**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

CAMILA COLÁS SABINO DE FREITAS

**Afinal, por que o paciente não adere ao tratamento?
Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas**

**São Paulo
2018**

CAMILA COLÁS SABINO DE FREITAS

Afinal, por que o paciente não adere ao tratamento?
Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Ivan Ramos Estêvão

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

COLÁS SABINO DE FREITAS, CAMILA

Afinal, por que o paciente não adere ao tratamento? Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas / CAMILA COLÁS SABINO DE FREITAS; orientador Ivan Ramos Estêvão. -- São Paulo, 2018.
113 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Não adesão. 2. Doença crônica. 3. Psicanálise. 4. Ética. 5. Paciente. I. Ramos Estêvão, Ivan, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Camila Colás Sabino de Freitas

Título: Afinal, por que o paciente não adere ao tratamento? Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica

Aprovada em: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Aos meus pais,
meus irmãos e ao André
por todo amor e convivência que a vida proporciona.*

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Ao Prof. Dr. Ivan Ramos Estevão, por me receber como sua aluna, pela disponibilidade em me orientar, por ter acompanhado de perto minhas angústias e fazer valer o desejo de continuar. Obrigada pelas orientações, pelas leituras atentas e interessadas, pela possibilidade de diálogo e pela aposta de fazer possível a transmissão da Psicanálise em outros lugares. Obrigada pela confiança e por me acompanhar na direção do novo, sem a qual este trabalho jamais seria o mesmo sem o seu olhar.

À Prof^a. Dr^a. Léia Prizskulnik e à Prof^a. Dr^a. Glaucia Faria da Silva, pela generosidade das leituras atentas e pontuais em relação ao texto. Obrigada por estarem presentes no exame de qualificação e por terem aceitado serem membros da banca de defesa. Muito obrigada!

À Prof^a. Dr^a. Emília Broide, que gentilmente acolheu o convite para constituir essa banca.

Aos colegas de orientação, Dany, Julia, Cláudio, Dani, Wil e Isa, pelo acompanhamento da primeira parte deste trabalho, e em especial à Eliane, pelas leituras atentas e sugestões ao texto.

Aos colegas Fábio, Barbara, Christopher, Enzo, Suzana, Carol, Gabriela e Mariana, por me receberem tão bem e por colaborarem com uma discussão produtiva, elaborando questões para o andamento e o processo da escrita deste trabalho.

Aos amigos Luciana, Mayra e Marcos, por todo apoio, amizade, conversas, risadas e pela possibilidade de sempre estarmos compartilhando as experiências e desafios que o analista na instituição causa. Que sigamos juntos nesta empreitada e em outras! Obrigada por apontarem sempre o caminho da frente!

Aos colegas que tive a oportunidade de conhecer por intermédio da USP, Hugo e Laura, muito obrigada!

As minhas primas, Prof^{as}. Dr^{as}. Cláudia Mámora e Márcia Araújo Sabino de Freitas, pelas longas conversas e possíveis articulações entre a Psicanálise, Fisioterapia e o Direito.

À Valeri, pela amizade e por estarmos juntas no consultório dividindo o mesmo lugar de desejo, para manter e sustentar o trabalho clínico com os pacientes.

À Maria Lina, pelo incentivo; a Mayla, Livian e Juliana, pela sincera amizade e pela compreensão dos momentos ausentes.

À psicanalista Maria do Carmo Dias Batista, pela escuta atenta, pelas pontuações precisas e pela possibilidade, através da análise, de seguir na direção de recriar o que não se sabe.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Roberta, pelo apoio e paciência; à Fernanda, pela ajuda na tradução dos artigos em inglês na área da saúde; e ao Rafael, pelas conversas sobre o que é o percurso do Mestrado.

À minha querida avó, Irene, e Tia Ana, por sempre me incentivarem e estarem por perto.

Ao André, por todo companheirismo, amor, incentivo, pela troca de saberes e pela possibilidade de construirmos uma vida juntos.

Aos meus pais, Gisele e Nelson, por todo apoio, amor e dedicação de sempre.

Aos pacientes, causa do meu desejo, que ensinam sempre como são capazes de criar formas singulares para lidar com “a dor e a delícia de ser o que é”...

“ Apesar disto, as ideias passeiam e, da posição em que estamos com relação à difusão da linguagem e o mínimo de impressos necessários para que uma coisa dure, isso é o bastante. Basta que tenha sido dito em algum lugar e que um ouvido em duzentos o tenha escutado para que em um futuro bastante próximo seus efeitos estejam assegurados” .

(Jacques Lacan, 1966/2001).

RESUMO

SABINO DE FREITAS, C. C. **Afinal, por que o paciente não adere ao tratamento? Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas.** 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

As doenças crônicas estão entre as que mais crescem no Brasil e ao mesmo tempo apresentam alto índice de não adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Apesar do esforço das políticas públicas, junto as campanhas de prevenção, conscientização e acesso aos medicamentos a essa população, a taxa de não adesão é alta. Pode-se dizer que os médicos e profissionais da saúde encontram algo que parece de difícil compreensão a partir do seu discurso: como pensar a ideia de que os pacientes parecem, de modo inusitado, se recusar a aderir ao tratamento? Segundo a Psicanálise, a questão da adesão não é simples: implica a maneira como cada paciente lida com o seu adoecimento. Dessa maneira, o presente trabalho, trata-se de um estudo teórico, com revisão bibliográfica e tem por objetivo propor uma ampliação teórica sobre a compreensão dada a não adesão em doenças crônicas. Nos valem de conceitos centrais, tais como o inconsciente, a lógica entre demanda e desejo, o sintoma, passando por gozo e ato para compreender a não adesão como uma manifestação do sujeito do inconsciente. São objetivos específicos: a) levantar e percorrer a literatura científica produzida sobre a definição médica de doença crônica, índice de não adesão, fatores de risco para a não adesão e as formas de tratamento oferecidas para esses pacientes nas instituições de saúde. b) ampliar a discussão da “não adesão” ao tratamento da doença crônica, trazendo a ética da Psicanálise como pilar da atuação do analista nas instituições de saúde para poder propor propostas singulares aos pacientes que levem em conta a escuta do sujeito do inconsciente, c) discutir a importância da manutenção do analista na instituição e da transmissão dos efeitos analíticos como tática de inserir a Psicanálise na discussão das políticas públicas. A posição do analista nas instituições de saúde, se pauta pela impossibilidade de sustentar propostas universais em termos de tratamento que servem para todos. A não adesão a um tratamento significa muito mais do que simplesmente aderir ou não a uma prescrição médica. O avanço teórico e conceitual da não adesão, se faz necessário, pois aderir ao tratamento significa aderir uma nova condição de vida, é poder se apropriar de um corpo doente e não mais saudável como imaginado. Aderir é aceitar limitações e assumir uma queda da posição narcísica com o corpo. Portanto, o desafio que se coloca para o analista é poder propor e sustentar projetos terapêuticos singulares nas instituições a partir do estabelecimento de políticas públicas que levem em conta o sujeito do inconsciente. Uma práxis que não vai garantir a adesão, que não vai prescrever e nem convencer, mas que vai lidar com a dimensão do inconsciente, tão presente nas falas dos pacientes, sem se voltar para uma prática normativa, mas sim para uma escuta na direção do sintoma, da fantasia, do gozo e do ato, ou seja lidar com o sujeito.

Palavras-chave: Não adesão. Doença crônica. Psicanálise. Ética. Paciente.

ABSTRACT

SABINO DE FREITAS, C. C. **Why doesn't the patient adhere to treatment, after all? Psychoanalytical considerations regarding noncompliance in chronic diseases**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Chronic diseases are among the highest growing in Brazil and at the same time they present a high rate on noncompliance by the patients. In spite of the efforts of public policies, along with campaigns to raise prevention, awareness and access to medicine in that population, noncompliance rates are high. It can be said that doctors and health professionals encounter something that seems hard to comprehend from their discourse: how to think the idea that patients appear to, in usual fashion, refuse to adhere to treatment? According to Psychoanalysis, the question of adherence isn't simple: it implicates the way in which each patient deals with his illness. Thus, the present work is a theoretical study, with a bibliographical revision and has the objective of proposing a theoretical amplification on the comprehension of noncompliance in chronic diseases. We'll use the main concepts, such as the unconscious, the logic between demand and desire, the symptom, as well as jouissance and act to understand noncompliance as a manifestation of the subject of the unconscious. The specific objectives are: a) to raise and travel the scientific literature regarding the medical definition of chronic disease, the rate of noncompliance, risk factors for noncompliance and the treatments offered for these patients at health institutions. b) to amplify the discussion of 'noncompliance' to treatment of the chronic disease, bringing the ethics of Psychoanalysis as a pillar of the practice of the analyst in the health institutions in order to propose unique proposals to the patients that take into consideration the listening of the subject of the unconscious. c) to discuss the importance of the practice and position of the analyst in the institution and the transmission of the analytical effects as a tactic of inserting Psychoanalysis in the discussion of public policies. The position of the analyst in the health institutions is guided by the impossibility of sustaining universal proposals in terms of treatments that serve all. Noncompliance to a treatment means much more than simply adhering or not to a medical prescription. Theoretical and conceptual advances of noncompliance are necessary, for adhering to a treatment means adhering to a new life condition, it is being able to appropriate a body that is sick and no longer healthy as imagined. Adhering is accepting limitations and assuming a fall from the narcissistic position with the body. Therefore, the challenge that is presented for the analyst is to be able to propose and sustain singular therapeutic projects in institutions by the establishment of public policies that take into consideration the subject of the unconscious. A praxis that will not guarantee adhesion, that will not prescribe or convince, but one that will deal with the unconscious dimension, which are so present in the speech of patients, without turning to a normative practice, but to a listening in the direction of the symptom, the fantasy, of jouissance and the act, that is, dealing with the subject of the unconscious.

Key Words: Noncompliance. Chronic disease. Psychoanalysis. Ethic. Patient.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência humana
ANS	Agência Nacional de Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
BVS-Psi	Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRC	Doença renal crônica
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PePSIC	Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia
PEP-WEB	<i>Psychoanalytic Electronic Publishing</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
PsycINFO	<i>Psychological Informations</i>
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PubMed	Publicações Médicas
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIBIUSP	Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de tratamento intensivo

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A não adesão na doença crônica como um “problema” e o desejo de pesquisar.....	14
1.2 Justificativa e hipótese: da clínica à teoria, um caminho possível	19
1.3 Objetivos.....	22
1.4 Recursos metodológicos.....	22
2 DOENÇAS CRÔNICAS E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO	24
2.1 O que são doenças crônicas?	24
2.2 A não adesão ao tratamento em pacientes com doença crônica: um problema ou um enigma para a Medicina?	27
2.4 Clínica ampliada e projeto terapêutico singular (PTS)	36
3 PSICANÁLISE E NÃO ADESÃO: POR QUAL RAZÃO O PACIENTE NÃO ADERE AO TRATAMENTO?.....	41
3.1 A não adesão como manifestação do sujeito do inconsciente: a ambivalência entre demanda e o desejo	44
3.2 A não adesão como modo de sintoma do sujeito	50
3.3 A decisão do sujeito: a singularidade em cena	55
3.4 A ética da Psicanálise como via para sustentar o sujeito do desejo nas instituições.....	65
3.5 A escuta do sujeito do inconsciente como política para compreender os limites do corpo na doença crônica	71
4 O DISCURSO DA CIÊNCIA, O DISCURSO MÉDICO E O SUJEITO DA NÃO ADESÃO: ALCANCES E LIMITES DA PSICANÁLISE	75
4.1 O discurso universitário como o mestre contemporâneo.....	81
4.2 Psicanálise e Medicina, qual a articulação possível?.....	85

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com as Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP, 3. ed. rev., ampl. e modif., 2016.

5 O ANALISTA NA INSTITUIÇÃO E A IMPORTÂNCIA DA TRANSMISSÃO DOS EFEITOS ANALÍTICOS A PARTIR DA SUA PRÁXIS	89
5.1 O analista como possibilidade de escuta do sujeito da não adesão: com a oferta se cria a demanda	92
5.2 Os desafios atuais do analista para inserir a Psicanálise nas propostas terapêuticas aos pacientes com doença crônica no campo das políticas públicas	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	107

1 INTRODUÇÃO

1.1 A não adesão na doença crônica como um “problema” e o desejo de pesquisar

O presente trabalho propõe uma contribuição a partir da Psicanálise, no tocante aos pacientes com doença crônica no sentido de problematizar e discutir o fenômeno da não adesão do tratamento do sujeito. O objetivo é poder avançar na compreensão dada à não adesão a partir de um olhar psicanalítico. Com isso, será possível problematizar as modalidades de ofertas de tratamentos já existentes, que funcionam muitas vezes como tentativas constantes de adaptação e assujeitamento, quanto à escuta do sujeito do inconsciente.

O diagnóstico de uma doença crônica é um evento que pode afetar o estilo de vida característico de um indivíduo, ainda que em alguns casos possa ser consequência desse estilo. Logo, procurar um médico e encontrar a proposta terapêutica indicada para sua doença são passos comuns e em muitos discursos tidos como necessários, mas nem sempre isso conduz ao restabelecimento da saúde, o que chama a atenção daqueles concernidos pelo discurso médico e social.

Para a Psicanálise, o adoecer tem repercussões subjetivas que vão atravessar a forma de o sujeito lidar com seu corpo adoecido. O diagnóstico de uma doença crônica remete à experiência do adoecimento para cada um. Essa mediação subjetiva se dá no campo do sujeito do inconsciente e, portanto, só pode ser compreendida à luz da escuta do sujeito e daí levantar as fantasias que estão em jogo no adoecimento e no tratamento proposto pela Medicina.

No caso de propostas terapêuticas para doenças crônicas, o discurso médico espera e demanda do paciente uma disposição para aderir ao esquema de tratamento proposto, o que na maioria dos casos implica condutas de adaptação, como mudanças em seus padrões habituais. Devido ao fato de o tratamento das doenças crônicas ser invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde que se pautam pelo discurso médico encontram com frequência na atenção aos seus doentes é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008).

A experiência institucional com esses pacientes, concomitante com o atendimento clínico, despertou o interesse pela pesquisa na medida em que o

número de não adesão nos ambulatórios específicos para cada doença gira em torno de 60%, segundo pesquisa realizada com pacientes asmáticos em um hospital público de São Paulo que verificou essa estatística (Sabino de Freitas, Moretto & Lucia, 2010).

Chamaram a atenção na pesquisa citada que o conhecimento sobre as medicações, o grau de dificuldade para seguir o esquema de tratamento prescrito, a crença no diagnóstico e a confiança no tratamento não constituíram fatores que diferenciam os pacientes no tocante à decisão de seguir ou não o tratamento. Os dados socioeconômicos, raça, nível de escolaridade e diferença de sexo também não foram fatores que diferenciam em relação a seguir ou não o tratamento. A grande maioria dos pacientes de ambos os grupos afirma ter conhecimento sobre as medicações prescritas para a asma (91% dos que seguem e 94% dos que não seguem), refere facilidade em seguir o tratamento (87% dos que seguem e 84% dos que não seguem), acredita no diagnóstico que lhe foi passado pelo médico (100% dos que seguem e 95% dos que não seguem) e confia no esquema prescrito de tratamento (95% dos que seguem e 93% dos que não seguem). No entanto, 60% dos pacientes não seguem. O que a Psicanálise pode dizer disso que, em um primeiro momento, parece ser uma irracionalidade?

Para o analista inserido na instituição de saúde, o que costuma chamar a atenção nesses pacientes é a forma como se comportam em relação ao tratamento da doença crônica. Existe retorno desses pacientes ao médico, o que acontece de forma periódica, significando uma busca de saber sobre a doença/tratamento que descompensou. O pedido de tratamento existe por parte do paciente, porém o comportamento não corresponde ao que eles próprios demandam nem às expectativas do discurso médico.

Outro ponto de questionamento na prática institucional é a forma como a equipe compreende a não adesão e como as ofertas de tratamento a esses pacientes se tornaram medidas repetitivas e padronizadas, sustentadas apenas em modelos socioeducativos. Algumas expressões advindas da equipe se tornam comum na prática com esses pacientes: *se você não seguir o tratamento eu não serei mais o seu médico; eu não estou aqui brincando, sua saúde é coisa séria! Você não pode demorar para decidir se vai seguir o tratamento ou não, você não entendeu o que falei? Se não seguir o tratamento, sua saúde vai piorar muito... A*

equipe ainda questiona *por que o paciente veio ao hospital procurar ajuda se ele não quer seguir o tratamento?*

Vê-se que há todo um recurso de imaginarização e produção de sentido ali, em que o médico e o profissional de saúde se deparam com o sem sentido e com os fenômenos que podem ser pensados à luz de diversos conceitos psicanalíticos, tais como o gozo, o sujeito do inconsciente, a transferência, entre outros. A equipe médica lê a não adesão frequentemente como um modo de o paciente chamar a atenção ou como uma forma consciente e intencional de estar ali sofrendo pela condição da sua doença.

Pode-se dizer que os médicos e profissionais da saúde encontram algo que parece de difícil compreensão a partir do seu discurso: como pensar a ideia de que os pacientes parecem, de modo inusitado, se recusar a aderir ao tratamento? São pacientes que buscam o tratamento, mas ao mesmo tempo não aderem; algo da lógica da demanda e do desejo já aparece no fenômeno da não adesão, assim como compreender ou "tratar" dessa demanda?

A relação médico-paciente vem sendo abordada desde metade do século XX, sendo hoje um foco de interesse de pesquisa e ponto de discussão para a formação e prática clínica dos profissionais, na tentativa de aprimorar a qualidade dos serviços de saúde (Caprara & Rodrigues, 2004). A argumentação é que o esclarecimento de procedimentos pode ser um indicador de boa relação, mas não sendo fator suficiente para definir uma relação de qualidade entre médico e paciente (Campos, 2004; Dixon & Sweeney, 2000).

A compreensão para o problema da não adesão ao tratamento, pela via da relação médico-paciente, parece ser usada e compreendida pelo discurso médico como um facilitador nesse contexto, como demonstra o modelo de decisão compartilhada (Joosten, Merillas, Weert, Sensky, Staak & Jong, 2008). Mas pelo olhar da Psicanálise isso bastaria para compreender e lidar melhor com a não adesão?

Como estratégia para lidar com o problema da não adesão em pacientes com doença crônica, a Medicina tem como uma de suas propostas incluir o paciente na decisão sobre o seu tratamento. Nesse sentido, este trabalho visa questionar se a participação do paciente no seu tratamento é realmente suficiente para lidar com a não adesão. O que ganha contorno aqui é que os médicos se vêm às voltas com o

ter de lidar com questões de ordem subjetiva que interferem diretamente no tratamento. Inserir o paciente para falar e decidir sobre o seu tratamento põe em cena algo com que a Psicanálise há muito tempo já lida: a transferência.

Arán e Alcides (2010) afirmam que para lidar com pacientes que têm alguma doença crônica os médicos terão que se atentar para o lugar que a subjetividade ocupa nessa clínica e a importância de se estabelecer uma relação médico-paciente que implique, necessariamente, a aproximação do adoecimento do indivíduo.

No campo médico, as ofertas de métodos e instrumentos para valorizar a capacidade clínica dos profissionais para lidarem com a singularidade do paciente ainda são muito escassas, contando-se apenas com a preponderância de respostas homogeneizantes que vêm de normas e dos protocolos (Magalhães & Neri, 2010).

Dessa maneira, o presente trabalho propõe discutir o fenômeno da não adesão do tratamento pela via do sujeito a partir da Psicanálise, no sentido de problematizar a compreensão dada à não adesão, o que permite questionar se a ela deve ser realmente vista como um problema a ser banido. Algumas modalidades de tratamento no discurso médico até falam sobre singularidade, mas de qual singularidade estão falando, em que modelo de sujeito se sustentam teoricamente para abordar a singularidade? Como se dá a prática clínica desses pacientes com a equipe quando tenta tratar o paciente a partir do que chamam de singular?

Na primeira parte do texto têm-se a justificativa, os objetivos e metodologia da pesquisa. No capítulo 2 é apresentada a contextualização do problema da pesquisa, que aborda o cenário do conceito de doença crônica e a não adesão ao tratamento entendido pelo campo da saúde a partir do discurso médico, de modo a questionar a forma como a não adesão é vista por esses dispositivos.

As propostas de tratamento e as diretrizes de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as ações para o enfrentamento de doenças crônicas, junto com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a Proposta da Clínica Ampliada, serão trazidas no capítulo 2 para contextualizar a discussão. Com isso, é possível problematizar algumas dessas propostas de tratamentos já instituídas nos serviços de saúde, estratégias estas encontradas pelas equipes de saúde na tentativa de solucionar ou compreender a não adesão ao tratamento, junto com os possíveis avanços e barreiras existentes.

Após delimitar o esforço de revelar as circunstâncias do problema da não adesão ao tratamento em pacientes com doença crônica, pelo ponto de vista do discurso médico foi feita uma discussão da não adesão pela via da Psicanálise apresentada no capítulo 3. O sujeito do inconsciente é levado em consideração partindo-se da pergunta: por que o paciente não adere ao tratamento? A que será que ele não quer aderir? A partir dessa questão foi possível partilhar de alguns conceitos psicanalíticos para avançar na discussão sobre a não adesão.

Quando se emprega o termo “sujeito”, é importante destacar que aqui ele é diferenciado de “indivíduo”, “pessoa”, “personalidade” ou qualquer outro termo que signifique unidade ou todo. O sujeito não é todo, ele é, antes de tudo, um efeito. Um efeito da intervenção do Outro (Figueiredo, 2005). O sujeito é, de fato e por definição, exceção do universal, só o sujeito pode saber o que constitui o seu impasse (Ansermet, 2014).

O conceito de ética em Psicanálise é trabalhado nesta dissertação por ser um dos pontos que possibilitam pensar a não adesão em outro patamar em relação à posição ética da Medicina. A ideia é de que é a partir de um outro posicionamento ético que se pode dar a escuta e levantar outra causa para o fenômeno da não adesão. Por meio de outra ética é possível então desenvolver alguns argumentos outros para a não adesão, que pode se configurar como sintoma, como expressão de uma singularidade, como ato, recusa do assujeitamento ou como modo de gozo.

Ainda no capítulo 3 são expostas experiências clínicas para discutir a não adesão pela via do sintoma do sujeito e a não adesão expressa como um modo de colocar a singularidade pela via do ato do sujeito. Dessa forma, traz um contraponto de que a decisão em forma de ato não está pautada apenas na consciência e no nível da racionalidade do paciente.

Ainda na discussão do trabalho, já no capítulo 4, é discutida a influência da ciência na Medicina e seus efeitos na relação médico-paciente. Tudo isso para pensar quais os efeitos nas práticas de saúde com o sujeito da não adesão, junto aos desafios e os limites que a Psicanálise tem a partir do discurso da ciência e do discurso médico.

Por fim, no capítulo 5 é feita uma tentativa de avançar teoricamente sobre a posição do analista nas instituições de saúde, já que por fundamento a Psicanálise se pauta pela impossibilidade de sustentar propostas universais em termos de

tratamento que servem para todos. Com a premissa, com a oferta se cria a demanda, o analista inserido na instituição é alguém com potencial para sustentar tratamentos singulares ao paciente junto com outros discursos para fazer valer a ética do sujeito em contrapartida da ética moral. O intuito é pensar nos desafios atuais do analista para inserir a Psicanálise nas propostas terapêuticas aos pacientes com doença crônica no campo das diretrizes das políticas públicas em saúde. Espera-se que a discussão deste trabalho possa servir posteriormente com a produção do avanço teórico sobre o fenômeno da não adesão, sustentado pela escuta clínica dos pacientes. Assim será possível possibilitar outras intervenções que permitam avançar na direção de respeitar o que é da ordem do sujeito, a partir de novas abordagens para o problema, levando em conta a singularidade de cada caso, como propõe a Psicanálise.

1.2 Justificativa e hipótese: da clínica à teoria, um caminho possível

A não adesão ao tratamento pelos pacientes é visto como um grande problema para a saúde pública, devidos aos custos elevados que isso acarreta para o sistema, tornando-se, dessa forma, um “problema” a ser enfrentado no campo da saúde. São pacientes que utilizam mais os serviços de saúde, como o pronto-atendimento, necessidade de internações em enfermarias e unidades de tratamento intensivo (UTI), justamente por não aderirem ao tratamento de forma correta para controlar sua doença.

Para a Psicanálise a não adesão não é vista necessariamente como um problema, já que a posição subjetiva e a relação que o sujeito pode estabelecer ou não com o adoecimento é o que faz o paciente aderir ou não ao tratamento proposto. A própria ideia de adesão ao tratamento não é a direção pela qual o ato do analista se pauta.

Esses pacientes, quando retornam aos hospitais, acabam por revelar algo que falhou no seu comportamento e, assim, a não adesão é trazida para a cena médica. Aquilo que parecia estar “solucionado” por meio da adesão ao tratamento revela a sua falha, pelo sofrimento do paciente, que expressa algo da incompletude do sujeito, algo não resolvido com o seu corpo e que faz retornar como objeto do

discurso médico. O que o sujeito da não adesão busca e demanda quando retorna ao médico?

A não adesão ao tratamento nesses casos e a posição que o paciente ocupa em relação à sua doença na equipe de saúde torna-se um ponto a ser escutado pelo analista na instituição. É nesse momento que a o psicanalista deve se preocupar e se posicionar em relação à compreensão que é dada à não adesão pela equipe e principalmente atentar para o que o paciente demanda quando procura o serviço de saúde.

A partir de Freud, a psicanálise tem como um dos seus objetivos tratar do sofrimento humano. Levando em conta essa premissa, o que justifica este trabalho são os desafios da prática clínica com os pacientes portadores de doença crônica no âmbito institucional, pondo em jogo os limites entre o campo psicanalítico e o campo médico, com base em uma investigação teórica sobre o tema.

É comum ao psicanalista que trabalha em uma instituição de saúde a constatação da não adesão ao tratamento dos pacientes. Em um primeiro momento, estes não se dão conta da “falha” do seu comportamento em relação ao tratamento que “deveria” estar seguindo. O paciente chega ao hospital por uma alteração da pressão arterial sistêmica ou com função renal descompensada e necessita de internação. A primeira pergunta da equipe é se ele estava tomando suas medicações e seguindo o tratamento proposto. A resposta, na maioria das vezes, é que sim, que seguia o tratamento. É apenas em um segundo momento que ele se “lembra” de que o não seguiu. Pela sua fala é possível notar a incidência do sujeito, ali onde o discurso médico entende como falhas dos comportamentos e sinais da não adesão.

O fato de os pacientes não se autorizarem a dar conta de sua recusa em se tratar já mostra uma indicação de que a não adesão ao tratamento não pode ser compreendida apenas pela via da consciência. Consciência entendida aqui estando no campo da intencionalidade.

Chama a atenção, inclusive, a repetição que se apresenta de forma frequente nesses casos. Esses pacientes decidem procurar ajuda médica, retornam nas consultas de rotina, buscam hospitais e clínicas quando apresentam alteração dos seus sintomas, mas ao mesmo tempo não seguem o tratamento prescrito. Já nessa

constatação clínica aparece algo de outra ordem, o inconsciente dando indícios da sua existência.

Nesse sentido, volta-se para a Psicanálise. Sabe-se, a partir de Freud, que o inconsciente é determinante no que diz respeito às nossas escolhas, na produção dos sintomas e em como vamos lidar com a experiência do adoecimento no corpo. Portanto, sabemos que o que o paciente pede não equivale, necessariamente, ao que ele deseja fazer, o que revela, por si só, a divisão subjetiva do humano (Freud, 1930).

O discurso médico espera que o encontro entre o médico e o paciente se resolva com a prescrição de um medicamento ou de uma intervenção a que este deve se submeter para o próprio bem, independentemente de suas convicções e opiniões (Bobbio, 2016). Porém, isso pode acontecer ou não. No caso de uma doença crônica que necessita de uma intervenção permanente e implica uma relação médico-paciente a longo prazo, o processo de tratamento se torna mais importante do que a própria cura.

Os efeitos do inconsciente incidindo sobre o tratamento tornam-se mais claros e, para os médicos, cada vez mais enigmáticos, ainda mais sabendo-se que o paciente é quem terá que conviver com as consequências da doença e com os efeitos da escolha do tratamento. Logo, escutar para além do Eu torna-se algo importante nos pacientes com doença crônica.

Dessa maneira, como pensar em ações necessárias, sustentada pela ética da Psicanálise, para lidar com esses pacientes que se mostram refratários às intervenções realizadas, colocando em questão a todo o momento a forma com que o serviço de saúde se organiza para oferecimento do tratamento mais adequado?

A hipótese que justifica este trabalho parte do pressuposto de que a forma como o paciente vivencia e lida com a sua doença é uma experiência única, ou seja, uma forma singular medida pelo sujeito do inconsciente e, em vista disso, deveria ser tratada e compreendida dessa forma.

A relevância desta pesquisa se dá pela importância de se pensar e propor novas formas de intervenção que envolvam o paciente em sua dimensão de sujeito, visando sustentar propostas terapêuticas singulares nas instituições de saúde. Usa-se singular aqui como algo do imprevisto, inusitado, exclusivo, conceito que desafia as equipes de saúde para um manejo mais eficiente (Figueiredo, 2005), fazendo

valer o lugar e o desejo do sujeito em relação ao seu tratamento, a partir dos pressupostos da Psicanálise.

1.3 Objetivos

O presente trabalho de pesquisa tem por objetivo propor uma ampliação teórica sobre a não adesão em doenças crônicas, a partir dos conceitos psicanalíticos. Nos valem de conceitos centrais, tais como o inconsciente, a lógica entre demanda e desejo, o sintoma, passando por gozo e ato para compreender a não adesão como uma manifestação do sujeito do inconsciente.

Tivemos como objetivos específicos:

- a) Levantar e percorrer a literatura científica produzida sobre a definição médica de doença crônica, índice de não adesão, fatores de risco para a não adesão e as formas de tratamento oferecidas para esses pacientes nas instituições de saúde. A partir dessa literatura, visamos problematizá-la a luz de suas questões e dos impasses que se apresentam. Buscamos traçar o como estes impasses podem ser tratados a partir da psicanálise lacaniana.
- b) Trazer a psicanálise e sua ética como operador para pensar a atuação do analista nas instituições de saúde e assim propor propostas singulares aos pacientes que levem em conta a escuta do sujeito do inconsciente.
- c) Discutir a importância da manutenção do analista na instituição e da transmissão dos efeitos analíticos como tática de inserir a Psicanálise na discussão das políticas públicas de saúde.

1.4 Recursos metodológicos

Trata-se de uma investigação teórica que consiste primeiramente em uma revisão de literatura científica em busca de artigos científicos nas bases de dados (Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiNET USP, Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia - BVS-Psi, Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia - PePSIC, *Psychological Informations* - PsycINFO, *Psychoanalytic Electronic Publishing* – world wide web - PEP-WEB, *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO, Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS e Publicações Médicas - PubMed) sobre a temática proposta. Os descritores usados na língua inglesa e portuguesa para a primeira parte do trabalho foram: “psicanálise e não adesão”, “doença crônica”, “não adesão”, “relação médico-paciente”, “não adesão ao tratamento e psicanálise”, “*shared decision making*” (“tomada de decisão compartilhada”). Livros que abordam a temática apresentada neste trabalho, tanto no campo médico como no campo psicanalítico em relação ao tema, também fizeram parte da revisão de literatura.

A aposta foi que a partir da busca de revisão bibliográfica foi possível verificar os dados da não adesão e encontrar as propostas de tratamento vigentes para esses pacientes, nos desafios no campo da saúde. Os conceitos de Psicanálise a partir de Freud e Lacan foram fundamentais para ampliar a discussão teórica sobre o fenômenos da não adesão.

A primeira parte tratamos de fazer o levantamento bibliográfico sobre a não adesão que depois foi organizado em termos de quais as propostas de entedimento do fenômeno eram feitas. Em seguida, a análise destas propostas visando destacar os impasses e dificuldades. Em um terceiro momento, nos valem da psicanálise na tentativa de fundamentar a crítica das propostas até então.

Daí em diante, tratou-se de ver quais são os instrumentais que a psicanálise lacaniana fornecia para se pensar outras modalidades de abordar o fenômeno da não adesão. Levantamos os conceitos que margeiam esse fenômeno e como eles podem funcionar para que se pense a ética e a prática do psicanalista diante da não adesão. Para isso, os conceitos de sujeito do inconsciente, demanda e desejo, sintoma, gozo, ato e discurso nos serviram para começar a constituir um aporte clínico e teórico para o tema em questão.

2 DOENÇAS CRÔNICAS E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

A doença é uma condição estritamente individual, e assim deveria ser tratada.

Marco Carlo Bobbio.

Neste capítulo apresenta-se o cenário das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, incluindo a definição médica sobre doença crônica, sua incidência na população em geral, o índice de não adesão ao tratamento e suas possíveis causas. Também serão discutidas as tentativas do sistema de saúde para “tratar” a não adesão dos pacientes com doença crônica.

As formas dos tratamentos oferecidos para a população - concomitante com as estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações para o enfrentamento das doenças crônicas disponíveis a esses pacientes, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a proposta da Clínica Ampliada -, também serão apresentados no sentido de questionar essas práticas, no que diz respeito à escuta da subjetividade e à oferta de tratamento ao sujeito.

2.1 O que são doenças crônicas?

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde de abril de 2014, consideram-se doenças crônicas as que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que em geral tem múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (Brasil, 2014).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por alto número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (Brasil, 2013).

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes

da evolução dessas doenças (Malta, Moura, Prado, Escalante, Schmidt & Duncan, 2014).

As doenças crônicas são divididas em duas categorias, as transmissíveis e as não transmissíveis. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis aumentam em ritmo acelerado, tornando-se prioridade na área de saúde. Estão incluídas no grupo como doenças crônicas não transmissíveis: doença cardiovasculares, neoplasias, hipertensão, diabetes, asma, doença renal crônica, entre outras. Pacientes que recebem o diagnóstico médico de uma doença crônica vão se deparar com um cenário que passa pela incurabilidade e a constatação de um tratamento contínuo para o resto de suas vidas.

As doenças crônicas não transmissíveis consistem em um problema de saúde de mais magnitude. Correspondem a 72% das causas de morte relacionadas aos fatores de risco no Brasil, como baixos níveis de atividade física, consumo de alimentos com elevado teor de gordura e baixa adesão aos tratamentos de saúde (Brasil, 2011).

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o país. Este está principalmente relacionado não só aos gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025 o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2002).

A síndrome da imunodeficiência humana (AIDS) e a tuberculose passaram a se tornar doenças crônicas devido ao avanço do tratamento medicamentoso e ao controle que passou a existir sobre essas doenças, mas estão na categoria das doenças transmissíveis. O avanço tecnológico permitiu uma alteração do perfil da doença, que culturalmente era associada à morte anunciada e passou a apresentar caráter crônico, possibilitando ao portador do vírus viver melhor com a doença e por mais tempo (Garbin, Gatto & Garbin, 2017). Isso se tornou possível no caso do *human immunodeficiency virus* (HIV), por exemplo, devido ao tratamento com antirretrovirais, que proporcionou condições para que a AIDS passasse a ser considerada uma doença crônica e não mais uma sentença de morte.

Características como multiplicidade de fatores de risco, longo período de latência, demorado curso da doença sem sintomas aparentes, manifestações clínicas, períodos de remissão e exacerbação da doença e evolução de incapacidades são algumas particularidades das doenças crônicas que aparecem nesses pacientes (Reiners *et al.*, 2008).

Para algumas doenças crônicas pode existir mais de uma opção de tratamento disponível. O que se sabe é que, além do tratamento por medicamento, mudanças de hábitos alimentares, exercício físico e vida mais “saúdável” muitas vezes são necessários e se tornam indicações rigorosas às quais o paciente terá que se adequar. Vale ressaltar que nenhum desses tratamentos tem caráter curativo, apenas servem para aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

As doenças crônicas, portanto, tornaram-se um problema de forte impacto para a saúde pública, tendo como desafios o tratamento adequado e o controle maior dos sintomas da doença. O problema é que, para se atingir esse objetivo, a adesão ao tratamento por parte do paciente deve acontecer, sendo essa uma condição fundamental para a eficácia do tratamento e o controle da doença.

No caso de propostas terapêuticas para doenças crônicas, o discurso médico espera e demanda do paciente disposição para aderir ao esquema prescrito, o que na maioria dos casos implica condutas de adaptação, como mudanças em seus padrões habituais. A principal forma efetiva de tratamento e controle da doença crônica é a adesão ao tratamento pelo paciente.

Do ponto de vista do discurso médico, a efetividade do tratamento em doenças crônicas depende, portanto, da adesão ao tratamento, que por sua vez refere-se à maneira como o paciente lida com o seu tratamento e qual o uso que ele faz da sua medicação (Singh & Kansra, 2006). Por conseguinte, o critério para definir a não adesão, segundo a Medicina, é quando o paciente desobedece a prescrição médica.

No entanto, a adesão também é vista como um comportamento que depende de como o paciente lida com a doença, pois o tratamento pode provocar efeitos diversos e muitas vezes carregados de sensações desagradáveis. Portanto, a adesão ao tratamento tem como objetivo controlar e diminuir os incômodos dos sintomas e prevenir o agravamento da doença no futuro. O que acontece, porém, e será visto logo a seguir, é que aderir ao tratamento não é uma condição tão simples

de se dar, por isso a não adesão em doenças crônicas tornou-se um dos desafios do sistema de saúde.

2.2 A não adesão ao tratamento em pacientes com doença crônica: um problema ou um enigma para a Medicina?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera 50% a taxa de não adesão a terapias de longo prazo em países desenvolvidos, sendo que esses valores são superiores em países menos desenvolvidos. Estudos nacionais indicam prevalências próximas dos dados da OMS, reafirmando como a não adesão ao tratamento se tornou um importante problema de saúde pública em contexto nacional (Remondi, Cabrera & Souza, 2014).

Os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento são inúmeros: custo elevado da medicação, a localização do serviço de saúde ser distante da residência e a rotatividade dos funcionários são alguns deles. A relação médico-paciente, a comunicação junto com a dificuldade de relacionamento, falta de confiança e abordagem imprópria com o paciente foi apontada também como fator relevante na contribuição da não adesão ao tratamento (Reiners *et al.*, 2008).

No caso do HIV, existe a distribuição universal dos medicamentos para a AIDS, ou seja, o acesso gratuito para todos os indivíduos que necessitam do tratamento nos centros especializados. Com isso, foi possível mais sobrevida e melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV no Brasil (Camargo, Capitão & Filipe, 2014). No entanto, mesmo com a grande disponibilidade desses recursos terapêuticos, a literatura destaca o fato de alguns pacientes não se beneficiarem com essa condição, pois as falhas da não adesão existem e limitam a efetividade do tratamento. Por exemplo, 80% dos pacientes foram diagnosticados com HIV positivo, mas apenas 48% estão em tratamento para sua doença (Garbin *et al.*, 2017).

A tuberculose, por exemplo, atinge a humanidade desde épocas remotas, mas foi possível curá-la apenas a partir da década de 40 do século XX. Começou a existir, então, uma padronização do tratamento da doença, com o qual se esperava o controle da enfermidade. Hoje, porém, um dos maiores problemas no tratamento da doença é a não adesão ao tratamento por parte do paciente. Como consequência

da não adesão, os índices de incidência e mortalidade da tuberculose aumentaram. A não adesão começa a preocupar muito a classe médica, pois a bactéria começou a ficar multirresistente ao uso dos antibióticos, podendo causar mais proliferação da doença na população (Gonçalves, Costa, Menezes, Knauth & Leal, 1999).

Nos pacientes com hipertensão arterial, a não adesão ao tratamento pode estar relacionada às características sociodemográficas, especialmente em relação ao sexo masculino, idades mais jovens, sedentarismo e tabagismo. O estudo mostra como a utilização pelos serviços farmacêuticos é mais comum nas mulheres, que tendem a usar mais medicamentos do que os homens (Ferreira, Barreto & Giatti, 2014). Já em um estudo com pacientes portadores de doença arterial coronariana, a taxa de não adesão é de 76%, desses pacientes 40% citaram o esquecimento como o maior motivo para a não aderência ao tratamento (Sobral, Oliveira, Gomes, Carvalho, Brito, Oliveira, Aragão & Godoi, 2017).

Muitos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento em doenças crônicas motivo de estudos entre os pesquisadores, desde sua definição devido ao tratamento ser invariavelmente longo e não levar à cura, até as formas de lidar com ela nos dispositivos de saúde. A não adesão desses pacientes chama a atenção dos pesquisadores, pois justamente são pacientes que não respondem às formas de tratamentos usuais que o discurso médico propõe. Mesmo com as políticas de educação, prevenção em saúde e as táticas de convencimento ao paciente para fazê-lo seguir o tratamento, algo do sujeito representado pela não adesão escapa nessa lógica proposta de funcionamento.

Por isso, a não adesão se torna um dos grandes problemas da saúde pública, pois mesmo nos países considerados desenvolvidos existem 50% dos pacientes que não aderem à terapêutica oferecida. Com esse dado é possível questionar se a não adesão realmente deve ser só relacionada a problemas de ordem social, nível de escolaridade e dificuldade de acesso à saúde (acesso aos medicamentos e tratamento), já que em países classificados como desenvolvidos entende-se que os problemas dessa ordem estão bem mais equacionados e controlados em comparação aos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Em contrapartida, os dados nacionais se igualam praticamente ao nível de não adesão em relação aos países desenvolvidos. Dessa forma, como pensar e compreender a não adesão?

Essa discussão se faz necessária para tentar compreender como os serviços de saúde estão tratando a não adesão dos pacientes. O discurso médico avança muito nos tratamentos com os medicamentos para as doenças crônicas, como será visto logo a seguir, mas grande parte dos pacientes parece não acompanhar e não utilizar os avanços da Medicina com tanta eficácia e disposição como o discurso médico espera.

Um braço da Medicina tem avançado e questionado o lugar que o médico tem posicionado o paciente na decisão pelo tratamento, propondo, inclusive, mais autonomia ao paciente sobre as decisões do seu tratamento. O discurso médico tenta compreender o comportamento da não adesão e propõe estratégias novas para tratar esse “problema”, considerando até que, ao incluir o paciente na decisão pelo seu tratamento, as chances de adesão pelo tratamento aumentam.

A partir disso, estudos começam a verificar que a relação médico-paciente pode ter efeito na adesão ao tratamento do paciente. Começa-se a supor que o problema da não adesão pode ser resolvido por essa vertente, dando mais autonomia ao paciente e compartilhando as informações e decisões, mas não perdendo de vista o objetivo do paciente em ter melhor adesão com o tratamento.

O conceito de autonomia, pelo discurso médico, está associado à progressiva consolidação dos direitos humanos, principalmente à fundamental contribuição dos movimentos entre a metade do século XVII e o fim do XVIII, por meio das revoluções inglesa, americana e francesa. É a partir desses movimentos que surge e se firma o princípio de autonomia do ser humano, entendido como direito à autodeterminação. Apesar de ter surgido só no século XVIII, somente foi incorporado na relação médico-paciente dois séculos mais tarde, a partir da década de 1960 (Marques & Hossne, 2015).

O conceito do princípio de autonomia utilizado pela Medicina a partir da contribuição da bioética requer que os indivíduos capacitados para deliberarem sobre suas escolhas pessoais devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente.

Em contrapartida, essa “autonomia” que o paciente tem em relação ao uso que faz de sua prescrição é um fator preocupante para os médicos em relação aos

pacientes com doença crônica. A maioria dos médicos não considera a autonomia do paciente como ferramenta para estimular a adesão, indicando que a cultura médica, de modo geral, ainda não reconhece nos pacientes a condição de sujeitos capazes de assumirem a responsabilidade com o cuidado pela sua própria saúde (Caprara & Rodrigues, 2004). Essa questão se faz pertinente, pois reafirma a posição do médico em relação àquele que sabe sempre o que é melhor para o paciente, mesmo se o desejo do paciente não for ao encontro da orientação do médico.

Pode-se até pensar, no sentido de contextualizar esta discussão, que o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é uma prática que faz parte também do movimento de fornecer mais autonomia ao paciente, pois necessita de sua autorização para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, antes de qualquer intervenção médica. Contudo, sabe-se que a assinatura no TCLE, por si só, não é garantia de que o paciente foi adequadamente esclarecido sobre os procedimentos e que sua obrigatoriedade pode levar à burocratização da relação médico-paciente. O consentimento deve ser, antes de tudo, um processo de construção de consenso em uma relação de confiança, e não apenas em um simples contrato assinado em determinado momento (Marques & Hossne, 2015).

O problema do conceito de autonomia proposto pela Medicina para a Psicanálise é que se passa a ideia de um sujeito pleno, não dividido, bastando que ele tenha consciência da “doença” e esteja consciente para decidir sobre o tratamento, por exemplo, que a Medicina acredita ter lhe dado total autonomia para poder decidir sobre algo. O conceito de autonomia carrega uma carga imaginária muito grande. Pela Psicanálise, o sujeito é não todo, é o sujeito da falta, regido pelo inconsciente enquanto a noção de autonomia passa pela lógica fálica, dando a sensação de haver unicidade no sujeito. Quando o discurso médico usa e justifica o conceito de autonomia na prática com os pacientes, mais uma vez estão sustentados no conceito de indivíduo pautado apenas no que está no nível da consciência.

A decisão tomada em conjunto (entre o médico e o paciente) é o modelo chamado de decisão compartilhada (*shared decision making*). O estudo de Joosten *et al.* (2008) demonstrou a importância de estabelecer uma relação médico-paciente que possibilite a tomada de decisão em conjunto e indicou aumento nos índices de

adesão aos esquemas terapêuticos dos pacientes em tratamento para doenças crônicas.

As propostas para lidar com a não adesão ao tratamento, no que diz respeito à relação médico-paciente, são de que o médico deve estabelecer maior vínculo com o paciente, formar uma aliança terapêutica, explicar os procedimentos, tirar as dúvidas do paciente, permitir suas decisões no processo terapêutico, adequar o esquema medicamentoso à rotina do paciente e auxiliá-lo no processo de compreensão do processo doença, diagnóstico e tratamento (Reiners *et al.*, 2008).

Apesar de o modelo de decisão compartilhada ter resultados estatisticamente positivos, vale lembrar que o modelo de decisão compartilhada está pautado apenas pelo nível da consciência, com medidas que visam à compreensão, ao bem-estar e ao entendimento, juntamente com ações educativas. Isso é possível se se pensar, junto com o discurso médico, que há possibilidade de controle atuando em uma lógica do necessário e não do contingente.

Segundo Gewehr, Baêta, Gomes e Tavares (2017), compartilhar com o doente a experiência do adoecer exige que o médico reveja sua compreensão sobre o processo de adoecimento e cura e, dessa maneira, não pode ser apreendido apenas na sua dimensão diagnóstica e prognóstica.

Ou seja, mesmo com os estudos médicos que indicam algo que falha quanto à comunicação médico-paciente, questão que a psicanálise trata há tempos, o impossível de uma comunicação “perfeita”, ficam evidentes as interferências que a comunicação “sofre” no ser falante. Desde “*Psicopatologia da Vida Cotidiana*”, de Freud, o autor afirma que “os equívocos da fala não deixam de ter paralelos. Correspondem às falhas que frequentemente ocorrem em outras atividades humanas e são conhecidas pela denominação bastante tola de “descuidos” (Freud, 1901, p. 167).

Assim, compartilhar a decisão com o paciente não é um processo tão simples, mas complicado, pois se refere a um tipo de escuta para o qual os médicos não são formados: a escuta do sujeito.

Segundo revisão de literatura sobre artigos publicados a partir da Medicina Clínica, Enfermagem, Nutrição e Farmácia (Reiners *et al.*, 2008), existe a necessidade de pesquisas que abordem o fenômeno da não adesão/adesão em aspectos que vão além da discussão epidemiológica. O que o estudo conseguiu

verificar é que houve um avanço no conhecimento científico sobre a adesão/não adesão, como veremos, mas que ainda existem poucos estudos e pesquisas com abordagens qualitativas e de estudos teóricos que possam colaborar para o avanço da compreensão da não adesão.

O que chama a atenção no estudo de revisão de literatura de Reiners *et al.* (2008) são os motivos que poderiam levar o paciente a não aderir. A maior parte dos motivos está conferida ao paciente, por exemplo: dificuldades em adaptar-se às exigências do tratamento, resistência aos medicamentos, abandono do tratamento, dificuldade psicológica em lidar com a doença e cumprir com as normas do serviço de saúde, bem como a dificuldade de percepção quanto à eficácia do tratamento, o não entendimento da prescrição e dificuldade para o autocuidado, que foram citados no estudo.

Intolerância aos medicamentos, ausência e melhora dos sintomas, fatores culturais, práticas de alternativas de cuidado e esquecimento de tomar a dose diária e de voltar à consulta também são motivos para não aderir ao tratamento. Alcoolismo, uso de drogas e tabagismo foram alguns pontos citados. Dessa forma, é possível verificar como a adesão e a não adesão envolvem múltiplos fatores que podem influenciar tal comportamento em relação a como o paciente vai lidar ou se manter no tratamento para a sua doença.

A questão é que os profissionais de saúde tendem a abordar o problema da adesão/não adesão somente sob sua perspectiva, ignorando a do paciente. Eles deixam de considerar a variabilidade dos pacientes e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem de suas prescrições. Assim, se distanciam da ação e razão daquele, apenas julgam e rotulam em vez de tentar compreender e entender (Reiners *et al.*, 2008).

Já existem médicos que entendem que o melhor tratamento não deve se limitar a prescrever, de forma impessoal, uma lista de medicamentos a serem ingeridos pelo paciente por toda a vida. Ao contrário, consideram que é necessário envolvê-lo em um processo terapêutico holístico, lento e duradouro, que crie condições para uma aliança firme entre uma pessoa doente e outra que tenha conhecimento para fazê-la sentir-se melhor ou curá-la (Bobbio, 2016). Ou seja, a transferência é colocada em cena aqui, no entanto, ainda focada em se criar uma estratégia de adaptação do sujeito ao discurso médico.

Por isso, a não adesão não deveria ser pensada como um resultado de uma análise racional sobre os dados da realidade. A não adesão no sentido médico é entendida pela via do consciente, da informação, da compreensão e da clareza e da confiança que o paciente estabelece com o tratamento.

Desse modo, mesmo a partir dos estudos médicos, o comportamento da não adesão ao tratamento se revela como algo mais complexo, pois diversos fatores influenciam esse comportamento, desde os dados sociodemográficos até a relação médico-paciente, mas o que se mostrou como fator de influência principal na não adesão é como o paciente lida com a sua doença e com o tratamento. Portanto, para a Medicina, trata-se de um campo multifatorial de múltiplas causas, o que nos coloca frente a um problema a ser compreendido por outra via.

Tomar a “não adesão” como um problema pode tornar-se uma saída complicada para as equipes que se propõem a cuidar desses pacientes, justamente por escutá-la como algo a ser superado ou diminuído. Daí, faz-se necessário pensar em novas formas de intervenções a esses pacientes no campo da saúde.

A ideia é que a “não adesão” se configura como um problema no discurso médico (talvez insolúvel), mas não é um problema a partir do discurso analítico, visto que a não adesão pode ser compreendida como um sintoma do sujeito adoecido ou pela simples decisão de não querer cuidar de sua doença (circunstância difícil de ser suportada pelos médicos e equipe de saúde), justamente por ir na “contramão” do que eles propõem.

2.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações para o enfrentamento das doenças crônicas

Se na parte anterior mapeou-se a posição do discurso médico em relação à questão da não adesão, aqui será traçado brevemente o modo como o Sistema Único de Saúde está organizado e dentro dele a tentativa de uma abordagem mais humanizada a partir de ações para o enfrentamento das doenças crônicas.

O percurso, neste momento, não terá como objetivo uma retomada histórica do SUS, nem dos programas que fazem parte das diretrizes das políticas públicas de saúde, mas sim a eleição de alguns elementos importantes, como propostas de cuidado e medidas preventivas que possam acrescentar na discussão da

contextualização do problema da não adesão ao tratamento aos pacientes com doenças crônicas. A ideia não é fazer a crítica total desse modelo, mas identificar certos pontos em que emperram a forma e a oferta de tratamento a esses pacientes e que justamente a Psicanálise pode ser convocada.

A rede de atenção à saúde das pessoas com doença crônica no âmbito do SUS é regulada pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Entre seus princípios destacam-se a humanização da atenção com um modelo centrado no usuário e monitoramento e avaliação dos serviços por meio de indicadores que investiguem a efetividade e resolutividade da atenção do usuário (Brasil, 2014).

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), algumas ações já vêm sendo tomadas na atenção básica acerca de medidas para tentar melhorar a adesão do tratamento, como, por exemplo, o acesso gratuito a medicamentos. Segundo estatísticas médicas, essa medida teve impacto positivo nos pacientes com hipertensão arterial (Ferreira *et al.*, 2014).

Mesmo com os avanços do SUS e do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), as doenças crônicas ainda representam a principal causa de mortes (Remondi *et al.*, 2014). Diante dessa realidade, foi elaborado, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNTs e seus fatores de risco (Brasil, 2013).

O SUS dispõe de uma rede de ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, garantida por meio do acesso universal e igualitário de suas ações. Apesar dos avanços na saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) ainda enfrenta desafios, sendo um deles o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e com o modelo de atenção centrado ainda na relação queixa-conduta (Borges & Porto, 2014).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), como componente estruturante do Sistema de Saúde Brasileiro, tem provocado um movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção do SUS. O principal objetivo da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional,

levando o programa para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (Pagani, 2009).

O programa traz como pressupostos políticas nacionais diversas como: atenção básica de promoção à saúde; de alimentação à nutrição; de atenção integral à saúde da mulher; de assistência farmacêutica; da pessoa idosa; de saúde mental; de humanização à saúde, além da política nacional de assistência social (Pagani, 2009).

Os avanços e as implantações dos diversos programas voltados para a prevenção e o tratamento da saúde da população são visíveis. Inclusive, medidas voltadas para melhor alimentação e assistência farmacêutica são ações que esperam atingir mais eficácia na adesão ao tratamento pelo paciente. Ou seja, trata-se de outra estratégia para tocar na questão da não adesão.

A implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado para ampliar a abrangência do escopo das ações da Atenção Básica, pretende aumentar a resolutividade desta e também é voltado para medidas de prevenção e tratamento aos usuários da saúde, em cujas forma e estratégia de cuidado o paciente com doença crônica também está inserido.

Mesmo com a garantia do direito universal à saúde, com as melhorias observadas após a implementação do SUS e com os programas de educação, aconselhamento e medidas de prevenção e tratamento aos usuários da saúde, como a ESF, a não adesão ao tratamento em pacientes com doença crônica continua sendo um problema para a saúde pública. Alguns estudos, descritos a seguir, revelam as fragilidades do SUS, demonstrando como a não adesão tornou-se um “problema” significativo a ser enfrentado no campo da saúde.

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção (Brasil, 2013). O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente utiliza propostas de cuidado formatadas *a priori* e não tem obtido sucesso em suas condutas, por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e cuidado (Malta & Merhy, 2010).

Portanto, fica clara a necessidade constante de novas abordagens nesse contexto. Os estudos alertam que lidar com a dimensão subjetiva do paciente é uma importante dificuldade das equipes. Por isso, deve-se perguntar novamente sobre os limites de se pensar a “não adesão” como um problema e quais os limites das ofertas de tratamento e políticas de convencimento e normatização a esses pacientes. Será que a não adesão poderia ser escutada de outro modo, por outra via? Evitar-se-ia, assim, uma escalada de tentativas de estratégias para tratar da questão...

2.4 Clínica ampliada e projeto terapêutico singular (PTS)

Neste momento será apresentada a proposta da clínica ampliada junto com a proposta do PTS como parte do programa do SUS e estratégia de cuidado a esses pacientes. A tentativa que se faz aqui é de compreender o programa e avançar com a Psicanálise em relação às possíveis contribuições na prática clínica com o paciente e as equipes e também questionar quais seriam os limites desses programas em relação à escuta do sujeito do inconsciente.

No Brasil, a proposta da clínica ampliada tem o reconhecimento da PNH do Ministério da Saúde e aparece como uma diretriz importante imposta pelos princípios do SUS (Cunha, 2005).

A ampliação da clínica propõe uma modificação das práticas de cuidado e isso significa enfrentar uma clínica que ainda é hegemônica e que toma a doença e o sintoma como seu objeto principal, em que a cura ou a remissão do sintoma é o seu objetivo. Realiza-se avaliação diagnóstica reduzindo-se a objetividade positivista da clínica ou epidemiológica e define-se a intervenção terapêutica considerando-se predominante ou exclusivamente os aspectos orgânicos (Brasil, 2008).

Portanto, ampliar a clínica, segundo o discurso médico, implica:

- a) Tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade do sujeito.
- b) Ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos.

- c) Realizar avaliação psicológica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados.
- d) Definir a intervenção terapêutica, considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde (Brasil, 2008).

A clínica ampliada tem por objetivo a busca de equilíbrio entre os danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde e aposta nas equipes multidisciplinares e transdisciplinares. O fomento da corresponsabilidade entre diferentes “sujeitos” implicados no processo de produção de saúde e a defesa dos direitos dos usuários também fazem parte da proposta (Brasil, 2008).

Se é interessante pensar a ampliação da clínica médica para além do paradigma organicista, encontram-se aqui algumas questões, se essa proposta é analisada à luz da escuta psicanalítica. A ideia de autonomia é sempre complexa: sabe-se que se trata de autonomia como a possibilidade de gerenciar a si mesmo: contudo, a ideia de autonomia remete em geral à dificuldade de se tomar o sujeito como dividido e efeito de um conflito psíquico estrutural. A ideia de autonomia se torna um recurso comum de apagamento do sujeito.

Há ainda a ideia de biopsicossocial, que tem em sua formulação a concepção de *Psico*, o que significa levar em conta o que é da ordem da subjetividade, mas que se refere à ideia de Psicologia, dando ênfase nas problemáticas conscientes. Nesse sentido, por mais arrogante que pareça, é fundamental distinguir a Psicanálise da Psicologia (mesmo que, a seu modo, a Psicanálise seja uma modalidade de Psicologia): a Psicologia, em geral, faz par com o discurso médico, configurando-se como outra forma do discurso universitário (e aqui se começa a valer de Lacan): a Psicanálise justamente rompe com o discurso universitário e, portanto, com a Psicologia. Logo, a ideia de biopsicossocial pode se configurar como outra estratégia de apagamento do sujeito.

A proposta da clínica ampliada é ter o compromisso com o “sujeito” e não só com a doença, reconhecer os limites dos saberes e a afirmação de que o “sujeito” é sempre maior que os diagnósticos propostos. Na sua concepção, porém, vale lembrar que o termo sujeito utilizado não se remete ao sujeito proposto pela Psicanálise, isto é, o sujeito do inconsciente, mas ao sujeito da Psicologia, da consciência, do indivíduo.

Vale lembrar o conceito de sujeito com que a Psicanálise opera, que não se confunde com o dos demais campos de saber, pois em seus fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos, clínicos e éticos e em sua oferta de tratamento para o “mal-estar de existir” do sujeito a Psicanálise é uma abordagem inédita e original (Pacheco Filho, 2015). A discussão, de modo mais aprofundado através dos conceitos psicanalíticos, será apresentada nos capítulos posteriores.

Cunha (2005) afirma como estão cada vez mais evidentes as situações em que se apresentam dificuldades para obter resultados idealizados de forma unilateral na saúde como as práticas que acontecem independente da vontade do paciente. A esse respeito, Cunha (2005, p. 37) afirma:

É até mesmo necessário que se possa perguntar aos profissionais (como fez Balint) por que é tão forte e tão frequente a vontade de decidir pelo “outro” e até mesmo “contra o outro” entre profissionais de saúde. Fato é que poucas coisas além de iatrogênicas e desperdício de recursos acontecem nos serviços de saúde, quando os projetos terapêuticos não são negociados com os pacientes e entre os profissionais. É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na clínica ampliada, que é a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas.

O autor indica a necessidade de compartilhamento entre as equipes de saúde, reconhecendo que apostar em várias dimensões do problema de forma compartilhada é mais potente do que insistir em uma abordagem unilateral. Como exemplo, afirma que as consequências das práticas clínicas unilaterais com os pacientes são concretas. E cita a não adesão como uma ineficácia clínica, propondo justamente uma clínica compartilhada com o paciente para tentar resolver essa situação.

A proposta da clínica ampliada em compartilhar o diagnóstico e a terapêutica com o paciente contempla uma ideia da existência de uma unidade entre as duas partes (médico e paciente ou equipe e paciente), unicidade esta vista como uma ilusão pelo ponto de vista da Psicanálise, pois impede a escuta do sujeito do inconsciente. Aqui vale ressaltar a forma como a não adesão é compreendida, ainda é vista como um “problema”, algo que não deu certo e, portanto, pode ser resolvido com mudanças na forma de clinicar, longe de apontá-la como uma escolha do sujeito em relação à sua forma de viver com sua doença.

O PTS como parte complementar das práticas clínicas da clínica ampliada é uma ferramenta para qualificar o atendimento a pessoas com doença crônica,

favorecendo a discussão do sujeito singular em situação de mais vulnerabilidade e complexidade (Brasil, 2013).

Apesar de ter surgido no campo da saúde mental como dispositivo de integração e organização das equipes de profissionais de saúde, o PTS tem o objetivo também de dar continuidade no tratamento do usuário com objetivo de buscar a reabilitação psicossocial (Oliveira, 2007).

O PTS é produzido com base na discussão do caso clínico. O intuito é que a percepção e a compreensão coletiva do sujeito doente possam acontecer. Ele se dá em quatro momentos: a) pelo diagnóstico, com o olhar sobre as dimensões orgânica, psicológica, social; b) a definição de metas, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente; c) a divisão das responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe; d) e a reavaliação na qual se concretiza a gestão do PTS, a partir da avaliação e correção das trajetórias (Cunha, 2005).

Nesse sentido, o PTS se configura como instrumento para disparar processos de mudança nas práticas de saúde. A Psicanálise tem grande contribuição e responsabilidade nesse projeto, por meio da escuta analítica dos pacientes, colaborando para sustentar a singularidade desses usuários no sistema de saúde, lidando com a diferença singular de cada um e com o inesperado e o desconhecido, por intermédio do trabalho que deverá ser construído com a equipe e, o mais importante, trazendo o sujeito para a negociação das propostas de intervenção de tratamento (De Luccia, Sabino de Freitas, Ribeiro, Sccani, Braga, Valle, Boldarine, Montanher & Moretto, 2015).

A hipótese por meio da Psicanálise em relação ao PTS consiste em pensar a atuação do psicanalista como articuladora entre o campo da saúde e a proposta do projeto, partindo de que o psicanalista opera com aquilo que é singular de cada caso. No entanto, passa pelo nosso entendimento que a aplicabilidade do PTS para levar em conta a singularidade e a subjetividade presente no sujeito do inconsciente é possível a partir da inserção do analista no programa, sustentado pelo discurso da Psicanálise.

A prática da clínica ampliada e do PTS traz na sua discussão uma dificuldade em relação à sua atuação: lidar com a subjetividade do paciente na sua prática clínica. Cunha (2005) argumenta que a focalização da atenção ao paciente contribui em alguma medida para que o profissional evite enfrentar o sofrimento do “outro”,

porém opina que o fluxo de afetos é inevitavelmente disparado na relação clínica, mas enfrenta isso como um obstáculo na sua prática entre os profissionais.

A Psicanálise pode e deve contribuir com as propostas do PTS e da clínica ampliada, tomando a atuação do psicanalista como baliza entre aquilo que se apresenta no campo da saúde como um “problema” (a não adesão) para dar lugar à subjetividade do sujeito, esta reconhecida como uma dificuldade dos programas, e promover uma escuta para além do indivíduo, ou seja além do Eu.

Cabem aqui algumas breves ponderações sobre esses programas. Mesmo com os avanços que a clínica ampliada e o PTS propõe no SUS, em relação ao que é e como se dá a forma do tratamento singular, vale dizer que ainda são medidas apoiadas em uma concepção de sujeito sustentadas apenas no nível da consciência, daquilo que é acessível, da razão. A própria ideia de dar mais autonomia ao paciente para poder escolher ou opinar sobre o seu plano terapêutico é supor que haja um lugar sem furo, como foi mencionado anteriormente a respeito da ideia de autonomia no campo médico. Depois, “estimular a adesão” ou entendê-la como um problema, ainda é um jeito de não reconhecer o sujeito desejante e também que o sujeito não é aquele que é capaz de querer ou desejar outro tipo de cuidado à própria saúde.

3 PSICANÁLISE E NÃO ADESÃO: POR QUAL RAZÃO O PACIENTE NÃO ADERE AO TRATAMENTO?

O corpo, esquartejado entre gozo privados autorizados e imperativos que o pressionam sempre mais... para a obtenção de um hedonismo enfim feliz, somos martelados: cuide do seu corpo!

Éric Laurent.

Discutiu-se até agora a problemática da não adesão ao tratamento em pacientes com doença crônica, pelo ponto de vista do discurso médico, estratégias estas que se pautam pela modalidade de assujeitamento, pelo ponto de vista da Psicanálise, deste modo cronificando a “não adesão”, pois são estratégias que não são capazes de “tratar” ou ofertar algo diferente aos pacientes.

Esta pesquisa não pretende negar, de forma alguma, os avanços que a ciência propriamente dita está fazendo no campo da saúde em relação ao tratamento para as doenças crônicas. Não se trata aqui de desqualificar a Medicina e seus avanços. No mínimo, o tratamento para doenças crônicas funciona para pelo menos 50% dos pacientes que aderem ao tratamento e, portanto, sua eficácia deve ser levada em consideração.

A adesão ao tratamento tem como finalidade a promessa de afastar o mal-estar, controlar o declínio do corpo e ser uma tentativa de tentar evitar o pior. Já em relação a não adesão, o objetivo aqui é questionar se quando compreendida pelo ponto de vista do sujeito, este sustentado pela Psicanálise, deve ser entendida ou tratada como um *problema*. A partir disso, é possível complexificar a noção de “não adesão”, estabelecendo-se como um enigma que talvez o discurso médico e as suas tentativas de normatização não tenham como dar conta do fenômeno.

Neste capítulo o objetivo é discutir a não adesão pela via da Psicanálise, trazendo o conceito de inconsciente proposto por Freud e outros conceitos psicanalíticos que possam ampliar a discussão da não adesão no campo da saúde. O intuito é pensar algo para além do indivíduo, noção que supõe a integralidade do eu, usada comumente nos dispositivos de saúde e na base das propostas terapêuticas.

Em seu texto “*O mal-estar na civilização*”, Freud (1930) traz que o sofrimento nos ameaça a partir de três lados: do mundo natural, que pode nos abater sobre nós com forças poderosas, inexoráveis e destruidoras; das relações com os outros seres

humanos; e do próprio corpo, este que está fadado ao declínio e à dissolução e que não pode sequer dispensar dor e o medo como sinais de advertência.

Freud reconhece a doença como uma das fontes importantes de sofrimento ao ser humano, logo, as doenças crônicas remetem a essa fragilidade do corpo e, mais ainda, submetem as pessoas à realidade da não possibilidade de cura e do tratamento como uma via possível para “controlar” o seu avanço. Em termos lacanianos, colocam diante do Real do corpo, do sofrimento e da morte. Nesse sentido, já se tem uma pergunta: será que a não adesão pode ser entendida como uma resposta do sujeito à decadência do corpo frente ao sofrimento que o tratamento ou a própria noção de estar doente causa?

A Psicanálise tem no sofrimento psíquico e nas suas diversas formas de manifestação o fio condutor para a experiência do inconsciente. Assim, a chamada não adesão ao tratamento deve ser escutada de uma outra posição, da inclinação do sujeito com seu sintoma e na possibilidade de se ouvir o sujeito que fala e deseja (Souza & Pimenta, 2014).

A palavra “adesão” deriva do latim *“adhaesione”* e é definida como ação ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, apoio a uma causa e concordância com um modo de vida ou a uma ideia (Sobral *et al.*, 2017). O discurso médico utiliza o termo adesão, para referir apenas no que tange seguir ou não as recomendações terapêuticas prescritas. Se nos atentarmos para a etiologia da palavra adesão, é possível perceber a pluralidade de sentidos, aderir significa ir muito além de seguir ou não uma prescrição.

Os pacientes ditos “não aderentes”, nos revelam através da sua fala como a não adesão implica em algo muito maior, e não só em tomar medicamentos e seguir as recomendações. Cabe aqui um breve exemplo clínico nesse sentido: Ismael, com sua diabetes crônica, tem internações recorrentes devido à diabetes descompensada e a ferimentos no pé: *“Olha eu aqui de novo, vou perder meu dedinho do pé direito, você acredita (chora muito), tenho muita dor, não estou aguentando, mas como vou ficar sem o dedo? O Doutor disse que não tem jeito, que é só tirar, fácil, né? Porque não é o dele. Eu sabia, eu sabia que tinha que seguir direitinho o tratamento, eu entendi, o médico me explicou tudo certinho, mas como vou ficar sem comer a minha friturinha e a cerveja que eu gosto tanto? Minha esposa faz tudo que o médico manda, mas quando ela sai eu não aguento e como o*

que não pode! Não dá não, não pode nada Doutora, sou cheio de restrições. Olha meu pé, vou perder meu dedo não acredito... “. Já Teresa também, com diabetes, aguardando cicatrizar uma ferida em sua perna, fala: *“Doutora, me desculpa, mais eu vou falar, os médicos têm o seu valor, eles têm o conhecimento, mas quem conhece mais o meu corpo sou eu! Eu que sei o que é melhor para mim, eu sei os efeitos dos remédios no meu corpo e o melhor tratamento, não vou deixar de comer meu chocolate e fumar, eu sei até onde posso. Avisa ele que não adianta ficar falando, porque eu vou tomar os remédios como eu estou acostumada, aqui é tudo em outro horário, tudo esquisito, por isso não faz efeito”.*

Assim, pelas falas dos pacientes “não aderentes”, é possível perceber uma lógica subjetiva e singular em relação ao modo de o sujeito lidar com sua doença e tratamento. É visto com frequência nas falas dos pacientes um modo de rejeição e recusa do saber médico em como tratar da doença.

Sabe-se que o paciente, quando acometido pelo diagnóstico de uma doença, é tomado muitas vezes pela angústia de ser nomeado por uma doença incurável, em que o momento de compreender e aderir ao tratamento pode não ser tão imediato como a equipe normalmente espera do paciente. Na grande maioria das vezes, os pacientes chegam ainda impactados pela percepção e nomeação de sua doença, em um importante grau de sofrimento e angústia. Esses fatores decorrem não só da consciência da gravidade da situação, mas do fato de estranharem a doença e terem toda a sua estrutura psíquica afetada por algo que não estava previsto (Moretto, 2006).

Moretto (2006) avança dizendo que o médico, pelo saber da ciência, nomeia o que, antes sem nome, angustia o paciente. A nomeação, por um lado da doença, contorna a angústia e por outro convoca o imaginário, levando o sujeito à desestabilização em suas identificações. Do que ele era, passa a ser o que nunca imaginara. Assim, pode-se verificar que, embora já tenha descoberto a doença e ela já tenha sido nomeada pelo saber médico, é num segundo momento que o doente pode, ou não, assumir a doença - este estranho - como sendo parte integrante dele mesmo, ainda que tenha sido causada por um agente externo, muitas vezes sem que tenha nenhuma noção disso. Moretto (2006, p. 230) complementa:

Enquanto o paciente ocupa a posição de objeto doença, ele não se trata, apenas se oferece ao tratamento. Na posição de sujeito doente ele consegue, a seu modo, conduzir o seu

tratamento em parceria com a equipe, o que nem sempre é simples para esta última. A partir daí, tratamos de propor ao sujeito o questionamento a respeito da posição subjetiva que ele ocupa no processo, sabendo que isto não se faz sem consequências. Mas o curioso foi descobrir que isso também gera consequências para a equipe, que não só se vê diante de um paciente ativo em seu tratamento, mas que passa a poder se questionar a respeito da posição que ela própria ocupa no tratamento do paciente.

Nesse trecho fica claro como é somente a partir da posição subjetiva que o sujeito estabelece com sua doença que é possível compreender sua forma em aderir ou não o tratamento.

3.1 A não adesão como manifestação do sujeito do inconsciente: a ambivalência entre demanda e o desejo

Nas conferências introdutórias à Psicanálise, Freud (1916) anuncia ao seu público formado por médicos que os processos psíquicos são em si inconscientes e que os processos conscientes são atos isolados. Essa afirmação está justificada pelos sintomas que compõem os quadros clínicos da Psiquiatria, que são desconhecidos em sua origem, em seu mecanismo e em sua inter-relação, pois não lhe correspondem as alterações comprováveis do órgão anatômico da *psique* ou que as alterações até existem, mas não servem para explicar os sintomas. Concluiu que é a partir daí, nessa lacuna, que a Psicanálise surge e pode contribuir com a Medicina.

Se for traçado um paralelo com o fenômeno da não adesão em doença crônica, pode-se valer de Freud em relação ao trecho anterior. Isso porque, a não adesão muitas vezes se apresenta como um enigma para a Medicina, justamente por os pacientes não apresentarem diferenças em relação aos que aderem, no que diz respeito a cor, nível de escolaridade, gênero, idade e posição social. E por não existir disfunção orgânica ou neurológica que comprove ou explique esse comportamento. Os pacientes simplesmente não seguem o tratamento, o fenômeno da não adesão produz, então, questionamentos no campo da saúde. Assim, a não adesão pode ser compreendida como uma manifestação do sujeito do inconsciente.

Nesse mesmo texto, Freud explica o domínio da Medicina quando se submete um doente a uma técnica médica que lhe é nova - novas possibilidades de tratamento, por exemplo -. Em geral, os médicos minimizam os problemas inerentes a ela e, confiantes, lhe asseguram que o tratamento em questão trará êxito! Freud

afirma que é justificável fazê-lo, uma vez que nosso comportamento aumenta a probabilidade de sucesso. Isso é o que mostram os pacientes aderentes à terapêutica. Mas e em relação aos que não seguem o tratamento? O que está em jogo quando decide seguir um tratamento ou não? Na não adesão ao que o paciente realmente não quer aderir?

No caso do diagnóstico de uma doença crônica, o paciente se depara com o cenário de algo incurável. O corpo, antes saudável e imaginado, não vai mais existir, a cura não é mais possível, assim o diagnóstico da doença vem para marcar esse corpo para sempre. A doença crônica lembra ao paciente que voltar ao seu corpo ao que era antes é da ordem do impossível. Para Viganó (2012a, p. 115), “a cronicidade é algo imposto e decidido fora de qualquer expressão subjetiva, a cronicidade é outra coisa que não a incurabilidade”. O diagnóstico, desse modo, terá efeito na subjetividade e na forma do sujeito em lidar com a doença e tratamento. O problema é que o tempo que cada sujeito leva para a enfrentar ou ocupar-se dela é singular.

O que a Psicanálise permite formular, no tocante à “não-adesão”, é que se trata de um fenômeno em que os efeitos do inconsciente estão presentes. O inconsciente, segundo Freud (1915), é composto por representantes pulsionais, por impulso de desejo. No âmbito do inconsciente não há lugar para negação, para a dúvida nem diferentes graus de certeza. E ele afirma (p. 37 e 38):

Todavia, atenhamo-nos ainda ao *lcs* e ressaltemos agora que os processos nesse sistema são *atemporais*, eles não são cronologicamente organizados, não são afetados pelo tempo decorrido e não tem nenhuma relação com o tempo. Como veremos, a relação com o tempo é algo estritamente vinculado ao trabalho do sistema *Cs*. Ainda é preciso acrescentar a respeito do *lcs* que os processo que nele ocorrem não levam em conta a realidade. Eles estão subordinados apenas ao princípio de prazer e seu destino dependerá unicamente de sua intensidade e do preenchimento dos requisitos necessários para a regulação do prazer-desprazer.

Por intermédio de Freud (1915) sabe-se então que o inconsciente é atemporal, que existe uma ausência de contradição e a substituição da realidade externa pela realidade psíquica, sendo determinante no que diz respeito às escolhas, tanto na elaboração dos sintomas e em como se vai lidar com o adoecimento. A posição subjetiva que cada um estabelece, por exemplo, com a sua doença é singular.

Singular, segundo Tatit (2016), tem um estatuto lógico, de função negativa – é o que não se agrupa numa estrutura ou num universal. Geralmente, a crítica da Psicanálise ao discurso médico insiste no ponto da radicalização em que a Medicina termina por excluir a singularidade. A esse respeito, sobre o que seria a particularidade e a singularidade para a Psicanálise, Tatit (2016, p. 143) afirma que:

A particularidade, em termos clínicos, pode se manifestar nas possibilidades de subjetivação do analisando, em como ele nomeia seus sintomas e como se localiza a partir de suas identificações (mito individual do neurótico). O universal diz respeito à estrutura de linguagem, como também à estruturação edípica. O singular introduz o estatuto de não totalidade tanto dessa dimensão subjetiva, quanto das nossas referências universais. Mas, ao mesmo tempo, o singular afirma, por meio de algumas marcas, a possibilidade da subjetividade e das referências simbólicas. Nesse sentido, a singularidade não é puro real, mas ao mesmo tempo toca o que propicia a emergência deste. Ao longo de um tratamento, tudo que se refere à manifestação do real é sempre referenciada pelo simbólico, como experiência de desençaixe e indeterminação.

Com base nessa definição do que é singular, pode-se compreender que a não adesão desses pacientes toca na subjetividade e na forma como o sujeito lida com a sua doença. Logo, a não adesão deve ser compreendida como algo da ordem do singular, que não se agrupa no universal e que parte da experiência do paciente a partir do diagnóstica de uma doença.

Outra noção de que a doença é algo próprio do doente e que tudo depende da forma e da significação que ele dá a ela é possível ser extraída de Safatle (2016), quando se vale da conceituação de Georges Canguilhem entre o que é normal e patológico e traz a discussão entre a diferença de uma concepção de saúde que “individualiza” e uma concepção de saúde individualista. Safatle (2016, p. 296-297) sustenta que:

A saúde não é um padrão que conforma individualidades a um conjunto predeterminado de regularidades a serem observadas. Padrão disciplinar que visaria, no caso humano, produzir indivíduos como entidades capazes, por exemplo, de organizar sua conduta a partir de “regulações emotivas” e “processos cognitivos” socialmente normatizados. Ela é, na verdade, a capacidade de individualizar processos tendo em vista a constituição de inflexões singulares da vida. A saúde não é uma conformação, mas uma individuação geradora de processos que, do ponto de vista dos interesses de autoconservação dos indivíduos de uma espécie, podem até parecer irracionais.

O autor diz que, de fato, a clínica médica procura, por meio de noções anatômicas, fisiológicas ou neuronais, determinar a realidade da doença, mas essa realidade só pode ser percebida pela consciência – veiculada primeiro ao sujeito que sofre – de decréscimo da potência e das possibilidades de relação com o meio.

Safatle (2016) vai além e afirma que a saúde é norma que individualiza, e como o ser humano é capaz de criar novas formas de caminho para sua doença, diz que, na realidade, a verdadeira saúde é uma espécie de anomalia produtiva, como se as formas vivas fossem “monstros normalizados”. Assim, Safatle (2016, p. 298) relata: “na vida não poderia ser diferente já que a vida, mesmo no animal, não é mera capacidade de evitar dissabores e se conservar. Ela é procura, atividade baseada na capacidade de afrontar riscos e triunfar”.

Por esse ponto de vista, tem-se outro lado em relação ao entendimento da não adesão, uma leitura que se dá *a posteriori* da doença, levando em consideração o que ela representa para cada sujeito, permitindo uma leitura singular. Mas o que seria considerado risco nesse contexto do singular do sujeito do inconsciente, seria no caso do sujeito não seguir as recomendações de tratamento? O que está em risco na não adesão?

Avançando mais com a Psicanálise, é pertinente dizer que o corpo do sujeito doente é um palco no qual se desenrolam as relações entre o psíquico e o somático, corpo este fonte de pulsão e como finalidade, lugar ou meio de satisfação pulsional. Dessa maneira, pela teoria freudiana é possível colocar em evidência que o somático, o conjunto de funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente (Fernandes, 2003).

Freud (1930) lembra que o que paciente pede não equivale, necessariamente, ao que ele deseja, o que se revela, por si só, a divisão subjetiva do ser falante. A demanda, portanto, é um paradoxo, pois a diferença que existe entre o que o paciente pede (ou demanda) e o que ele quer (ou deseja) é profunda (Batista, 2014). A não adesão, revela a lógica do sujeito dividido, aquele que pode demandar e desejar algo diferente ao mesmo tempo.

Lacan (1966) afirma que existe algo que o paciente demanda nessa relação com o médico e em geral vai para além do tratamento médico, o que remete à questão do sujeito do inconsciente e da Outra Cena. Se o médico não está atento ou desconhece que o paciente pode vir a demandar outra coisa, acaba por reduzir o sujeito ao seu sintoma ou doença, e geralmente propõe uma maquiagem à guisa do tratamento, imputando tudo ao concreto e ao observável. Acaba fazendo “vistas grossas” para os problemas mais profundos que tocam a subjetividade e o modo como os sujeitos tecem os seus laços sociais (Pinto, 2012).

Avançando mais nos conceitos psicanalíticos, Lacan (1958/1959), ao falar sobre a dialética do desejo, mostra a experiência original do desejo que aparece como contrária à construção da realidade e que o desejo se apresenta como “o tormento do homem”, organizando-se em um discurso que se desenvolve no insensato, sendo isso o inconsciente. Lacan (1958/1959, p. 384-385) afirma:

Não podemos considerar de forma alguma que o desejo funcione de maneira reduzida, normalizada, conforme às exigências de uma espécie de pré-formação orgânica que o arrastaria por vias previamente traçadas e para as quais teríamos de reconduzi-lo quando delas se afasta. Muito pelo contrário, desde a origem da articulação analítica feita por Freud, o desejo se apresenta com caráter que o termo *lust* em inglês designa, termo que quer dizer tanto *cobiça* quanto *luxúria*. Encontrarão a mesma palavra em alemão na expressão *Lustprinzip*, e vocês sabem que ela conserva toda a ambiguidade que oscila entre o prazer e o desejo.

A ambivalência entre a demanda e o desejo do sujeito, que pede (demanda) e procura por um tratamento e ao mesmo tempo não adere (desejo), é uma lógica estudada pelos psicanalistas e deve ser levada em conta na discussão da não adesão em pacientes com doença crônica. Lacan (1966), em seu texto “*O lugar da Psicanálise na Medicina*”, aborda o que está em jogo na relação entre o médico e o paciente como sendo algo muito mais complexo. Alega que o paciente, quando procura o médico, muitas vezes é para colocá-lo à prova e fazer com que ele o tire da condição de doente. Em outros casos, o paciente vem justamente para pedir a autenticação como doente. Pode-se ver aqui, nos exemplos trazidos por Lacan, a dimensão imaginária e real da doença crônica no sujeito como suporte para o fenômeno da não adesão.

Lacan traz a significação da demanda que está em jogo nessa relação entre o médico e o paciente, a partir da dimensão que nela se exerce, algo que parece fácil abordar, mas que só foi interrogado pela escola de Lacan. É a partir da constatação da estrutura da falha entre o que se demanda e o que se deseja que Lacan traz um ponto crucial para o avanço desse trabalho, no sentido de se questionar o que é a relação médico-paciente e o que se demanda dessa relação, tanto do lado do paciente como o do médico.

É na medida em que o médico se propõe a responder a esse pedido objetivamente e com a rapidez e precisão esperada, que alguma coisa fica fora do campo do que pode ser passível de transformação pela ação terapêutica. Ao deixar de lado a dimensão do desejo que a demanda veicula, o médico está condenado a

ficar apenas com o “corpo máquina” (Farias, 2004). Assim, pode-se dizer que no discurso médico, por ignorar a dimensão do desejo presente na demanda e no gozo inserido no corpo do doente, é que o tratamento da doença e a “adesão”, por exemplo, ficam mais “inacessíveis” pelas ações terapêuticas ofertadas. O tratamento prescrito deve ser oferecido como um dos caminhos possíveis e não como única opção para o tratamento daquele que sofre com sua doença.

A não adesão não deveria ser tratada apenas com propostas educativas e de coerção ao sujeito, até porque, para a Psicanálise, a questão não diz respeito a fazer o paciente seguir o tratamento ou não: se assim fosse, estaria na mesma gama discursiva da Medicina, tentando objetalizar o paciente (o que, afinal, se revela impossível em sua plenitude). O intuito é produzir uma discussão sustentada a partir dos conceitos teóricos psicanalíticos que abranja o sujeito que demanda, deseja e sofre ao mesmo tempo, para assim a Psicanálise poder dar sua contribuição no planejamento das propostas terapêuticas quanto à escuta do sujeito do inconsciente.

Posto isso, é necessário avançar nas propostas de tratamento a esses pacientes, dando espaço para que a saúde e a doença, como cita Safatle (2016), seja individualizada. Essa noção se “individualiza” a partir da experiência de cada um com a sua doença.

O importante de pensar a não adesão pela Psicanálise - que rejeita as teses universalistas - é também considerar o fenômeno da não adesão como um campo multifatorial presente no sujeito da não adesão. Não se pode dizer que a não adesão aconteça por uma causa determinada, ela parece ser multifatorial. Isso pode ser visto no comportamento do próprio paciente: uma hora ele segue, outra esquece, volta para procurar o médico e revela que não adere ao tratamento como deveria, “*o paciente seguia o tratamento no começo, depois largou...*”

Em relação ao que o paciente não quer aderir, é necessário que os dispositivos de saúde, estes que recebem os pacientes, possam atuar a partir de um outro lugar. Esse lugar deve dar espaço para que o sujeito da não adesão possa emergir, dando-lhe possibilidade de elaborar psiquicamente seus conteúdos inconscientes e conscientes sobre o que é a experiência de ter uma doença.

Serão descritas duas experiências clínicas para mostrar como os pacientes “não aderentes” oscilam em relação ao seu desejo, sintoma, gozo e recusa a uma proposta moral de vida. É possível dizer como o fenômeno da não adesão a partir do

olhar da Psicanálise pode ser interpretado de várias formas em relação ao sujeito do inconsciente, pondo em evidência as formas singulares de como a doença afeta o corpo.

3.2 A não adesão como modo de sintoma do sujeito

O sintoma para a Psicanálise lacaniana tem diversas dimensões, obedecendo, inclusive, aos registros. Pode-se falar da face imaginária, simbólica e real do sintoma. Mas também é possível considerar a dimensão política e discursiva de um sintoma. Em sua faceta simbólica, descoberta por Freud, o sintoma pode ser pensado como algo a ser decifrado, algo que sustenta o sujeito na sua forma de viver e a estabelecer seus laços em modos diferentes de lidar com a realidade, como permite pensar a Psicanálise.

Assim, o sintoma pela via da psicanálise não deve ser considerado como algo a partir do patológico, algo a ser medicado ou silenciado, por funcionar fora dos padrões “esperados”. Esse conceito de sintoma no qual o discurso médico se baseia é justamente o contraponto da Psicanálise em relação ao tratamento do sintoma. O que a Psicanálise busca é justamente implicar o sujeito na sua queixa e na sua subjetividade. Compreender a não adesão do paciente, como um sintoma, é uma das formas de entender esse fenômeno.

Dunker (2002) supõe ainda que é com base no sintoma que o sujeito pode firmar certa posição de resposta diante do Outro e articular um saber possível sobre o gozo, separando-se assim da passagem ao ato. Ele (Dunker, 2002, p. 137) conceitua o sintoma individual como uma solução singular para o conflito e acrescenta:

Os sintomas individuais ligam-se, por sua vez, a experiências históricas mais singulares, contendo uma forte ligação com a dimensão traumática, com o experienciar infantil e com as contingências quantitativas que incidem sobre um determinado sujeito. Podemos dizer que o sintoma individual representa mais diretamente uma solução para a contradição entre as exigências universais e as contingências particulares da subjetivação.

De acordo com Prizskulnik (2000), para a clínica psicanalítica a doença tem um sentido para quem sofre, sentido que está afastado da consciência e que está inserido na trama de uma história marcada pelo desejo inconsciente do sujeito (a verdade do sujeito), alegando que o sintoma do paciente precisa ser apreendido na

trama da sua elaboração inconsciente. A autora avança salientando que o objetivo da Psicanálise não é diretamente eliminar o sintoma, aliviar rapidamente o mal-estar ou corrigir as deficiências, mas sim entender que o sintoma tem um sentido rigorosamente subjetivo e é portador de uma verdade que precisa ser revelada ou desvendada.

Todas as doenças, não só a doença mental, constituem uma experiência que passa pela palavra, uma consequência da biologia humana entalhada no uso da linguagem. É pela palavra que se faz renascer a possibilidade do sintoma, o sintoma como particular daquele sujeito e de nenhum Outro. Esse sintoma pode ser suportável ou insuportável, mas o mais importante é encontrar sua orientação E para encontrar essa orientação, é preciso construí-los por meio da palavra (Viganó, 2012b).

Essa abordagem entende a noção da experiência do adoecimento do corpo biológico acrescida da influência da palavra inscrita nesse corpo, por isso o corpo que “fala”. O sintoma como acontecimento de corpo não condena qualquer individualismo, ele advém num corpo tomado pela linguagem, tomado no laço social com os outros (Laurent, 2016). O corpo que se trata aqui não é do indivíduo pautado na consciência e no pensamento, mas atravessado pelo inconsciente e pela linguagem.

Para Sauret (2006, p.28) “É impossível avançar na Psicanálise se não assumimos a descoberta do sintoma”, a autora enfatiza que o sujeito se queixa do sintoma “patológico” porque ele se dá conta do fracasso de sua teoria mais íntima, a fantasia, que não consegue responder sobre o que ele é e se queixa tanto disso que demanda do Outro – do qual espera todas as respostas – que o cure. Em relação ao *sinthoma*, a autora afirma ser essa a solução do sujeito, porque inclui o radical da singularidade e porque permite não somente amarrar, enodar as dimensões que fabricam o sujeito (a linguagem, o corpo, o gozo), mas também articulá-las ao laço social.

A Psicanálise marca o fim da crença num “Outro”, qualquer que seja, que responda com um saber sobre o que é um sujeito, ditando-lhe o que ele deve fazer: tal apagamento do Outro leva ao alívio da transferência e à “destituição subjetiva”. Esse conceito de destituição subjetiva, proposto por Lacan, não é a submissão ao saber do psicanalista, dos responsáveis pelas instituições ou pelos poderes

públicos, mas o reconhecimento de que o saber não se encontra no sujeito e sim no sintoma que o sustenta (Sauret, 2006).

A solução por meio do sintoma custa não apenas o preço do sofrimento, no qual o gozo nos reconhece, mas também o preço de uma cisão no ser do sujeito. Não há cura a esperar dessa divisão do sujeito, cujo o núcleo é constituído pela pulsão e por sua satisfação e pelo gozo, mas em compensação a psicanálise pode ajudar um sujeito a se livrar do peso de um gozo e decifrar o sintoma (Hoffmann, 2012).

A não adesão tomada como um sintoma expõe o que é de mais singular do sujeito, pois revela como suas escolhas em relação ao tratamento passam por uma outra via, a do inconsciente. Assim, se a não adesão também pode ser compreendida pela via do sintoma do sujeito, quais outras propostas no campo da saúde ou novas compreensões do fenômeno deveriam se dar nos dispositivos de oferta de tratamento aos pacientes, quando se tem uma outra conotação para sintoma?

A contribuição da Psicanálise é justamente sustentar o sintoma do sujeito como sendo um modo de vida, algo do singular que lhe possibilita circular ou até mesmo antecipar o seu fim. Esse sintoma não o isenta do sofrimento e do mal-estar psíquico e físico que a doença e a não adesão causam. A não adesão compreendida como um sintoma é uma possibilidade de trazer à tona a experiência do sujeito com a sua doença num ponto que ancora a singularidade marcada pela não adesão, comportamento tão difícil de ser suportado e compreendido por aqueles que estão apoiados no discurso médico e social.

Definir sintoma a partir dos conceitos psicanalíticos e relacionar que a não adesão pode ser um sintoma do sujeito é uma discussão relevante no campo da saúde. Fazer um contraponto em relação à determinação normativa do sintoma como algo baseado apenas no patológico e que por isso deve ser medicado e eliminado deve ser um debate ao qual a Psicanálise deve se propor para expor sua posição epistemológica de que o sintoma está ligado diretamente à posição subjetiva do sujeito.

A seguir serão expostos fragmentos de uma experiência clínica para demonstrar como é possível fazer uma reflexão sobre a não adesão, a partir do

ponto de vista do sintoma do sujeito, revelando algo da subjetividade em relação ao seu funcionamento.

Com a descrição da experiência fica em evidência como o paciente usa a não adesão como via possível para manter o seu corpo em uma condição de corpo ideal, fonte de prazer e gozo. A dimensão imaginária utilizada aqui sobre a não adesão funcionou para o paciente como um mecanismo de defesa para tamponar e não entrar em contato com a decadência e os limites do seu corpo desde o diagnóstico da doença renal crônica (DRC).

A partir do diagnóstico dado de DRC e das complicações pela não adesão ao tratamento, paciente do sexo masculino, 35 anos, usuário de anabolizantes e drogas ilícitas deu entrada ao hospital apresentando sepse grave, taquicardia, nefrotoxicidade e hipercalemia (já havia passado por internação recente por hipercalemia anteriormente). Os anabolizantes eram usados para manter seu corpo forte e atraente para os outros, “gosto de me sentir forte e bonito, preciso dos músculos”. Esses anabolizantes eram utilizados apenas em cavalos, ou seja, a dose do anabolizante injetada no corpo humano era algo de uma sobrecarga pesada e que não tinha recomendação nem indicação (prescrição) médica para tal uso. O paciente chegou ao hospital com insuficiência renal crônica grave, seguida por internação imediata, necessitando ficar na enfermaria para tentar reverter seu quadro renal (já acompanhava com o médico nefrologista em esquema ambulatorial devido à DRC diagnosticada anteriormente, por uso de anabolizantes). A psicóloga foi chamada, pelo motivo de o paciente não demonstrar aceitação em relação ao tratamento e ao tempo de internação.

Nos atendimentos e nas entrevistas preliminares com a analista ficava clara a posição do paciente em resistir a falar sobre sua doença e as consequências do comportamento da não adesão ou do que causou a sua doença (o uso de anabolizantes). Apresentava uma demanda de querer sair logo do hospital para poder voltar à sua rotina, repleta de baladas e festas e que lhe permitia também manter os seus relacionamentos. A questão e demanda de análise não eram a doença ali descompensada ou em como pensar a mudança de hábitos, mas sim o término do relacionamento de nove anos. Isso o deixou muito deprimido e desanimado durante a internação.

Em um dado momento aconteceu importante piora clínica. A ex-namorada veio ao hospital visitá-lo e nesse momento ele usou sua doença para ficar na condição de “coitado”. O objetivo era atrair atenção, afeto e a presença dela no hospital, até o pedido desesperado de reatar o relacionamento. E então a namorada cedeu e eles reataram ali mesmo no quarto de hospital. A partir de então, o paciente teve outro ânimo, sempre se relacionando com pessoas bem mais jovens, de 12 a 15 anos menos que ele. A questão do corpo belo, atraente, forte e vivo foi um desejo sempre presente no seu discurso em relação ao seu corpo e o uso que fazia dele como fonte de prazer e gozo.

Em relação à equipe, sempre se queixava e chegava a não colaborar com os procedimentos e exames, o que dificultava a aceitar o tempo de internação. Nesse momento ele estava sofrendo muito, sua companheira tinha rompido com o relacionamento. Ele chorava muito durante os atendimentos e pedia para sair logo do hospital, para voltar à sua vida.

A equipe médica, depois de muitas tentativas de tratamento, não conseguiu evitar a hemodiálise. Na UTI fazia do seu corpo como se fosse um objeto morto, não respondia a equipe, só falava com sua mãe e com a analista. Por um momento a equipe achou que havia sofrido um acidente vascular cerebral (AVC), pois ele não se comunicava, o que gerava sentimento de raiva e impaciência na equipe médica. E interpelavam: *“ele está achando o quê? Estamos aqui para trabalhar e tratar dele, ele está brincando com a gente? O caso é grave! Se ele continuar assim vamos sair do caso”*. A posição da equipe médica em nenhum momento passou pelo questionamento de como o paciente lidava com sua doença e o porquê desse comportamento. A solicitação para a psicóloga é de fazê-lo entender e compreender sobre a doença, bem como do tratamento e dos riscos, e assim seria considerado um “bom” paciente e poderia sair do hospital com o tratamento em dia!

No dia da alta hospitalar, o nefrologista chefe de equipe perguntou: *“como está o nosso paciente?”* E questionou a compreensão dele sobre a necessidade de seguir o tratamento e de mudar o estilo de vida. relatei ao médico que, apesar dos três meses de internação e dos riscos que o paciente correu, a hipótese era de que ele continuasse a não seguir o tratamento proposto, exatamente como antes. Avancei na conversa com o médico, expondo como a questão do corpo belo para o paciente era fundamental. O desejo de manter o corpo belo e forte, para obtenção

de satisfação e prazer, predominava no seu funcionamento psíquico, não era uma questão de falta de informação ou entendimento cognitivo. Aderir ao tratamento nesse momento significava abandonar o ideal de corpo, e isso psiquicamente para ele ainda não era possível.

O paciente retornou ao hospital depois de seis meses em estado de emergência. Recebi a notícia logo após o final de semana, sobre a entrada dele em estado gravíssimo na UTI, já com os rins sem funcionar, o que logo acarretou septicemia (infecção generalizada) e seguiu com duas paradas cardiorrespiratórias. O corpo do paciente não suportou e ele morreu naquele mesmo dia no hospital, pelos efeitos colaterais do uso indiscriminado de anabolizantes e das consequências da não adesão ao tratamento.

Apesar da transferência estabelecida com a analista e de suas tentativas em tentar dar condições para abertura do inconsciente e, conseqüentemente, de poder falar do seu sintoma, o sujeito ali em questão não demandava sair da sua posição subjetiva e nem desvencilhar do sintoma ali instalado em relação ao seu ideal de corpo e aos modos de gozo desse sintoma. A tentativa da analista em inserir uma posição de retificação subjetiva para que ele pudesse passar da posição de vítima a agente e assim se implicar pelas suas escolhas não aconteceu. Implicar aqui no sentido de o sujeito se haver com aquilo de que se queixa. O paciente demandava alguém que o escutasse e que não o colocasse na posição de objeto de saber daquele que sabe dizer o que é melhor, isso já bastava. O lugar do analista nessa relação transferencial serviu para manter o seu sintoma aceso e sua forma singular de lidar com a doença e como a não adesão serviu como protagonista do sujeito para manter o seu *“corpo forte, atrativo e vivo”* para os Outros, até onde foi possível...

3.3 A decisão do sujeito: a singularidade em cena

O que poderia influenciar as decisões do paciente pela escolha ou não do tratamento proposto? A maioria das teorias que tenta explicar como se dá o processo da decisão indica um caminho de um processo racional ligado à consciência, na capacidade de compreensão e do entendimento, uma busca constante de tentar achar uma causalidade no processo.

A palavra *decisão*, pela definição do dicionário Aurélio (Ferreira, 1995), significa ato ou efeito de decidir, uma resolução, uma determinação; se se separar o de-cisão, tem-se a preposição de (palavra invariável que liga duas outras, exprimindo a relação que entre elas existe) e cisão (que significa ato ou efeito de cindir - separar/dividir. Pode-se dizer que a palavra decisão implica perder algo. Diante da etimologia da palavra, aposta-se que a decisão está do lado de algo que é dividido e cindido.

Pesquisas ligadas às Neurociências contribuíram para o melhor entendimento de que as decisões não são um processo exclusivamente racional, pois existem outras áreas do cérebro ligadas à emoção e ao prazer que atuam em conjunto no trabalho de uma decisão. No entanto, afirmam que um problema comum a todas as abordagens é a não consideração do sujeito da decisão como um sujeito dividido, cuja referência seria a Psicanálise, levando-se em conta o sujeito do inconsciente (Mathias, 2013).

Poucos estudos e publicações foram encontrados sobre como se dá o processo de decisão com uma leitura psicanalítica. Para Mathias (2013), tanto na orientação freudiana como lacaniana, não há, explicitamente, uma teoria sobre o processo de decisão. Existe, segundo a autora, uma concepção sobre a formação de juízos, uma teoria da escolha do inconsciente. Há os sintomas e casos clínicos (caso do “*Homem dos Ratos*”, em Freud), porém isso não perfaz uma unidade consolidada sobre o que seria um processo de tomada de decisão para o sujeito do inconsciente.

A Psicanálise lacaniana, ao radicalizar a concepção freudiana de sujeito dividido, põe em jogo a própria ideia de decisão. Pode-se dizer que no cerne dessa ideia está a concepção de ato. Se se pensar em termos estruturais, Lacan sugere o conceito de Outro e de como o sujeito se remete ao Outro de diversas formas em seu ato (em geral, um *acting out*). Logo, a ideia de decisão está ligada à noção de Outra Cena, inconsciente, em que o sujeito se vê em uma determinada posição diante do Outro. Joel Dor, no verbete sobre o termo “inconsciente” do “*Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*,” editado por Pierre Kaufmann (1996, p. 267), dá a medida dessa questão: “À ‘outra cena’ Lacan responde: ‘o inconsciente é o discurso do outro’. Basta reportar-se ao seminário ‘*Os escritos técnicos de Freud*’ e àquele

sobre ‘*As psicoses*’ para ver que o passo do ‘outro’ ao ‘Outro’, como cena constitutiva do inconsciente, não demorou a ser transposto”.

A articulação entre sujeito e Outro se dá nesse “teatro” fantasmático, nesse campo que é denominado de “Outra Cena” e que é onde se operam as “decisões”. Dali se articula o ato, o efeito da decisão do sujeito que, em muitos momentos, é da ordem do paradoxo, pois está em geral marcada pela cisão entre querer e desejar.

Vê-se que isso se desdobra em outros campos. No campo do Direito, Morais da Rosa (2004) inicia uma discussão sobre o que teria que ser levado em conta em relação a uma decisão no processo penal, ressaltando as possibilidades e limites da epistemologia aplicada às decisões penais. Parte da discussão de que os sujeitos envolvidos na trama processual - os quais não são tão conscientes quanto imagina a epistemologia da Modernidade - afirma que existem mecanismos inconscientes que “roubam a cena”, conforme deixa evidenciada a psicanálise. E cita que “o inconsciente pede passagem”, abrindo uma discussão significativa com Lacan.

Segundo o mesmo autor, não há por completo um sujeito do conhecimento, um sujeito “todo consciente”, senão o sujeito clivado, cindido – pelo inconsciente – sujeito de um saber que não sabe que sabe tudo. Daí não se confundir o sujeito do Direito – e da Filosofia – consciente (embora, reconheça-se, furado pela falta) e o sujeito da Psicanálise, do qual nada se sabe (inconsciente). Dessa maneira, ele considera que a decisão que o juiz toma nada tem a ver com a consciência, com a razão ou com a imparcialidade ou “neutralidade” em que muitos tentam se pautar, mas sim uma decisão que é totalmente influenciada pelo inconsciente.

A decisão ou o “engajamento do sujeito em um ato” não pode ser pensada como resultado de uma análise racional de dados da realidade. É preciso ir ao singular, às palavras do sujeito implicado, para que se possa apreender essa noção de que, quando ele fala, ele o faz de determinado lugar, existindo um ponto de ancoragem, um lugar de enunciação no discurso, “uma decisão em outras palavras é segundo um mito individual, um padrão imaginário na apreensão do real” (Souza, 1992).

Figueiredo (2010) acredita que na perspectiva do modelo assistencial aos pacientes a tomada de decisão é o maior desafio no redirecionamento do modelo assistencial, pois todos da equipe redefinem seu modo de intervir, como e quando medicar, para encaminhar para determinada atividade quando envolver outros

profissionais, porém como essa tomada de decisão é realizada e tomada é o que se torna desafio no campo da saúde.

O que vivemos hoje, segundo Vanier e Vanier (2010), consiste no ideal de uma decisão sem sujeito, uma espécie de puro discurso técnico-científico que, a partir de determinado número de dados, conduziria o médico a uma decisão favorável. Para se dizer o mínimo quanto à Psicanálise, problemático, pois, segundo os autores, quando nos apoiarmos nos costumes e normas de boa saúde ou imperativos clínicos que se baseiam em médias e caso as decisões a serem tomadas forem a partir dessas médias, teremos um processo que não inclui o sujeito.

Contudo, trazendo à baila as concepções psicanalíticas, a não adesão não poderia ser tomada justamente como uma decisão em relação ao consciente apenas, mas um ato que faz revelar o sujeito. Uma perspectiva de entendimento sobre o sofrimento psíquico engendrado na queixa do sujeito é contribuir, dessa forma, na composição do singular de cada sujeito em relação à decisão de aderir ou não o tratamento.

A partir disso, serão expostos fragmentos de uma outra experiência clínica para demonstrar como é possível fazer uma reflexão sobre a não adesão a partir do ponto de vista do ato do sujeito, o que acaba por revelar sua singularidade em relação à forma de lidar com a doença crônica e a decisão em relação ao tratamento proposto. A seguir aborda-se como a questão da não adesão oscila muito, a adesão não é algo tão simples de se apropriar psiquicamente ou como uma decisão a ser tomada de imediato. Pela descrição da experiência será possível demarcar a relevância clínica da questão da não adesão e os pontos desencadeadores que levaram a não adesão a se tornar uma questão de pesquisa e ser pensada também como um ato singular do sujeito. O intuito também é poder pensar como o analista na instituição deve sustentar a posição ética do sujeito com os outros discursos quando o paciente não responde ao que o discurso médico propõe em função de um “bem-estar” preestabelecido. Vale ressaltar que qualquer informação que identifique ou exponha a identidade do paciente foi extraída do fragmento clínico.

Irineu de 45 anos, dá entrada no hospital em estado muito grave, com o diagnóstico de fratura da C4, C5 com projétil alojado e tetraplegia, além de estar com uma bactéria multirresistente. O paciente ficou em estado gravíssimo e sem

nível de consciência por semanas. Nesse período, foi realizada traqueostomia por decisão da equipe e da família, o que permitiu que ele acordasse posteriormente. A equipe tinha a preocupação de saber como ele reagiria ao diagnóstico da tetraplegia. Até aquele momento as chances de seus movimentos voltarem eram mínimas. No início não mantinha contato visual com ninguém, evitava os olhares com qualquer um da equipe, inclusive com a psicóloga.

Ele não conseguia se comunicar verbalmente, devido à traqueostomia, e ainda não tinha recebido a notícia de sua doença, esta acometida de forma abrupta (uma bala perdida) e, como consequência, teria uma condição crônica por toda a sua vida. Quando o paciente acordou na UTI, estava ainda muito fragilizado e dependente das máquinas (para respirar, urinar, para o coração bater e para a pressão arterial se manter), necessitando de suporte intensivo de toda a equipe, contando com a eficácia dos antibióticos para combater a infecção. Depois disso, acreditava-se (equipe e família) em uma chance de os movimentos voltarem, mesmo sabendo pelos exames por imagem e pelo parecer do neurocirurgião que a condição dos membros voltarem a se movimentar era mínima, “só mesmo um milagre”, disse o chefe da Neurocirurgia.

Todos sabiam do seu diagnóstico, porém nenhum médico da equipe (neurologista) ou da equipe assistencial (infecologia) ou dos médicos intensivistas (UTI) teve coragem de contar ao paciente nesse momento. Tinham preocupação sobre como ele reagiria ao diagnóstico. A família também não teve coragem de dizer-lhe o ocorrido. O próprio paciente não questionava em momento algum o que havia acontecido nem fazia perguntas sobre por que não tinha os movimentos do pescoço para baixo. Seu comportamento de não querer saber sobre sua condição e tratamento durou por seis meses.

Quando ele já estava na enfermaria, com seu quadro mais estabilizado, o que significava ter mais “autonomia” para respirar, urinar, falar e se alimentar, o paciente tinha diversas feridas pelo corpo (pelo tempo prolongado na UTI), o que dificultava a mobilidade e o transporte com ele. Nesse momento necessitava realizar em torno de 100 sessões de câmara hiperbárica (sessões para acelerar o processo de cicatrização feitas fora do hospital, por uma clínica especializada). Ele se queixava muito de ir, o transporte, o caminho na ambulância, o tempo na máquina e o retorno ao hospital geravam muito sofrimento - durante muitas vezes na internação ele

verbalizou o desejo de não querer fazer mais – mas as sessões de cama hiperbárica faziam parte do tratamento e eram essenciais do ponto de vista da equipe médica para sua recuperação.

Após seis meses de internação, o paciente perguntou sobre o tiro que tomou e sobre a bala (nesse momento ele tinha espasmos no ombro e no braço, o que davam certo otimismo quanto à volta de seus movimentos). Então começou a questionar a equipe sobre uma possível cirurgia. Assim, mantinha esperanças de se recuperar e psiquicamente imaginava-se com os movimentos de volta, logo após realização da cirurgia para retirada da bala.

O problema posto nesse momento era a falta de condições de realizar uma nova cirurgia devido aos riscos e ao quadro infeccioso vigente. Mesmo assim, começou a questionar toda a equipe multiprofissional (psicóloga, fisioterapeuta e enfermeiro, menos a equipe médica) sobre o que aconteceu e quando teria condições de operar e se os movimentos voltariam. É interessante notar como a sua demanda não era dirigida a quem poderia lhe responder, os médicos! Os médicos, nesse momento, são os únicos que possuem e podem anunciar o diagnóstico, bem como as possibilidades de tratamento, as quais ele dizia tanto querer saber. Algo do paradoxo entre a demanda e do desejo começou a aparecer na cena nesse momento. Será que desejava saber mesmo o seu real diagnóstico? Ele não sentia seu corpo do pescoço para baixo, já há seis meses...

O momento do diagnóstico chegou e o paciente, depois de 20 dias, se posicionou e perguntou diretamente para a equipe médica sobre a chance de ter os movimentos de volta quando a bala alojada fosse retirada. A resposta do neurocirurgião foi direta e clara: *“não faz diferença tirar a bala ou não, pois o calor do projétil já queimou toda a passagem de comandos da medula”*. A condição imaginária da possibilidade ao retorno de um corpo anterior, com movimentos e com mais autonomia, não era mais possível. Para esse paciente o contato com o diagnóstico, de uma doença crônica e irreversível se instaurou naquele dia.

Sua condição clínica exigiria o uso permanente de remédios. A precisão de manter a imunidade boa, para evitar futuras infecções para assegurar a saúde estável, também se torna necessária. A continuidade dos exercícios com a fisioterapia, duas vezes por dia, também seria necessária para prevenir a atrofia dos músculos, o que significaria uma vida totalmente dependente dos cuidados dos

outros, inclusive para comer ou se coçar, como ele mesmo dizia durante os atendimentos: *“você sabe que se esquecerem de mim virado aqui pelado (ficava assim, quando vinham dar o banho), eu fico?!”, e “se eu sentir uma coceira na bochecha, tenho que pedir para alguém me coçar, você acredita nisso?”.*

Nesse momento o paciente entrou em forte estado depressivo. Começou a apresentar quadro de muito desânimo que se tornou recorrente, sem alguma vontade, chorava muito e não via solução para a sua vida, não conseguia imaginar sair do hospital e voltar para a sua casa sem poder ter os movimentos do corpo de volta. A adesão ao tratamento nesse momento começou a se tornar mais explícita. O tratamento para a condição crônica e para a estabilização dos sintomas não dependiam só do tratamento medicamentoso, mas da alimentação e força de vontade para superar a cada dia os exercícios repetidos com a fisioterapia, suportar as dores no pescoço para manter seu tronco ereto... enfim, muitos imperativos e disposição física e psíquica eram necessários nesse momento para ter alta hospitalar.

Outro fato agravou ainda mais o seu quadro depressivo diante de sua condição crônica, a notícia da perda da audição em um dos ouvidos e o parecer do especialista de que a surdez também era irreversível (o aparelho auditivo seria uma possibilidade apenas após sua alta hospitalar). A visão também foi afetada pelo uso prolongado de antibióticos e o quadro depressivo se intensificou mais. O isolamento, a pouca comunicação com a família e com a equipe, tornou-se um comportamento recorrente. Até com seu filho de oito anos, por quem mantinha a alegria nos finais de semana e o desejo de se recuperar, foi esmorecendo...

A possível alta para a casa com *homecare* (assistência multidisciplinar em casa) começou a ser concreta (paciente estável e em condições de alta) e o paciente foi avisado passo a passo dessa possibilidade. Ele não se mostrava entusiasmado nem fazia perguntas sobre como seria a rotina em casa e o tratamento; mantinha o humor deprimido e consente com tudo. Nos atendimentos com a analista, a disposição para falar era mínima, não tinha vontade de comentar sobre sua condição nem sobre o futuro, falava com entusiasmo do que havia conquistado, casa própria, carro, moto para o final de semana, o negócio próprio, a sua família e emocionava-se quando verbalizava os êxitos. Falou por algumas vezes: *“se a vida for para ficar em uma cama dependendo 24 horas dos outros, isso*

não é possível para mim". Em contrapartida, a família, equipe médica e assistencial estavam muito animados e dispostos ao dar alta ao paciente (após um ano de internação). Seu filho dizia para a analista: *"já preparei tudo lá em casa, eu já até aprendi a cozinhar para dar comida ao meu pai, sabia? E também fiz uma campainha para ele me chamar quando precisar de algo"*. Trouxe para mim desenhos de como seria a nova configuração da casa e da rotina com o retorno do seu pai.

Um fato ocorreu e chamou a atenção da equipe. O paciente apresentou significativa piora do quadro (hipotensão, febre, taquicardia e necessidade dos cuidados da UTI) à véspera da alta para casa. A hipótese dos médicos era o retorno de outro quadro infeccioso. Isso ocorreu três vezes da mesma maneira. O quadro estabilizava, ele voltava para o quarto e quando chegava a alta para a segunda-feira ele voltava a piorar. Curiosamente isso ocorria quando nem a analista nem a médica referente estavam presentes no hospital. Na quarta ida para a UTI, a analista o questionou o que estava acontecendo, pois toda vez que a alta estava próxima algo ficava ruim. O paciente dizia durante as sessões com a analista que isso ia ocorrer pela última vez, não teria mais alta para o quarto nem para casa: *"eu não aguento mais, cansei de tudo"*.

Um dos médicos perguntou o que estava acontecendo com o paciente, pois se ele concordava com a alta, por que quando esta se aproximava algo acontecia com o seu corpo? Pelos exames clínicos não existia infecção relevante para justificar, inclusive, o início de antibióticos. Respondi ao médico que talvez a alta não fosse o que realmente ele desejava, apesar de ter concordado. O médico não entendeu esse comportamento e perguntou como isso é possível, já que a fala do paciente não condizia com a posição que eu acabara de descrever. Falei da diferença entre o que o paciente demandava e o que realmente desejava. Aqui se instalou a dimensão do sujeito da não adesão, o sujeito dividido, a lógica do desejo e o inconsciente dando provas da sua existência.

A partir de então, o paciente começou a piorar mais ainda o seu quadro de humor, ficando mais apático e menos comunicativo. Logo em seguida, apresentou quadro infeccioso importante e dessa vez mais sério, precisando usar antibióticos. Aos poucos entrou em estado vegetativo, perdendo o nível de consciência, os sentidos e entrou em um quadro muito grave com poucas chances de reversão.

A possibilidade de ter alta e de voltar para casa em uma cama e sem os movimentos era uma condição em que a angústia tomava conta e a alta significava tudo o que o paciente não desejava. Irineu nunca aceitou a sua condição nova e as limitações do seu corpo.

A família foi convocada pela equipe, pois ele não respondia mais ao tratamento. A esposa ficou em “choque” com a notícia, não acreditando na possibilidade de ele morrer e não conseguia expressar em palavras o que estava sentindo ou passando pela sua cabeça, apenas chorava e dizia querer o seu marido de volta. Em vários momentos precisou ser contida e acolhida pela analista na UTI. O paciente morreu depois de 10 dias.

Após um mês da morte do paciente, a esposa, ainda muito angustiada, procurou a psicóloga no hospital. Com muita dificuldade contou o que Irineu falou a ela 10 dias antes de entrar em coma: *“quero conversar com você sozinho... disse que estava chegando ao final do seu ciclo e que o tempo dele aqui acabou. Compreende todo esse tempo após o acidente como necessário, pois precisava ter esse tempo para me preparar, para cuidar dos negócios sozinha, da casa e do filho e agora eu estava pronta para tomar conta sozinha de tudo, e assim ele poderia partir em paz. Chamou a irmã para agradecê-la por tudo que fez na sua vida e para ela não ligar sobre o que os outros pensam, pois devia ser muito difícil vê-lo assim e o mesmo entendia* (a irmã não conseguia ver o irmão em uma cama, sofria e chorava demais, por isso vinha raramente ao hospital visitá-lo).

A esposa contou essa cena carregada de muito sofrimento, angústia e revolta, não aceitava a decisão do marido: *“ele não podia ter me deixado, meu filho não dorme mais, chama por ele todos os dias, não podia ter feito isso com a gente”*.

A partir da experiência clínica apresentada, é possível ver como a ideia de decisão do paciente passa pela via do inconsciente e está ligada à ideia da Outra Cena, em que o sujeito se vê em determinada posição diante do Outro e a expressão da singularidade articulada em ato, marcada muitas vezes pela divisão entre o querer e o desejo fica evidenciada em vários momentos da descrição.

Ainda que a analista buscasse oferecer um campo produtivo ao sujeito, o paciente desde o início demonstrava não querer entrar em contato com a sua condição, tratamento nem com a doença. A transferência então se instalou a partir da aposta da analista na capacidade criativa do paciente, mas ficou atravessada

pelo desejo de não saber sobre sua doença e posteriormente de não conseguir encontrar algum sentido para viver. Como falado anteriormente, o desejo não condiciona a ação ética, vale dizer o ato, mas o desejo se impõe como condição absoluta no sujeito.

O ato do sujeito em questão só pôde ser compreendido *a posteriori*, a partir do contato com o Real, quando o diagnóstico foi revelado e o paciente começou a dar indícios sobre a decisão de não aderir às limitações do seu corpo nem aos tratamentos propostos. O paciente, por intermédio de uma escolha realizada fora do âmbito da mestria e que, em si mesma, é um ato e não liberação, garantiu, *a posteriori* e em perda, o seu desejo como causa.

A analista, em vários momentos, teve que sustentar a posição ética do sujeito, com a necessidade de falar para a equipe a diferença entre a demanda e o desejo demonstrada em vários momentos da hospitalização pelo paciente. Foi necessária a explicação desse paradoxo apoiada na lógica do sujeito do inconsciente, este dividido e não mais todo, em contrapartida a noção de indivíduo e das ações fundamentadas apenas no nível da consciência. O funcionamento do paciente mostrava uma histerização do discurso em relação ao discurso médico, mostrando como não seria possível viver naquelas condições de corpo. A partir do Real, se instalou uma recusa do assujeitamento e ao saber do Outro.

Portanto, algo do singular e da subjetividade do sujeito se revelou a partir da não adesão. Mesmo com os atendimentos com a analista e a transferência ali instalada, o sujeito não conseguiu encontrar um novo sentido para viver, e a decisão engajada em ato, em dar um final à sua vida, efetivamente acontece.

Vale lembrar que a direção do tratamento do sujeito, em que o analista se pauta, não é para a fala plena ou para um discurso coerente e “esperado” por todos, mas sim para deixá-lo se levar pela experiência e não colocando algum obstáculo à declaração do desejo, pois é para lá que ele é dirigido. Assim, a prática da ética da Psicanálise, sustentada pelo analista nas instituições, se faz importante em muitos casos, para firmar aquilo que diz respeito à ética do sujeito, esta amparada no campo da experiência do que é o adoecimento para cada um, no campo da ação e não do pensamento, conforme Lacan (1959/1960).

3.4 A ética da Psicanálise como via para sustentar o sujeito do desejo nas instituições

O discurso médico e as equipes de saúde consideram os pacientes ditos “não aderentes” como imprudentes, insensatos e desajuizados, pois eles se colocam em risco de morte e em sofrimento (não só ele, mas os que convivem em torno dele) e por isso compreendem a não adesão como um problema a ser enfrentado e resolvido.

A filósofa e psicanalista francesa Dufourmantelle (como citado em Calligaris, 2017) defende que vivemos na era da precaução, do prognóstico e na tentativa de prever as perdas possíveis e assim evitar o pior. Será isso possível? A filósofa se pergunta que lugar ocuparia o desejo numa cultura que considerasse o risco uma loucura heroica ou maluca. E afirma que para viver é preciso correr risco de morte. Será que a não adesão ao tratamento é um risco que o sujeito impõe à própria vida, um risco mais alto de perder a vida (em um tempo mais curto), já que não submete o seu corpo ao tratamento considerado “adequado”?

Desde o século XIX o higienismo tenta colocar a sobrevivência como valor supremo, mas aceitar essa proposta significa aceitar uma ética simplificada, em que o que é bom para a saúde seria também moralmente bom e que nenhum valor poderia exigir nosso sacrifício de vida, pois, dessa forma, ele contradiz o valor supremo, que é sobreviver (Calligaris, 2017).

É comum verificar na relação médico-paciente a dificuldade do discurso médico em não aceitar a não adesão do paciente como uma escolha. Segundo o Código de Ética Médica, pelo Conselho Regional de Medicina nº 1.931/2009, em seus princípios fundamentais, no item II “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o maior da sua capacidade profissional” (p. 8).

Já no princípio XXI, do Código de Ética Médica, pelo Conselho Regional de Medicina nº 1.931/2009, em relação à tomada de decisões entre o médico e o paciente, está descrito (p. 10):

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

O próprio Código de Ética da Medicina traz em sua estrutura a “aceitação” de uma escolha ou não do paciente pelo tratamento, mas logo diz que essa escolha deve estar sustentada e adequada nas bases científicas reconhecidas. É fato que a não adesão não é reconhecida cientificamente como uma escolha do paciente, a ser respeitada ou tratada de outra forma, a não adesão é considerada como algo “inadequado” pela Medicina. Inclusive, as políticas de saúde são vistas como formas de convencer o paciente a aderir ao tratamento, fazendo com que a não adesão seja reforçada como um problema a ser superado por todos.

Se a pessoa está doente, deve se tratar; se existe tratamento, deve se adequar e superar as dificuldades. Muitas vezes a adesão ao tratamento passa pela submissão a tratamentos invasivos, cheios de efeitos colaterais e pela privação daquilo que dá mais prazer ao paciente. Tudo em prol de uma vida e de viver mais. Vale lembrar que aderir ao tratamento pode ser ou se tornar uma condição insuportável para o sujeito.

O caminho que a Medicina encontrou para resolver os problemas éticos ou casos difíceis, como, por exemplo, paciente que se recusa a fazer cirurgia, amputar uma perna ou aquele que não aceita transfusão sanguínea, foi criar as Comissões de Bioética nas instituições para auxiliarem as equipes a conduzir os casos, quando houver alguns desses dilemas. Normalmente os dilemas acontecem porque o paciente recusa a proposta do médico por um tratamento, medicação ou intervenção cirúrgica. Aqui de novo a não adesão presente. A Bioética tem como finalidade elaborar pareceres para auxiliar as equipes que tenham problemas a partir de contextos clínicos. É baseada em um estudo sistemático das dimensões morais, das ciências da vida e conta com uma equipe interdisciplinar.

Existem quatro princípios nos quais a Bioética se baseia para tomar as decisões: o princípio da autonomia que permite aos indivíduos capacitados deliberar suas escolhas e decidir sobre as questões do corpo e vida; o princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo; o princípio da não maleficência estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente (ação que não faz o mal) e por fim, o princípio da justiça, como condição fundamental à equidade: uma

obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado (Neves & Siqueira, 2010).

A Bioética, dessa maneira, funciona como um instrumento baseado na ética da moral, longe de levar em conta o que existe de mais singular do sujeito, no que diz respeito à sua crença, religiosidade ou de como ele é afetado pela doença/tratamento.

O lugar do paciente na Medicina contemporânea é tema atual e constante nas discussões em saúde, visto os avanços das discussões da Bioética no campo da medicina. A objetivação e objetualização do sujeito praticada pela Medicina científica no tratamento das doenças condena ao esquecimento a esfera subjetiva, permitindo entrever uma lacuna na proposta terapêutica do modelo biomédico (Gewehr *et al.*, 2017).

O contato com os pacientes diagnosticados por uma doença crônica revela como os sintomas e a forma como cada um lida com sua doença é peculiar. Basta estar disposto a oferecer uma escuta atenta para que isso se coloque à prova. Esse questionamento se faz necessário na medida em que sabemos, com base na Psicanálise, que mesmo estando doente o sujeito pode não crer nessa condição ou não desejar se tratar. A partir de então a adesão ao tratamento a esses sujeitos passa a não ser uma condição tão fundamental. Dunker (2016) assevera que o adoecimento para o sujeito é, antes de tudo, uma experiência de saber, um saber composto pela experiência corporal e pelos seus signos de mal-estar, pelos seus autodiagnósticos e paradignósticos que constituem esse saber como indeterminado diante de uma verdade que está por vir.

A forma como o paciente vivencia e lida com a sua doença é uma experiência única e singular, medida pelo sujeito do inconsciente. E em vista disso deveria ser tratada e compreendida por esse olhar. A partir disso, o que a ética da Psicanálise tem a dizer sobre os pacientes acometidos por uma doença crônica e que não aderem ao tratamento? Como a ética da Psicanálise pode contribuir nos trabalhos com as equipes nos dispositivos de saúde em relação ao tratamento de doença crônica?

Se a ética da Psicanálise está sustentada em termos da relação com o desejo (Lacan, 1959/1960) e na falta-a-ser, a ética que vem a partir da Filosofia já aparece como algo relativo à ideia do bem, em que a Medicina também se sustenta,

mas que acaba por se revelar algo de cunho normativo, existindo aquele que sabe e ordena para um outro o que é melhor.

A ideia do bem é entendida no campo da moralidade, ou seja, um conjunto de regras, padrões e normas adquiridos de uma sociedade por meio da cultura, educação, do cotidiano e de costumes obtidos no âmbito social e familiar. Nas instituições de saúde a ética do bem promove na sua prática o discurso do “deve-se” seguir e, assim, não tem espaço para considerar o que é da ordem do desejo do sujeito.

Se existe o imperativo de que se deve fazer as coisas pelo bem e em nome do bem, Lacan (1959/1960, p. 373) afirma: “isso na prática deve-se deveras sempre se perguntar pelo bem de quem”. Essa afirmação se faz fundamental neste trabalho, em relação às políticas de convencimento ao paciente sobre a saúde ideal. A pergunta “pelo bem de quem?” deve andar diariamente com o analista que deseja sustentar seu trabalho na instituição de saúde em relação à ética da Psicanálise, pois caso o analista fique intimidado ou esqueça essa afirmação de Lacan em função da predominância do saber cientificista em relação ao paciente, a sustentação da ética da psicanálise pode começar a ficar enfraquecida em favor da ideia do bem.

Em seu seminário sobre a ética em Psicanálise, Lacan (1959/1960) traz a questão da moral como uma imposição ao sujeito e insere o desejo nessa lógica como algo que fica de fora, mas que se coloca como “pivô” na questão da ética que rege a prática da clínica psicanalítica. Lacan (1959/1960, p. 369) preleciona:

A transposição nos é dada por Kant, quando ele coloca que o imperativo moral não se preocupa com o que se pode ou que não se pode. O testemunho da obrigação, na medida que ela nos impõe a necessidade de uma razão prática, é um *Tu deves* incondicional. Esse campo adquire, precisamente, sua importância pelo vazio em que o deixa, ao se aplicar rigorosamente a definição kantiana. Ora, esse lugar, podemos, nós analistas, reconhecer que é o lugar ocupado pelo desejo. O reviramento que comporta nossa experiência situa no centro uma medida incomensurável, uma medida infinita que se chama desejo.

Lacan assinala sobre a ética da Psicanálise, referindo-se à posição do sujeito em relação ao real e não ao ideal - diferença descrita na filosofia - e traz a ética da Psicanálise associada ao desejo, que não tem como deixar de fora a discussão que concerne ao campo da moral e ao que se sustenta a ética do sujeito.

Vorsatz (2013) realça que ao retirar o padrão da revisão ética do campo do conhecimento, referindo-o ao desejo inconsciente, Lacan empreende uma

subversão da problemática. E indica que desde a perspectiva clínica, que leva em conta o sujeito e sua determinação inconsciente, junto com a responsabilidade derivada da ética própria do campo psicanalítico, essa subversão pode ser estabelecida a partir de um fundamento trágico, e não por meio de uma formalização estritamente conceitual.

Lacan, no seminário da Ética em Psicanálise (1959/1960, p. 366), preceitua: “é na dimensão trágica que as ações se inscrevem, e que somos solicitados a nos orientar em relação aos valores”. Aquilo que a tragédia articula é a relação do homem com o sentido de sua ação. Em outras palavras, a função da tragédia antiga é de trazer à cena a dimensão ética, em ato. A ética da Psicanálise é fundamentada pela experiência, isto é, no terreno da ação e não do pensamento, cuja dimensão trágica que Lacan (1959/1960) traz no seminário 7 busca ressaltar (Vorsatz, 2013).

Com a ideia de que a perspectiva psicanalítica não é uma especulação nem se encontra pelo do ideal do bem, Vorsatz (2013, p. 61) realça:

Ela não trata de um acesso a um bem, imanente ou transcendente. Ao contrário, Lacan fundamenta a ética da psicanálise numa experiência, isto é, no terreno da ação (e não do pensamento)... Nesta, a ação humana não visa a qualquer espécie de ganho, mas se inscreve em perda, por meio de um ato, e não referida à intencionalidade. Esse é o passo ético empreendido por Antígona, personagem trágica do século V a.C. que Lacan elege como paradigma da relação do sujeito com o campo do desejo inconsciente.

A essência da ação é colocada na dimensão de ato. Ocorrência que, se exclui a dimensão da mestria, o que implica e toca na questão da responsabilidade plena para o sujeito. Vorsatz (2013) traz, a partir de Lacan, que é pelo sonho que o desejo inconsciente se realiza, uma espécie de real que convoca o sujeito, numa dimensão que é propriamente ética, a se responsabilizar, afirmando que é apenas por intermédio desse passo que o inconsciente pode alcançar um mínimo de “*existência*”. A rigor, o inconsciente não existe senão conforme o sujeito se responsabilize por essa instância que o determina sem que ele o saiba (Vorsatz, 2013, p. 58).

A ética da Psicanálise se dá a partir da relação do sujeito com a instância Outra que determina sua inscrição no campo da palavra e da linguagem. Como Lacan adverte que a ética se dá no campo da experiência e não do pensamento e afirma (1959/1960, p. 373): “a única coisa da qual se possa se sentir culpado, pelo menos na perspectiva analítica, é de ter cedido ao desejo”. O desejo não condiciona

a ação ética, vale dizer o ato, mas se impõe como condição absoluta. Não obstante, o caráter de condição absoluta do desejo depende do fato de que o sujeito, por intermédio de uma escolha realizada fora do âmbito da mestria e que, em si mesma é um ato e não liberação, advenha de modo a garantir, *a posteriori* e em perda, o desejo como causa (Vorsatz, 2013).

Lacan (1958), em seu texto sobre a direção do tratamento e os princípios do seu poder, traz a relação do desejo e da falta-a-ser e de como o desejo se produz para além da demanda. Na medida em que o sujeito demanda do Outro e faz apelo para receber o que falta, que se espera do Outro preencher o que propriamente ele não tem, pois nele o ser também falta, por isso sujeito da falta consumado pela fenda, ele “sofre por só ser sujeito na medida em que fala” (Lacan, 1958, p. 640).

Se existe a estrutura do falta-a-ser no sujeito, ou seja, um sujeito dividido e furado, que deseja algo para além da demanda, algo dessa estrutura se faz relevante para pensar o comportamento do paciente quando vai ao médico pedir “algo”. Esse “algo” nem sempre será a cura ou o tratamento para a doença, mas sim uma demanda de amor. Para Lacan (1958, p. 633), “o que é assim dado ao Outro preencher, e que é propriamente o que ele não tem, pois também nele o ser falta, é aquilo a que se chama amor, mas são também o ódio e a ignorância”.

Se o desejo está para além da demanda e o desejo é insatisfeito por estrutura, a direção do tratamento em que o analista se pauta não é para a fala plena ou para um discurso coerente, mas sim deixar o sujeito se levar pela experiência e não colocando algum obstáculo à declaração do desejo, pois é para lá que o sujeito é dirigido. Os pacientes, pela não adesão, revelam algo do seu desejo em relação à experiência do adoecimento, uma escolha que se dá fora do campo da mestria e do pensamento, colocando a forma do funcionamento do discurso médico à prova a todo o momento.

O problema instalado nesta pesquisa é questionar como as propostas terapêuticas de cunho educativas e de convencimento ao paciente acabam não dando espaço para uma ética sustentada pela experiência do paciente em relação à sua doença. Pretendem justamente dar a solução para o seu “problema”, preencher o que esta “faltando” no outro. Ora, se a ética da Psicanálise está pautada no campo da experiência, isto é, na relação que o sujeito estabelece com o Outro e, conseqüentemente, com o seu corpo, a não adesão ao tratamento é algo que se

torna mais complexo nesta discussão, não devendo estar sustentada apenas no campo do pensamento e da consciência...

As pesquisas revelam a subjetividade como algo a ser levado em consideração nos tratamentos desses pacientes, mas como escutar essa subjetividade se as propostas são sustentadas pela ética do bem e da moral?

A inclusão do sujeito como objeto da clínica nas propostas de tratamento nos dispositivos de saúde desafia o paradigma da ciência positivista, interrogando sua prática, pois apresentará propostas e projetos terapêuticos que abordem e deem lugar à singularidade de cada caso, sustentadas por outra ética, a da Psicanálise.

Com o funcionamento decorrente da objetualização do paciente, a partir do discurso médico, é possível verificar como a subjetividade do paciente retorna na clínica em forma de sintoma. A sustentação da ética da Psicanálise nas propostas de tratamento aos pacientes com doença crônica deve considerar a subjetividade excluída pela ordem médica e pelos dispositivos de saúde, para assim poder se pensar em novas formas de ofertas de tratamento aos ditos “não aderentes”.

A que o paciente não quer aderir e o que realmente deseja é uma pergunta e um questionamento, se considerar a existência de um sujeito ali envolvido, respostas possíveis se for levada em consideração a escuta do sujeito adoecido, no um a um. Com esse tipo de escuta o analista poderá fazer emergir o sujeito e sustentar o que há de mais singular na relação do paciente com a experiência do adoecimento. Essa é a provocação que se apresenta a quem pretende sustentar a ética da Psicanálise nas instituições de saúde.

A inserção da Psicanálise nas equipes e no planejamento de propostas de cuidado torna-se um desafio para o analista, uma vez que deverá sustentar o distanciamento do segmento universalista e do cientificismo surdo em relação ao que se denomina “cuidado” da saúde do ser falante e assim sustentar a ética da Psicanálise na sua prática clínica com outros discursos.

3.5 A escuta do sujeito do inconsciente como política para compreender os limites do corpo na doença crônica

Olhar para a não adesão pela via da Psicanálise abre a discussão para diversas potencialidades de compreender a subjetividade contemporânea, a partir de

um corpo fragmentado e não mais todo um corpo que vai necessitar ser cuidado, o que implica uma nova posição subjetiva do sujeito para lidar com isso. A não adesão ao tratamento, entendida como uma manifestação do sujeito inconsciente, faz pensar em uma dimensão política para a não adesão.

Levantamos aqui a própria ideia de divisão do sujeito, a qual a Psicanálise propõe: o paciente busca adequação ao discurso, a consistência do Eu, mas ao mesmo tempo a rejeita. Pode-se dizer aqui que se tem a dimensão política da não adesão. A não adesão como recusa do assujeitamento e do saber do Outro funciona como histerização do discurso, detectando uma falha no discurso médico no que diz respeito à supremacia da objetividade em detrimento da subjetividade do paciente.

O termo política aqui é entendido e sugerido a partir da ética da Psicanálise, que proporciona escuta ao sujeito em vez de dar relevo ao “eu”. Trata-se de supor que há um sujeito - o da *não adesão* - que não se revela nas manifestações da consciência, mas sim de maneira diversa, separado do “eu” tanto por manifestações de uma lógica própria, da qual se pode chamar de lógica do inconsciente, e pelas operações de negação que a sustentam, recalque, denegação e forclusão (Estevão & Metzger, 2015).

Sendo assim, propõe-se um esquema psicanalítico para a não adesão: a dimensão política como recusa ao assujeitamento e ao saber do Outro como uma histerização do discurso do médico; a não adesão como uma dimensão imaginária (de defesa), como uma modalidade imaginária do sujeito de tampar o real da decadência corporal, também como modo de sustentar a fantasia, surgindo como *acting out*. Por fim, a não adesão como uma dimensão real que se expressa como forma de gozo e repetição - comum em pacientes que fazem laço e modalidades de gozo por meio de sua doença - e a passagem ao ato.

A dimensão política, imaginária e real da não adesão foi cogitada para avançar na compreensão da não adesão pela via da Psicanálise, de forma a promover uma discussão do sujeito do inconsciente no campo da saúde. O intuito da discussão é ir na contramão de propostas universais de tratamento, estas que se estruturam apenas em comportamentos cientificamente “comprovados” e “esperados” para determinada doença. Por exemplo, no paciente diagnosticado com câncer já é esperado o desenvolvimento de uma “depressão” pós-diagnóstico ou

durante o tratamento. Já para os diagnósticos de hipertensão ou diabetes a depressão ou a recusa do tratamento não é algo científica e culturalmente esperado.

A escuta dos dois fragmentos clínicos mostra como é possível pensar em novas questões em relação ao limite do corpo a partir do diagnóstico de uma doença crônica, traz como a queda do corpo saudável e narcísico pode levar à destrutividade do corpo em forma de gozo e ato. A partir disso, pensar qual é a ruptura com a fantasia do corpo que não se sustenta mais?

Na experiência com Irineu, ele não expressa o querer morrer, mas anunciava à sua maneira que viver sem os movimentos não seria possível. A morte parece que veio de uma escolha, de um desejo velado, pois tinha uma recusa para entrar em contato, pela palavra, com o acidente e as consequências no seu corpo (a tetraplegia). Essa posição de ir na direção do final da vida foi possível compreender só *a posteriori*...

Já o paciente com uso de anabolizantes, ele não conseguia aceitar a decadência do seu corpo “forte e belo”, a não adesão colocava o seu corpo sempre no limite. A pergunta e a tentativa de que ele se questione ou entre em contato com a doença, não foram possíveis para ele.

A posição do analista em relação aos casos graves diante do pedido de morte do paciente é de que a equipe e a analista não devem recuar diante do paciente, pois o pedido de morte não significa a morte da relação entre a equipe/analista e o paciente (M.F. Bacqué, comunicação pessoal, 19 e 20 de agosto de 2013). Essa ponderação mostra como a posição do analista frente ao pedido ou desejo de morte não significa compactuar ou incentivar essa posição, mas estar ali presente, disponível para o sujeito, para a partir da sustentação da escuta abrir-se a possibilidade do campo da fantasia do inconsciente emergir. E aí a aposta de que o sujeito possa, a partir dos recursos psíquicos, recriar a sua história.

Daria para pensar a Psicanálise como um limite em “tratar” desses pacientes? Lembra-se que a Psicanálise é uma aposta de que o sujeito possa entrar em contato com suas fantasias e desvencilhar os sintomas. Propor a política da não adesão como sendo efeito do sujeito do inconsciente não é tarefa fácil, pois a Psicanálise não dará garantias de melhora ou “cura” do sintoma.

O fenômeno da não adesão pode ser sintoma, mas nem sempre; pode ser ato, mas nem sempre; pode ser repetição, mas não sempre; pode ser alicerçado nas

fantasias do sujeito (“manter-me doente restitui minha posição narcísica na família”), mas nem sempre. Pode ser a recusa de se assujeitar ao discurso médico, mas pode também não ser. Pode ser uma modalidade de histerização, mas nem sempre. Em relação à falta, pode ser uma modalidade de sustentar que esta é, imaginariamente, o efeito da doença e tem consistência em lugar da castração. É mais provável que seja isso tudo ao mesmo tempo...

Assim, não é possível pensar em um paradigma da não adesão e dizer que essa condição leva o sujeito sempre ao pior e ao término da vida, a hipótese é de que não tem como propor um paradigma para a não adesão, pois, como visto, é um campo multifatorial e medido pelo sujeito do inconsciente. Mas é pela escuta do sujeito do inconsciente que será possível compreender o porquê não suportam uma queda narcísica do seu corpo em um momento em que a Ciência e a Medicina têm muito a oferecer em condições de tratamento e controle dos sintomas.

4 O DISCURSO DA CIÊNCIA, O DISCURSO MÉDICO E O SUJEITO DA NÃO ADESÃO: ALCANCES E LIMITES DA PSICANÁLISE

Foi sempre como missionário do médico que me considerei, a função do médico assim como a do padre não se limitam ao tempo que nela se emprega.

Jacques Lacan (1966).

As doenças crônicas têm sido um farto campo de estudos da Medicina e das ciências em geral e nota-se crescimento da incidência dessas doenças em ritmo acelerado no Brasil e no mundo. Com a descoberta dos mais variados medicamentos e técnicas para controlar o avanço da doença, os médicos acabam por ter maior gama de opções para oferecer aos seus pacientes em relação há tempos atrás. Os médicos também ampliaram seu poder para aumentar ou diminuir as doses de medicações e negociar alguns hábitos com o paciente - como a tomada de decisão compartilhada propõe - tudo isso para o paciente aderir melhor e ter mais benefícios com o desempenho do seu tratamento. Nesse momento, o discurso médico já se faz valer em decorrência do discurso da ciência, para dizer o que o paciente deve fazer.

Como exposto no capítulo anterior, a não adesão é um fenômeno multifatorial e precisa ser compreendido com um olhar mais amplo em relação ao comportamento do paciente com a doença. Dessa maneira, o objetivo deste capítulo é trazer para a discussão, já com as interferências da teoria psicanalítica, a influência da ciência no campo médico e os efeitos disso na relação médico-paciente, constatando como a subjetividade do paciente evidencia algo que retorna e responde aos imperativos da ciência em forma de sintoma, gozo e ato do sujeito.

O médico está integrado no movimento mundial da saúde, na sua organização e nas diretrizes de cuidado e por esse fato novas questões lhe serão sempre apresentadas. O fenômeno da não adesão é considerado um deles, justamente por ser tratado como um problema de saúde pública a ser estudado, não só pela Medicina, mas também pelos outros campos de saber da saúde.

A não adesão do paciente faz o com que a Medicina se depare com alguns impasses. Um deles é a razão do paciente em não aderir ao tratamento com tanta eficácia e disposição conforme a ciência e o discurso médico propõem. Pelas pesquisas produzidas até o momento, é possível notar o vasto interesse da área

médica e das equipes de saúde em tentar compreender o fenômeno da não adesão, visto os esforços das campanhas de prevenção e das estratégias de persuasão do paciente em relação ao tratamento.

A dificuldade em tratar e propor medidas para resolver o fenômeno da não adesão passa a existir quando não há mais justificativa, seja pela falta de informação, compreensão, dificuldade ou falta do acesso aos medicamentos ou problemas ligados em nível de escolaridade ou social do paciente. Sabe-se da importância da acessibilidade das campanhas de prevenção, informações sobre as doenças e a rede de distribuição gratuita dos medicamentos pelo SUS (disponíveis nos postos de saúde) para a adesão do tratamento. Nesse momento já contamos até com as políticas públicas (Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis) e programas da Saúde da Família, que se direcionam até as casas dos pacientes para orientar e acompanhar o tratamento das doenças crônicas. Mas a questão é que isso não basta para “tratar” a não adesão. Talvez por esse motivo a subjetividade do paciente começa a ser pensada como algo relevante a ser considerado no comportamento e no avanço dos estudos sobre o fenômeno da não adesão.

O intuito deste trabalho passa justamente por compreender a não adesão como uma manifestação do sujeito, o sujeito do inconsciente, este dividido e que nos revela a lógica e o paradoxo existente entre a demanda e o desejo, assim revelando algo da subjetividade. Subjetividade é aqui entendida como um elemento que pensa, mas não age conforme o que pensa, um elemento capaz de sentir algo, mas dizer o oposto e que passa a entender a si mesma como dividida entre uma superfície privada e outra pública (Dunker, 2017).

O comportamento da não adesão é verificado diariamente nos pacientes com doença crônica, basta ter a experiência com pacientes que estejam em tratamento para fazer valer essa afirmação. Para Lacan (1966), essa observação da lógica da demanda e do desejo, apresentada pelo paciente, é fácil de ser constatada e diz não ser necessário ser psicanalista ou mesmo médico para saber que em algum momento qualquer um pode verificar a demanda do paciente como algo diferente do seu desejo. Mas para isso acontecer, o médico deve estar atendo à fala do paciente ou pelo menos saber dessa lógica pela Psicanálise.

Ao analisar a passagem da Medicina clássica para a Medicina moderna, consegue-se compreender a mudança da posição do discurso médico em relação ao olhar sobre a doença e o doente, para chegar mais adiante à influência do capitalismo e das indústrias farmacêuticas e finalmente à saúde como um produto e o médico como instrumento desse funcionamento.

Machado (2007) em seu livro *“Foucault, a ciência e o saber”*, retoma a ruptura entre a Medicina clássica e a moderna, mostrando a mudança do objeto. A Medicina moderna, segundo o autor, abandona a linguagem do paciente, carregada de metáforas, imagens e analogias, para uma prática voltada para o olhar sobre a localização da doença de forma mais objetiva, conceitual, quantitativa e rigorosa, mudando a própria noção de conhecimento da Medicina sobre o corpo. Machado (2007, p. 3/30) alerta:

O que muda é que ela diz de outro modo e vê um outro mundo; o que muda é a relação entre aquilo que se fala e aquele que fala; o que muda é a própria noção de conhecimento. O objeto da Medicina moderna é outro não porque ela consegue finalmente um conhecimento objetivo, mas porque diz respeito a outra coisa. No nível do objeto, a ruptura que inaugura a Medicina moderna é o recorte de um novo domínio, a demarcação de um novo espaço: a passagem de um espaço de representação ideal, taxonômico, superficial, para um espaço objetivo, real, profundo [...] E, para dar conta dessa transformação, é preciso privilegiar não os novos temas ou teorias, nem sua construção formal, mas a elaboração da linguagem a partir de sua articulação com o domínio do objeto da Medicina.

Segundo o autor, o que se transformou, portanto, foi a forma do discurso médico no sentido de que não se refere mais às mesmas coisas e também utiliza uma outra linguagem com o paciente. Na Medicina clássica havia as singularidades e as variações individuais. Já na Medicina moderna isso é apagado em função da generalidade das essências e das variações a partir do domínio das probabilidades. E assim o campo médico terá uma estrutura estatística que vai guiar todas as suas ações. Para Machado (2007, p. 18-53), “isso exige o abandono de tudo que é acidental”.

Assim, nessa passagem da Medicina clássica para a moderna, uma mudança da posição médica se dá e uma nova relação com a ciência se funda. A relação com o paciente e o olhar sobre a doença são outros. Se antes o olhar era mais qualitativo no doente e a escuta mais interessada no seu discurso, agora se tem uma Medicina focada em uma qualidade baseada a partir da estatística e das probabilidades, sustentadas pelo avanço da ciência e o domínio do objeto.

A racionalização médica está fundamentada na suposição de poder mensurar de forma objetiva e quantitativa o ser humano, diminuindo a importância não apenas das dimensões psicológica, social e cultural presentes na relação saúde-doença, mas também os significados que a doença pode assumir para o paciente (Gewehr *et al.*, 2017). A ideia recorrente do discurso médico é a de que o paciente deve cumprir, seguir e obedecer as recomendações dos profissionais de saúde e que o seu comportamento deve coincidir com essas recomendações médicas, sugerindo um papel de ser submisso que o profissional determina (Reiners *et al.*, 2008).

Lacan, em seu texto “*O lugar da Psicanálise na Medicina*” (1966), fala da função do médico, que vem se modificando a partir do lugar que a ciência ocupa na vida comum de todos e como a partir do capitalismo a função do médico se transforma, justamente quando a saúde se torna um produto na nossa sociedade. Lacan destaca que “à medida que o registro da relação médica com a saúde se modifica, esta espécie de poder generalizado que é o poder da ciência dá a todos a possibilidade de virem pedir ao médico seu *ticket* benefício como um objetivo preciso e imediato” (Lacan, 1966, p. 10).

A partir desse funcionamento é possível se perguntar qual demanda do paciente vai aparecer nessa relação. Lacan é categórico ao dizer que o doente não vai demandar apenas a cura ao médico, alegando que algo sempre ficará de fora do campo daquilo que é modificado pelo “benefício terapêutico”, algo que se mantém constante e que todo médico deveria saber do que se trata.

Os medicamentos não são - nem podem ser - a única forma de tratar o sofrimento dos pacientes (Figueiredo, 2005). Existe todo um movimento da saúde em relação a uma obsessão preventiva do paciente para tratar a doença. O problema dessa obsessão são as políticas de convencimento como única possibilidade de oferta aos pacientes. Alguns planos de saúde já até pensam em punir o paciente caso ele não siga as diretrizes de tratamento. O prejuízo pode ser financeiro no plano ou não receber incentivos, como aduzem Varella e Ceschin (2014, p. 66): “outra alternativa seria criar incentivos como prêmios, descontos ou bônus que levem o portador de risco ou patologia crônica a se cuidar... para que haja fidelidade maior ao tratamento”.

Desse modo se reduz o paciente a um objeto, esse produto da ciência e do discurso médico como se fossem todos iguais e a única opção para se viver em

sociedade e como um cidadão “responsável” pela sua saúde seria seguindo o tratamento! Ora, como se isso fosse possível... Essa lógica discursiva acaba por excluir o sujeito e, como política de saúde e do “cuidado”, não conseguem escutar o sujeito da não adesão, na tentativa de barrar a forma singular do paciente em viver e em como lidar com a doença.

Assim, a partir do reducionismo cientificista que torna o sujeito um objeto quantificável e a entrada desse objeto consumível no circuito do mercado, parece evidente a consequência da extensão do mercado de pessoas mais doentes, usufruindo cada vez mais das medicações. A própria “criação” de novas doenças é um elemento central das indústrias farmacêuticas, como as novas versões do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (Bassols, 2015). O avanço da ciência e da Medicina tecnicista é algo inquietante, pois se o médico está se tornando um mero intermediário, poderá ser um técnico que mais tarde será substituído por um robô, como ocorrido na indústria automobilística. Sabe-se da crítica contundente a grandes indústrias farmacêuticas, mas se esquece de que a Medicina e, conseqüentemente, a atuação dos médicos estejam talvez sendo guiadas em grau ainda maior pela indústria diagnóstica, de imagem e análise, pela obsessão preventiva que também é amparada por essa indústria (Petreiro, 2015).

As ações da indústria farmacêutica com uma Medicina mais tecnicista mostram a possibilidade de notar algumas decorrências na saúde e na população, com Petreiro (2015, p. 194) expõe:

Assistimos à doença generalizada (se não é hipertenso ou diabético, algo cada vez mais improvável, pode-se dizer pré-hipertenso ou pré-diabético), com a correspondente angústia para prevenir o que cedo ou tarde ocorrerá. A ciência melhorou a saúde das pessoas, mas paradoxalmente as fez adoecer, não apenas com maior incidência das doenças do bem-estar, como a obesidade e determinadas alergias, mas também ao favorecer uma epidemia de comportamentos hipocondríacos. Ademais, diante de uma sociedade de doentes, desaparecem os médicos, transformados em técnicos especialistas certificáveis pelas pertinentes normas.

A partir desse trecho destacado, é possível notar como a Medicina junto com a ciência na tentativa de nomear e prever tudo o que pode acontecer com o corpo ficam cada vez mais distantes de discutir os efeitos desses avanços ou de atentar para as respostas dos sujeitos em relação à experiência de ser nomeado por uma doença crônica. Esse é o lugar que a Psicanálise, por intermédio dos analistas, deve

ocupar nas discussões sobre os avanços da ciência e da Medicina na contemporaneidade.

Sendo assim, a partir das diferenças entre o discurso da Medicina e da Psicanálise, pergunta-se: como pensar os alcances e os limites da atuação do psicanalista nas instituições e na produção de pesquisas em relação ao que vivemos hoje, levando em consideração o desenvolvimento e as promessas da ciência? Sabe-se que o discurso médico acompanha precisamente os seus avanços, fazendo da Medicina, hoje, uma prática sustentada muito mais na técnica do que no olhar e na escuta em relação ao doente e sua doença. Assim, como pensar e discutir a Psicanálise no âmbito do discurso da ciência e do discurso médico quanto ao lugar do sujeito do inconsciente?

Para Bassols (2015), não há um único âmbito da vida humana em que tais efeitos da ciência não se façam sentir. “O problema continua a ser que a própria ciência não consegue pensar nem prever quais são esses efeitos em sua dimensão subjetiva” (p. 60). São os novos tempos que aprofundam os efeitos do discurso da ciência e desafiam a assegurar a sobrevivência do Real da Psicanálise (Santos, 2005). Cada vez mais ditam a forma como devemos viver, comer, cuidar do corpo, educar os filhos e, quando ficar doente, também já existe o caminho a seguir: aderir ao tratamento proposto! Os planos de saúde chamados de saúde suplementar já estão trabalhando com programas de prevenção. Em 2011 a ANS lançou o programa “Envelhecimento Ativo”, com incentivo e controle da adesão ao tratamento para doenças crônicas e medidas de prevenção e promoção da saúde para aqueles que se inscrevessem no programa e que poderiam ganhar um “bônus”, como um desconto na sua mensalidade (Varella & Ceschin, 2014).

Nos Estados Unidos há toda uma política de onerar os pacientes que fumam e não podem fumar, por exemplo. Varella e Ceschin (2014) mencionam que, no Brasil, por lei, os planos de saúde não podem fazer diferenças entre os usuários, ao menos por faixa etária, “não se pode cobrar a mais de alguém em razão de um hábito pessoal, embora nada impeça que se dê desconto a quem se cuida melhor” (p. 62).

É evidente o movimento da saúde e dos gestores em gerar e incentivar políticas de convencimento ao paciente de como devem tratar da saúde, amparados no conhecimento científico e médico. Esses são alguns dos efeitos do discurso da

ciência em nossas vidas, no entanto, sabe-se que o corpo falante, este influenciado pela linguagem e por seus modos de gozo, não correspondem aos preceitos morais das formas de viver, por justamente termos algo da subjetividade que atravessa todos esses imperativos.

A ciência não pode mesmo pensar nas consequências subjetivas de sua prática, por mais benéfica que seja, pois “isso é algo que se aprende com a experiência da psicanálise: quando se está demasiadamente ocupado com o progresso da ação, torna-se muito difícil pensar no movimento que conduz essa ação e em suas consequências” (Bassols, 2015, p. 60).

4.1 O discurso universitário como o mestre contemporâneo

A ciência é um discurso. Cada discurso, ao buscar suas molas mestras, tenta fazer com que sua forma de racionalidade prevaleça. Se a ciência lida com o sujeito, este é apenas o sujeito cartesiano do consciente, o qual é um correlato do seu ser. As ciências existentes certamente não consideram o sujeito dividido (Fink, 1998).

Em seu texto “*Ciência e Verdade*”, Lacan (1965, p. 869) registra: “a ciência no sentido moderno se postula como absoluto”. Mas logo chama a atenção para a subjetividade do sujeito que o saber apoiado na razão científica não abarca: “não há ciência do homem porque o homem da ciência não existe, mas apenas seu sujeito” (p. 873).

A subjetividade do sujeito é algo que fura esse saber e demonstra como a ilusão do domínio técnico sobre o sujeito, este objeto do saber da ciência, é falho. Bassols (2015) discute o interessante paradoxo entre o sujeito e objeto da ciência e refere que quanto maior o aparente domínio conseguido do lado do sujeito, mais se esfuma ou multiplica o objeto indescritível; e quanto mais se unifica e define o objeto, mais se esfuma e apaga a unidade do sujeito.

Se se valer novamente da teoria lacaniana, pode-se destacar que o discurso médico se configura como uma modalidade do discurso universitário e, nesse sentido, tem-se um agente movido por um saber que tem como efeito a objetualização e assujeitamento do outro (no caso, o paciente) e que produz, por consequência, um sujeito barrado (a não adesão talvez como esse produto). O matema do discurso universitário, segundo Lacan (1969-1970/1992, p. 109), é:

$$\begin{array}{ccc} \underline{S2} & \rightarrow & \underline{a} \\ S1 & & \$ \end{array}$$

<u>Agente do discurso</u>	<u>Outro do discurso</u>
Verdade	Produto ou resto

Legenda

S1 = Significante Mestre

S2 = Saber

\$ = Sujeito dividido

a = objeto a, causa de desejo

É pela disposição do discurso universitário onde o discurso da ciência se alicerça que o S2 tem lugar dominante, o lugar da ordem e do mandamento, primeiramente ocupado pelo mestre que surgiu o saber. Assim, no lugar da verdade está o significante mestre que opera para portar a ordem do mestre, e é daí exatamente que deriva o movimento atual da ciência (Lacan, 1969/1970).

Se a não adesão pelo sujeito (\$) pode ser considerada aqui como produto da ciência, demonstrado pelo matema do discurso universitário, pode-se compreender que existe uma imposição que vem a partir do saber da ciência e que o discurso médico utiliza esse saber para ofertar o tratamento ao paciente em prol de ter uma saúde mais “controlada” e com menos sintomas. Assim, por que não seguir o tratamento, já que o significante mestre está no lugar da verdade? Lacan diz: “o que permanece é o mandamento *Continua a saber...* estamos todos embarcados no discurso da ciência” (Lacan, 1969/1970, p. 111). Mas a verdade, quando surge e tem algo de resolutivo e sempre benéfico, segundo ele, “isso pode até ser feliz, mas em outros casos desastrosos, justamente porque temos o diabo no corpo que tudo nos demonstra o contrário”. Isso significa que a não adesão aqui pode ser compreendida como uma manifestação do sujeito, algo que não responde a esse Bem “benéfico” a partir do saber produzido pela ciência e que, portanto, produz relevantes questões

no discurso médico quanto a inserir a discussão do sujeito do inconsciente no campo da saúde.

O discurso médico também pode atuar como o discurso do mestre. Em uma situação clínica, o significante mestre fica no lugar do agente e pode ser expressa pela atribuição ao outro de uma série de tarefas – seja pelo uso correto de medicações prescritas ou orientações ao estilo de vida. Nessa posição o agente aguarda que o outro exerça o trabalho corretamente (Nogueira Filho, 2008).

Mas existe uma discussão em que o discurso do mestre ($S^1 \rightarrow S^2$), a autoridade da sua tradição perdeu sua legitimidade em benefício do discurso universitário ($S^2 \rightarrow a$)², como demonstrado anteriormente, emagrecendo, assim, a mestria. Em sua versão *light*, a autora informa que o poder recua diante da coerção, esvazia-se do objeto e se apresenta travestido por meio de formas persuasivas (Santos, 2005).

Um saber/poder que proporciona uma felicidade cômoda e previsível. Por esse modelo discursivo, o discurso médico trata a não adesão do paciente pela via do discurso universitário: “é só aderir ao tratamento que sua saúde vai bem e poderá viver muito mais... mas TEM QUE ADERIR!”. Laurent (2016) lembra o quanto estamos saturados das lições sobre a sabedoria orgânica (*bio*), apresentada como a única coisa que poderia nos salvar da infelicidade dos tempos e nos guiar para o éden harmônico.

O alto índice de não adesão ao tratamento talvez revele um pouco do sufocamento dessas medidas de convencimento, sem que ao menos o sujeito possa ter um tempo para elaborar psiquicamente a experiência do adoecimento para si. É nesse momento que novamente vem à tona a dimensão política da não adesão, como recusa do assujeitamento e do saber do Outro, e também revelando a própria ideia de divisão do sujeito, este que busca a adequação do discurso e a consistência do Eu com o pedido de se “tratar”, mas ao mesmo tempo a rejeita, deixando traços da singularidade do sujeito do inconsciente.

Mas mesmo com esse movimento da ciência de colocar o ser como mero depositário do saber científico sem a possibilidade de enunciar a verdade a respeito do próprio sofrer, permanece importante para o campo psicanalítico esse

² Tanto no seminário VII como em Kant, com Sade (1962), Lacan discute a questão do Bem e de como, no campo do sujeito, ele não consiste.

movimento. Torna-se possível que o médico diga que sabe o que o outro sofre, sem estabelecer ligações com sua história, sem precisar passar por fantasias variadas. Trata-se basicamente do seu equilíbrio neurotransmissor que está abalado e evidencia que a ciência nos brinda, mas essa condição exclui a singularidade e anula o sujeito (Nogueira Filho, 2008).

O autor alerta ser impossível não perceber nessa aparelhagem discursiva a influência do discurso do mestre da ciência, uma peculiar visão de ciência que obedece à lógica da substituição. Por proferir-se superior como produção de conhecimento, faz-se como um discurso que diminui a importância dos outros discursos e propõe uma relação direta com o sujeito (\$) ao objeto.

Mas há ainda um porém: é sabida a proposta de Lacan de um quinto discurso, o do capitalista. E um amplo debate se faz em relação ao fato do discurso capitalista como um discurso que atravessa os outros. Nesse sentido, pode-se dizer que o medicar, então, passa a orientar-se pelo discurso capitalista, em que o sujeito, despido de qualquer enigma, apostando que a verdade é toda acessível e nada tem de particular a um sujeito, resume-se ao laço como um objeto fornecido pela tecnociência. Esse objeto ele crê que possui, pois acedeu pela compra. Se o cientista confirma que ali há uma verdade, o sujeito, tomado pelo discurso da ciência e do capital, tem condições para obedecer e aderir a esse discurso. Por isso, a saúde aqui é abordada como um produto dentro do capitalismo, do qual se pode “comprar” por intermédio do médico (pelas prescrições medicamentosas) a cura do seu sofrimento.

A Medicina tornando-se científica abandonou um tipo de relação entre o médico e o doente, na tentativa de controlar o corpo e as doenças pelas promessas da ciência. A esse respeito, Vanier e Vanier (2010, p. 279) opinam:

No fundo, o ideal da Medicina seria reduzir o médico e seu paciente a puros sujeitos da ciência. Mas o puro sujeito da ciência é uma ficção, isto é, que essa tradução é sempre impossível, mesmo que o lado corpo/máquina esteja presente como um ideal e como algo que estrutura a Medicina do ponto de vista de seu trâmite estratégico. Sobre daí nada menos do que o corpo vivido, o que foi experienciado, o que Lacan chamava “o gozo do corpo” (um corpo é feito para gozar, é trabalhado pelo desejo, etc.) é algo absolutamente impossível de eliminar.

A dimensão do gozo no corpo é uma discussão que Lacan (1966) utiliza para justificar que algo do corpo sempre ficará de fora na relação entre o médico e o paciente. Por mais que a ciência esteja com a palavra e a Medicina tente sempre

objetalizar o paciente, isso não é possível, pois somos seres da linguagem. Lacan (1966), ao falar aos médicos, afirma que é pelo inconsciente, algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura. Por isso, no campo da relação com o Outro que se localizam os excessos da linguagem e que escapa a todo o instante ao domínio do próprio sujeito. É nesse momento que Lacan (1966, p. 12) vai chamar polo do gozo e diz:

Porque aquilo que chamo de gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada.

Sustentar um corpo não ancorado apenas pelas bases organicistas, mas um corpo que goza de si mesmo trazendo a dimensão ética, como “a que se estende em direção do gozo” (Lacan, 1966, p. 12). O autor traz a dimensão do gozo e sua relação com o corpo como algo crucial para compreender a noção de corpo, além da lógica da demanda e do desejo já discutida aqui.

4.2 Psicanálise e Medicina, qual a articulação possível?

É conhecida a fascinação dos médicos pelo poder da técnica, mas o homem acabou se tornando transparente aos instrumentos e, em face disso, o discurso médico deixou de lado o olhar, o tocar e o auscultar. Esse excesso técnico não é apenas benéfico, pois esse movimento gerou falso-positivos, como a recomendação da periodicidade da mamografia, tomografias computadorizadas e pessoas cada vez mais medicalizadas (Peteiro, 2015).

Para Lacan (1966), a colaboração do médico no que diz respeito à parte técnica é fundamental, porém ele alerta que o médico é também convocado para outras demandas. Em seu texto “*O lugar da Psicanálise na Medicina*”, ele é claro ao afirmar que a chance da sobrevivência da posição propriamente médica está no registro do modo de resposta à demanda do doente. Lacan chama a atenção para a forma como a posição médica trata do paciente. O fenômeno da não adesão ao tratamento demonstra justamente como a demanda do paciente não é absolutamente idêntica ao desejo. Por isso, Peteiro (2015) ressalta a importância da exploração manual, visual, auditiva e a palavra do médico como critérios importantes para o diagnóstico e ações terapêuticas do paciente.

Retomando um pouco da história, Freud (1916) lembra a maneira como os médicos foram ensinados a fundamentar as funções do organismo e seus distúrbios na anatomia e a explicá-los com base apenas na Química e na Física, para assim apreendê-los na Biologia. E dessa forma o seu interesse e prática não foram dirigidos para a vida psíquica. Isso posto, Freud sugere uma deficiência na formação médica que é justificada pela ausência de ciência filosófica em explicar a relação entre o físico e o psíquico e a denomina como uma limitação da Medicina. A posição deles de permanecerem alheios ao pensamento psicológico é devido ao costume de contemplá-los com desconfiança e negando-lhe o seu caráter científico. Para Freud (1916, p. 26):

Essa limitação é decerto danosa à prática médica dos senhores, uma vez que, como é regra de todos os relacionamentos humanos, o doente lhes apresentará em primeiro lugar sua fachada psíquica, e receio que, como castigo, os senhores serão obrigados a deixar aos praticantes leigos da Medicina, aos curandeiros e místicos que tanto desprezam uma parte da influência terapêutica que almejam exercer.

Freud traz que é pelo psiquismo, este regido pelo inconsciente, que o paciente vai se apresentar ao médico. Lacan (1966) chama isso de demanda e cita alguns modos como o paciente chega ao médico:

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso a ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. Em muitos outros casos ele vem pedir, do modo mais manifesto, que vocês os preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença (Lacan, 1966, p. 10).

Obviamente que não se trata de querer, nesse momento, que os médicos se tornem psicanalistas e exerçam a Psicanálise. De acordo com Freud (1916, p. 20): “não posso prever a medida da compreensão para a psicanálise [...] mas posso garantir que ouvi-las não os capacitará a realizar nenhuma investigação psicanalítica e nem os tornará aptos a conduzir semelhante tratamento”.

O que se trata aqui é de inserir a possibilidade de os médicos serem afetados pelo saber que a Psicanálise possui, saberem da existência da dimensão do inconsciente e, assim, conseqüentemente, da relação e da influência do inconsciente na vida do paciente, este que incide sobre o corpo, no seu modo de vida e na forma como ele vai lidar com a experiência do adoecimento. Freud (1916)

acreditava ser essa a lacuna possível da contribuição da Psicanálise ao campo da Medicina.

Sabe-se que o lugar da Psicanálise na Medicina é colocado como extraterritorial, marginal, por conta da posição da Medicina em relação à Psicanálise ela a admite com uma ajuda exterior, comparável à de outras especialidades terapêuticas (Lacan, 1966). Vale ressaltar que o analista deve estar advertido sobre essa posição de extraterritorialidade que a Psicanálise ocupa em relação à Medicina quando der entrada em qualquer instituição médica ou de saúde. A manutenção ou não dessa extraterritorialidade em relação ao discurso médico vai depender do desejo e do manejo do psicanalista em se manter ou não nesse lugar.

Lacan (1966) comenta a existência da posição da Psicanálise em se manter como extraterritorial em relação à Medicina e que isso acontece por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar essa extraterritorialidade, mas ele não compartilha desse lugar e diz: “não são as minhas estas razões, mas não creio que minha vontade baste para modificar as coisas” (p. 8).

Existe diferença epistemológica entre o discurso médico e o discurso psicanalítico, mas se o psicanalista preservar-se nessa extraterritorialidade a atuação da Psicanálise fica mais distante de se inserir nos outros discursos e de propiciar uma discussão sobre a singularidade do sujeito do inconsciente no campo da saúde. Dessa forma, a prática dos psicanalistas em manter-se como “extraterritorial” em relação à Medicina torna-se uma questão relevante para ser discutida no que diz respeito aos efeitos da Psicanálise nos outros campos de saber.

Ficar nessa posição significa o afastamento de tentar manter um diálogo possível no discurso da ciência e no discurso médico. A sustentação da prática analítica nas instituições de saúde e a possível inserção nas elaborações de projetos terapêuticos que incluam o sujeito dividido vão depender da forma como o analista opera com esses discursos. Logo, a posição do analista em permanecer nessa extraterritorialidade em relação à Medicina passa a ser a própria limitação da Psicanálise a ela mesma, pois o analista acaba barrando a possibilidade da circulação do saber analítico nos outros discursos e, como consequência, tem uma produção insuficiente no campo de publicações científicas em relação ao diálogo

junto com outros saberes, no tocante à discussão do sujeito do inconsciente como política de tratamento no campo da saúde.

A transmissão dos efeitos da Psicanálise em uma instituição de saúde é outro ponto que deve ser ressaltado neste trabalho, pois se não há transmissão do saber outra limitação da Psicanálise a ela mesma é instalada. Se não há propagação do conhecimento psicanalítico suficiente junto aos outros campos de saberes com o mesmo vigor que o analista pratica a sua clínica com os pacientes, tem-se aí outro problema em relação aos alcances possíveis da Psicanálise aos outros campos epistemológicos. Em termos táticos, a Psicanálise deve-se fazer valer das intervenções analíticas para difundir os efeitos do seu conhecimento no campo da Medicina, para poder inserir-se nos outros discursos e propor propostas singulares de tratamento na saúde em relação ao sujeito do inconsciente.

Isso posto, a posição do analista para sustentar a circulação da ética da Psicanálise com as equipes de saúde na elaboração de projetos terapêuticos em relação à escuta do sujeito inconsciente deve ser uma prática cotidiana a qual deve caminhar junto com a transmissão da Psicanálise aos outros saberes.

5 O ANALISTA NA INSTITUIÇÃO E A IMPORTÂNCIA DA TRANSMISSÃO DOS EFEITOS ANALÍTICOS A PARTIR DA SUA PRÁXIS

O avanço do conhecimento científico sobre os motivos da não adesão em pacientes acometidos por doença crônica em relação ao tratamento é múltiplo e evidente. É notória a tentativa dos estudos médicos em buscar compreender o fenômeno. Entretanto, pesquisas (Reiners *et al*, 2008) mostram como são poucos os estudos publicados na América Latina e principalmente pesquisas com abordagens qualitativas em relação à não adesão ao tratamento. A publicação de estudos com abordagens teóricas consistentes ou até mais qualitativas sobre a não adesão é rara, por isso faz-se necessária nesse momento a contribuição por meio de outra abordagem para o fenômeno.

Para sustentar a singularidade presente no sujeito da não adesão, o analista, dentro da instituição, apoiado no discurso da Psicanálise, torna-se uma das possibilidades de oferta de escuta aos pacientes com doença crônica. Propõe-se, assim, como o psicanalista pode responder à demanda da não adesão apoiado na Psicanálise. A proposta deste capítulo é pensar o papel do analista na instituição, sobre a importância de sustentar o lugar de escuta do sujeito do inconsciente na prática clínica nas instituições e de pensar alternativas para a inserção da Psicanálise nas propostas de cuidado nas políticas públicas de saúde.

Lacan, em seu texto “*A direção do tratamento e os princípios do poder*” (1958), estabelece pontos dos quais se pode partir e que podem ser considerados fundamentais para o trabalho analítico: a política, a estratégia e a tática. Na política é onde o analista está menos livre, está relacionada à ética da Psicanálise, do inconsciente, situando-se na falta-a-ser e não no ser. Já a estratégia é onde Lacan situa a dimensão da transferência e é onde o trabalho clínico com o paciente se sustenta e a clínica psicanalítica se faz possível. A tática, por fim, trata de como é possível pensar os modos de intervenção, por intermédio do analista na instituição, ou seja como é possível fazer para obter a escuta do sujeito. Ainda no plano tático, quais intervenções seriam necessárias para os efeitos da Psicanálise ressoarem nos outros discursos?

A aposta é que a intervenção, em termos táticos, também deva passar pela via da transmissão e publicação dos efeitos da Psicanálise sobre a não adesão ao tratamento, para poder avançar nos trabalhos institucionais, além da técnica.

A total exclusão da subjetividade não é possível na clínica médica, por mais que o discurso médico se esforce para isso acontecer. A própria não adesão dos pacientes revela algo da ambivalência entre a demanda e o desejo do sujeito que pede (demanda) e procura por um tratamento e ao mesmo tempo não adere (desejo), a lógica do inconsciente se revela pela não adesão, mas o que fazer em relação a isso?

Cotet (2005) discorre sobre os efeitos terapêuticos da Psicanálise nas instituições, lembrando, desde Freud, que a Psicanálise sempre constatou os seus efeitos surpreendentes pela sua espontaneidade e diz não ser novidade os efeitos rápidos sobre o sintoma tanto na prática nos consultórios como nas instituições.

Ou seja, os efeitos analíticos existem e são claros. Devido a isso, os psicanalistas se mantêm nas instituições e conseguem, inclusive, estabelecer laços importantes com os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros membros da equipe, de forma efetiva, promovendo importante diálogo no âmbito interdisciplinar, a partir do trabalho clínico e da escuta com os pacientes. Obviamente que sustentar essa construção de trabalho com a equipe não é simples e exige do analista uma rotina na instituição, junto com a presença física na unidade de atendimento.

Mas é pela sustentação da posição do analista, pelo discurso da Psicanálise em âmbito institucional, que é possível traçar novas possibilidades de escuta dentro da instituição, diante das demandas sociais contemporâneas, às quais os psicanalistas que possuem inserção nas instituições não podem se furtar (Souza & Pimenta, 2014).

Lidar e estar disponível para escutar as demandas sociais contemporâneas fazem parte da função do analista na instituição de saúde. Lacan (1953a, p. 322) postulou: “que renuncie quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade da sua época. Pois, como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num momento simbólico”.

Pode-se, assim, afirmar que o fenômeno da não adesão é uma demanda contemporânea no cenário das doenças crônicas e o analista deve estar disponível

a escutar esses pacientes, para a partir da escuta compreender o que aparece de modo singular do sujeito no comportamento da não adesão.

A fala de João - outro paciente - revela como o diagnóstico atravessa a subjetividade e incide no psiquismo do sujeito. A adesão ou não ao tratamento vai se dar a partir do tempo de compreensão e aceitação da doença. João, de 32 anos, chegou ao hospital com quadro grave de insuficiência respiratória, ainda aguardando vaga no pronto-atendimento e o resultado dos exames; O médico chegou no dia seguinte e logo anunciou o diagnóstico: *“você tem HIV positivo”*. No pedido de interconsulta, por telefone, o médico informou que o paciente parecia não ter entendido, pois nada perguntava sobre a doença, não queria falar sobre o assunto e se mostrava arredo e indiferente com o médico. Nos atendimentos com a analista na UTI e na enfermaria, João começou a falar do impacto do diagnóstico e em como esse momento o fez retornar para sua história: *“Doutora, eu sei do HIV, eu ouvi bem quando o médico me disse, mas nesse momento não posso nem pensar em nada sobre isso. Você sabe o que fizeram comigo? Você acha que hora de almoço é hora de revelar um diagnóstico desses ao paciente? Você devia avisar e ensinar os médicos o melhor momento para falar disso! Isso não é qualquer coisa, como se fosse um resfriado e tudo bem, logo passa. Eu estava comendo, você sabe o que significa a comida e momento da refeição para mim? Eu vim do Norte, do Pará, eu sou de cinco irmãos, morávamos em um lugar muito simples, na hora da refeição, quando tínhamos o que comer, esse momento era sagrado, agradecíamos e comíamos, em SILÊNCIO, quando se come não se fala, é assim que funciona pra mim. Sentávamos todos à mesa, meu pai e minha mãe [chora muito ao contar]. Enquanto eu não conseguir DIGERIR o diagnóstico, não vou conseguir aderir o tratamento... por isso nem venha me falar ou tentar me convencer de algo nesse momento”*.

João conta essa parte da sua história com muita angústia e sofrimento. Nesses primeiros momentos não consegue entrar em contato com a doença. O efeito do diagnóstico o faz entrar contato com algo muito singular de sua história e da sua relação com o alimento. O momento da revelação do HIV na hora do almoço vem para cindir esse momento. João associa imediatamente a sua *dura história* (como ele a chama), que o faz reviver com muita angústia. Lacan (1954, p. 22) traz a possibilidade de o sujeito reconstruir a sua história, na medida em que “a história

não é o passado. A história é o passado na medida em que é historiado no presente – historiado no presente porque foi vivido no passado”. O tempo do inconsciente é outro... João não se permite entrar em contato com o diagnóstico do HIV no hospital, utiliza o momento da revelação para entrar em contato com sua história, fato que o fez reviver e rememorar todo seu passado e seus significantes, eventos formadores de sua existência, carregado de muito sofrimento. Com a oferta pode-se criar a demanda, e a demanda de um sujeito em análise pode possibilitar um caminho para a reintegração do sujeito com a sua história, de modo que ele possa reconstruí-la a partir das contingências.

5.1 O analista como possibilidade de escuta do sujeito da não adesão: com a oferta se cria a demanda

O trabalho do psicanalista se dá a partir de uma oferta - a oferta de escutar o sujeito que se disponha a falar de si e de seus acontecimentos corporais, da experiência com o adoecimento e do momento da nomeação do diagnóstico.

Segundo Pacheco Filho (2015), a oferta, a demanda e a resposta do analista se destacam na disjunção entre elas, na medida em que não se superpõem. O autor cita Colette Soler, que explica que se trata do modo paradoxal pelo qual o discurso do analista opera: ele apresenta uma oferta anterior a uma demanda e, uma vez estabelecidas a demanda de análise e a relação transferencial que a sustenta, pode-se observar que a resposta do analista, a partir do lugar onde ele opera, encerra uma contradição e uma frustração da demanda do paciente.

Segundo Rosa (2016), a escuta psicanalítica é, desde Freud, transgressora em relação aos fundamentos da organização social. Dessa escuta do sujeito desejante, quando se revela como tal, o psicanalista não sai isento, seu posicionamento político e ético é necessário, a dimensão ético-política fica em primeiro plano.

Parece que quanto mais presente o discurso universitário na proposição de soluções e modos de vida ao sujeito, mais o sujeito demanda ajuda, por isso a presença dos analistas e o seu posicionamento ético e político nas instituições de saúde se fazem importantes para discutir o que aparece da ordem do sujeito do inconsciente a partir da não adesão.

O trabalho do psicanalista difere das outras propostas terapêuticas, por não dar garantias *a priori* e pelo analista se apresentar anterior a uma demanda. Segundo Moretto (2002), em Psicanálise, aceitar uma demanda não significa respondê-la. O psicanalista deve apurar a demanda do paciente, pois é ela que vai sustentar o decorrer das entrevistas preliminares e a duração do tratamento analítico em relação ao seu sintoma.

A clínica psicanalítica, em contraste com a clínica médica, valoriza a diagnóstica espontânea trazida pelo próprio paciente, ou seja, sua autodiagnóstica. Diagnóstico como uma nova forma de vida que deve levar em consideração o sofrimento em sintoma ou mal-estar (Dunker, 2015).

O trabalho do psicanalista na instituição de saúde, segundo Moretto e Prizskulnik (2014), faz-se a partir da articulação da clínica com a teoria, sendo responsabilidade do psicanalista a transmissão do saber que ali se constrói, pelo seu trabalho com o paciente e equipe, posto que o que interessa ao psicanalista é a clínica do paciente e os efeitos disso para o paciente e a instituição.

Nesse momento será exposta breve experiência clínica, para demonstrar como a posição e a escuta do analista frente a um pedido médico em uma situação de não adesão ao tratamento se faz importante na instituição, para sustentar o que é da ordem do sujeito do inconsciente. O fato demonstra como o diagnóstico de uma doença crônica e o seu tratamento obedecem a uma lógica subjetiva. O tempo do diagnóstico e a aceitação da doença não são racionais nem cronológicos. O tempo obedece a outra lógica, o instante de ver o que está no seu corpo não é o mesmo do diagnóstico e nem o mesmo tempo de compreender o tratamento, como será visto a seguir.

Francisco, de 39 anos, foi internado com quadro agudo de tuberculose, causada pelo não tratamento de sua doença de base, a AIDS (diagnosticada há 12 anos e desde então sem tratamento). O pedido veio pela equipe de Infectologia, pelo motivo de o paciente ser portador do HIV há 12 anos e não ter procurado tratamento para a doença. Além disso, o paciente estava muito angustiado com seu quadro clínico. A solicitação médica ia além do pedido de interconsulta, pois o médico telefonou para passar o caso e comunicou sobre a angústia do paciente, pois não queria falar com ninguém da equipe e família, inclusive, alertou de uma possível recusa, apesar de ter sido avisado do chamado à Psicologia. O paciente pediu ao

médico para não contar sobre o diagnóstico de HIV aos seus familiares nem mostrar o seu prontuário, pois tem uma irmã médica. Não avisou ninguém sobre a internação, estava com medo da evolução da doença e angustiado - o médico repetia essa condição ao falar. O médico assegura ao paciente o sigilo do diagnóstico e do acesso do prontuário, do qual só o paciente e equipe teriam acesso.

Quando cheguei ao quarto, Francisco estava em isolamento (todos que entrassem deveriam usar uma máscara para proteção contra possível contaminação da tuberculose). Ele ainda estava em investigação para qual tipo de tuberculose. O paciente, claramente angustiado, estava sentado no sofá, inquieto, já afirmava que sabia da minha visita e logo me perguntou o que eu queria que ele falasse: “é sobre o HIV? Não quero falar sobre isso”. Disse-lhe que viera para escutá-lo, ele ficou meio desconcertado, não compreendeu o meu pedido. Comuniquei a ele novamente que estava ali para escutá-lo e que ele podia me dizer o que estava passando pela sua cabeça nesse momento. Francisco estava tomado pela angústia, queria saber quando teria alta, a data dos resultados dos exames e que ninguém podia saber do HIV, para eu avisar toda a equipe que caso alguém perguntasse sobre o diagnóstico que dissesse que estava com uma gripe muito forte (para justificar o uso da máscara). Perguntei-lhe o que o trouxera ao hospital. Ele então parou com o discurso prolixo, cheio de pedidos e falou: “*eu **esqueci** do HIV, e não foi qualquer **esquecimento** Doutora, pois já faz 12 anos... e por isso nunca procurei tratamento*”. Indaguei-lhe como foi que descobriu o vírus e ele contou ter feito exames de rotina e que nunca imaginou ser passível de contaminação. E quando o médico falou sobre o HIV, ele não acreditou nem imagina como pode ter sido contaminado. O médico indicou o tratamento, mas ele não procurou, pois não acreditava no diagnóstico, seu corpo estava bem de saúde e, como me disse, logo **esqueceu** isso. Aqui algo da dimensão imaginária (de defesa), da não adesão já se faz presente, uma modalidade imaginária do sujeito de tampar o real da decadência corporal e também como modo de sustentar a fantasia.

Francisco ocupava posição social importante, ia muito bem no seu trabalho, viajava para ministrar cursos e não conseguia imaginar contar para alguém sobre o HIV. Tinha medo de alguém descobrir e o HIV prejudicar sua profissão: “*o que vão pensar de mim? Não vão querer comer minha comida, vão ter medo de serem*

contaminados, ninguém pode saber” - ele repetia isso a todo o momento. Voltado para o pedido de ir logo para casa e saber o resultado dos exames, ele mantinha o pedido de não contar a ninguém sobre o diagnóstico. Para a sua família ele ainda estava viajando. Durante todo o atendimento manteve-se muito angustiado, mas aceitou o retorno da analista quando o questionei.

No dia seguinte, durante o atendimento, Francisco pediu para fazer o tratamento em casa, pois estava difícil ficar internado. Disse que dessa vez ia seguir o tratamento contra o HIV e a tuberculose. O médico preferia fazer o tratamento em regime de internação, mas como Francisco mantinha importante quadro de angústia e pedia para terminar o tratamento em casa, o médico acabou consentindo, mas com a condição de ele seguir o tratamento à risca. Francisco disse compreender e “jurou” seguir o tratamento prescrito. A alta foi dada. O médico alterou todo o esquema medicamentoso para via oral e recomendou repouso e ingestão de todos os medicamentos prescritos e retorno ao médico e ao serviço especializado após 10 dias. O paciente também foi orientado a manter os atendimentos psicológicos, o que compreendeu e aceitou. O diagnóstico do HIV ainda era uma questão importante para Francisco, ainda não o aceitava, apesar de dizer que iria seguir o tratamento. O paciente mantinha-se angustiado e apenas pedia para ter alta, com a promessa de tomar os remédios. O médico, na conversa com a psicóloga, no pós-alta, revelou sua indignação de o paciente **esquecer** um diagnóstico desse e como a doença oportunista (a tuberculose) demorou para aparecer, já que ficou tantos anos sem tratamento.

Um dado interessante foi verificar, *a posteriori*, como a transferência com a analista e com a equipe já estava estabelecida por Francisco, mesmo com a insistência do médico em procurar outro serviço de saúde, pois o lugar sugerido era referência para o seu problema, com mais recursos e estrutura, Francisco voltou após uma semana ao hospital apresentando fortes dores na cabeça e com quadro clínico pior em relação à internação anterior. Solicitou ficar no mesmo andar, para poder receber atendimento com a mesma enfermeira, psicóloga e médico. Já havia nesse momento a transferência instalada na relação do paciente com a equipe e uma demanda de ajuda por trás da segunda internação.

A Psicologia foi imediatamente acionada pela Enfermagem com o pedido: *“paciente voltou para o hospital, não conseguiu seguir o tratamento em casa e não*

contou a ninguém da família ainda". A primeira intervenção da analista se deu com a equipe, no sentido de ressaltar a importância em sustentar a escolha do paciente pelo hospital e não insistir ou pedir para que procurasse outro serviço. Solicitei, inclusive, que esse médico passasse com esse paciente, e não outro da equipe, pois a transferência era com ele e não com outro membro da equipe da Infectologia. O médico alegou não entender por que o paciente voltara, mas disse: *"como você sabe das coisas, é melhor eu aceitar e fazer"*. A enfermeira também compreendeu sua importância e o papel nos cuidados com o paciente.

No atendimento, Francisco contou como foi difícil e angustiante arquitetar o caminho para tomar os remédios e como não conseguiu mesmo aderir ao tratamento e tomar as medicações em casa, sua mãe estava com ele nesse período em casa. Ele imaginava que sua mãe poderia vê-lo tomando os remédios e logo iria questionar a quantidade de comprimidos, e só de imaginar em ter que entrar em contato com o HIV e contar a ela ele não conseguia pegar os remédios na gaveta e tomar, só de pensar em tomar os medicamentos ele já ficava angustiado. O fato é que foi piorando a cada dia. Febre alta, calafrios e dores de cabeça foram tomando conta do seu corpo. A intervenção da analista se deu em pontuar o que estava no campo da fantasia, nas suas ações e no seu modo de funcionamento, pois justificava não conseguir tomar os remédios na presença da sua mãe e o medo de alguém saber do HIV. A angústia derivada desse conflito psíquico o fez paralisar diante da possibilidade de aderir o tratamento. A pontuação da analista é apenas repetir a forma como ele funciona, com base no seu discurso, e perguntar se é assim mesmo o seu funcionamento, até mesmo no que se refere ao seu corpo, ao HIV e ao tratamento. Nesse momento a analista fez o corte da sessão. Francisco logo questionou por que ia embora justo nesse momento do atendimento. Comuniquei que precisava ir, mas que voltaria. E que caso ele precisasse muito falar comigo, solicitasse à Enfermagem. Saindo do quarto, avisei à enfermeira para me ligar caso Francisco solicitasse a Psicologia.

Francisco logo solicitou a Psicologia. Quando retornei, ele me diz que eu o fizera o pensar muito em coisas que nunca tinha se dado conta nem desconfiava. A pontuação da analista no seu significante mestre fez o paciente abrir o seu discurso e poder associar o seu modo de funcionamento à recusa a entrar em contato com a doença (a AIDS) e, conseqüentemente, com o tratamento. Francisco então

consegue tomar algumas decisões. Manteve o sigilo de não contar a alguém da sua família, com exceção do irmão, sacerdote de uma igreja, pois achava importante alguém saber o que ele tinha, caso um dia piorasse novamente. Decidiu liberar visitas e ele mesmo diria que estava com forte gripe, por isso o uso da máscara. Pude retornar e entrar em contato um pouco com a sua história, o que o fez perceber como era disponível para os outros nas relações sexuais, de forma ingênua, mesmo tendo namorado há muito tempo. *“Isso que dá confiar nos outros”*. O paciente conseguiu, pela palavra, se apropriar do diagnóstico depois de 12 anos. Disse que agora não tinha como esquecer, pois sabia que o esquecimento ia acarretar sérias consequências no seu corpo. E declarou que ainda quer viver por muito tempo, então o jeito era saber lidar com ela.

Ele tinha a pretensão de mudar de cidade, mas queria continuar com os atendimentos psicológicos. Pediu-me indicação da linha da qual eu faço parte. O médico ficou surpreso com a rápida melhora clínica e laboratorial do paciente e de como o quadro de angústia melhorou. E perguntou: *“o que você fez com Francisco para ele mudar tanto e aceitar o tratamento? Ele está muito melhor!”*

Com a oferta pôde-se criar a demanda, demanda para tratar e para entrar em contato com a angústia e com aquilo que o sujeito não sabia. O trabalho analítico se deu como uma aposta de o sujeito entrar em contato com a doença e o porquê dos seus atos falhos e o esquecimento durante anos. Os breves atendimentos clínicos no hospital, mas não sem efeitos significativos para o sujeito, possibilitaram Francisco a aceitar o HIV à sua maneira e poder conviver com isso e tratar a doença. A aceitação do diagnóstico possibilitou-lhe a abertura de novas formas de viver e uma possibilidade, com a análise de reconstruir sua história a partir do HIV.

5.2 Os desafios atuais do analista para inserir a Psicanálise nas propostas terapêuticas aos pacientes com doença crônica no campo das políticas públicas

Em vista dos efeitos clínicos da Psicanálise nos pacientes, o que seria preciso para, além da técnica da clínica, a Psicanálise estar dentro da discussão das diretrizes e implementação dos projetos terapêuticos aos usuários de saúde? O que

se deve transmitir além dos efeitos da clínica do caso a caso com a equipe, para a Psicanálise encontrar ressonâncias no campo da saúde?

Sabe-se do paradoxo existente da Psicanálise com a questão do duplo pertencimento, por um lado a Psicanálise não ser uma terapêutica como as outras e por outro de estar no campo extraterritorial em relação aos outros discursos. Lacan (1953b, p. 327), em seu texto “*Variantes do tratamento padrão*”, relata: “todo reconhecimento da Psicanálise, tanto como profissão quanto como ciência, propõe-se apenas a destacar um princípio de extraterritorialidade, ao qual é tão impossível o psicanalista renunciar quanto o é não negá-lo”. O paradoxo da Psicanálise é uma condição para a qual o analista deve estar alerta e nunca perder de vista quando estiver dentro de instituições não psicanalíticas, mas não deve tomar esse paradoxo como impedimento para circular e transmitir a Psicanálise nos outros campos de saber.

A discussão do analista na instituição e os seus desafios se faz atual, Brunhari e Darriba (no prelo) falam:

“O analista na instituição está para ser representado pelas nuances da conjunção “e” que, ao ligar os substantivos, estabelece relações de adição, oposição, consequência e inclusão. Não se trata apenas de uma relação em que impera a adição na qual se envolveriam a Psicanálise e o hospital em uma conjuntura colaborativa e sem atritos. A duração da questão sobre a Psicanálise e o hospital se pauta pela problemática do lugar do psicanalista. A fragilidade e a impermanência desse lugar não o firma como uma certeza ou um dado certo do lugar do analista. Sendo assim, a Psicanálise nunca estará no hospital de modo definitivo, o que a convoca a um retorno sobre a experiência.”

A questão passa sempre pela problemática do analista em se manter na instituição e de estar inserido nas equipes de forma efetiva. O fato de não se ter um lugar firme e tranquilo no hospital ou em qualquer instituição de saúde não isenta o psicanalista de criar modos de intervenção para sustentar a escuta do sujeito. O retorno à experiência é a clínica, mas como esse retorno pela experiência pode fazer sustentar a Psicanálise nos pilares da saúde? A consequência do analista na instituição também pode se dar na tentativa de introduzir o conceito de inconsciente na discussão das políticas públicas. Mas será que existe uma resistência dos psicanalistas em transmitir os efeitos do saber analítico para os outros discursos?

Apesar de ser um campo denso, Pacheco Filho (2015) acredita ser promissor encontrar profissionais e pensadores envolvidos com as políticas governamentais de humanização em saúde, em cujas reflexões podem ser encontradas ressonâncias com formulações lacanianas fundamentais. O autor arrisca algumas proposições psicanalíticas importantes para avançar na discussão nesse campo. São elas: o

reconhecimento da singularidade do sujeito e a noção do falta-a-ser e a constatação da impotência das ordenações do discurso uiversitário e dos problemas de uma ciência que “foraclui” o sujeito.

Posto isso, em discussão, como pensar em propostas terapêuticas que levem em consideração a singularidade dentro das instituições de saúde, propostas voltadas para sustentação de protocolos que consideram a subjetividade do sujeito ali inserido no processo saúde-doença?

Em sua tese, Moretto (2006) afirma que trabalhar na diferença dos discursos não é, e nunca será, a escolha mais fácil, mas é preciso não ceder do desejo de analista. Ainda que sejam considerados relevantes os avanços da Ciência em nome da saúde e da vida, é função de um analista convocar o sujeito à responsabilidade e às consequências de suas escolhas.

Ratti e Estevão (2015) afirmam que é preciso manter os laços sociais, direcionando o ato de forma que o praticante da Psicanálise consiga se posicionar politicamente e sustentar uma diferença na instituição. Alegam a necessidade de abrir mão do narcisismo das pequenas diferenças e propiciar espaços para discussões relevantes para a maioria das pessoas. O caminho para isso, segundo eles, é levar os avanços para a instituição, mas isso implicaria manter o compromisso com o ato do analista. Esse ato acontece em dois momentos: o do analista na instituição e o das condições clínicas do paciente.

Na discussão sobre a construção de caso na instituição de saúde, Figueiredo (2010) alega que deve haver ao menos um psicanalista sustentando, entre tantos outros, para fazer valer a qualidade da experiência a partir do sujeito de cada caso. A autora afirma que o analista pode ser um entre os demais profissionais que exerçam a função de supervisão ou matriciamento, que é um modo de transmissão desse “saber fazer no ato”, em um fazer junto. Se não, nos enredaremos em terapias e pedagogias infundáveis na busca de normatizar, regular e controlar o que nos escapa incessantemente.

Alberti (2006) entende que a Psicanálise tem como uma das suas maiores responsabilidades no hospital recentrar, sempre novamente, o lugar do sujeito. Isso se torna possível por causa da própria estrutura do discurso do psicanalista, único discurso que se dirige ao sujeito.

O psicanalista nas instituições deve fazer circular o discurso do analista, circular entre os outros discursos que negam a causa do desejo, como os tratamentos que visam à adaptação do sujeito à sociedade em detrimento de sua singularidade (Quinet, 2009). É também aquele que denuncia que a “não adesão” não é disfunção e suporta a singularidade dentro dela em contrapartida à universalização dos fenômenos físicos e subjetivos, a partir da possibilidade de circular entre os outros discursos.

É preciso ouvir esses pacientes com doença crônica, dar-lhes tempo para falar e não compreender a não adesão de imediato. Marcon (2016) se pergunta qual o efeito de não compreender. Simplesmente o de comprometer aquele que fala a precisar dessa demanda, a desenvolver suas associações a respeito, a começar a comprometer-se com sua história. Com isso, que é tão raro, o singular de cada vida.

Questionamentos importantes no campo analítico são feitos no sentido de como manter e viabilizar propostas singulares sustentadas pela Psicanálise no campo da saúde. Pacheco Filho (2015) questiona: como pensar a contribuição dessa forma de discurso, que não tem como ponto de apoio ou “pedra de toque” basilar a noção de “cuidado”, em um campo (o da saúde) em que essa noção é considerada fundamental? Como estabelecer a interlocução dos que se inspiram no discurso analítico com os demais profissionais e pensadores do campo da saúde? Como viabilizar sua participação nas equipes multidisciplinares que atuam nesse campo?

É fato que quem se arrisca a atuar no campo da saúde vai se deparar com algo de difícil acesso no início, pois o cenário é de ordenamento e instrumentalização do corpo. A voz e o sofrimento do sujeito têm pouco espaço para ser escutado nas instituições e nas diretrizes de atenção à saúde. Dessa forma, o trabalho do analista nas instituições é nutrido de muito empenho e dedicação, requer uma habilidade do analista em transitar na clínica, com as equipes e com as propostas institucionais. *A priori*, seria mais fácil o analista se manter apenas na vertente clínica com o paciente, pois falar com as equipes exige a insistência do psicanalista, pois eles nada sabem ou imaginam sobre o que é da ordem do sujeito do inconsciente.

Por isso, a interlocução do psicanalista com os outros discursos na instituição se faz necessária a todo o instante, só com a insistência de promover o diálogo com

as equipes é possível poder sustentar o avesso das práticas universalistas e objetivistas e objetalizantes para elevar o sujeito do desejo e do inconsciente. Por isso, o que mantém os analistas nas instituições sustentados pela ética da Psicanálise nada mais é do que o desejo do analista em fazer valer e dar voz ao lugar ao sujeito do inconsciente, mesmo quando as condições para isso acontecer se mostrem quase impossíveis.

No capítulo dois deste trabalho pôde-se percorrer algumas diretrizes e propostas de cuidado ao usuário da saúde pelo SUS. Essas propostas mostraram dificuldade em lidar com a ascensão das doenças crônicas e, conseqüentemente, com o cenário da não adesão. Os programas são formatados *a priori* e não conseguem dar conta do sujeito, acabam impondo condutas e políticas de cuidado que nada têm a ver com o sujeito ali inserido. Sequer dão espaço para uma escuta mais atenta do sofrimento ali instalado e da demanda em questão, a não adesão.

Os modelos da clínica ampliada e PTS avançam muito em tentar quebrar a soberania do olhar médico sobre a doença e o doente. Ampliam o olhar e a forma de tratar o paciente, deixando de considerar apenas o saber clínico-organicista, o que permite a inserção da história do paciente para a definição de condutas terapêuticas e mais integração com os outros saberes, levando em conta o quadro de vulnerabilidade social do sujeito. São propostas que vão na contramão da instrumentalização do corpo e ampliam a forma de tratar a saúde dos usuários. Mas ainda estão sustentados no modelo de sujeito apoiado apenas na consciência, na razão e no entendimento do paciente, não levam em conta o sujeito do inconsciente, suas fantasias, sintomas e modos de gozo.

O analista na instituição se faz importante para sustentar projetos terapêuticos que levem em conta o sujeito do inconsciente como via possível para fazer emergir o que há de mais singular no tratamento da doença crônica, em contrapartida às tentativas de normatização que não dão conta do fenômeno da não adesão. Mas isso não basta ou parece não ser suficiente para fazer os efeitos da Psicanálise ressoarem em âmbitos com mais amplitude. O desejo do analista é necessário para sustentar o seu lugar na instituição. Já em relação a transmissão da Psicanálise nos outros campos, o que falta para o analista transmitir a sua prática e ter efeitos significativos no campo das diretrizes da saúde?

Não se trata de querer que a Psicanálise seja o cerne das políticas públicas ou das instituições, até porque a Psicanálise nunca se propôs a isso, mas que os conceitos psicanalíticos possam estar inseridos nas diretrizes de cuidado aos usuários da saúde de alguma forma. De alguma maneira é melhor aceitar a Psicanálise parcialmente nas políticas públicas em saúde do que ignorá-las ou recusá-las totalmente, mas para isso talvez necessite trazer os conceitos discursivos da Psicanálise para o público (L. Elia, comunicação pessoal, 20 de abril de 2018). Esse enunciado se faz relevante, pois vivemos um momento em que predominam políticas de normatização ao paciente.

O importante é lembrar que se o sujeito tenderá a retornar à lógica social e discursiva existente, a clínica põe isso à prova a todo o momento, seja nos consultórios ou nas instituições, os analistas precisam propor e supor outras coisas para além do que já se tem sobre a compreensão da não adesão, algo para além do indivíduo, inclusive sugerir novas formas de oferta de tratamento e produção de saber a esse campo.

Deve-se perguntar o que acontece com esses pacientes, não no sentido do problema da não adesão ser resolvido, mas para poder avançar teoricamente em relação aos modos de recusa do sujeito em relação a um corpo doente, cheio de limitações e cuidados. Avançar teoricamente sobre modos de gozo do sujeito e sintomas desenvolvidos a partir do diagnóstico da doença crônica e da não adesão. Foi possível notar pelas experiências clínicas como a queda narcísica do corpo doente, a destrutividade e as fantasias ali inseridas no sujeito estão presentes na não adesão, longe de qualquer medida educativa ou de normatização em dar conta do sofrimento ali instalado.

A não adesão vem para revelar algo da subjetividade muito peculiar da nossa contemporaneidade expressa na relação do sujeito com o corpo diagnosticado, este fadado ao crônico e ao incurável. Ir além da técnica se faz importante nesse momento, para seguir na direção de tornar pública e transmissível a posição da Psicanálise em relação ao que é a não adesão ao tratamento em doenças crônicas pela via do sujeito inconsciente.

O analista, a partir da Psicanálise, vem oferecer um dispositivo de aposta na instituição, sustentado em outro modo de compreender as formas de cuidado, não dando garantias de adesão e nem de qualidade de vida ao paciente após os

atendimentos. A aposta passa pela possibilidade do sujeito poder se haver com os seus sintomas, fantasias, queixas e a não adesão compreendida a partir da escuta do inconsciente. O analista amparado na clínica consegue dar voz ao sujeito e sustentar, a partir da Psicanálise, o que é de mais singular no tocante ao modo como o sujeito vive a partir de um diagnóstico e ao tratamento de uma doença crônica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentamos compreender a não adesão ao tratamento em doenças crônicas através do olhar psicanalítico, sustentado por conceitos centrais, tais como o inconsciente, a lógica entre demanda e desejo, o sintoma, passando por gozo e ato para compreender a não adesão como uma manifestação do sujeito do inconsciente. Na medida que a tentativa não se faz conclusão, propor a política da não adesão como sendo o inconsciente é uma forma de avançar teoricamente sobre o fenômeno e propor contribuições significativas ao campo da saúde.

Levantar e percorrer a literatura científica produzida sobre a definição médica de doença crônica, índice de não adesão, fatores de risco e as formas de tratamento oferecidas foram necessárias para problematizá-la e traçar como estes impasses podem ser tratados a partir da psicanálise lacaniana.

Não se contentar com a definição dada pelo discurso médico em relação a não adesão se fez importante, pois definir a não adesão no que tange apenas seguir ou não uma prescrição médica é ficar limitado a uma posição que não se permite perguntar o que está para além de um simples comportamento, afinal, porque o paciente não adere ao tratamento? É só a partir desta pergunta e dessa posição em desejar saber o porque cada paciente não adere que é possível dar um passo anterior a definição da não adesão e trazer contribuições relevantes através da escuta do sujeito do inconsciente, no sentido de como a doença pode afetar o psiquismo e o comportamento do sujeito, por isso esse trabalho serve para discutir o fenômeno da não adesão no campo clínico e institucional.

Ouvir a não adesão é aderir a um projeto terapêutico singular à maneira do sujeito, o sujeito do inconsciente. Mas é uma forma tão singular de “aderir”, que só é possível perceber quando se tem uma escuta peculiar de quem fala e uma posição para compreender para além do Eu. A não adesão é um modo muito interessante de lidar com a doença, do qual o protagonista entra e sai de cena a todo o momento.

A não adesão a um tratamento significa muito mais do que simplesmente aderir ou não a uma prescrição médica. Aderir um tratamento significa aderir a uma nova condição de vida; aderir é poder se apropriar de um corpo doente e não mais saudável como imaginado; aderir é lembrar que seu corpo não volta mais ao que era e que a “cura” ao estado anterior já não é mais possível. Aderir ao tratamento é

aceitar muitas limitações e assumir uma queda da posição narcísica com o corpo. Mas, vemos que não aderir implica na manutenção de uma posição de gozo ou ainda de uma posição de recusa de se fazer objetalar e normatizar. Logo, aderir ou não remete a uma quantidade grande de fatores que direcionam para a singularidade de cada caso.

O intuito desta dissertação sustentada por conceitos e princípios psicanalíticos foi tentar estabelecer um diálogo dos que se inspiram pela circulação do discurso analítico com os demais profissionais e pensadores do campo da saúde, para poder inserir a noção do sujeito do inconsciente e do desejo nas discussões sobre a não adesão ao tratamento em doenças crônicas.

Não se pode dizer que a não adesão seja por uma causa determinada, ela é multifatorial como vimos. Por sua vez, a Psicanálise vem marcar a diferença entre os discursos e, assim, abrir espaço para a singularidade, possibilitando que o sofrimento do sujeito possa ser reconhecido pelas equipes e, assim, ser “tratado “a partir de um outro olhar.

A diferença epistemológica entre o discurso médico e o discurso psicanalítico, não pode ser um obstáculo da Psicanálise e nem do analista, para propor e sustentar algo da escuta do sujeito no que diz respeito à circulação e a transmissão do saber psicanalítico nos outros discursos. Acreditamos que é no avanço do diálogo com o discurso médico e com o discurso da ciência, que se faz possível propiciar uma discussão sobre a singularidade do sujeito do inconsciente no campo da saúde.

A função do analista sustentado pelos princípios e a ética da Psicanálise é de apontar o singular e sustentar a escolha do sujeito diante da equipe, podendo mobilizar a tentativa única de soma de saberes e, desse modo, evidenciar a diferença do caso discutido diante de propostas universais. Sustentar a diferença é sustentar o limite dos saberes em relação ao sujeito e ao mesmo tempo criar um espaço possível para o sujeito existir em sua singularidade, mesmo que seja pela não adesão.

É uma práxis que não vai garantir a adesão, que não vai prescrever nem convencer, mas que lida com o inconsciente, e a partir dele com seus fenômenos, tais como, os atos falhos e os esquecimentos tão presentes nas falas dos pacientes, mas sem se voltar para uma prática normativa, e sim uma prática voltada para uma

escuta em direção ao sintoma, da fantasia, do gozo, de levar em conta a diferença entre a demanda e o desejo, e a decisão em forma de ato, ou seja, de lidar com o sujeito dividido.

Discutir a importância da transmissão dos efeitos analíticos como tática de inserir a Psicanálise na discussão das políticas públicas de saúde é o desafio contemporâneo que se coloca para o analista, para poder propor projetos terapêuticos singulares a partir do estabelecimento de políticas públicas que levem em conta o sujeito do inconsciente.

Dessa maneira, abrir a discussão da não adesão para pensar em ações sustentadas pela ética da Psicanálise, em contrapartida das propostas de modelos educativos e normativos, para lidar com esses pacientes se faz importante para avançar na compreensão da não adesão para pensar o que da ordem do sujeito ele não consegue suportar do ponto de vista psíquico e subjetivo em relação ao limite do corpo em viver com a doença e a submissão aos tratamentos. A necessidade de mais trabalhos para extrair o que não se suporta na doença crônica e no tratamento, são relevantes para chegarmos ao que é de mais singular no sujeito do inconsciente em relação a não adesão.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S. (2006). A estrutura e as redes em Psicanálise. In: S. Alberti, A. C. Figueiredo (orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. (orgs). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Ansermet, F. (2014). Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção lacaniana online. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo (ano 5, n. 13).
- Arán, M., & Alcides, R. (2010). Sobre a clínica da dor: o desafio da construção de um espaço terapêutico. In: J. Birman, I. Fortes, & S. Perelsu. (orgs). *Um novo lance de dados: psicanálise e Medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Cia Freud (p. 89-106).
- Bassols, I., Puig, M. (2015). *A Psicanálise, a ciência e o real*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Batista, M. C. D. (2014). Avaliação do risco clínico e as parcerias necessárias: o analista lacaniano prescinde das medicações? In: J. Forbes. (org.). *Psicanálise, a clínica do real*. São Paulo: Manole (p. 347-366).
- Bobbio, M. (2016). *O doente imaginário: os riscos de uma medicina sem limites*. Tradução de Mônica Gonçalves. (1. ed.) São Paulo: Bamboo.
- Borges, S. A. C., & Porto, P. N. (2014 abr-jun.). Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 38(101), 338-346.
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. *HUMANIZA SUS – Documento Base Para Gestores e Trabalhadores*. Brasília: MS (4. ed.).
- Brasil (2011). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília Ministério da Saúde.
- Brasil (2014). Fundação Nacional da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*, Gabinete do Ministro, Brasília. Seção 1, p.50.52.

- Brunhari, M. V., & Darriba, V. A. (no prelo). *Psicanálise e hospital, hoje. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.*
- Calligaris, C. (2017 ago. 17). Riscos de morte e riscos de vida. *Folha de São Paulo. Ilustrada. Colunista do Jornal.*
- Camargo, L. A., Capitão, C. G., & Filipe, E. M. V. (2014 maio-ago.). Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. *Psico-USF Bragança Paulista*, 19(2), 221-232.
- Campos, H. S. (2004). Asma e DPOC: vida e morte. *Boletim Pneumologia Sanitária*, 1(12), 39-55.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.
- Conselho Regional de Medicina. (2009). *Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Cotet, S. (2005). A aceleração dos efeitos terapêuticos em psicanálise. In: T. C. Santos (org.). *Efeitos terapêuticos na Psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec (v. 01.212).
- De Luccia, D., Sabino de Freitas, C. C., Ribeiro, D.L., Scanni, L. P., Braga, M.B., Valle, S. H. A., Boldarine, S., Montanher, V. F., & Moretto, M. L. T. (2015 jan-jul., jul-dez.). O protagonismo no projeto terapêutico singular: singularidade e implicação so sujeito no nível terciário em saúde. *A peste*. São Paulo, 7(1 e 2), 61-76.
- Dixon, M., & Sweeney, K. (2000). *The human effect in medicine: theory, research and practice*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Dunker, C. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. (1. ed.). São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C. (2002). *O cálculo neurótico do gozo*. São Paulo: Escuta.
- Dunker, C. (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*. São Paulo: Escuta (p. 65-88).
- Dunker, C. (2017). Subjetividade em tempos de pós-verdade. In: C. L. Dunker, C; Tezza, J. Fuks, M. Tiburi, & V. Safatle. *Ética e pós-verdade*. Porto Alegre: Dublinense (p. 9-41).

- Estevão, I. R., & Metzger, C. (2015 jan-jul., jul-dez.). Acompanhamento terapêutico: tática, estratégia e política. *A peste*. São Paulo, 7(1 e 2), 77-87.
- Farias, C. N. F. (2004). *Psicanálise/Medicina: qual laço possível?* Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, ano 5.
- Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A. B. H. (1995). *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira.
- Ferreira, R. A., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2014 abr.). Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(4), 815-826.
- Figueiredo, A. C. (2005 nov.). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, ano 3 (5), 44-55.
- Figueiredo, A. C. (2010). Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental, em Guerra. In: A. M. C., & J. O. Moreira (orgs.). *A Psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: CRV (p. 1-8).
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano, entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Zahar. Trad. Maria de Lourdes Duarte Sette.
- Freud, S. (1901). *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (v. 6). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Trad. Jayme Salomão.
- Freud, S. (1915). *O inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Trad. Luiz Alberto Hans (6. ed.).
- Freud, S. (1916). *Os atos falhos. Obras completas: Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. Trad. Sérgio Tellaroli (1. ed., v. 13).
- Freud, S. (1930). *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2011. Trad. Paulo César de Souza.
- Garbin, C.A.S., Gatto, R.C.J., & Garbin, A.J. (2017). Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão de literatura. *Arch Health Invest* 6(2): 65-70
- Gewehr, R. B., Baêta, J., Gomes, E., & Tavares, R. (2017). Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. *Psicologia USP*, São Paulo, 28(1), 33-43.
- Gonçalves, H., Costa, J. S. D., Menezes, A. M. B., Knauth, D., & Leal, O. F. (1999 out-dez.). Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul:

na perspectiva do paciente. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(4), 777-787.

Hoffmann, C. (2012 jan/jun.). O sujeito e seus modos de gozo. *Ágora*, Rio de Janeiro, (1), 9-13.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). IBGE: perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.

Joosten, E. A. G., Merillas, L. F., Weert, G. H., Sensky, T., Staak, A. P. F., & Jong, C. A. J. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 77, 219-226.

Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1953a). *Escritos: função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Lacan, J. (1953b). *Escritos: variantes do tratamento-padrão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Lacan, J. (1954). *O seminário, livro 1: introdução aos comentários sobre os escritos técnicos de Freud*. Os escritos técnicos de Freud. (2. ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

Lacan, J. (1958). *Escritos: a direção, o tratamento e os princípios do seu de poder*. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Lacan, J. (1958/1959). *O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

Lacan, J. (1959/1960). *O seminário, livro 7: a ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

Lacan, J. (1962). *Kant com Sade*. Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Lacan, J. (1965). *Escritos: a ciência e a verdade*. Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Lacan, J. (1966). *O lugar da Psicanálise na Medicina. Opção Lacaniana*. São Paulo, 2001, (n. 32, p. 8-14).

Lacan, J. (1969/1970). *O seminário, livro 17: o avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992, reimpressão em 2007.

Laurent, É. (2016). *O avesso da biopolítica: uma escrita para o gozo*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

- Machado, R. (2007). *Uma arqueologia do olhar: Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Zahar (3. ed.).
- Magalhães, P., & Neri, R. (2010). A experiência Balint-Paideia na rede de tensão oncológica. Entre a psicanálise e a medicina: da vivência provada à experiência compartilhada. In: J. Birman, I. Fortes, & S. Perelsu, S. (orgs). (2010). *Um novo lance de dados: psicanálise e Medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Cia Freud (p. 127-143).
- Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2010 jul/set). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 593-605,
- Malta, D. C., Moura, L., Prado, R. R., Escalante, J. C., Schmidt, M. I., & Duncan, B. B. (2014). Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiologia do Serviço da Saúde*, Brasília, 23(4), 599-608.
- Marcon, M. H. (2016). O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde. In: M. Kamers, H. H. Marcon, M. L. T. Moretto (orgs). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: Escuta (p. 25-45).
- Marques Filho, J., & Hossne, WS. (2015). A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Revista de bioética*. 23(2), 304-310.
- Mathias, MC. (2013). *Concepções psicanalíticas sobre o processo de decisão: um estudo com magistrados*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Moraes da Rosa, A. (2004). *Decisão no processo penal como Bricolage de significantes*. Tese (Doutorado em Ciências Jurídicas e Sociais) - Universidade Federal do Paraná.
- Moretto, M.L.T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo (3. ed.), 2013.
- Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, 46(2), 287-298.
- Neves, N. M. B. C., & Siqueira, J. E. (2010). A bioética no atual Código de Ética Médica. *Revista Bioética*, 18(2), 439-450.
- Nogueira Filho, D. M. (2008). *Psicanálise e Medicina*. São Paulo: Escuta.

- Oliveira, G. N. (2007). *O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – Planejamento, Gestão e Subjetividade) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Pacheco Filho, R. A. (2015 jan-jul., jul-dez.). O discurso analítico nas instituições de saúde. *A peste*. São Paulo, 7(1 e 2), 13-16.
- Pagani, R. (2009). *Caderno Humaniza SUS*. Caderno de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Brasília: Ministério da Saúde (n. 27).
- Petreiro, J. (2015). O autoritarismo científico. In: M. I. Puig Bassols. *A Psicanálise, a ciência e o real*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Pinto T. (2012 dez.). Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do DSM a uma saída pela Psicanálise. *Ágora*, Rio de Janeiro, XV(especial), 405-420.
- Priszkulnik, L. (2000). Clínica(s): diagnóstico e tratamento. *Psicologia USP*, São Paulo, 11(1), 11-28.
- Quinet, A. (2009). *A estranheza da Psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ratti, F. C., & Estevão, I. R. (2015). Instituição e o ato do psicanalista em sua extimidade. *Opção Lacaniana Online – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, ano 6 (18).
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008 dez.). Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2299-2306.
- Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S., & Souza, R. K. T. (2014 jan.). Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(1), 126-136.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Sabino de Freitas, C. C. S., Moretto, M. L. T., & Lucia, M. C. S. (2010). *Adesão ao esquema medicamentoso em pacientes com asma: a importância das decisões compartilhadas*. São Paulo, 2010. Monografia (TCC de Especialização em Psicologia) - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Safatle, V. (2016). Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. In: V. Safatle. *O circuito dos afetos: corpos, políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. Belo Horizonte: Autêntica (1. ed. rec., p. 283-313).

- Santos, T. C. (2005). A prática lacaniana na civilização sem bússola. *In*: T. C. Santos (org.). *Efeitos terapêuticos na Psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Sauret, M. J. (2006). Psicanálise, Psicoterapias... ainda. *In*: S. Alberti, & A. C. Figureiredo. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Singh, M., & Kansra, S. (2006). Adherence issues in asthma. *Indian Pediatrics*, 43, 1050-1055.
- Sobral, P. D., Oliveira, D. C., Gomes, E.T., Carvalho, P. O., Brito, N. M. T., Oliveira, D. A. C., Aragão E. R. & Godoi, E. T. (2017 jul/set). Razões para não adesão a fármacos em pacientes com doença arterial coronariana. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, Recife, 15(3), 166-170.
- Souza, H. G., & Pimenta, P. (2014). *Por que elas não (re) tornam? Considerações sobre a não adesão ao tratamento por parte da mulher em situação de violência. Opção Lacaniana Online – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, ano 5 (15).
- Souza, Y. S. (1992). *A subjetividade da decisão: uma leitura psicanalítica no estudo da gestão*. Dissertação (de Mestrado em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Tatit, I. (2016). *A noção de singularidade na psicanálise lacaniana: aspectos teóricos, clínicos e sociais*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Vanier, A., & Vanier, C. (2010). *Entre subjetividade e cientificidade: a tomada de decisão de hoje*. *Ágora*, Rio de Janeiro, XIII(2), 275-292. Tradução: Pedro Henrique Bernardes Rondon.
- Varella, D., & Ceschin, M. (2014). *A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil*. (1. ed.). São Paulo: Pararela.
- Viganò, C. (2012a). A construção do caso clínico. *In*: C. Viganò, & W. D. Alkmim (org). *Novas conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros (2. ed., p. 115-127).
- Viganò, C. (2012b). A nova clínica, os novos dispositivos e a globalização? *In*: C. Viganò, & W. D. Alkmim (org). *Novas conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros (2. ed., p. 129-145).
- Vorsatz, I. (2013). *Antígona e a ética trágica em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.