como se o corpo fosse estranho a si e a existência se resumisse aos aparelhos e dispositivos, que quando possuem ruídos, causam medo, pois indicam instabilidade e possibilidade de morte. Dependendo do nível de sofrimento, algumas pessoas até preferem morrer a terem seus corpos reduzidos a máquinas²¹. Assim, quando a morte ocorre na UTI, ela passa a ser mediada pela tecnologia, expropriada da pessoa que está, na maioria das situações, inconsciente e sem domínio de si em virtude da sedação²⁷.

O cuidado relacionado ao corpo apareceu como elemento importante na UTI, não sendo apenas uma questão de vaidade ou estética, mas uma maneira de manter a identidade da

pessoa, protegendo-a da violência da exposição. Apresentar-se e identificar-se, chamá-la pelo nome, informá-la sobre cada procedimento e inseri-la na rotina por meio de linguagem verbal e não-verbal, foram identificadas como ações de cuidado que favorecem a relação da equipe de enfermagem com o corpo do paciente neste contexto²³.

O cuidado na UTI envolve o tempo e as práticas que as equipes médicas e de enfermagem ofertam para possibilitar ao corpo responder às necessidades de saúde. Quando a morte ocorre, profissionais a entendem como falha²⁸. Nesse espaço, doentes mais graves são privilegiados por meio da atenção dada aos seus dados objetivos e o desfecho que a partir deles pode ocorrer. A resposta imediata a uma ação ou dado é mais valorizada que a interação em profundidade. Dessa forma, pacientes lúcidos e acordados tendem a receber menos atenção da equipe de enfermagem, especialmente dos enfermeiros, que priorizam o tempo às atividades burocráticas e interagem pontualmente com os pacientes²².

As relações de cuidado com o corpo envolvem habilidades práticas e de tomada de decisão, incluindo a avaliação física, psicológica e técnica, nesse processo, máquinas auxiliam os profissionais²⁰. Em um dos estudos, enfermeiros expressaram que a tecnologia (como respiradores, bombas de infusão e monitores) não era completamente confiável, enfatizando a necessidade de observar a condição dos pacientes e não apenas confiar no aferido por monitores. Reforçaram a importância de atentar para aspectos como o sono e o bem-estar durante a internação na UTI¹⁷.

Em relação ao desmame da ventilação mecânica, um dos artigos discorreu sobre cuidado eficaz, definido por uma compensação entre dois atributos: a agressividade do cuidado e a capacidade de resposta do corpo ao cuidado²⁶. Agressividade é o grau de gestão do ventilador em relação ao progresso fisiológico diário do paciente. Por exemplo, quando

profissionais evidenciam ventilação espontânea após tentativa de extubação, o paciente pode solicitar suporte ventilatório, e os profissionais insistirem na redução do suporte.

Nesses casos, o resultado pode ser positivo, caso o paciente não dependa mais do ventilador e sobreviva. Se torna negativo, caso o paciente não tolere e presencie-se efeitos indesejáveis e adversos decorrentes das intervenções profissionais. A capacidade de resposta é o grau de prioridade dos profissionais que realizam a gestão do ventilador em acordo com o progresso e sugestões diárias do paciente. Por exemplo, os autores relatam que o cuidado responsivo pode se manifestar pelo encerramento precoce de uma tentativa de respiração espontânea ao se perceber fadiga do paciente. Ao respeitar o tempo, tolerância e resposta é possível se chegar ao resultado esperado, no caso a extubação, evitando-se esforços durante e decorrentes do processo de cuidado.

Os profissionais devem encontrar o equilíbrio entre esses dois atributos em acordo com a capacidade de cada paciente. Esse equilíbrio é possível mediante à incorporação da visão e conhecimento do paciente sobre sua situação, aliada à informação e à tomada de decisão compartilhada com eles²⁶. Tem-se, nessas situações, um corpo que é reflexivo – capaz de pensar, avaliar e decidir sobre si em conjunto com os profissionais. Condição possível quando o paciente está lúcido, e ciente de sua condição. Quando consegue olhar e perceber seu corpo no espaço em que se encontra.

Corroborando, é relevante o controle eficaz da dor e informar os pacientes sobre seu tratamento. Variáveis como comunicação eficaz, música para promover relaxamento, diminuição da sensação de isolamento e fotografias de familiares seriam contribuições possíveis para minimizar os impactos sofridos na UTI¹⁸. Proporcionar conforto físico, emocional ou espiritual podem fazer a diferença no cuidado ao paciente e sua família. Para tal, a elaboração de planos de cuidados individualizados com informações sobre o

tratamento pode contribuir no trabalho em equipe e auxiliar a enxergar o paciente enquanto pessoa²⁰. O cuidado também passa a ser compreendido como a comunicação com os familiares, envolvendo o fornecimento de informações de maneira gradual, de modo a respeitar os desejos²⁷.

Em um dos estudos, pacientes que estiveram hospitalizados em UTI manifestaram reconhecimento à dedicação e ao atendimento contínuo prestado pela equipe e enfatizaram que esse cuidado se diferenciava de outros setores por onde haviam passado. Mencionaram a equipe de saúde como fundamental para a adaptação no espaço, diminuindo o impacto negativo da internação. Pelo fato de estarem distantes dos familiares e amigos, a equipe representava a extensão da família¹⁹. Dado corroborado pelos participantes de outro estudo, que relataram confiança na equipe, o que fez com que se sentissem seguros, como se estivessem em suas casas, demonstrando vínculo com médicos e enfermeiros²¹.

Pacientes consideraram visitas de acompanhamento como valiosas e úteis para se ajustar ao tempo na UTI, pois podiam discutir experiências com a equipe, minimizando ansiosos, colaborando com a recuperação²⁵. Familiares relataram alívio pela pessoa estar sob cuidados da equipe da UTI. Nessas situações, apesar do início repentino da doença e das intervenções instituídas, o momento da morte foi lembrado como oportuno, e sua gestão retratada como essencialmente compassiva e humanizada¹⁵.

As enfermeiras foram identificadas como profissionais que visam à integridade do corpo do em casos de óbito, contendo líquidos, fechando portas ou cortinas, controlando ruídos e tocando o corpo; todavia, em situações que não é possível tal cuidado, devido às emergências e a família estando presente, pode parecer descuido. Por esta razão, em

algumas situações, prefere-se que familiares não permaneçam junto ao corpo no momento do óbito²⁷.

Pacientes internados em UTI relataram gostar de serem cuidados pelo mesmo enfermeiro. A maioria deles conseguia descrever as diferenças entre aqueles que observavam, tinham paciência e estavam mais dispostos a colaborar e tratá-los como pessoas. Ações em relação às experiências dos pacientes foram percebidas como importantes, permitindo que se sentissem respeitados e com algum controle das ações, mesmo que não fossem realizadas sozinhas. Quando não conseguiam chamar uma enfermeira, devido à fraqueza corporal, pareciam confortados por tê-las próximas à beira do leito²⁴. Constatou-se, em um dos estudos, que enfermeiras mulheres tendem a valorizar as vivências individuais, o contexto de vida e suas influências no adoecimento. Também costumam mostrar-se mais abertas ao diálogo com familiares²².

As experiências corporais mediadas pela tecnologia

Nos estudos, a corporeidade esteve evidenciada pelo modo como os pacientes usam seus corpos para se relacionar consigo, com a família, com o espaço e com os profissionais a partir das suas experiências durante a hospitalização. As experiências dos corpos - que se encontram em situação crítica - na UTI são mediadas majoritariamente pela tecnologia. As relações e interações do corpo com o mundo ocorrem por meio de gestos, movimentos dos olhos e/ou lábios para transmitir e se comunicar com a equipe de saúde e os familiares utilizando quadros de alfabeto, de figuras, escrita livre ou em um computador. Ainda, uma forma de comunicação com o mundo é por meio da escuta das conversas sobre a vida íntima entre os enfermeiros, enquanto estes realizam os cuidados²⁴.

O conceito de tecnologia em UTI foi identificado na relação e descrição de equipamentos, tais como ventiladores mecânicos, cateteres, dialisadores, monitores e desfibriladores.

Em um¹⁶ dos estudos, as autoras indicaram a existência de uma polaridade humano/máquina, hierarquizada, onde cada um dos pólos dessa relação é posicionado em esferas distintas, sendo a máquina, nesse caso, o polo posicionado como secundário e de menor importância no atendimento ao paciente na terapia intensiva.

Entretanto, os equipamentos são essenciais para o trabalho em UTI, sendo responsáveis pela viabilidade e segurança dos cuidados ofertados. Sugere-se que a tecnologia não seja pensada como algo externo ao paciente e ao profissional, mas como um elemento constituinte dessa relação¹⁶.

No cotidiano da UTI, as tecnologias representam uma espécie de tradutor do corpo dos pacientes, que tornam possível visualizar a doença e objetivar intervenções. Além disso, são uma forma de suprir a ausência do enfermeiro na beira do leito²². Observar e interpretar os monitores de cada paciente são ações inerentes ao trabalho em UTI²⁷. Por isso, adaptar-se e compreender os dispositivos tecnológicos pode levar tempo, mas é essencial para acompanhar o paciente, especialmente quando há limitação de profissionais e a carga de trabalho é elevada^{20,22}. O processo de interpretá-las no cotidiano da assistência faz com que o cuidado em UTI não seja um ato mecânico em si, mas exige um olhar profissional quanto à sua utilização¹⁷.

Dentre as tecnologias identificadas pelos pacientes, estavam tubo orotraqueal, sedação, linhas intravenosas, drenos cirúrgicos e cateteres²⁴⁻²⁵. Nesses estudos, abordou-se como pacientes se sentiam frente à sedação e à intubação, além do impacto do uso de tecnologias no pós-alta, na memória, humor e aparência.

A presença de dispositivos em pacientes graves, os quais são submetidos a procedimentos dolorosos, separados de seus familiares, ratifica a ideia da UTI como o espaço que abriga as mais recentes tecnologias que podem garantir a cura. Ao mesmo tempo que simbolizam

a possibilidade de vida, representam sofrimento devido ao distanciamento, isolamento e impessoalidade com o que o corpo passa a ser cuidado. As imagens de pessoas com tubos e sondas na boca e narinas, a ausência de comunicação verbal e o ambiente frio repercute em medo, solidão e desconforto mesmo aos que experimentaram hospitalizações prévias na UTI¹⁹.

Ao mesmo tempo que as tecnologias permitem a previsibilidade de determinadas circunstâncias, elas podem ser angustiantes aos familiares. Um exemplo mencionado em um dos estudos²⁷ é o monitor cardíaco. Como o traçado evidenciando ausência de atividade elétrica cardíaca é comumente difundido em filmes ou séries, e denota a possibilidade real de morte, por vezes, retiram-se as telas de monitoramento da beira do leito, mantendo-as em salas privativas aos profissionais para evitar distração de familiares com equipamentos ao invés de centrarem-se na pessoa durante as visitas.

Em contrapartida, estudos evidenciaram que familiares tendem a se sentir seguros e despreocupados após internação de um membro da família na UTI, devido à confiança na presença constante de funcionários capacitados a lidar com pessoas em estado crítico. Dessa forma, existe uma percepção de que, caso a morte aconteça, ela se torna menos dolorosa por acontecer em um ambiente controlado^{15,21}. Em um dos estudos²⁷, evidenciou-se que quando a morte está próxima e há suspensão de tratamento, dispositivos são removidos, exceto aqueles que podem auxiliar em cuidados paliativos, aliviando sintomas, promovendo sensação de segurança e conforto aos familiares.

Na UTI, enfermeiros vigiam pacientes, detectam alterações e se apropriam de técnicas para promover a recuperação. No entanto, tecnologias humanas e relacionais, como estabelecer comunicação ou possibilitar o compartilhamento da experiência de

adoecimento e a participação da família no cuidado, podem ser utilizadas para tornar as práticas de cuidado menos impessoais²¹.

A falta de palavras em UTI é frequentemente substituída pelos sons dos órgãos mediados por tecnologia. O coração monitorado, os pulmões controlados mecanicamente, os rins em diálise. Todos eles conversam constantemente com o ambiente externo. Nesse cenário, o maquinário não surge para substituir determinadas funções, como uma entidade independente do paciente, pelo contrário, ele é parte incorporada e, portanto, integrada ao seu corpo²³.

Assim, médicos explicam sua relação com a tecnologia por meio da prescrição de medicamentos, infusões, definição de padrões no ventilador mecânico e enfermeiros visualizam as tecnologias como forma de tornar mais prático e seguro seu trabalho, tornando os registros mais precisos¹⁷. Especialmente os enfermeiros consideram a tecnologia decisiva na prática clínica e facilitadora na orientação de condutas²². Porém, pode constituir um risco quando os pacientes são percebidos como um objeto^{17,19,22}.

Quanto à relação do corpo da pessoa com os familiares, estudo²⁸ analisou o desmame ventilatório e a integração de membros da família no processo. Os profissionais perceberam que familiares reduziam a ansiedade dos pacientes. Nessas situações, os profissionais consideravam pacientes e familiares como parte da equipe, que contribuem para melhorar o plano de cuidados durante a internação. Quando os pacientes não apresentam boa progressão, as famílias tendem a desorganizar ou atrapalhar a coordenação de cuidados e quando ocorre o contrário, elas tornam as ações mais efetivas. Pacientes com maior grau de lucidez, às vezes, manipulam deliberadamente seus dispositivos e acionam alarmes como tentativa de comunicação, além de demonstrar participação e inserção na dinâmica da UTI²³. Mesmo após a estabilidade, alguns se

sentem mais protegidos e seguros com a permanência da vigilância pela equipe de saúde. Além disso, passam a solicitar informações e explicações sobre procedimentos, de forma a reduzir a ansiedade e a confusão²⁰.

A estabilidade clínica depende de alguns fatores, um deles é o processo de retirada de determinadas tecnologias. Essa transição, denominada de “desmame”, pode causar sofrimento, dor, dispneia, incapacidade de comunicação, sono inadequado, além de desesperança e incerteza²¹. Esses fatores favorecem a insegurança, pois os pacientes acreditam que as relações de seus corpos com o mundo dependem da tecnologia¹⁹.

Além dos dispositivos, pessoas na UTI sentem como se suas vidas dependessem dos profissionais e, por vezes, não conseguem expressar suas necessidades²¹. Assim, o monitoramento é importante, mas o vínculo e a segurança transmitidos na relação pessoal têm valor, sendo reconfortante durante a hospitalização¹⁶.

Pessoas hospitalizadas em UTI relataram sensação de desconforto por sentirem-se dependentes das máquinas, perda de controle sobre o próprio corpo, desconhecimento do ambiente, iluminação constante, interrupção do sono, monitorização contínua, ausência de atividade e falta de privacidade para eliminações fisiológicas¹⁹. Aquelas que permanecem despertas e conscientes tendem a suportar melhor situações percebidas como estressoras pela compreensão da rotina vivenciada¹⁸.

Quando se identifica que a proximidade da morte, equipes buscam manter a privacidade e tornar o ambiente tranquilo²⁷. Em UTI norueguesa, profissionais acendem uma vela indicando o momento. Em UTI francesa, alimentos e bebidas são oferecidas à família. Nas horas finais, em algumas situações limpa-se e organiza-se o quarto, tenta-se o controle do sofrimento e oportuniza-se a presença do familiar mais próximo para promover despedidas sem interrupções²⁷.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, evidenciou-se fragilidade quanto à descrição do método nos estudos. Em sua maioria, a forma de amostragem não estava descrita^{17,19,21-24,27-28}. A entrevista foi privilegiada como técnica de produção de dados, tendo sido utilizada especialmente em etnografias^{15,17,20,23-24,27-28}, sustentadas teoricamente na Fenomenologia, para compreender o fenômeno da hospitalização em UTI. Entretanto, a forma como os conceitos foram operacionalizados e o tipo de análise empregada não estavam descritos o suficiente no método de alguns estudos^{22-23,27-28}.

No que tange ao rigor metodológico em pesquisa qualitativa, há diferentes pontos de vista sobre o estabelecimento de padrões de descrição e critérios de qualidade. Algumas correntes argumentam que não é cabível estabelecer tais padrões e criar instrumentos ou etapas que tornam rígidas e divergem dos preceitos filosóficos e pressupostos da abordagem qualitativa, sobretudo os que se referem à subjetividade. Outras trazem a importância de sistematizar critérios de qualidade, os quais seriam úteis para nortear avaliações²⁹.

Instrumentos ou guias visam aportar maior transparência e organização aos relatórios oriundos de pesquisa qualitativa. Por mais que pareçam tornar rígida a escrita e, de certa forma, “enquadrá-la”, favorecem a descrição pormenorizada. Tal descrição é relevante, pois clarifica os motivos da escolha pelo delineamento, a convergência com o objeto de pesquisa, ao mesmo tempo em que minimiza a omissão em relação aos procedimentos realizados, os quais são fundamentais para sustentar os resultados²⁹. Dessa forma, acredita-se ser relevante que outras pesquisas realizadas em UTI, com a abordagem qualitativa, aprimorem a qualidade da descrição metodológica e teórica com vistas a qualificar, potencializar e aprofundar as análises.

Verificou-se que os participantes eram majoritariamente profissionais de saúde em detrimento de pessoas hospitalizadas em UTI e suas famílias. Isso denota a relevância de torná-las protagonistas do cuidado que ocorre no cotidiano deste cenário, mas também nas pesquisas. Ouvi-las e considerar suas experiências serve como um disparador para a transformação da relação com as tecnologias na UTI e das relações que os profissionais têm com o corpo assistido e o ambiente, sendo fundamentais para resgatar o caráter humano do cuidado.

Estudo qualitativo desenvolvido na Noruega³⁰ teve por objetivo conhecer a experiência da hospitalização em UTI e os efeitos no período pós-alta. Os 29 participantes relataram diferentes sensações, sendo possível as enfermeiras caracterizarem, a partir de suas falas, a experiência do delírio, do delirium, da confusão e de alucinações, algo que evidenciou a importância de detecção precoce desses sintomas, de forma a minimizar a ansiedade e o estresse durante a hospitalização em UTI. Além disso, demonstrou a importância de as equipes considerarem a individualidade e a diferença dessas experiências entre os pacientes.

No mesmo estudo, a família e os amigos foram considerados como a principal fonte de informações durante a recuperação pós-alta e de recordações do período em que os participantes estiveram na UTI³⁰.

As experiências e sensações vivenciadas durante a hospitalização na UTI evidenciadas nos artigos analisados nesta revisão, tais como o medo, a ausência, a percepção de sons e ruídos, a imobilidade e o toque^{19,21,24-25}, permitem o reconhecimento de ainda estar/sentir-se vivo através do corpo. O corpo pode ser compreendido como uma materialidade composta de um somatório de substâncias. Trata-se da forma pela qual cada indivíduo se apresenta no mundo e o instrumento que media toda e qualquer experiência. Sob algumas

perspectivas, ele é uma possibilidade de exterioridade da “alma”. Alma não com um sentido religioso, mas como algo que representa o princípio da vida, que contém a “marca” de cada sensação vivida, de cada relação tecida em um tempo e um espaço³¹.

O corpo é uma entidade singular e característica de cada ser. Na UTI, ele está exposto a procedimentos e exames de rotina, sofrendo sucessivas mudanças. Como percebido nos estudos, a mecanização do processo de trabalho expõe o corpo. Por vezes, profissionais não esclarecem procedimentos, não se apresentam ao paciente, não promovem ou tentam resgatar o mínimo da dignidade. Dignidade entendida como algo subjetivo, que está em constante construção e dependerá de diversos fatores, internos e externos, da valorização pessoal e social³². A pessoa, sua individualidade e personalidade, são reduzidos a um corpo doente, também denominado de paciente, que precisa das tecnologias para sobreviver. A doença, para além de um fenômeno biológico, representa um estado ou maneira de ser no mundo, ou seja, ela determina como as pessoas passam a se relacionar com seus corpos, significá-los e posicioná-los no mundo⁹. Determina, ainda, as relações entre a pessoa doente com aqueles que dela cuidam.

Assim, na UTI, o corpo da pessoa entregue aos cuidados profissionais, invadido por dispositivos, é um corpo exposto ao julgamento de outrem. Um corpo nu, despido de proteção social e familiar, submerso em um espaço simbólico, com rituais, rotinas e inconvenientes. Um corpo cercado de pudores. Pudor compreendido como o medo de ser visto e percebido através de posturas e gestos que lhes são íntimos. Durante a hospitalização, esse corpo será submetido às referências sociais, religiosas e culturais, por vezes, diferentes das suas, mas que são utilizadas na tentativa de tornar os corpos uniformes e homogêneos para receberem cuidados. A dinâmica do trabalho na UTI reduz os corpos a uma única função, ou seja, aquela de exercer o papel de paciente,

descentrando-se de si, adotando uma postura de banalização em relação aos cuidados. Postura essa reproduzida por aqueles que cuidam e que tornam o corpo do doente cada vez mais invisível³³.

No que se refere à corporeidade, essa diz respeito a forma com que o corpo se relaciona com o mundo ao seu redor por meio do ver, do ouvir, do comer, do sentir e do tocar⁸. Assim, o significado de corporeidade nas relações de cuidado na UTI, a partir dos estudos, esteve vinculado à forma como o corpo se comporta e se transforma diante da exposição e uso das tecnologias devido ao adoecimento. A internação na UTI, a doença, as mudanças sofridas, o isolamento da família e da vida social repercutem em sentimentos de angústia e medo do desconhecido.

Nessa direção, as tecnologias despontam, no contemporâneo, e especialmente na UTI, como o grande invisibilizador do corpo. Elas buscam, como mencionado anteriormente, a homogeneização para viabilizar a sistematização e padronização de cuidados ofertados pelos profissionais. Tecnologias são ações de trabalho com intuito de transformar as relações da natureza que ocorrem em um determinado espaço. São um conjunto de ferramentas e pessoas com conhecimentos que a partir de uma ação resultam em um produto³⁴.

As tecnologias leve, dura e leve-dura se definem da seguinte forma: a leve refere-se as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; a dura é referente ao uso de equipamentos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais; a leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo³⁵.

A UTI requer elevado grau de especialização do trabalho e exige do trabalhador capacitação e educação permanente. Além disso, as situações vivenciadas demandam preparo emocional e técnico diferenciado das demais unidades de internação. Assim, a tecnologia deve ser integrada ao paciente de forma a prolongar seu conforto e qualidade na continuidade ou final de vida. É essencial, mas deve complementar o olhar ao corpo e não ser a certeza definitiva. Apesar da sua relação com dor e sofrimento, as tecnologias descritas nos estudos também estiveram associadas à segurança que alguns pacientes e familiares sentem nesse ambiente tecnológico^{15,18-19,21,23-24,27-28}.

Dessa forma, as tecnologias duras, evidenciadas nos artigos pelos dispositivos de saúde e medicamentos, foram significadas como algo que protege, que permite o conforto e a certeza de um cuidado adequado, visão sustentada nos saberes científico e biomédico, os quais ordenam o mundo atual e refletem na compreensão de saúde na maioria das culturas. Para além, refletem nas formas de representação do corpo e naquilo que se acredita ser cabível e pertinente de investir enquanto cuidado⁷.

Apesar da segurança clínica e respaldo na aplicação dos cuidados garantida pela densidade tecnológica presente na UTI, é necessária a incorporação de tecnologias leves às rotinas de cuidado adotadas pelos profissionais. Esta incorporação, pode resultar na humanização do cuidado, integrando tecnologia e sensibilidade, respeitando os desejos do paciente e da família³⁶.

O verbo cuidar é polissêmico, de origem no latim e diretamente ligado à cura. Apesar disso, vale lembrar que a cura não existe sem o cuidado, mas o cuidado ocorre independente da cura³⁷. A UTI é um espaço que pode viabilizar o cuidado tanto para a recuperação e cura quanto para o conforto no final da vida.

Na presente revisão, o cuidado na UTI apareceu vinculado à humanização, ao conhecimento teórico-prático, à participação da família na hospitalização, à promoção do respeito, autonomia e segurança do paciente. No espaço da UTI não há cuidado de enfermagem ao paciente crítico sem a tecnologia. Essa tecnologia modula os gestos e o desempenho dos profissionais de enfermagem com os seus próprios corpos. Assim, evidenciou-se dependência desses profissionais em relação às técnicas e aos dispositivos de saúde^{16-17,19,22}, denotando que o cuidado em UTI parece ter predominância do uso das tecnologias duras.

Ao mesmo tempo, observou-se movimentos em direção à responsabilidade de manter a dignidade e individualidade do paciente, respeitando seus desejos, vontades e necessidades. Para tal, é imprescindível a articulação entre o saber científico e a sensibilidade na tomada de decisões, respaldada no pensamento crítico-reflexivo. Desta maneira, é possível ofertar cuidado individualizado e holístico, capaz de solucionar agravos, concomitante à redução da fragmentação e despersonalização do ser humano³⁸. Um aspecto fundamental é a inserção da pessoa no seu cuidado²¹⁻²³, pois a despersonalização influencia no prognóstico, visto que diante do adoecimento, a vida modifica-se, promovendo rupturas em biografias e transformando identidades³⁹. Uma das estratégias para tal, consiste em estabelecer uma comunicação terapêutica que seja ativa durante todo processo de cuidado, para assim manter um atendimento humanizado, o qual só é possível a partir do momento em que a equipe de saúde busca compreender as experiências de adoecimento individuais, tanto do paciente, quanto de seus familiares⁴⁰. Algumas equipes associam o paciente a um objeto, reduzindo-os à doença, ignorando as experiências individuais de adoecimento³⁹. A pessoa deve ser ouvida, quando possível, comunicada sobre os cuidados, permitindo o estabelecimento de preferências. Nesse

processo, respeitar os valores morais e éticos, considerando a veracidade dos fatos, mantendo a privacidade, e a confidencialidade, pode tornar o cuidado mais efetivo⁴¹.

Em alguns casos, pode ocorrer a não efetividade da comunicação, seja por questões orgânicas, seja pelo uso de equipamentos que a impossibilitam. Assim, é crucial a implementação de recursos que a viabilizem. Em estudo brasileiro⁴², realizado com pacientes de UTI que apresentavam dificuldade de comunicação, algumas estratégias foram adotadas: coleta de informações com familiares, interação à beira do leito, perguntas simples de serem respondidas, estimulação pelo toque, uso de imagens e objetos eletrônicos.

Como constatado neste estudo, a humanização do cuidado em UTI deve englobar também a abordagem sobre a terminalidade da vida, pois profissionais de saúde tendem a encarar a morte como fracasso^{19,26}. Percebem o corpo em processo de morrer como um “resto”, ou seja, desprovido da alma que lhe personifica⁷. Por vezes, afastam-se dos mesmos, mas em algumas situações tendem a se preocupar com a ambiência e o respeito à dignidade de pessoas que falecem na UTI²⁷. Por isso, a educação para o cuidado no final da vida se faz urgente nesse cenário em que a morte é constante³⁶.

Destaca-se, que o conhecimento de fatores preditores de óbito na UTI podem melhorar a identificação dos pacientes que se beneficiariam de uma abordagem paliativa, não havendo o prolongamento do óbito, relacionado à obstinação terapêutica, coibindo o sofrimento da pessoa e da família⁴³.

Alguns critérios para avaliação de predição de óbito são idade, resposta negativa (“não”) a pergunta surpresa, a gravidade das doenças de base, o tempo de internação na UTI e no hospital, a falência prolongada de órgãos, avaliação do prognóstico e avaliação da fragilidade⁴³. O conhecimento e avaliação destes preditores favorecem o estabelecimento

da abordagem paliativa em detrimento da restaurativa, auxiliando equipe, familiares e, quando possível o paciente, a estabelecer os limites terapêuticos⁴³ e preparar-se para o processo de terminalidade.

CONCLUSÃO

Esta revisão permitiu analisar, na literatura nacional e internacional, as experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva. Sobre os aspectos metodológicos, os estudos, em sua maioria, eram de abordagem qualitativa, com fragilidade na descrição teórica e critérios de amostragem. Identificou-se predominância de profissionais de saúde como participantes em detrimento de pessoas hospitalizadas.

Como limitações, aponta-se o número de bases de dados, o uso de descritores controlados e os idiomas privilegiados. Tais escolhas reduzem a abrangência e restringem os resultados. A inexistência de um descritor específico que contemple corpo/corporeidade também limita a identificação de estudos vinculados à Antropologia. Ainda, a fragilidade metodológica dos estudos pode ser um limitador da qualidade das análises.

Em relação às experiências corporais e seus significados nas relações de cuidado em UTI, verificou-se que elas se constituem a partir da compreensão do corpo como uma superfície de inscrição das práticas e técnicas dos profissionais de saúde. O corpo da pessoa hospitalizada em UTI foi percebido e significado através da passividade e da aceitabilidade. Um corpo que, por vezes, é preferível sedado, sem interação, para tornar mais objetivo os gestos técnicos. Um corpo que ao não responder às intervenções e morrer, passa a ser sinônimo de fracasso.

Em contraponto, na relação deste corpo com as tecnologias, principalmente os dispositivos e as interações com os profissionais de saúde, as pessoas relataram sentir-se

seguras, valorizadas e respeitadas na UTI. Evidenciando que o saber biomédico modula as escolhas em termos de cuidado, as representações e preferências sobre o próprio corpo. Os profissionais de enfermagem tiveram destaque, por serem percebidos como estressores, quando não respeitam e não consideram as individualidades do corpo, e promotores da dignidade, ao integrarem no cuidado os desejos da pessoa e de sua família, inclusive após o óbito.

As tecnologias duras foram preponderantes e parecem ser incorporadas ao ser e agir dos profissionais. Ou seja, elas determinam as relações dos profissionais com as pessoas hospitalizadas e suas famílias, ao mesmo tempo que disciplinam e tornam o corpo dos profissionais dependentes de técnicas, medicamentos, equipamentos para interagir e cuidar. A sensibilidade carece de espaço, mas movimentos reflexivos em direção às ações possíveis para humanizar o cuidado na UTI foram evidenciados.

Tais movimentos nos levam a pensar em perspectivas de pesquisas futuras, as quais possam privilegiar as pessoas hospitalizadas em UTI, suas formas de compreensão sobre o próprio corpo, considerando questões de gênero e multiculturalidade, a relação deste com o espaço em questão e os profissionais de saúde. Dar voz aos denominados “pacientes” e proporcionar espaços de escuta, pode ser um bom começo para incorporar outras visões de mundo e formas de trabalho com o corpo na vida cotidiana da UTI.

Conflitos de Interesse: Não são declarados conflitos de interesse.

Financiamento: Não há fontes de financiamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade

técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 23 abr 2020. Seção 1, p. 90.

2. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? a report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care [Internet]. 2017 [citado em 20 de maio de 2022];37:270–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
3. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015 [citado em 20 de maio de 2022];23(3):411–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>
4. Eulálio M do C, Júnior EG da S, Souto RQ, Brasileiro LEE. Unidade de terapia intensiva: significados para pacientes em tratamento. Ciênc Saúde [Internet]. 2016 [citado em 20 de maio de 2022];9(3):182–9. Disponível: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2016.3.23990>
5. Tavares AL, Devezas AMLO, Reppetto MA, Santos LSC. Atenção do enfermeiro em relação a espiritualidade no cuidar do paciente em unidade de terapia intensiva. Rev Recien - Rev Científica Enferm [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];10(30):62–7. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/362>
6. Barcellos R de A, Sgarabotto BL. Cuidado centrado em pacientes e familiares em terapia intensiva. Res Soc Dev [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];9(8):e55984400–e55984400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.4400>
7. Le Breton D. Antropologia do corpo. 4o ed. Petrópolis: Vozes; 2016.
8. Le Breton D. A sociologia do corpo. 6o ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
9. Porter R, Vigarello G. Corpo, saúde e doenças. In: Corbin A, Courtine J, Vigarello G, organizadores. História do corpo. 5o ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 441–86.
10. Le Breton D. A sociologia do corpo. 6º ed. Petrópolis: Vozes; 2012. 102 p.
11. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM, Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary

- studies in integrative reviews. *Texto & Contexto - Enferm* [Internet]. 2019 [citado em 20 de maio de 2022];28:e20170204. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
12. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [citado em 20 de maio de 2022];34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
 13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, organizadores. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 4o ed Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 35–62.
 14. Polit D, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9o ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
 15. Seymour JE. Revisiting medicalisation and ‘natural’ death. *Soc Sci Med* [Internet]. 1999 [citado em 20 de maio de 2022];49(5):691–704. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00170-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00170-7)
 16. Vargas MA de O, Meyer DE. Re-significações do humano no contexto da “ciborguização”: um olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005 [citado em 20 de maio de 2022];39:211–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200012>
 17. Wikström A-C, Cederborg A-C, Johanson M. The meaning of technology in an intensive care unit—an interview study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2007 [citado em 20 de maio de 2022];23(4):187–95. Disponível em: [10.1016/j.iccn.2007.03.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.03.003)
 18. Sousa LM de, Souza Filho EA de. Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva. *Estud Psicol Camp* [Internet]. 2008 [citado em 20 de maio de 2022];25:333–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300002>
 19. Proença M de O, Dell Agnolo CM. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [citado em 20 de maio de 2022];32:279–86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200010>

20. Price AM. Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2013 [citado em 20 de maio de 2022];18(6):278–88. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12032>
21. Locsin RC, Kongsuwan W. Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2013 [citado em 20 de maio de 2022];18(4):200–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12025>
22. Silva RC da, Ferreira M de A, Apostolidis T. Práticas de cuidado dos enfermeiros intensivistas face às tecnologias: análise à luz das representações sociais. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2014 [citado em 20 de maio de 2022];23:328–37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003780012>
23. Koksvik GH. Silent subjects, loud diseases: enactment of personhood in intensive care. *Health Lond Engl* [Internet]. 2016 [citado em 20 de maio de 2022];20(2):127–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1363459314567792>
24. Laerkner E, Egerod I, Olesen F, Hansen HP. A sense of agency: an ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017 [citado em 20 de maio de 2022];75:1–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>
25. Åkerman E, Langius-Eklöf A. The impact of follow-up visits and diaries on patient outcome after discharge from intensive care: a descriptive and explorative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];49:14–20. Disponível em: [10.1016/j.iccn.2018.09.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.002)
26. Rak KJ, Ashcraft LE, Kuza CC, Fleck JC, DePaoli LC, Angus DC, et al. Effective Care Practices in Patients Receiving Prolonged Mechanical Ventilation: an ethnographic study. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];201(7):823–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.201910-2006OC>
27. Koksvik GH. Medically Timed Death as an Enactment of Good Death: an ethnographic study of three European Intensive Care Units. *Omega* [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];81(1):66–79. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0030222818756555>
28. Rak KJ, Ashcraft LE, Kuza CC, Fleck JC, DePaoli LC, Angus DC, et al. Effective Care Practices in Patients Receiving Prolonged Mechanical Ventilation: an

- ethnographic study. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];201(7):823–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.201910-2006OC>
29. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Psicol Em Estudo [Internet]. 2019 [citado em 20 de maio de 2022];24:e43536. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>
30. Olsen KD, Nester M, Hansen BS. Evaluating the past to improve the future: a qualitative study of ICU patients' experiences. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2017 [citado em 20 de maio de 2022];43:61–67. Disponível em: [10.1016/j.iccn.2017.06.008](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.008)
31. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 6o ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012.
32. Simões A, Sapeta P. Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. Rev Bioét [Internet]. 2019 [citado em 20 de maio de 2022];27:244–52. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>
33. Le Breton D. La pudeur à l'hôpital et dans les soins. Soins [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];63(831):32–5. Disponível em: [10.1016/j.soin.2018.10.010](https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.10.010)
34. Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2o ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 382–5.
35. Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2o ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
36. Nascimento FJ do. Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Nurs São Paulo [Internet]. 2021 [citado em 20 de maio de 2022];24(279):6035–44. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6035-6044>
37. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. Investig En Enferm Imagen Desarro [Internet]. 2015 [citado em 20 de maio de 2022];17(1):13–25. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>
38. Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA de, Vieira CS, Frison SS, Maia MA, et al. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [citado em 20 de maio de 2022];69:1240–5. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>

39. Zillmer JGV, Silva DMGV da. Significados das experiências corporais de pessoas em diálise peritoneal. Rev Fam Ciclos Vida E Saúde No Contexto Soc [Internet]. 2021 [citado em 20 de maio de 2022];9(3):569–84. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i3.4374>
40. Silva F da MV, Silva LB da, Júnior JC de O, Alves A dos S, Oliveira TML de. Estratégias utilizadas por enfermeiros para minimizar a assimetria na comunicação em unidade de terapia intensiva. Rev Atenção à Saúde [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];16(57):110-17. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol16n57.5258>
41. Armendane GD. Por um cuidado respeitoso. Rev Bioét [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];26:343–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263253>
42. Coelho PS de O, Valle K do, Carmo GP do, Santos TR de M dos, Nascimento JS, Pelosi MB. Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];28:829–54. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1930>
43. Gulini JEHM de B, Nascimento ERP do, Moritz RD, Vargas MA de O, Matte DL, Cabral RP. Fatores preditores de óbito em Unidade de Terapia Intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];52:e03342. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017023203342>