New Trends in Qualitative Research

BY-NC-ND

VOLUME **21** | Nº **1**

DOI:
https://doi.org/10.36367/ntqr.21.1.2025.e1218

Thaís Veras de Morais Rezende

Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos

Celia Maria Silva Pedrosa

Data de submissão: Março, 2024
Data de avaliação: Dezembro, 2024
Data de publicação: Fevereiro, 2024

FUTILIDADES TERAPÊUTICAS A PACIENTES COM HIV/AIDS EM FINITUDE: SABERES E VIVÊNCIAS DOS ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

RESUMO

O prolongamento do processo de morrer de um enfermo incurável por meio de recursos artificiais e desproporcionais é compreendido como futilidade terapêutica (distanásia). O objetivo é conhecer os saberes e vivências de estudantes da área da saúde sobre o emprego de terapêuticas fúteis em pacientes com HIV/aids em finitude em um hospital de doenças infectocontagiosas. A abordagem qualitativa, com estratégia de estudo de caso único. Os participantes eram estudantes de graduação das áreas da fisioterapia, medicina e enfermagem que cumpriam estágio obrigatório no hospital-escola. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi uma entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram as seguintes categorias: 1) práticas que prolongam o processo de morrer: o que estudantes da área de saúde sabem sobre elas?; 2) fatores que levam ao emprego de técnicas que prolongam o processo de morrer. As categorias trazem a importância dos cuidados paliativos em sua formação, especialmente no contexto de pacientes com HIV/aids em estágio avançado. A pesquisa revela lacunas na formação dos estudantes de graduação em saúde, sobrevindo o conhecimento sobre terapêuticas inúteis durante a vivência nos cenários de práticas. A pesquisa qualitativa permitiu analisar de forma aprofundada as percepções dos estudantes sobre práticas fúteis no cuidado de pacientes com HIV/aids no final de vida, enquanto o estudo de caso destacou as nuances e complexidades do cuidado a esses pacientes. Emerge a necessidade de alertar aos estudantes sobre terapêuticas fúteis, incluindo os cuidados paliativos de final de vida, para que se consiga preencher lacunas de conhecimento, de modo a proporcionar à pessoa doente em finitude um término de vida digno.

Palavras-Chave
Tratamento fútil; SIDA; Cuidados paliativos.

THERAPEUTIC FUTILITIES FOR PATIENTS WITH HIV/AIDS AT THE END OF THEIR LIFE: KNOWLEDGE AND EXPERIENCES OF STUDENTS IN THE HEALTH AREA

Abstract
The prolonging the dying process of an incurably ill person using artificial and disproportionate resources is understood as therapeutic futility (dysthanasia). **Aim:** to understand the knowledge and experiences of health students about the use of futile therapies in patients with HIV/AIDS at the end of their life in a hospital for infectious diseases. The qualitative approach, with a single case study strategy. The participants were undergraduate students in the areas of physiotherapy, medicine and nursing who were completing a mandatory internship at the school hospital. The instrument used for data collect was a semi-structured interview. The data was subjected to content analysis. The following categories emerged: 1) practices that prolong the dying process: what do health students know about them?; 2) factors that lead to the use of techniques that prolong the dying process. The categories highlight the importance of palliative care in their training, especially in the context of patients with advanced HIV/aids. The research reveals gaps in the training of undergraduate health students, with knowledge about useless therapies emerging during their experience in practical settings. **Final considerations:** the qualitative research allowed an in-depth analysis of students perceptions about futile practices in the care of patients with HIV/aids at the end of life, while the case study highlighted the nuances and complexities of caring for these patients. There is a need to alert students about futile therapies, including end-of-life palliative care, so that knowledge gaps can be filled and the patient´s at the end of their life can be provided with a dignified and to life.

Keywords
Futile treatment; AIDS; Palliative care.

1. Introdução

O temor da morte é uma emoção profundamente enraizada na experiência humana, moldando como encaramos a finitude da vida. Entre profissionais de saúde, esse medo, embora universal, frequentemente, traduz-se na busca incessante por intervenções terapêuticas, que podem ser consideradas terapêuticas fúteis.

A tentativa de prolongar a vida de pacientes para os quais não há perspectiva de cura é denominada futilidade terapêutica, distanásia, obstinação terapêutica, esforço terapêutico ou tratamento extraordinário (Morais, 2010; Dadalto, 2019). A futilidade não altera o prognóstico da doença, podendo causar sofrimento ao paciente e à família (Sá, 2014). Essa abordagem suscita questionamentos éticos e clínicos, pois desafia o equilíbrio entre os limites da intervenção médica e a qualidade de vida dos pacientes em finitude.

Os avanços tecnológicos e terapêuticos possibilitaram o controle de muitas doenças, convertendo várias condições fatais em enfermidades crônicas. Contudo, essa evolução também ampliou as intervenções desproporcionais em pacientes com doenças irreversíveis e progressivas, onde a cura não é possível o que contribui para a prática da futilidade terapêutica (Tomishima & Tomishima, 2019).

Ao procurar distanciar a morte inevitável, os tratamentos fúteis não prolongam a vida do paciente, apenas estendem inútil e sofridamente o processo de morrer, negligenciando-se o alívio dos sintomas e se voltando o foco para a doença, acima do cuidado com o indivíduo (Pessini, 2007; Araújo, 2020).

Na busca pelo equilíbrio entre o conhecimento científico e o humanismo, o cuidado paliativo, frente a uma moléstia fora de possibilidade de cura, insere-se como medida fundamental que deve ser ofertada desde o seu diagnóstico, possibilitando benefícios ao paciente e à família em todos os momentos da evolução da doença (Pereira & Reys, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), define que cuidado paliativo é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias diante de doenças potencialmente fatais. Esse cuidado é fundamental na prevenção e no alívio do sofrimento físico, psicossocial ou espiritual. Ao adotar uma perspectiva integral, o cuidado paliativo fornece suporte abrangente e humanizado.

Destarte, os cuidados paliativos deveriam integrar a assistência aos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), pois, apesar dos avanços no tratamento, a condição permanece grave, progressiva e potencialmente fatal (OMS, 2021; Truda, 2023). O desconhecimento das equipes de saúde sobre cuidados paliativos retarda a implementação dessa abordagem àqueles pacientes com condições limitantes da vida, o que dificulta as ações para uma boa morte (Souza, 2016).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (2018), o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (2021) e o Conselho Federal de Enfermagem (2017), manifestam-se contrários à realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em situações clínicas irreversíveis e terminais. Da mesma forma, organismos internacionais, como a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), enfatizam a importância de respeitar a dignidade dos pacientes com doenças ameaçadoras da vida (Payne, 2022).

Diante desse cenário, a pesquisa busca responder à questão: "Como ocorre o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes da área da saúde sobre o tema terapêuticas fúteis?". Assim, o objetivo foi conhecer os saberes e vivências dos estudantes sobre o emprego de terapêuticas fúteis em pacientes com HIV/aids em finitude num hospital de doenças infectocontagiosas.

2. Percurso Metodológico

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, utilizando como método o estudo de caso.

Buscou-se entender por meio da análise qualitativa o significado atribuído pelo grupo de estudantes ao problema dentro do contexto, considerando que, de acordo com Creswell & Creswell (2021), esse significado é mais relevante que sua quantificação.

No campo da saúde, o estudo de caso concentra a atenção nos aspectos que são relevantes para o problema de investigação, buscando uma compreensão detalhada e contextualizada de um fenômeno específico em seu contexto natural (Stake, 2007).

Nesta pesquisa, o estudo de caso foi o método considerado adequado para investigar “o conhecimento dos estudantes sobre as práticas que prolongam o processo de morrer”, por se tratar de uma estratégia metodológica amplamente empregada em pesquisas qualitativas exploratórias devido à sua capacidade de compreender como determinadas realidades se manifestam, bem como identificar os condicionantes que as geram.

Segundo Yin (2015), o estudo de caso é uma abordagem muito utilizada para responder a perguntas do tipo "como" e "por que", especialmente quando o pesquisador busca compreender conclusões ainda pouco exploradas. Em uma pesquisa qualitativa exploratória, o método permite explorar as percepções e vivências dos participantes sobre o tema investigado, promovendo uma análise detalhada de seus conhecimentos, implicações e práticas.

2.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado em um hospital público referência para assistência, ensino e pesquisa na área de doenças infectocontagiosas, localizado no Nordeste do Brasil, sendo campo teórico-prático de estágio curricular para alunos de diversos cursos da área da saúde, de instituições públicas de ensino superior.

A escolha por um local de prática permitiu a coleta de dados em um ambiente que favorece a exploração do tema de maneira rica e contextualizada, visto que o hospital-escola é um espaço de formação de futuros profissionais da saúde.

Estudantes inseridos neste ambiente são expostos a situações reais de cuidado e tomada de decisão, portanto, esta realidade é relevante para captar a relação entre a formação acadêmica e aplicação dos conceitos no manejo dos pacientes com aids em final de vida.

2.3 Procedimentos

Os participantes da pesquisa eram estudantes de graduação do último ano dos cursos de enfermagem, fisioterapia e medicina de instituições públicas que realizavam estágio curricular obrigatório no hospital-escola.

Cada estudante foi abordado individualmente por uma única pesquisadora. Após confirmarem o desejo de participação voluntária, foram apresentados aos objetivos e da proposta metodológica da pesquisa. Em seguida, solicitou-se a leitura e assinatura do Termo de Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo os que se recusaram a assinar o TCLE.

2.4 Coleta de Dados

As entrevistas foram previamente agendadas, individualmente, respeitando-se a disponibilidade dos voluntários, e tiveram duração média de 10 minutos e 30 segundos. Foi utilizada uma sala ampla e reservada no próprio hospital, que proporcionou acolhimento, conforto e privacidade aos participantes.

Os estudantes foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, guiada por roteiro elaborado pelas pesquisadoras, baseado nos objetivos deste trabalho, com questões que abordavam o entendimento sobre cuidados paliativos, práticas que prolongam o processo de morte em pacientes com HIV/aids em finitude, bem como os fatores que contribuem para essa prática em um hospital de doenças infectocontagiosas.

As entrevistas foram gravadas sob autorização dos participantes, salvas em arquivo de áudio e transcritas integralmente, preservando o conteúdo das falas. Para garantir a confidencialidade, cada participante foi identificado pela letra P, seguida de um número referente à ordem cronológica crescente da realização das entrevistas.

2.5 Amostra

O fechamento amostral se deu pelo critério de saturação, suspendendo-se a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar certa redundância ou repetição (Fontanella et al., 2011).

2.6 Análise dos Dados

Após a transcrição literal das entrevistas gravadas e tabulação das mesmas, os dados foram analisados pela técnica da análise de conteúdo de Bardin.

Este método aplica procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens dos entrevistados, desenvolvendo-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2017).

A pré-análise permite a sistematização das ideias iniciais para a definição de hipóteses e objetivos. Nesta fase, organizou-se todo o material coletado e se constituiu o corpus da pesquisa sendo aplicadas as regras da exaustividade, representatividade, homogenidade, pertinência e exclusividade (Bardin, 2017).

Na fase de exploração do material foi feita a codificação da entrevista transcrita, ou seja, os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades de análise que são os fragmentos de texto relacionados aos objetivos da pesquisa. As unidades de análise foram agrupadas em categorias, cujas inter-relações e implicações foram examinadas para identificar padrões e tendências no conteúdo. As unidades de análise podem ser visualizadas em Tabelas por meio de *link*.[1]

Na etapa final, os dados foram tratados e interpretados, utilizando-se a triangulação com a literatura para validar as conclusões da pesquisa levando em consideração seus pressupostos e objetivos. Por fim, as pesquisadoras revisaram o texto para garantir a consistência e a confiabilidade dos resultados.

2.7 Aspectos Éticos-Legais

O estudo foi realizado em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e a nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2013; CNS, 2016), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e aprovado sob o parecer nº 5.801.207/2022.

3. Resultados e Discussão

A partir das entrevistas, foi possível estabelecer a caracterização dos treze participantes: 03 (três) estudantes cursavam fisioterapia, 02 (dois) enfermagem e 08 (oito) medicina; 11 (onze) eram do sexo feminino e 02 (dois) do sexo masculino, com faixa etária de 23 a 32 anos. Todos reagiram favoravelmente à pesquisa, e não houve nenhum nível de constrangimento às perguntas efetuadas.

Com base na análise das falas dos entrevistados, emergiram as seguintes categorias: 1) Práticas que prolongam o processo de morrer: o que estudantes da área de saúde sabem sobre elas? 2) Fatores que levam ao emprego de técnicas que prolongam o processo de morrer.

[1] O *link* para as Tabelas é o seguinte:

https://docs.google.com/document/d/14EfPw4B79DTErOmmXD0HWwoVd62PzjWU/edit?usp=sharing&ouid=111050586027194002124&rtpof=true&sd=true.

3.1 Categoria 1. Práticas que Prolongam o Processo de Morrer: o que os Estudantes da Área de Saúde Sabem sobre elas?

Essa categoria busca analisar e explorar a percepção dos estudantes sobre as práticas que prolongam o processo de morrer. No contexto formativo, é fundamental compreender como os estudantes da área da saúde lidam com essas práticas.

No hospital de doenças infectocontagiosas, local desta pesquisa, frequentemente há adultos jovens com aids internados em fase final de vida, tanto nas enfermarias quanto na UTI. Para além das demandas da doença, este cenário tem relação com a extrema vulnerabilidade social, o que contribui para o abandono de tratamento e consequentes internações de repetição.

Segundo Rodrigues & Maksud (2017), pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) enfrentam uma série de desafios que podem levá-las a abandonar o tratamento, comprometendo sua saúde e qualidade de vida. Entre os principais fatores para a interrupção de tratamento, destacam-se a persistência do estigma em relação à doença e a falta de apoio familiar.

Essas questões relacionadas ao estigma da doença e às dinâmicas familiares emergem nas falas dos estudantes:

> É tão difícil, porque, querendo ou não, existe todo um estigma social sobre aids [...] Eu entendo que os profissionais aqui estão fazendo o melhor [...] mas eu acho que é difícil por esse estigma, por esse abandono familiar, e não tem como fazer cuidados paliativos enxergando a pessoa só como doente; a pessoa não é só a doença dela, é um conjunto de coisas, né? (P8).

O relato acima aponta para o entendimento de que a doença não define o indivíduo, mas que o estigma ainda interfere nas relações familiares e na qualidade do cuidado. Essas reflexões são essenciais para que os futuros profissionais desenvolvam uma compreensão abrangente e humanizada do cuidado.

Nas falas seguintes dos estudantes, observa-se uma carência significativa na formação teórica e prática de profissionais da saúde para lidar com a morte e o processo de morrer:

> O paciente está grave e a gente fica fazendo de tudo, mas mesmo assim ele morre (P4).
>
> Na enfermaria, eles tentam prolongar por achar, muitas vezes, que o paciente vai se curar, mesmo sabendo que ele não vai. Aí prolongam, mas logo depois vão percebendo que não tem mais significância (P13).

Apesar das evidências para a indicação e eficácia dos cuidados paliativos no tratamento de pacientes com HIV/aids, Magalhães, Aires & Melo (2021) afirmam que a abordagem paliativa, quando ocorre, geralmente é realizada tardiamente. Os relatos seguintes destacam que os participantes percebem quão tardia é a tentativa de se implementar a assistência paliativa dentro do hospital:

> Eu acredito que, quando eles chegam à decisão de que é cuidado paliativo, o paciente já tá muito grave, então acaba que não [se] consegue de fato implementar (P3).
>
> Alguns pacientes na UTI, eles acabam afirmando esse aqui é cuidados paliativos, aí com pouco tempo ele acaba falecendo e nem dá tempo [...]. Então, na UTI, a experiência que eu tenho, dificilmente a gente consegue levar ele aos cuidados paliativos, ele acaba falecendo antes (P4).

A implementação de cuidados paliativos diante da morte iminente de PVHA pode evitar a futilidade terapêutica, permitindo que a morte ocorra de maneira natural e digna (Souza, 2016). Essa abordagem permite uma gestão humanizada do processo de morte e morrer, priorizando o conforto e a qualidade de vida do paciente, ao invés de intervenções desnecessárias.

No contexto de um hospital-escola onde se formam profissionais de saúde, é necessário validar a integração dos cuidados paliativos como instrumentos de humanização da assistência, desestimulando o emprego de terapêuticas fúteis que só protelam o processo natural de final da vida.

Ao serem questionados sobre sua compreensão das práticas que prolongam o processo de morrer em pacientes com HIV/aids em fase terminal, alguns participantes desse estudo expressaram claramente seu desconhecimento:

> [...] especificamente para essa patologia eu não conheço muito [...] no sentido específico da doença não, não tive um preparo (P1).
>
> O que eu entendo? “Deixa eu” pensar [...] esse processo que faz com que esse paciente dure mais um pouco, eu acredito que tenha condutas, que tenha cuidados que realmente prolonguem, mas pra te falar agora eu não sei (P5).

Esses comentários ressaltam a necessidade de uma formação abrangente, que aborde não apenas os aspectos clínicos, mas também as implicações éticas e emocionais envolvidas no cuidado desses pacientes. Entretanto, outros estudantes compreendem que o prolongamento do processo de morrer transforma a morte em um momento longo e sofrido, conforme excerto abaixo:

> Eu acho que prolongam a vida no caso, desnecessários [...] porque, se você prolonga, aquele paciente está sendo submetido a intervenções desnecessárias que vão só causar dor a ele, não vão causar um prolongamento da vida de qualidade, é um sofrimento desnecessário, eu acho (P11).

A comparação entre os conhecimentos dos estudantes das diferentes áreas da saúde revela disparidade, destacando a necessidade de nivelar esse aprendizado desde a graduação para garantir a participação equitativa nas decisões clínicas.

Gawande (2015) aponta a falta de preparação de muitos profissionais para lidar com questões de fim de vida. Essa lacuna contribui para o emprego de práticas fúteis, onde se prioriza a extensão da vida sem melhorar sua qualidade.

A fim de reduzir esse desnível no conhecimento e capacitar os profissionais para uma abordagem ética e humanizada, o Conselho Nacional de Educação (CNE) atualizou, em 2022, a Resolução nº 3/2014 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina, estabelecendo que os alunos devem ser treinados em competências específicas para cuidados paliativos, com ênfase no manejo adequado do fim de vida (Brasil, 2022).

Ao serem questionados sobre as práticas específicas de suas categorias que consideram sem objetivo terapêutico para PVHA em condição clínica irreversível, os estudantes de medicina trazem, em seus discursos, condutas que corroboram as descritas na literatura:

> Além da intubação [...] a RCP mesmo, que pra mim a gente tem que entender quando o paciente é elegível pra RCP e quando não é. Porque às vezes a gente traz muito mais malefícios do que benefícios, então a gente tem que saber quando não utilizar (P8).

> Doses aumentadas de drogas vasoativas [...] intubação de pacientes que não têm perspectiva de melhora, procedimentos de escalonar antibióticos mais graves, reposições de eletrólitos mais graves em pacientes com contagem ínfima de CD4 que não têm perspectiva de melhora (P13).

Discutir casos de pacientes em finitude nas disciplinas clínicas é essencial para avaliar práticas que realmente melhoram a qualidade de vida ou apenas prolongam o sofrimento. As falas dos estudantes a seguir evidenciam intervenções consideradas fúteis às quais alguns pacientes em fim de vida ainda são submetidos:

> Práticas invasivas, né? O paciente piorar e ser transferido pra UTI [...] é uma assistência muito mais invasiva... E aí caso haja porventura uma parada cardíaca, uma reanimação cardíaca, uma intubação orotraqueal, uma diálise (P11).

> Eu vejo muito equipamento em demasia naquele paciente, que muitas vezes não teria serventia [...] Anemia? Não precisa ficar inserindo mais ferro, inserindo B12, ácido fólico, tantas medicações [...] muitas vezes você vê [que] os pacientes com SIDA já bebem grande quantidade de remédios, por que não diminuir? (P12).

As observações dos estudantes são corroboradas por Vattimo (2020), segundo o qual, em contextos de fim de vida, intervenções como intubação orotraqueal para instituição de ventilação mecânica, uso de fármacos vasoativos na tentativa de reverter instabilidade hemodinâmica, terapia de substituição renal, manobras de ressuscitação em parada cardiorrespiratória, hidratação, nutrição e hidratação artificiais, antibióticos e hemotransfusões são comumente aplicadas.

Ressalta-se que diversos procedimentos tecnológicos de alto custo, conhecidos como suporte avançado de vida (SAV), são adequados quando empregados no contexto de doenças agudas ou em eventos agudos de doenças crônicas, a fim de manter o paciente vivo e estável até que a causa da descompensação seja revertida (Torres, 2008).

A aplicação de técnicas de suporte avançado de vida (SAV) em pacientes em finitude, embora possa ser vista como um esforço de preservação da vida, frequentemente resulta em futilidade terapêutica. Nesse contexto, é fundamental refletir sobre a verdadeira essência do cuidado, que nestas situações deve ser a possibilidade de um processo de morte natural e digno. A fala reflexiva de um estudante, ressalta isso:

> Tem pacientes na UTI que tá em declínio claramente. A função renal, a função hepática, o sistema infeccioso só piora, e se mantém esse paciente intubado por muito tempo e só fazendo métodos invasivos [...] tem que entender que existe uma finitude, faz parte do processo evolutivo, então talvez entender qual é o melhor momento pra dizer "não, a partir de agora a gente não vai fazer método invasivo", acho que talvez falte isso, sabe? (P8).

Independente do curso, é fundamental que a formação em saúde capacite os profissionais a lidar com a fase final da vida de seus pacientes. A assistência deve valorizar a singularidade de cada indivíduo, considerando que cada pessoa é única, assim como as suas experiências de sofrimento.

> Eu acho que às vezes falta a gente tentar enxergar que não é só a doença. Não é só "ah, hoje a função renal dele piorou". Mas o que é que esse paciente quer? [...] talvez falta esse olhar, que não é só isso, o paciente vem com a sua individualidade (P8).

Os relatos apresentados evidenciam a necessidade de ampliar a discussão teórico-prática nas graduações da saúde sobre o processo de morte dos pacientes. Ao preparar-se para cuidar de indivíduos com condições clínicas irreversíveis, o futuro profissional de saúde tende a evitar terapias fúteis, repensar práticas e adotar uma abordagem compassiva.

3.2 Categoria 2. Fatores que Levam ao Emprego de Técnicas que Prolongam o Processo de Morrer

Essa categoria aborda as diversas razões que influenciam a decisão de utilizar intervenções que prolongam desnecessariamente a vida dos pacientes em finitude. Uma questão especialmente relevante no contexto da formação em saúde, onde é essencial que os futuros profissionais compreendam, não apenas os aspectos técnicos das terapias, mas também as implicações éticas e humanas de suas escolhas.

Diante da incorporação crescente de tecnologias duras na área da saúde, evitar o emprego de intervenções fúteis representa um desafio. A tentativa de rejeitar a morte irremediável, causa danos aos pacientes, provoca sofrimento nos profissionais envolvidos na assistência e desperdiça recursos escassos (Willmott et al., 2016).

Segundo Maingué (2020), entre os diversos fatores que contribuem para o emprego de condutas artificiais e desproporcionais em um doente incurável estão o avanço de recursos tecnológicos de suporte à vida, a fragilidade na formação acadêmica sobre os cuidados paliativos e a discussão sobre a assistência na fase final da vida, além do sentimento de frustração, fracasso e impotência diante da morte.

Essas deficiências na formação como fatores que conduzem às práticas para evitar o fim da vida em PVHA em condição clínica irreversível, foi referida na fala abaixo:

> A gente não ter visto na graduação contribui. Até porque a gente talvez não saiba selecionar qual o momento realmente de investir ou não, a abordagem que deve fazer naquele momento para o paciente, porque chegou o momento dele descansar...(P6).

Após essa reflexão é essencial considerar o papel fundamental dos cuidados paliativos nesse contexto. Quando devidamente oferecidos, esses cuidados não apenas diminuem o uso de terapias fúteis, mas também otimizam os recursos destinados aos serviços de urgência e cuidados intensivos (D'Alessandro et al., 2020).

A utilização de terapias fúteis está diretamente relacionada à manutenção do modelo curativista predominante nos cursos de saúde, que prioriza a oferta de tratamentos voltados à cura. Essa abordagem, conforme expressada por um participante, reflete a formação dos estudantes, que muitas vezes são treinados em buscar resultados clínicos focado na cura em detrimento da atenção à pessoa.

> Acredito também que a própria medicina em si, a própria forma como a medicina é colocada pra gente desde sempre, como sendo a salvadora da Pátria, aquele tipo de saúde que é feita pra pessoa viver, o paciente tem que viver a todo custo, o que importa é ele tá vivo independente de qualquer coisa [...] (P11).

A evolução dos recursos técnico-científicos e a busca obstinada pela cura das doenças levaram a uma cultura de negação da morte, e esta, quando acontece, é vista como derrota ou fracasso, não como um processo natural. Com a refutação da morte, o profissional de saúde tende a negligenciar cuidados que poderiam proporcionar uma morte digna (Gomes & Othero, 2016; Ferreira, Nascimento & Sá, 2018).

Negar a morte pode gerar a ilusória ideia de controle, levando os profissionais a empregarem todos os recursos para sustentar a vida artificialmente, geralmente em condições indignas. De acordo com as falas a seguir, a dificuldade médica em aceitar a morte também foi apontada como mais um fator para o uso inapropriado de recursos nos pacientes com HIV/aids em condições clínicas irreversíveis:

> Eu acho que no Brasil a gente tem uma política, a vida pela vida, então "no meu plantão ninguém morre". Então eu vou manter esse paciente até onde eu puder. Tem uma questão egocêntrica, "ah ninguém morre, eu vou fazer de tudo pelo paciente" (P8).

> Eu acho que o profissional de saúde em si, o médico, eu acho que é muito difícil, pra grande maioria esmagadora, ter noção de que ele não tem mais capacidade de agir com o paciente [...] (P13).

Ao discutir a formação médica, Gawande (2015) aponta que o treinamento médico formal não prepara para situações que o futuro profissional enfrentará cotidianamente, tampouco para lidar com a impotência e as limitações da medicina. O autor destaca a necessidade de uma mudança de paradigma no processo de formação, com maior ênfase na compreensão da mortalidade, na comunicação empática com os pacientes e nas habilidades para fornecer cuidados centrados no paciente no final da vida.

A falta de individualização de condutas clínicas também foi citada como causadora de prolongamento do processo de morrer de um enfermo fora de possibilidades terapêuticas, conforme a seguinte fala:

> Eu vejo tudo tão no automático. Eu vejo que, assim, as pessoas, os profissionais no momento ali ele não para pra pensar. Às vezes até um procedimento que você tá fazendo, você vai tão no automático que você vai e faz, não individualiza (P5).

Os estudantes ainda identificaram dificuldades relacionadas à padronização do cuidado, o que desencadeia falhas na continuidade das condutas multidisciplinares, como fica evidenciado a seguir:

> Uma coisa que eu observei aqui na UTI é que a troca de plantões de um dia pro outro, apesar de aqui ter diarista, mas o plantonista ele tá interessado em resolver o mínimo ali e passar a bola [...] (P10).

A fala acima revela que a atividade como plantonista pode influenciar no emprego de medidas inúteis, mas esta dificuldade pode ser sanada se houver comunicação efetiva entre as equipes.

O estudo de Ferreira, Nascimento & Sá (2018) demonstra que a falta de integração e comunicação da equipe não permite a padronização das ações, constituindo fator para a ocorrência de futilidade terapêutica. Para mitigar essa questão, é essencial promover uma comunicação eficaz entre as equipes de saúde. A documentação cuidadosa nos prontuários fornece informações valiosas e garantia de consistência nas decisões clínicas, o que pode evitar a implementação de terapias fúteis.

Os estudantes também atribuem o emprego de terapêuticas fúteis à dificuldade em lidar com as famílias, uma vez que também existem lacunas significativas na educação voltada à comunicação com os pacientes e familiares sobre a morte e o morrer:

> Eu acredito que, se o profissional tentou investir nisso, em reanimar um paciente, pode ser por falar pra família que fez o que pode, né? Que ofertou tudo que poderia ser ofertado naquele momento. Posteriormente, falar pra família: “olha a gente tentou reanimar ele, mas realmente ele descansou” (P6).

É necessário que se desenvolva uma comunicação eficaz entre os integrantes da equipe e a família, de modo que, quando possível, haja decisão compartilhada, o que pode refletir em intervenções que não prologuem o processo de morrer de um doente com morte iminente e inevitável (Kopar et al., 2022; Vidal et al., 2022).

A falta de clareza sobre prognósticos pode suscitar expectativa irreal de melhora, gerando mais sofrimento para todos os envolvidos no cuidado. Assim sendo, somente com o diálogo, a interação de saberes e o constante aprimoramento profissional as equipes de saúde poderão atender de forma interdisciplinar, acolhendo as expectativas e necessidades do paciente e dos seus familiares.

A fala abaixo demonstra causas multifatoriais para o emprego de técnicas para evitar o fim da vida nesses casos:

> Ninguém quer escrever um óbito, então acho que é isso... uma falha de comunicação, misturado com crenças, "no meu plantão ninguém morre", a falta de conhecimento também sobre cuidados paliativos, a visão errônea de que cuidados paliativos você abandona o paciente, que não é, você conforta esse paciente e esses familiares (P8).

Em síntese, as categorias afloradas nas falas dos estudantes trazem a importância dos cuidados paliativos em sua formação, especialmente no contexto de pacientes com HIV/aids em estágio avançado. A pesquisa revela lacunas na formação, sobrevindo o conhecimento sobre terapêuticas inúteis durante a vivência nos cenários de práticas.

O estudo evidencia diversos fatores que podem convergir para o emprego de condutas fúteis nos pacientes com aids em finitude. Ressalta-se a necessidade de formar profissionais capazes de reconhecer e lidar com a terminalidade e focar no cuidado humano. A reflexão sobre esses fatores permite uma análise crítica das práticas atuais, incentivando uma abordagem compassiva e centrada no paciente, que leve em consideração suas necessidades.

4. Considerações Finais

A abordagem qualitativa, nesta pesquisa, permitiu a análise aprofundada e contextualizada das percepções dos estudantes sobre o emprego de práticas fúteis no paciente com HIV/aids em final de vida. Além disso, o estudo de caso possibilitou a compreensão das nuances e complexidades específicas envolvidas na prestação de cuidados a esses paciente.

Espera-se que sejam desestimuladas as práticas fúteis nos pacientes em finitude, o que propiciará abordagens com foco no alívio do sofrimento, de modo a permitir que diante da morte inevitável, esta ocorra de maneira natural e digna.

O estudo é limitado ao contexto de uma unidade hospitalar focada em doenças infectocontagiosas. Contudo, os resultados podem apoiar práticas educacionais e institucionais em outros contextos, especialmente na formação ética e humanizada.

5. Referências

Araújo, C. P. (2020). *Existe direito à esperança?*: saúde no contexto do câncer e fim de vida. Rio de Janeiro: Lumen Juris.

Bardin, L. (2017). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Brasil. (2022). *Parecer CNE/CES n.º 265, de 17 de março de 2022*. Alteração da Resolução CNE/CES n.º 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação.

Conselho Federal de Enfermagem. (2017). *Resolução COFEN n.º 564, de 6 de dezembro de 2017*. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (2021). *Resolução n.º 539, de 27 de setembro de 2021*. Dispõe sobre a atuação do fisioterapeuta em ações de cuidados paliativos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.

Conselho Federal de Medicina. (2018). *Resolução n.º 2.217, de 1º de novembro de 2018*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Diário Oficial da União.

Conselho Nacional de Saúde (2013). *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília: Diário Oficial da União.

Conselho Nacional de Saúde (2016). *Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2021). *Projeto de pesquisa*: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Penso.

D'Alessandro, M. P. S. et al. (2020). *Manual de cuidados paliativos*. São Paulo: Hospital Sírio- Libanês; Ministério da Saúde.

Dadalto, L. (2019). Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. *Pensar*, 24(3), 1-11.

Ferreira, J. M. G., Nascimento, J. L., & Sá, F. C. (2018). Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 87-96.

Fontanella, B. J. B. et al. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimento para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, 27(2), 389-394.

Gawande, A. (2015). *Mortais*: nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: Objetiva.

Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos avançados*, 30, 155-166.

Kopar, P. K. et al. (2022). Addressing futility: a practical approach. *Critical Care Explorations*, 4(7).

Magalhães, P. M. R. et al. (2021). HIV. In Castilho, R. K., Silva, V. C. S, & Pinto, C. S. (ed.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Maingué, P. C. P. M. et al. (2020). Bioethical discussion on end of life patient care. *Revista Bioética*, 28(1), 135-146.

Morais, I. M. (2010). Autonomia pessoal e morte. *Revista Bioética*, 18(2), 289-309.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Palliative care*. Genève.

Organização Mundial de Saúde. (2021). *HIV/AIDS*. Genève.

Payne, S. et al. (2022). Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): a Delphi study. *Palliative Medicine*, 36(4), 680-697.

Pereira, E. A. L., & Reys, K. Z. (2021). Conceitos e Princípios. In Castilho, R. K., Silva, V. C. S, & Pinto, C. S. (ed.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Pessini, L. (2007). *Distanásia*: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola.

Rodrigues, M., & Maksud, I. (2017). Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde em Debate*, *41*, 526-538.

Sá, A. C. M. (2014). *Obstinação terapêutica em doentes terminais* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra).

Souza, P. N. et al. (2016) Palliative care for patients with HIV/AIDS admitted to intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 301-309.

Stake, R. E. (2007). *Investigación com estúdio de casos*. 4ª ed. Madrid (ES): Ediciones Morata.

Tomishima, H. O., & Tomishima, G. O. (2019). Ortotonásia, eutanásia e a distanásia: uma análise sob o aspecto da dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade. *Encontro de Iniciação Científica*, 15(15).

Torres, R. V. S. D., & Batista, K. T. (2008). A ordem de não ressuscitar no Brasil: considerações éticas. *Comun. ciênc. saúde*, 19(4), 343-351.

Truda, V. S. S. (2023). HIV/AIDS. In Vattimo, E. F. Q. et al. (org.). *Cuidados paliativos*: da clínica à bioética: volume 1. São Paulo: Cremesp.

Vattimo, E. F. Q. (2023). Dilemas bioéticos em fim de vida: eutanásia e suicídio assistido por médico. In Vattimo, E. F. Q. et al. (org.). *Cuidados paliativos*: da clínica à bioética: volume 2. São Paulo: Cremesp.

Vidal, E. I. O. et al. (2022). Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. *Cad. Saúde Pública*, 38(9).

Willmott, L. et al. (2016). Reasons doctors provide futile treatment at the end of life: a qualitative study. *Journal of Medical Ethics*, 42(8), 496-503.

Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman.

Thaís Veras Morais Rezende
Universidade Federal de Alagoas, Brasil
https://orcid.org/0009-0005-9422-3241
✉ thais_veras@hotmail.com

Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos
Universidade Federal de Alagoas, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-7861-7225
✉ camposdelisboa@gmail.com

Celia Maria Silva Pedrosa
Universidade Federal de Alagoas, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-9661-6066
✉ celpedrosa@gmail.com