

A Equipe de Saúde Diante do Paciente Não Aderente ao Tratamento

Ana Paula Chacon Ferreira¹

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Elisa Maria Parahyba Campos¹

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo: O objetivo deste estudo foi refletir sobre os efeitos da não adesão ao tratamento para a equipe de saúde e sobre as ações/reações da equipe que podem causar a não adesão ao tratamento. A amostra foi composta por 10 profissionais de saúde. O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. O material coletado foi submetido à análise temática, e discussão foi baseada na psicanálise. Como resultado, verificou-se que os profissionais relacionaram a não adesão às carências percebidas nos pacientes. Também foi identificada a presença de um ciclo de encaminhamentos, o qual, por vezes, significava uma tentativa de eliminar um incômodo (a não adesão), mas, em contrapartida, o causava. Verificou-se também a presença de confusão entre cuidado e controle, produzindo relações permeadas por desconfiança, verificação e correção. Percebeu-se, ainda, relação entre não adesão e frustração, seja porque o tratamento é insuficiente para evitar o sofrimento do paciente, seja pelo desconforto advindo da não cooperação do paciente. Ao final, como efeitos para a equipe, evidenciou-se a presença de profissionais envolvidos por um discurso de frustração, desvalorização e impotência. Como efeitos da equipe, verificou-se que profissionais também podem produzir aquilo de que se queixam, pelos lugares subjetivos que delinham e cristalizam. A partir disso, problematiza-se o sentido que a não adesão pode assumir, e é importante considerá-la como um sinal que pode revelar os percalços (e as possíveis resoluções) do contrato relacional entre paciente e equipe.

Palavras-chave: Não Adesão ao Tratamento, Equipe Multiprofissional, Profissional de Saúde.

The Health Team in Face of the Patient Not Adhering to Treatment

Abstract: The objective of this study was to reflect about the effects of non-adherence to the treatment for the health team and about the actions/reactions of the team that may can cause the non-adherence to the treatment. The sample consisted of 10 health professionals. The data collection instrument was a semi-structured interview. The material collected was submitted to thematic analysis, and the discussion was based on psychoanalysis. As a result, it was verified that the professionals related non-adherence to needs perceived on patients. The presence of a referral cycle was also identified, which, sometimes, meant an attempt to eliminate a nuisance (the non-adherence) but, instead, caused it. It was also verified the presence of confusion between care and control, producing relations permeated by distrust, verification, and correction. The link between non-adherence and frustration was also observed, either due to the treatment being insufficient to avoid the suffering of the patient; or by the discomfort from the non-cooperation of the patient. At the end, as effects for the team, professionals involved by a discourse of frustration, devaluation, and impotence were evidenced. As effects of the team, it has been found that professionals can also produce what they complain about, by the subjective places that were delineate and crystallize. Thus, we problematize the meaning non-adherence may assume, and considering it a signal that can reveal the mishaps (and possible resolutions) of the relational contract between patient and team is important.

Keywords: Non-Adherence to Treatment, Multiprofessional Team, Healthcare Professional.

El Equipo de Salud Ante el Paciente que No se Adhiere al Tratamiento

Resumen: El objetivo de este estudio fue reflexionar sobre los efectos de la no adherencia al tratamiento para el equipo de salud y sobre las acciones/reacciones del equipo que pueden causar la no adherencia al tratamiento. La muestra estuvo conformada por diez profesionales de la salud. El instrumento de recolección de datos fue una entrevista semiestructurada. El material recolectado fue sometido a análisis temático, y se utilizó el psicoanálisis para discutir el material. El resultado constató que los profesionales entendieron la no adherencia como una carencia/necesidad de los pacientes. También se identificó la presencia de un ciclo de derivación, que a veces significó un intento de eliminar una molestia (falta de adherencia), pero que puede generar el problema. También se verificó la presencia de confusión entre cuidado y control, produciendo relaciones permeadas de desconfianza, verificación y corrección. También se observó el vínculo entre la no adherencia y la frustración, ya sea porque el tratamiento es insuficiente para evitar el sufrimiento del paciente o por la incomodidad que produce la falta de cooperación del paciente. Al final, como efectos para el equipo, se evidenciaron profesionales envueltos por la frustración, la devaluación y la impotencia. Como efectos del equipo, se constató que los profesionales también pueden producir lo que quejan desde los lugares subjetivos que fueron delineados y cristalizados. Así se discute el sentido que puede asumir la no adherencia, y es importante considerarla como señal de los percances (y posibles resoluciones) del contrato relacional entre paciente y equipo.

Palabras clave: No Adherencia al Tratamiento, Equipo Multiprofesional, Profesional de la Salud.

Introdução

Adesão à terapêutica pode ser definida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em, pelo menos, 80% (Leite & Vasconcellos, 2003). Outros autores dizem ser uma medida que indica o quanto o comportamento do paciente coincide com a prescrição médica (Cunha & Gandini, 2009). Na concepção de Coelho e Amaral (2012), adesão ao tratamento pressupõe um envolvimento ativo e colaborativo do paciente em termos de emitir comportamentos que produzam resultados terapêuticos. O fenômeno também é definido como uma atividade conjunta, um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade entre paciente e equipe, em que o primeiro não é um mero seguidor da orientação médica (Polejack & Seidl, 2010). Deste modo, a adesão ao tratamento não se resume ao cumprimento de determinações; é mais importante refletir acerca dos fatores que tornam a incorporação de determinadas atitudes, necessárias ao tratamento de saúde, tão difíceis e distantes da realidade de parte dos pacientes (Pontieri & Bachion, 2010; Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, 2008). Borges e Porto (2014) refletem que a perspectiva predominante das intervenções profissionais e

das pesquisas sobre o tema não contempla a subjetividade do paciente, enfatizando exclusivamente a precisão com que este segue as recomendações médicas. Essa representação contribui para a compreensão do paciente como submisso aos desígnios do profissional de saúde (representado como vigilante biopolítico).

Outros estudos ainda se dedicaram a reconhecer indicadores capazes de determinar a não adesão ao tratamento. Questões sociais, econômicas, culturais e psíquicas são colocadas em foco, assim como o vínculo estabelecido entre o paciente e a equipe (Pontieri & Bachion, 2010; Seidl, Melchiades, Farias, & Brito, 2007). Santos, Frota, Cruz e Holanda (2005) trazem que a problemática da adesão ao tratamento é complexa e está associada a diversos fatores: ao próprio paciente (sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); às características da doença (cronicidade, sintomatologia); a crenças, aspectos culturais, hábitos de vida (percepção da seriedade do problema, experiência com doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); ao tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos); à instituição do tratamento (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera); e ao relacionamento com equipe de saúde. Maldaner,

Beuter, Brondani, Budó e Pauletto (2008) encontraram nove fatores que influem na adesão ou não ao tratamento: confiança na equipe, redes de apoio, nível de escolaridade, aceitação da doença, efeito colateral da terapêutica, falta de acesso aos medicamentos, tratamento longo, esquema terapêutico complexo e ausência de sintomas. No caso de pacientes com HIV/aids, pesquisadores verificaram que a não adesão esteve relacionada a sentimentos de desesperança e a comportamentos de esquiva. Outra variável foi a autoestima. Sentimentos de menos-valia poderiam favorecer a negligência nos cuidados de saúde, enquanto autoestima muito elevada poderia levar a crenças de invulnerabilidade (Seidl et al., 2007).

Arcieri (2003) problematiza o tema do autocuidado a partir da perspectiva psíquica, considerando o paradoxo: o instinto mais básico da espécie humana é a conservação da vida, entretanto, há pessoas que agem de forma incoerente com tal princípio. O autor busca compreender esses questionamentos relacionando o narcisismo primário com o comportamento de se descuidar.

Também é possível pensar na não adesão como uma posição do paciente diante do que está acontecendo a ele: uma doença. Saber-se doente, receber um tratamento e se deixar ser cuidado instaura, no indivíduo, a condição de não ser dono do próprio corpo, e uma das reações a esta realidade pode adquirir um sentido de preservação da individualidade, quase como um protesto. Assim, pacientes com dificuldades de se submeterem à manipulação do corpo podem ser percebidos como “rebeldes”, visto que não aceitam tal situação de forma passiva.

Conforme explicitado no parágrafo anterior, a não adesão ao tratamento, em alguma medida, irá esbarrar em uma equipe, gerando algum efeito. Logo, é relevante compreender que adesão ao tratamento advém de uma ideia (expectativa?) dos profissionais de saúde acerca de uma forma, considerada mais adequada por eles, de o paciente vincular-se ao seu tratamento. Seria uma maneira ótima de funcionamento do ser humano – para o sucesso deste tratamento. Adentra-se aí uma perspectiva que resvala em ideias dicotômicas: patológico x saudável; funcional x disfuncional; aderentes x não aderentes. Porém, a complexidade da realidade nem sempre pode ser abordada nesses trâmites. Também é relevante pensar sobre a infinidade de ações que podem ser interpretadas e classificadas como ausência de adesão ao tratamento. Nelas, pode-se dizer, há uma afronta a um suposto contrato – explícito ou implícito – de que,

mediante a uma doença, há alguém que deseja oferecer tratamento e outro alguém que deseja se tratar.

Chega-se, assim, a um campo essencial deste trabalho: as equipes terapêuticas. Mais precisamente, a relação entre paciente e equipe. Os estudos encontrados consideram que, se na relação entre profissional de saúde e paciente tudo vai bem, a adesão à terapêutica é otimizada. Tal ideia é consenso neste cenário. Porém, trazida de modo superficial, não clarifica que tipos de fenômenos, dentro deste espaço intersubjetivo, podem interferir na questão. Ou, então, o que ocorre nesta relação que favorece e desfavorece o estabelecimento do vínculo entre o paciente e o tratamento que recebe.

É sabido o quanto tal problemática pode gerar um mal-estar na relação terapêutica, representando uma lacuna no saber dos profissionais, impondo desafios à dinâmica do funcionamento da equipe. Pode, portanto, assumir um caráter de “resto”, ou seja, aquilo que foge à regra, às normas. Nessa condição, corre o risco de permanecer localizado numa esfera difícil de ser introjetada, refletida e trabalhada pelos profissionais. Mesmo assim, não deixa de incomodar, sinalizando, ainda que a duras penas, a existência de buracos na teia organizada e estruturada da instituição e de seus profissionais.

Refletindo sobre tais elementos, Souza (1992) refere que o que passa entre o médico (pode-se incluir aqui qualquer profissional de saúde) e o doente não é algo que é preciso isolar para não perturbar o tratamento, mas que precisa ser incluído para a cura. Nota-se que os profissionais, apesar do discurso de assepsia, não ficarão imunes às transferências que estabelecerão com seus pacientes, às realidades psíquicas e sociais com as quais são confrontados, e poderão instrumentalizar seu saber ou seu desconhecimento em direção à cura ou em direção à morte, dependendo daquilo que puderam reconhecer e elaborar desse processo.

Mediante a explanação acima, algumas questões nortearam o objetivo deste trabalho: como a não adesão ao tratamento *afeta* a equipe de saúde? E quais ações/reações da equipe podem gerar, como *efeito*, a não adesão ao tratamento? Assim, os termos “como afeta?” e “como efeito” são os norteadores deste estudo, estando relacionados aos *afetos* circulantes na relação entre paciente e equipe da saúde.

Objetivos

O objetivo deste trabalho foi explorar a questão da não adesão ao tratamento, na concepção dos profissionais, focando dois aspectos, em específico:

- como a não adesão ao tratamento afeta a equipe;
- como as ações/reações da equipe podem produzir, como efeito, a não adesão ao tratamento.

Método

A abordagem metodológica foi qualitativa. Buscou-se selecionar a apreensão dos significados dos fenômenos para as pessoas e/ou o coletivo, assim como o processo pelo qual os indivíduos constroem tais significados e os descrevem (Turato, 2000). Foram apreendidos aspectos como: motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos participantes (Deslandes, Cruz Neto, Gomes, & Gomes, 2009).

Participantes

A amostra foi oriunda de uma instituição hospitalar terciária. Seus pacientes são, principalmente, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, e estão dentro da faixa etária de 0 a 19 anos. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: ser profissional de saúde e trabalhar com doentes crônicos que estão no período da adolescência.

A amostra foi composta por 10 participantes, dois de cada categoria profissional: médicos(as), enfermeiros(as), nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos. Grande parte da rotina assistencial desses profissionais era concentrada no âmbito ambulatorial, e eventualmente realizavam atividades em setores de internação. Os profissionais contatados trabalhavam em conjunto com diferentes especialidades médicas, entre elas: endocrinologia (especialmente diabetes e obesidade),

nefrologia, pneumologia (especialmente fibrose cística), imunologia (especialmente alergia), infectologia (especialmente HIV). Os profissionais foram convidados a fazer parte da pesquisa, e a amostra esteve condicionada ao desejo de participação deles.

Procedimento

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas presencialmente, mas também gravadas. Após este momento, foram transcritas e analisadas.

A análise temática (Minayo, 2006) foi escolhida como forma de apreender o discurso dos participantes. Neste método, temas – unidades de significação – presentes no material são selecionados. O objetivo foi descobrir núcleos de sentido que componham a comunicação e cuja presença, ou frequência da aparição, possam significar algo relevante para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 2010).

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP), assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – número de Protocolo do CEP 47942715.7.0000.5561. A instituição onde foi realizada a coleta de dados também concedeu uma carta de anuência, concordando com o trabalho.

Resultados

Os resultados foram sintetizados na Tabela 1 e, posteriormente, discutidos.

Tabela 1

Caracterização dos participantes. Sintetização de suas principais falas sobre a não adesão, como se sente afetado por ela, o que faz diante dela.

| Profissional | Versão para a não aderência | Como o afeta | O que faz quando acontece |
|--|--|---|---|
| A., fem., nutrição, nefrologia, há 4 anos | Dificuldade de <i>entendimento</i> da patologia; <i>educação precária</i> ; <i>baixo nível socioeconômico</i> ; dificuldade prática das famílias para o cuidado. | <i>Frustração</i> . Sensação de <i>esforço inútil</i> . Menor interesse pela área com maior dificuldade de adesão. | Orientação, adaptação às condições do paciente. |
| B., fem., nutrição, nefrologia, há 2 anos. | Alimentação vinculada ao contexto social e à <i>satisfação</i> ; <i>desgaste</i> pelo seguimento de uma orientação que envolve <i>restrição</i> ; dietas complexas, o que pode gerar confusão. Dificuldade dos pais de oferecerem um <i>limite</i> para um filho que já possui limites devido à doença – aspecto mais afetivo. | Sentia-se responsável pela adesão. Não adesão como uma <i>falha pessoal</i> . Atualmente, compreende como uma escolha do paciente. Reconhecimento da própria <i>limitação</i> . | Busca <i>compreender o motivo</i> do não seguimento; tenta adaptar a dieta, quando possível, às necessidades do paciente/família. |

continua...

...continuação

| Profissional | Versão para a não aderência | Como o afeta | O que faz quando acontece |
|--|--|--|--|
| C., fem., fisioterapia, respiratório e neurologia, há 16 anos. | Pacientes mais graves, aderem mais. <i>Adolescente</i> não quer fazer atividade física – preferência por jogos eletrônicos/virtuais. Pacientes não querem frequentar o hospital; faltam na fisioterapia, alegando: dificuldade com transporte, chuva, doença na família. | Afeta por perceber que o <i>trabalho feito é perdido</i> . | Liga para investigar o motivo da ausência. Orientação. <i>Construção de hábito</i> . Oferecer ambiente atrativo (lúdico), favorecendo o <i>vínculo</i> . Adequar a agenda para facilitar ao paciente/família. |
| D., fem., fisioterapia, respiratório e neurologia, há 5 anos. | <i>Adolescência: transição dos cuidados</i> dos pais para os pacientes, dificultando adesão. Rotina intensa de tratamento, <i>cansaço</i> , desejo de ter uma vida “normal”. <i>Família</i> com outros filhos para cuidar e muito trabalho. | <i>Frustração</i> por fazer um bom trabalho e não ver adesão; <i>tristeza</i> por ver uma piora do paciente, devido à não adesão. | “Dá bronca, de uma forma mais carinhosa”, buscando <i>responsabilizar</i> o familiar pelo tratamento. |
| E., fem., medicina, nefrologia, há 14 anos. | <i>Adolescência: transição dos cuidados</i> dos pais para os próprios pacientes – <i>infantilização</i> . Dificuldade de aceitar a doença e inserir o tratamento na rotina. <i>Famílias não estruturadas</i> , sem condições psicológicas e/ou <i>financeiras</i> . <i>Pais necessitam trabalhar</i> o dia todo, e os filhos ficam sem cuidado próximo. | Não trouxe, em seu discurso, como é afetada pessoalmente. A não adesão afeta a prática profissional por ser uma temática recorrente e necessitar ser <i>reforçada</i> nos atendimentos. | Trabalho informativo com o paciente. Buscar <i>reforçar</i> a adesão. Buscar <i>responsabilizar</i> paciente/família. Conscientização de que há um uso do serviço público e este necessita ser aproveitado. Contato com <i>serviço social</i> . |
| F, mas., medicina, alergia e imunologia, há 24 anos. | <i>Família</i> não cooperam; ambiente não consciente da doença. <i>Adolescentes</i> se sentem “ <i>superpoderosos</i> ”, não se percebem doentes. Dificuldade do ser humano em se caracterizar como doente e tomar a medicação por tanto tempo. Fatores <i>econômicos</i> da rede pública dificultam acesso ao esclarecimento, ao médico e à medicação; falta de competência da equipe médica em orientar; muitas demandas e pouco tempo para o atendimento; conhecimento e <i>capacidade intelectual do paciente, relação entre médico-paciente-família</i> . | Reconhece que pode tratar até um certo <i>limite</i> . “Sente muito” quando percebe que possui uma estrutura <i>incapaz</i> de oferecer o tratamento ideal (falta de orientação, medicação, possibilidade de fazer um bom diagnóstico). Fica feliz quando consegue oferecer algo perto do ideal. | Criou um ambulatório específico para cuidar de pacientes com dificuldade de adesão – <i>abordagem mais próxima, mais frequente</i> . Grupo de pais. Treinamento para residentes/estagiários, utilização de questionários e discussões, mecanismos para <i>avaliar</i> a adesão e <i>qualidade de vida</i> , entregar aos pais “plano de ação” em caso de crise, perguntar mais sobre a vida, mostrar que o profissional se preocupa com ele. |

continua...

...continuação

| Profissional | Versão para a não aderência | Como o afeta | O que faz quando acontece |
|--|---|--|---|
| G., fem., enfermagem, imunização, diabetes, procedimentos (sonda, cateter, administração de medicamentos), há 13 anos. | Aspectos <i>sociais</i> , familiares/ relacionais – problemas financeiros, drogadição); nos <i>adolescentes</i> , percebe um <i>cansaço</i> pela rotina de tratamentos, uma necessidade de fugir da realidade da doença/ tratamento, período de “ <i>dormência</i> ” <i>entre 12 e 17 anos</i> ; fatores como: medo, dor e escolha do paciente. <i>Adolescência: transição dos cuidados dos pais aos pacientes.</i> | <i>Impotência</i> , “ <i>não estar fazendo nada</i> ”, percepção que o tratamento não impacta o paciente. Questionamento: “qual deve ser a minha fala para que ocorra a mudança?”; “O que a equipe deve fazer para o paciente mudar de posição?”; <i>angústia</i> de não conseguir a resposta para suas perguntas. | Contato com família – entender o que tem acontecido; contato com equipe do <i>serviço social</i> ; realizar o atendimento junto com psicologia; <i>passar a angústia para o psicólogo</i> e esperar que ele possa “dar um norte”, questionar a ele: “o que a gente faz? Será que é só ouvir e lidar com essas questões que não estamos preparados?” |
| H., fem., enfermagem, imunização, procedimentos (sonda, cateter, administração de medicamentos), há 10 anos (técnica e depois enfermeira). | Refere não entender o motivo do abandono no tratamento, <i>culpa</i> mais os pais. Muitas <i>desculpas</i> (ambulância não passou, febre...). Não sabe o quanto é verdade. Diz não conseguir saber o motivo da não adesão, nem construir hipóteses para explicá-la. Traz exemplos que envolvem <i>problemas familiares</i> . | <i>Incômodo</i> por não conseguir resolver a situação. <i>Tristeza</i> , por reconhecer que a equipe possui o tratamento para melhorar a <i>qualidade de vida</i> , porém não há o desejo por aquilo. | Mediante a falta, entra em contato telefônico. “Pegar” a informação e <i>passar para equipe responsável</i> (médico, serviço social). Informação, orientação. Trouxe mudanças institucionais: <i>maior controle de segurança</i> , evitando evasões (portaria, crachá...), tecnologia (informações no sistema que facilitam saber o histórico do paciente). |
| I., fem., psicologia, nefrologia, endocrinologia, há 30 anos. | Muitas <i>restrições</i> , é difícil para as famílias sustentarem isso. Mal-estar entre paciente, família e equipe. Pacientes não aderem ao tratamento psicológico – percebe uma <i>repetição</i> . Inconscientemente, pais sentem que estão <i>punindo/privando</i> o filho. Posições que o paciente ocupa dentro da família, e a <i>não adesão acaba se tornando um sintoma</i> da dinâmica familiar. Questões de ordem subjetivas. Há um discurso a favor do paciente, mas inconscientemente há outras demandas em jogo. | Afeta a equipe, devido a <i>preocupações</i> com relação ao tratamento, pelo <i>desgaste</i> de ficar <i>cobrando</i> o paciente, pela <i>repetição</i> dessa questão no cotidiano. | Trabalho das questões de ordem subjetiva (quando o paciente deseja). Busca envolver a equipe. Promover reuniões/discussões com paciente e equipe, promovendo <i>abertura para o paciente participar</i> do tratamento. Grupos de adolescentes. Desconstruir quando o paciente apresenta sentimento de ser <i>cobrado e de persecutoriedade</i> . |

continua...

| Profissional | Versão para a não aderência | Como o afeta | O que faz quando acontece |
|---|--|---|---|
| J., fem., psicologia, infectologia e endocrinologia (apenas diabetes), há 3 anos. | Prefere olhar para a via da <i>singularidade</i> . Entende a não adesão como “saídas” que os sujeitos vão arrumando para lidar com o <i>desconforto</i> da doença. | <i>Preocupação</i> pela gravidade, por não ter o mínimo de vida garantido, ainda que haja a possibilidade de outra escolha. Não uma preocupação no sentido de <i>controlar/manter</i> a vida, mas sim na escolha que está sendo feita e que pode ser prejudicial. | Conversar sobre a não adesão com a equipe. Abordar o quanto isso lhe causa <i>angústia</i> e faz querer uma solução rápida (encaminhar ao psicólogo), porém, instalava-se uma <i>transferência de problema</i> , que se <i>repetia</i> – paciente não aderiu ao acompanhamento psicológico. |

Os participantes da pesquisa trouxeram diferentes versões para a problemática da não adesão ao tratamento. Foram observados nas falas dos participantes os seguintes fatores para justificar a presença da não adesão:

- A presença de carências na população, em diferentes âmbitos: social, econômico, educacional e familiar. Um participante trouxe a carência do próprio sistema de saúde;
- O momento da adolescência, trazido, pelos participantes, a partir de duas posturas distintas dos pacientes: indiferença ao tratamento, “*fase de dormência*” (G.) e onipotência “*são superpoderosos/lacham que não são doentes e não precisam do tratamento*” (F), “*revoltadinhos*”;
- A frustração dos pacientes por terem de lidar constantemente com uma doença limitante e que não tem cura. Os participantes trouxeram: desgaste, cansaço, restrições, desconforto. A não adesão seria, então, uma reação a um sofrimento. Uma saída para o desconforto;
- Questões de ordem subjetiva/inconsciente. Resultado das posições ocupadas pelos sujeitos na dinâmica familiar. Sensação dos pais de estarem “*punindo*” (I.) seus filhos e não cuidando;

Como reação ao problema da não adesão ao tratamento, foi observado:

- O encaminhamento do paciente não aderente para outros profissionais da linha de cuidado, principalmente especialidades como serviço social, psicologia, nutrição, enfermagem. Verificou-se a instalação de um ciclo de encaminhamentos;

- Avaliação/verificação do cumprimento do tratamento (por meio de perguntas, aplicação de questionários, comparação entre a fala do paciente e os resultados dos exames). Medidas visando controlar a adesão do paciente. Uma das profissionais, ao ser questionada acerca das ações para lidar com a não adesão, citou determinadas tecnologias de controle dentro do contexto institucional. A tecnologia foi trazida como forma de saber onde o outro está, assim como o uso do “*crachá*” e do “*sistema*” (H.) para este fim;
- Adoção de uma postura educativa, de reforço das orientações, de medidas para combater a não adesão, de luta contra o problema;
- “Gravidade”, “piora”, “preocupação”, “prejudicial” e “morte” foram palavras que permearam o discurso de alguns profissionais. Referem-se aos efeitos da não adesão (ao paciente e aos profissionais);
- Sentimentos de frustração, incômodo, tristeza, impotência. O paciente que não adere “joga no lixo” o esforço da equipe. Surgiram expressões como: “*não adianta nada*”, “*parece que eu não estou fazendo nada*”, “*o que nós estamos fazendo? Nada*”, “*a gente não vê efeito nenhum*”.

Discussão

Não Adesão e Carência

São possíveis algumas reflexões acerca do uso da categorização “carência”. Tal classificação pode ter diferentes funções, como: proporcionar certa

distinção entre profissionais e pacientes, encobrindo aquilo que, no outro, é próximo/semelhante. Essa diferenciação – por vezes, necessária –, caso não elaborada, pode vir a se transformar em um distanciamento, prejudicando a relação assistencial (Sá, 2005; Sá, Carreteiro, & Fernandes, 2008). Sabe-se que, no contexto da saúde, acontecem processos de identificação entre trabalhadores e usuários. Se a população é vista como pobre e desvalida, após um tempo, a própria equipe se sentirá assim. Tais mecanismos estão por trás da produção de impotência de que adoecem muitas equipes (Campos, 2005).

Rosa (2002) escreveu sobre os efeitos de se escutar, dentro da clínica psicanalítica, pacientes inseridos em um contexto de pobreza extrema e exclusão social. Em seu trabalho, psicólogos, ao atenderem tais pacientes, acabavam por justificar as resistências deles ao trabalho como falta de recursos. A autora relembra Freud (1919/1996) ao enunciar os efeitos do encontro com o “estrangeiro”, os impactos de se confrontar/esbarrar com o “estranho” que o outro representa, atentando para o fato de que o horror provocado advém justamente da familiaridade daquilo que se percebe no outro. Assim, a escuta de tais sujeitos quebra a distância social que impede o contato com o outro miserável.

A categorização do “carente” também pode promover uma generalização, impedindo um cuidado ao singular. A realidade, dotada de demandas e sofrimentos tão difusos, faz o profissional sentir-se incapaz de “lidar” ou responder. Faz emergir a própria carência do profissional. Entretanto, todo esse movimento, paradoxalmente, mantém a equipe colada a este real, sem a capacidade de elaboração e sem a possibilidade de uma reflexão mais produtiva sobre a realidade em que atua e sobre o outro com quem interagia (Sá et al., 2008).

De alguma forma, a carência assumiria um estado totalizante e redutor, retirando do outro a sua dimensão desejante, sua condição de humanidade. O paciente seria apenas alguém vítima de suas carências e não uma pessoa com desejos e demandas próprias. O fato de se lidar com indivíduos excluídos diante de um contrato social, que é quebrado e que não fornece o mínimo, exige dos profissionais um cuidado adicional, que é o de não cronificar um lugar de dominação, no qual se confunde desamparo social com impossibilidade de ser sujeito.

Mediante um sujeito inserido numa situação social desfavorável, surgem dois perigos aos responsáveis pelo seu cuidado: alienação quanto ao contexto

adverso e suas consequências, de forma que a responsabilidade pelas falhas recai, exclusivamente, no paciente. Ou dificuldade de reconhecer o indivíduo – foco do cuidado – como alguém desejante. Há o risco de toda escuta direcionada ao sujeito ficar sob o peso da situação social, dificultando a relação intersubjetiva. Trata-se de um tamponamento que dá margem a estereótipos que podem favorecer relações de poder, e a maior delas seria “diagnosticar” o outro pela sua condição social de pobreza intelectual, familiar, social. Nesta visão de paciente/família à deriva de suas necessidades, incapazes de alcançar o tratamento proposto, há a exclusão da possibilidade de uma participação/implicação em seu próprio diagnóstico (Rosa, 2002).

O que se evidencia, portanto, é este lugar oferecido ao paciente: objeto de intervenções e não sujeito de seu diagnóstico/tratamento. Certamente, é possível que alguns pacientes se posicionem como objeto diante de uma equipe, o que poderia ser explicado pela identificação maciça com o lugar de doente. Esta poderia ter a função de oferecer ao paciente um lugar de reconhecimento, o que pode ficar mais evidente no caso de indivíduos “excluídos” de um reconhecimento social. Entretanto, o que se problematiza é a cristalização de um formato relacional capaz de, em algum momento, culminar na ausência de implicação reclamada.

Dentro de tais reflexões, torna-se desafiador aos profissionais zelar para que a relação terapêutica seja norteada pelo protagonismo do sujeito e pela responsabilidade. Isso é possível considerando a premissa ética de que o outro é um sujeito histórico e político, capaz de se engajar, pensar e decidir – a partir de seus modos de subjetivação (Moretto, 2019).

A Transferência da Doença

Alguns participantes trouxeram, como explicação para a não adesão, a fase da adolescência, momento em que os pais transferem a responsabilidade pelo tratamento aos filhos. Essa transferência de responsabilidade foi trazida como algo que gera desconfiança nos profissionais – como se os adolescentes não fossem capazes de tal tarefa.

Pereira, Sá e Miranda (2013) trazem, com apoio na obra de Kaës, a visão da adolescência como um momento de perdas, entre elas, a de um código social no qual se estruturavam as relações intersubjetivas. O abandono deste código implica uma ruptura de laços e significações que asseguravam um modelo de condutas estáveis. Ocorre uma espécie

de desagregação. A adolescência aponta para uma crise que pode encontrar ou reativar a crise da geração anterior, além de também suscitar uma crise nas instituições. Assim, não é apenas uma crise individual, mas relacional, pois pode desagregar contratos, pactos e acordos inconscientes, evidenciando-os. Portanto, a crise vivida pelo adolescente anuncia elementos críticos dos serviços, que, se não forem reconhecidos e tratados, dificultam que essa crise tenha um potencial criador, configurando-se apenas como desestabilização e sofrimento para sujeito, família, grupos e profissionais envolvidos.

Nos relatos dos profissionais, verificou-se a presença de dois tipos de adolescentes: os “infantis demais” – incapazes de responsabilização – e os “adultos demais” – ditos autossuficientes. Ambas as posturas parecem expressar uma ausência de receptividade e de envolvimento com o tratamento – seja pela indiferença ou pela resistência.

Em outras circunstâncias, os profissionais trouxeram que os cuidadores dos pacientes também despertam insegurança. Há um sentimento de que o paciente é descuidado em seu ambiente familiar/social. Sugere-se a instalação de uma dinâmica emocional relevante na tríade paciente-familiar-profissional: tem-se um paciente descuidado, diante de uma família descuidada, diante de um profissional do cuidado.

Há uma equipe que transfere a necessidade de cuidados com relação ao tratamento aos familiares, os quais transferem aos pacientes, e há uma insegurança com relação a ambos os personagens de tal dinâmica. O próprio profissional parece ficar desamparado diante dos descuidos que se apresentam. Sugere-se que – quando este sentimento se faz mais presente – o profissional acaba pedindo ajuda a outro meio da equipe, por meio de um encaminhamento. Assim, os pacientes considerados não aderentes são encaminhados para diferentes membros da equipe multiprofissional; e isso gera um ciclo de encaminhamentos, a respeito do qual é importante refletir, pensando em seus efeitos emocionais e práticos.

Certamente, este movimento é fruto de uma intercomunicação necessária para a rotina assistencial. Porém, é relevante salientar que não apenas o paciente pode estar sendo encaminhado para diferentes membros da equipe: o “problema” da não adesão também parece estar sendo transferido a outro departamento. O trabalho em equipe pode significar um repasse de dificuldades, e o encaminhamento é

uma forma de se livrar de incômodo. Sugere-se, pela maneira como os encaminhamentos foram relatados pelos profissionais, certa dinâmica de passagem do problema e não de abertura para pensar o problema, além de uma conotação persecutória, uma vez que a falha na adesão ao tratamento pode vir a ser considerada como a falha de algum profissional.

Toda essa dinâmica de encaminhamentos-transfêrencia-de-problema, se não cuidada pela equipe, pode favorecer justamente aquilo que a presença de uma equipe multiprofissional busca combater: a exclusão dos aspectos subjetivos do indivíduo. Muito se diz sobre os riscos do modelo biomédico como um saber que exclui o que é da ordem da subjetividade, além de dividir o humano em diversas especialidades médicas, esquadrinhando-o em partes (Marcon, 2016). Porém, é possível pensar que certos membros da equipe – enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia, por exemplo – podem ficar localizados como cuidadores mais responsáveis pela subjetividade, tornando qualquer problema de ordem subjetiva responsabilidade de tais especialidades. Erroneamente, a subjetividade acaba à margem do tratamento – os restos? – e, por isso, fica, a todo momento, sob o risco de exclusão. Obviamente, ter uma equipe multiprofissional acabou sugerindo a existência de um lugar para se colocar o que “transpassa e ultrapassa” o tratamento orgânico, possibilitando uma maior visibilidade quando determinados fenômenos surgem na cena médica. Entretanto, a equipe precisa cuidar para não favorecer a cronificação do (des)lugar da subjetividade, uma vez que a lógica do encaminhamento-exclusão permanece vigente – e é prejudicial para a própria dinâmica das equipes, já que o excluído pode voltar de forma mais incômoda.

Roussillon (1991) lembra que a experiência vivida nunca é totalmente absorvida pela psique, gerando sempre um resíduo. O autor sugere que aquilo que sobra (dejeito) retorna, podendo operar num nível persecutório. Ao mesmo tempo, se este resto, ainda que por meio de uma clivagem, puder encontrar um continente, o processo pode se ver protegido dos retornos destruidores.

Sugere-se que tal círculo, quando não interrompido, possa representar aquilo que Kaës (2014) denomina *alianças inconscientes*. A finalidade de sua formação seria tanto assegurar os investimentos vitais pela manutenção da relação e da existência de seus membros quanto constituir uma reciprocidade de

mecanismos de defesa para lidar com as diversas modalidades do negativo na vida psíquica individual e coletiva. As alianças são estabelecidas pela vedação dos inconscientes dos sujeitos que entram em acordo. Refletimos, portanto, o quanto a manutenção de um ciclo, em que aquilo que incomoda é transferido a outro lugar, pode sinalizar a necessidade de não ter de lidar com conteúdos desagradáveis. Estes podem ser diversos, a depender do vínculo que consentiu com tal dinâmica, entre eles: não adesão representando uma agressão ao narcisismo do profissional; doença do paciente representando uma agressão ao narcisismo do indivíduo e de sua família; a possibilidade de morte que a não adesão anuncia revelando um aspecto doloroso da vida e a insuficiência da equipe em combatê-lo.

Vale ressaltar que um participante referiu ter criado um ambulatório específico para cuidar desses pacientes com dificuldade de adesão. O objetivo seria “*trazer os pacientes mais para perto*”. Pode-se pensar o quanto existe nesta atitude uma forma de aproximar e não excluir aquilo que parece ser mais desafiador à equipe.

Violência Implícitas: O Cuidado e o Tomar Cuidado!

No contexto da doença está implícita certa dose de violência e controle. Lida-se com corpos violentados pela doença. O próprio tratamento também se configura como uma violência, pois envolve invasões e restrições, além de gerar efeitos colaterais. A especificidade do saber médico que acaba violentando a emergência da subjetividade. No caso de não adesão, há uma violência exercida contra o próprio o tratamento. O tratamento diante das enfermidades estudadas se faz às custas do controle de uma doença. Esta, crônica e, portanto, incurável, acaba sendo “vencida” apenas quando controlada. Trata-se, nesse sentido, de um inimigo não derrotável por completo, apenas parcialmente. Todos os tipos de intervenções (medicação, fisioterapia, dieta...) visam controlar a doença. Exames e parâmetros clínicos servem como uma forma de verificar o quanto a doença está controlada. Como pano de fundo, o que se controla – ou se prorroga – é o tempo da chegada da morte.

A não adesão ao tratamento sinaliza a possibilidade iminente de morte. O corpo responde às falhas do tratamento, seja porque este não está sendo suficiente para barrar o desenrolar da doença, seja porque não está sendo realizado com a disciplina requerida. Assim, as relações – do paciente com seu corpo,

da equipe com o paciente – são permeadas pela emergência de um controle. Diante disso, sugere-se a presença de um clima emocional de vigilância, censura e verificação no contexto dos atendimentos.

As consultas e os exames acabam se tornando espaços de averiguação do quanto o paciente tem conseguido aderir ao tratamento, além de serem momentos de reafirmação das orientações, tendo um cunho educativo. Pode-se sugerir que, por vezes, há uma desconfiança acerca daquilo que o paciente traz, e a equipe de saúde precisa de comprovação, seja por meio do preenchimento de um questionário, para posterior comparação com a fala trazida espontaneamente, seja pela tentativa de “pegar no pulo”.

Vale lembrar aqui que não se está colocando em questão o quanto os pacientes são fiéis em seus relatos aos profissionais, mas sim o pressuposto inicial da dúvida e a problematização acerca da necessidade de mentiras por parte de um e de comprovações por parte de outros. É possível pensar que, se a dúvida surge – e ela pode permear qualquer relação –, qual seria o motivo de ela ser canalizada por uma busca pela verdade que não incluía a participação do sujeito do qual se duvida? A dúvida pode manifestar a existência de uma questão em aberto – como este paciente tem se relacionado com a terapêutica proposta? –, porém, o que foi possível verificar é que a busca pela resposta não envolvia o próprio sujeito, mas se dava através de uma tentativa de excluí-lo. Nesta conjuntura, duas coisas se perdem: a própria resposta em si, pois os métodos citados não garantem a fidedignidade esperada, ao mesmo tempo que podem fornecer respostas dicotômicas, como: aderente x não aderente, sem alcançar outras questões do processo; além de poder gerar um clima de persecutoriedade que atrapalharia o vínculo, e a possibilidade de o paciente construir – e participar – da sua versão para o problema. Sugere-se que esta dinâmica relacional pode estar a favor de uma destituição subjetiva, à medida que impede o próprio sujeito de construir um saber sobre seu padecimento e negociar com as regras instituídas, implicando-se nelas, inclusive se for para não as seguir.

Esta atmosfera dentro da qual se desenham as intervenções da equipe pode ter alguns fundamentos originais. Schraiber (1993) aponta para o fato de o trabalho em saúde tratar-se, essencialmente, da intervenção de um homem sobre o outro. Assim, há uma invasão inevitável, ainda que permitida, do outro, podendo

acarretar um controle sobre o corpo do outro, mascarado por uma tentativa de controle da doença.

Além disso, o tratamento é um elo que liga paciente e profissional. Tratar é a função primária da instituição, justificando a existência desta. Kaës (1991) afirma que qualquer entrave que dificulte o cumprimento desta função gera sofrimento. Assim, há um contrato a ser seguido. Ocorrendo uma desconfiança acerca da adesão ao tratamento, ao contrato, este elo pode se enfraquecer. Profissionais podem acabar se sentindo abusados, feridos, pelo não seguimento deste contrato. A partir disso, o paciente é colocado no lugar de quem está em dívida com profissionais, instituição e aqueles que pagam impostos, neste caso, os impostos sustentam a tal instituição. Parece ocorrer aí um apelo ao Estado – sustentáculo concreto e imaginário da instituição –, simbolizando um elemento capaz de promover uma regulação, estabilidade e organização perante o caos da quebra.

Kaës (1991) afirma que a instituição só garante aos indivíduos a segurança da lei, à medida que eles assumem o próprio lugar e contribuem para a sua manutenção e desenvolvimento. Quem lhe é estranho pode vir a ser submetido pela força bruta: encontra-se, literalmente, fora da lei.

Como reação, evidencia-se uma postura de combate, reforço, luta – por meio de *brincas*.

Pode-se pensar que o combate sempre foi contra a doença, seus sintomas, progressão, o sofrimento que gera ao paciente, porém, foi possível perceber, por vezes, um deslocamento do foco, que recai no próprio paciente.

Termos como “*na defensiva*”, “*cobrança*” e “*clima de persecutoriedade*”, usados pelos profissionais, sugerem que as relações com a equipe ficam permeadas por uma tensão em que as dificuldades simbolizam um perigo, ao paciente e ao profissional.

Salztrager (2011) faz uma reflexão acerca das ideias de Foucault, problematizando o chamado *poder disciplinar* presente nas relações. Segundo o autor, trata-se de uma lógica em que indivíduos ficam em estado permanente de visibilidade, assegurando uma eficiência do poder. É um poder automático, anônimo e incorpóreo, que acaba propiciando certa sujeição. Nesta formatação, silenciam-se as possibilidades de resistência e revolta – ambas são importantes, quando se torna relevante que as pessoas consigam negociar com as leis e fornecer sentidos a elas. Torna-se relevante que os próprios pacientes possam

negociar com as propostas de terapêuticas, e deste agenciamento pode nascer a implicação.

Sobre esta temática do poder na clínica, Akimoto Jr. (2016) problematiza os efeitos iatrogênicos da psicanálise, convidando a refletir sobre o fato de que todo tratamento é capaz de gerar efeitos nocivos ao paciente. O autor afirma que um dos riscos estaria localizado no uso indevido do poder no curso do tratamento, tornando o paciente um sujeito plástico a ser moldado e não um sujeito dotado de singularidade. Ao mesmo tempo, evidencia a necessidade de abandonar a tentativa de impedir o exercício do poder, pois não existe discurso isolado deste.

Segundo Kaës (1991), a instituição pode se oferecer como objeto ideal a ser interiorizado, ao qual todos devem manifestar sua lealdade e até mesmo se sacrificar. Ela apresenta exigências e obriga todos a se moverem pelo orgulho do trabalho a realizar: verdadeira missão de vocação salvadora. O autor também aponta que qualquer terapeuta está executando, no palco da relação com o outro, projetos conscientes ou fantasias inconscientes que se referem ao modelo formador, atribuidor de boa forma, médico, obcecado pela cura, militante transformador do mundo, reparador que impede os traumatismos do cliente de se tornem “irreparáveis”. O que se verifica é que, apesar da necessidade de tais modelos para mover a existência de uma ação terapêutica, eles não são inocentes. O desejo de cura enquanto motor exclusivo da ação pode provocar uma reação terapêutica negativa e levar o cliente a se fechar ainda mais nas suas dificuldades. O desejo de reparação desenvolve, no terapeuta, uma vontade de salvamento e uma visão do outro como uma máquina da qual se conhecem as engrenagens e cujo funcionamento é preciso melhorar. O perigo desta perspectiva é a promoção de uma incapacidade de ouvir a verdadeira queixa do paciente e responder apenas paralelamente a ela. Por outro lado, o doente pode sentir-se na obrigação de entrar nesse quadro preestabelecido da “boa forma”.

Ao mesmo tempo, também foi possível verificar os profissionais como alvo do movimento de violência – além de coautores. Os profissionais, por estarem neste lugar de anunciadores do diagnóstico e do tratamento, acabam compondo esse cenário.

Outro ponto importante diz respeito ao quanto trabalhar com indivíduos doentes – que, ao descontrolarem o seguimento do tratamento, acabam por descontrolarem sua doença – pode significar lidar com o

risco inerente de morte/perda do paciente. O risco de morte que o doente anuncia, em si mesmo, já ativa – constratransferencialmente – um mecanismo de vigilância que faz a palavra *cuidado* (do verbo cuidar) adquirir um sentido de: *Cuidado!* (Necessidade de atenção ante um perigo).

Não Adesão: Reação à Frustração ou Razão da Frustração?

Nas falas sobre o tema, ocorreu o uso de palavras como “frustração”, “incômodo”, “tristeza”, “impotência”, que expressam a sensação dos profissionais acerca da gravidade da doença e da impossibilidade de alcançarem uma cura. Grande parte dos participantes citaram – como fator para justificar a não adesão – o sofrimento dos pacientes, através de palavras como “desgaste”, “dificuldade”, “cansaço”, “restrições”, “desconforto”. Os pacientes não aderem porque estão em sofrimento pela realidade da doença e pelo tratamento – que não é capaz de erradicá-la. Daí, a não adesão é uma reação a esta quebra de um contrato inconsciente de salvação. Há impossibilidades para um desfecho de satisfação. As consequências disso para a relação perpassarão o quanto cada personagem terá elaborado acerca de seus limites e possibilidades reais.

Enriquez (1991) refere que os pacientes expressam, mais ou menos explicitamente, um pedido de cura. Eles chegam cheios de esperança e preparados para a submissão, mas também com exigências desmedidas e com a possibilidade de revolta e violência. A instituição de saúde vai responder a um imaginário, através do qual os indivíduos são capturados na armadilha dos seus próprios desejos de afirmação narcísica e de identificação, na fantasia de onipotência e na necessidade de amor. E a instituição acaba declarando-se capaz de responder a tais desejos naquilo que apresentam de mais excessivo e/ou mais arcaico (afirmação narcísica; identificação maciça que tem como objetivo a comunhão e a fusão amorosa com o outro) e de transformar tais fantasias em realidade – ilusão mortífera, já que a função da fantasia é permanecer como aquilo que não deve ser realizado, a fim de oferecer a base para os elementos criativos necessários à reflexão e à vontade transformadora.

Dunker (2016) afirma que os indivíduos que experimentam a doença como uma perda narcísica entendem que seu contrato com a vida não está justo. E é possível que a instituição se coloque como aquela capaz de “acertar as contas” entre o paciente e o mundo.

Pode-se refletir, então, o quanto o aspecto incurável de uma doença crônica interfere na relação paciente-profissional. Ambos os atores deste contexto precisam elaborar diversas perdas – narcísicas. Pode-se até pensar o quanto esta realidade da doença acaba por decretar, *a priori*, o fracasso de uma relação até que ambas as partes reconheçam que não podem receber tudo e nem oferecer tudo. Este reconhecimento se faz com uma dose de sofrimento.

Uma profissional trouxe a expressão “*guardar meu coração no freezer*”, dita por uma mãe quando teve de colocar uma restrição a sua filha, já limitada pela doença. Assim, para que seja possível o tratamento, torna-se necessário congelar, em alguma medida, as emoções.

Outro formato de sofrimento a que pode ser exposto o profissional é quando a não adesão gera frustração e desvalorização, fixando a equipe num lugar de inutilidade. É como se o esforço pelo fornecimento do tratamento fosse desvalorizado pelo não esforço do outro. Nota-se, mais uma vez, a presença de um furo no contrato de trabalho entre profissional e paciente – contrato composto por elementos narcísicos.

Todo funcionamento institucional tem uma função narcísica. A instituição constrói uma representação social acerca de si mesma, e a função é por um curativo na ferida narcísica, evitar a angústia do caos, justificar e manter os custos identificatórios, preservar as funções dos ideais. Sugere-se, então, que uma falha nessa rede pode acarretar diferentes níveis de desorganização (Kaës, 1991).

Considerações Finais

Verificou-se que a não adesão foi justificada pela equipe por diferentes perspectivas: as carências (sociais, econômicas, culturais) dos pacientes que dificultam a vinculação ao tratamento; a fase da adolescência que desperta insegurança nos profissionais; as frustrações dos pacientes com as limitações da doença e do tratamento em si. Diante desse contexto, a equipe é afetada em diferentes dimensões, entre elas: vulnerabilidade, frustração, desvalorização, impotência – elementos narcísicos envolvidos na trama, o risco da iminência da morte e a sensação de desamparo. Como reação dos profissionais, tem-se: a visão do paciente como um objeto à mercê de suas necessidades e incapaz de ser sujeito de seu tratamento; a instalação do ciclo de encaminhamento que pode excluir o problema (e não cuidar dele) por meio de alianças que objetivam evitar o contato com aquilo

que incomoda; a confusão entre oferecer o cuidado e acabar assumindo uma postura de controle/violência. São medidas que guardam uma dose de des-subjetivação, podendo produzir, como efeito colateral, o próprio problema que desejam combater.

Com relação às limitações do estudo, tem-se: a pequena amostra referida a um contexto bastante específico; tratar a questão dentro de uma perspectiva única (dos profissionais) – isso faz que os resultados digam muito mais acerca da experiência de algumas pessoas do que do fenômeno concreto (não adesão).

Estudos futuros poderiam explorar, de forma mais profunda e longitudinal, as posições subjetivas

desenhadas dentro da relação paciente-equipe, verificando seus efeitos concretos na adesão ao tratamento (considerando uma definição ampla do que seria adesão ao tratamento, não sendo apenas um seguimento de prescrição).

O importante de tais conclusões dizem respeito à noção da não adesão como um fenômeno produzido dentro de uma relação, e também um fenômeno capaz de abalar esta mesma relação, isto porque interfere em elementos essenciais de um contrato estabelecido entre paciente e equipe; contrato no qual ambos são participantes, contribuindo tanto para mantê-lo quanto para rompê-lo.

Referências

- Akimoto, C. K., Jr. (2016). *Potencial iatrogênico da psicanálise* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca digital de teses e dissertações USP. <https://bit.ly/3X5kww8>
- Arcieri, J. B. C. (2003). Descuidar-se e perda da qualidade de vida. In J. Quayle & M. C. S. Lucia (Orgs.), *Adoecer: Compreendendo as interações do doente com sua doença* (pp. 9-22). Atheneu.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* (4a ed.). Edições 70.
- Borges, S. A. C., & Porto, P. N. (2014). Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde em Debate*, 38(101), 338-346. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140031>
- Campos, R. O. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 573-583. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>
- Coelho, C. R., & Amaral, V. L. A. R. (2012). Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 14(1), 4-15.
- Cunha, M. F., & Gandini, R. C. (2009). Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 409-418. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300015>
- Deslandes, S. F., Cruz, O., Neto, & Gomes, R. (2009). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (M. C. S. Minayo, Org.; 28a ed.). Vozes.
- Dunker, C. I. L. (2016). Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. In M. Kamers, H. H. Marcon, & M. L. T. Moretto (Orgs.), *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 65-88). Escuta.
- Enriquez, E. (1991). O trabalho da morte nas instituições. In R. Kaës, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustoer, R. Roussillon, & J. P. Vidal, *A instituição e as instituições: Estudos psicanalíticos* (pp. 53-77). Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1996). O estranho. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 235-271). Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Kaës, R. (1991). A realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In R. Kaës, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustoer, R. Roussillon, & J. P. Vidal, *A instituição e as instituições: Estudos psicanalíticos* (pp. 1-36). Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2014). *As alianças inconscientes* (J. L. Cazarotto, Trad.). Ideias e Letras.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. L. D. & Pauletto, M. R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: O doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-653.

- Marcon, H. H. (2016). O (sem) lugar do sujeito nas práticas de saúde. In M. Kamers, H. H. Marcon, & M. L. T. Moretto (Orgs.), *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 25-46). Escuta.
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (9a ed.). Hucitec.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.
- Pereira, M., Sá, M. C., & Miranda, L. (2013). Adolescência, crise e atenção psicossocial: Perspectivas a partir da obra de René Kaës. *Saúde em Debate*, 37(99), 664-671. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400014>
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: Desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1201-1208. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029>
- Pontieri, F. M., & Bachion, M. M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 151-160. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100021>
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2299-2306. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034>
- Rosa, M. D. (2002). Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Textura: Revista de Psicanálise*, 2(2), 42-46.
- Roussillon, R. (1991). Espaços e práticas institucionais. Quarto de despejo e o Interstício. In R. Kaës, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustoe, R. Roussillon, & J. P. Vidal, *A instituição e as instituições: Estudos psicanalíticos* (pp. 133-149). Casa do Psicólogo.
- Sá, M. C., Carreiro, T. C., & Fernandes, M. I. A. (2008). Limites do cuidado: Representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Caderno de Saúde Pública*, 24(6), 1334-1343. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600014>
- Sá, M. C. (2005). *Em busca de uma porta de saída: Os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca digital de teses e dissertações USP. <https://bit.ly/3GAvNBM>
- Salztrager, R. (2011). O sujeito entre a disciplina e o controle: Sobre as instituições de confinamento e os fenômenos de massa. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 11(3), 1131-1160.
- Santos, Z. M. S. A., Frota, M. A., Cruz, D. M., & Holanda, S. D. O. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14(3), 332-340. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300003>
- Schraiber, L. B. (1993). *O médico e seu trabalho: Limites da liberdade*. Hucitec.
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Caderno de Saúde Pública*, 23(10), 2305-2316. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>
- Souza, M. L. R. (1992). O hospital: Um espaço terapêutico? *Percurso: Revista de Psicanálise*, 9, 22-28.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.

Ana Paula Chacon Ferreira

Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo – SP. Brasil.

E-mail: anapchacon@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6020-8933>

Elisa Maria Parahyba Campos

Professora doutora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo – SP. Brasil.

E-mail: elisa.ops@terra.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-9508-5558>

Endereço para envio de correspondência:

Ana Paula Chacon Ferreira. Avenida Albert Barholomé, 472, apto. 71B, Jardim das Vertentes. CEP: 05541-000. São Paulo – SP. Brasil.

Recebido 22/10/2020

Aceito 17/02/2022

Received 10/22/2020

Approved 02/17/2022

Recibido 22/10/2020

Aceptado 17/02/2022

Como citar: Ferreira, A. P. C., & Campos, E. M. P. (2023). A equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244855>

How to cite: Ferreira, A. P. C., & Campos, E. M. P. (2023). The health team in face of the patient not adhering to treatment. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244855>

Cómo citar: Ferreira, A. P. C., & Campos, E. M. P. (2023). El equipo de salud ante el paciente que no se adhiere al tratamiento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244855>