

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE

CURSO DE PSICOLOGIA

DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

Docente/Orientadora: Karina Carvalho Veras de Souza

Discente: Roberta Ribeiro Nunes

**PSICANÁLISE E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES VIVENDO COM
HIV NO CONTEXTO HOSPITALAR: CAMINHOS E POSSIBILIDADES**

Natal/2023

PSICANÁLISE E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES VIVENDO COM HIV NO CONTEXTO HOSPITALAR: CAMINHOS E POSSIBILIDADES

Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN)

Curso de Psicologia Trabalho de Conclusão de Curso II

Karina Carvalho Veras de Souza

Roberta Ribeiro Nunes

RESUMO

O presente estudo propõe uma breve revisão bibliográfica acerca da não adesão ao tratamento de pacientes vivendo com HIV e sua relação com a equipe de saúde no contexto hospitalar. Em função disso, para identificar os fatores relacionados à não adesão ao tratamento relacionados a equipe de saúde, foi utilizado o aporte da psicanálise. A pesquisa foi sistematizada delineando sobre: o saber médico e o saber psicanalítico no hospital; os efeitos da equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento e as ações e reações da equipe junto ao paciente.

Palavras-chaves: Adesão ao tratamento; Pessoas vivendo com HIV; Equipe de saúde; Contexto hospitalar; Psicanálise.

INTRODUÇÃO

Duarte, Santos & Silva (2022 p.54), reconhece que a implementação da política de acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral (TARV), no ano de 1996, representou um marco no controle da epidemia de HIV, refletindo na redução de internações hospitalares, mortalidade, incidência de desenvolvimento de infecções oportunistas, na diminuição da transmissão vertical do vírus e no aumento da expectativa de vida, uma transição de uma doença aguda para uma doença crônica. Porém, mesmo a mudança dessa perspectiva não garantiu que as pessoas vivendo com HIV de fato aderissem ao seu tratamento.

Freitas (2018) cita um alto índice de não adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas, enfatizando que, apesar do esforço das políticas públicas junto às campanhas de prevenção, conscientização e acesso aos medicamentos, a taxa de não adesão por parte dos pacientes ainda é muito alta. Porque, se no Brasil o tratamento é gratuito e eficaz, uma pessoa o abandonaria? Existem muitos fatores, questões econômicas, questões sociais e de gênero,

raça, que podem afastar o paciente do tratamento. Fatores como o estigma, o preconceito e a discriminação, também exercem um papel importante na não adesão ao tratamento.

Na mesma pesquisa, observou-se que o temor e a preocupação quanto as repercussões em torno da revelação do diagnóstico interferem diretamente na adesão ao tratamento. Ainda, de acordo com os autores, em suas amostras de pesquisa em hospital de referência em infectologia, a não adesão decorre de uma série de fatores que permeiam a diversidade de sentidos, manejos clínicos e dilemas bioéticos, com predominância do olhar individualista e racionalista vindo da equipe de saúde, que, com frequência, questiona a autonomia do paciente, em detrimento do sigilo e da confidencialidade do diagnóstico.

Campos e Ferreira (2023) problematizam a adesão ao tratamento, considerando que ela não se resume simplesmente ao cumprimento de determinações, e relatando que o mais importante, talvez, seja refletir acerca dos fatores que tornam a incorporação de certas atitudes, que são necessárias ao tratamento de saúde, tão difíceis e distantes da realidade de grande parte dos pacientes. Ao pesquisar mais sobre o tema, verificou-se que a subjetividade do paciente, muitas vezes, não é contemplada quando se verifica a priorização do seguimento das recomendações médicas exclusivamente, deixando de lado outras questões igualmente importantes.

Outros estudos reconheceram alguns indicadores capazes de determinar a não adesão ao tratamento, como questões sociais, econômicas, culturais e psíquicas, além do vínculo estabelecido entre o paciente e a equipe. De modo conceitual e teórico, a não adesão ao tratamento permeia a possibilidade de uma nova condição de vida e a aceitação de habitar um corpo doente, e não mais o saudável que se conhecia antes. Desse modo, é preciso refletir para uma clínica de cuidado que assume o risco de não garantir a adesão como uma normativa, mas que possibilita uma práxis capaz de com a dimensão do inconsciente, permeado na fala.

Inspirado pelo referencial da psicanálise, este trabalho vem problematizar a não adesão ao tratamento, não a compreendendo como o simples fato de o paciente rejeitar a medicação, mas, de buscar melhor compreender os fatores que estão implicados nesse ato, a maneira como cada paciente lida com seu adoecimento, neste caso, o diagnóstico do vírus HIV e a relação com a equipe de saúde no contexto hospitalar. Este estudo aponta também a importância do analista nesse contexto, como facilitador no reconhecimento desses processos e em pensar estratégias de cuidado guiadas por projetos terapêuticos singulares, bem como espaços de educação permanente em saúde, possibilitando a reorientação das práticas e intervenções de cuidado da equipe de saúde junto ao paciente.

1 DESENVOLVIMENTO

Esse breve estudo teórico, de natureza bibliográfica e abordagem qualitativa, tem como objetivo identificar que fatores na relação da equipe e paciente podem influenciar na (não) adesão ao tratamento. A pesquisa se constituiu a partir da análise de conteúdo e documental do discurso da equipe de saúde, diante do paciente não aderente ao tratamento e os efeitos e reações na contribuição desta. Inicialmente a estrutura do estudo passou por um levantamento bibliográfico das pesquisas e publicações científicas conduzidas por pesquisadores brasileiros e divulgadas em banco de dados nacional – portal de periódicos da coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Para o levantamento, foram estabelecidas buscas que contemplassem os campos de ciência da saúde e ciências humanas e sociais, em publicações aplicadas no período entre 2013-2023.

Desse modo, procurou-se, no conjunto de produções acadêmicas no campo da psicanálise no hospital, sobre pacientes vivendo com HIV, e tratando da não adesão ao tratamento. Com o resultado, espera-se contribuir para o entendimento de fatores relacionados à equipe de saúde que repercutem na (não) adesão ao tratamento, identificando também, caminhos e possibilidades que podem contribuir para a terapêutica do paciente.

1.1 O saber médico e o saber psicanalítico no hospital

Segundo Silva, Santos & Duarte (2017), o hospital é propício a possibilitar um encontro entre o saber médico e o saber psicanalítico, unindo, de um lado, o discurso médico, que faz interferência à palavra do paciente e sua singularidade, e, de outro, o que busca proporcionar um espaço à palavra daquele que está sofrendo. Nesse estudo, propõe-se identificar possibilidades e caminhos durante a hospitalização, contribuindo para a busca mais eficiente de uma adesão ao tratamento, junto aos pacientes vivendo com HIV/Aids.

Partindo do pressuposto de que existe uma escuta diferenciada feita pelo psicanalista nesse contexto, levando em conta o manejo delicado entre o tempo e cada sujeito na revelação do diagnóstico, Castellani e Moretto (2016), ainda em sua pesquisa, relatam a construção de estratégias diferentes, que os pacientes utilizam para se proteger das consequências imaginárias da revelação do diagnóstico. A posição subjetiva de cada pessoa vai estar relacionada, de forma que a experiência individual do sofrimento psíquico, conseqüentemente, interferirá no manejo de cada tratamento.

Segundo Moretto (2019), é importante deixar claro que o analista promove a fala e escuta do sujeito a partir de uma posição diferente (que é a posição analítica), possibilitando ao sujeito escutar-se, o que proporciona a subjetivação. Assim, o analista possui um espaço importante no contexto hospitalar, porque trata da subjetividade, que é posta muitas vezes de lado, recalcada por uma necessidade da ordem médica.

Um novo paradoxo assumido pelo analista, então, é o de evitar que o paciente sofra a expropriação do seu corpo, pois, no hospital, o médico fica autorizado a assumir todos os cuidados voltados para o bem-estar físico. Pode acontecer, assim, da medicina, progressivamente, despir este corpo de sua individualidade, e a psicanálise pode beneficiar a pessoa adoecida aliando-se à medicina. Neste ponto, o psicanalista entra em cena; ele vem a serviço da subjetividade, da singularidade, e do desejo do sujeito.

O sujeito não causa a doença, mas ele é quem a vive, e em alguns casos até a morte. É preciso dizer essa frase com toda clareza possível para desfazer, de saída, um equívoco muito frequente nos meios médicos e psicológicos, segundo o qual a psicanálise ou qualquer abordagem psíquica do adoecimento cuida das doenças de causas psíquicas, as chamadas doenças psicossomáticas. A psicanálise não é uma psicossomática. Ela cuida da dimensão subjetiva de toda e qualquer doença. (Simonetti, 2019, p.13).

Assim, como afirma Moretto (2019), a psicanálise como ciência estuda o que está por trás do comportamento das pessoas, nas entrelinhas do que elas dizem, sendo um método capaz de revelar aquilo que há de mais verdadeiro no íntimo das pessoas. Por isso, traze-la para contribuir na identificação de processos singulares dos sujeitos inseridos no contexto hospitalar e nos processos que permeiam a dificuldade da adesão ao tratamento.

2.2 A equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento e seus efeitos e reações

É importante refletir sobre os efeitos da não adesão ao tratamento para a equipe de saúde, e, conseqüentemente, sobre essas reações da equipe que podem repercutir e contribuir para a não adesão ao tratamento.

De acordo com alguns achados, verificou-se que os profissionais relacionam a não adesão às carências percebidas nos pacientes. Essa “carência” pode ter diferentes funções, proporcionar distinção entre profissionais e pacientes, encobrindo aquilo que, no outro, é próximo e semelhante, e que, caso não seja elaborado na fala, poderá causar um distanciamento, prejudicando a relação assistencial (Campos e Ferreira, 2023).

Salienta-se que, no contexto de saúde, em que acontecem processos de identificação entre trabalhadores e usuários, se existir um sentimento de impotência, com o tempo, a própria equipe também o sentirá. Por essa razão, boa parte do adoecimento nas equipes ocorre através desses processos de identificação. Relembrando Freud (1919/1996), Campos e Ferreira 2023 descrevem “o estrangeiro”, enunciando os efeitos do encontro com o outro, com o “estranho” provocado pela familiaridade daquilo que se percebe no outro. Assim, a possibilidade de uma escuta dos sujeitos quebraria a distância social que impede o contato com o outro miserável.

De alguma forma, a carência assume um estado redutor, tirando do outro a dimensão desejante. O paciente seria apenas uma vítima de suas carências, e não uma pessoa de desejos e demandas próprias, uma visão que o exclui de um contrato social e exige dos profissionais um cuidado adicional, ao confundir certo nível de desamparo social com a impossibilidade de ser sujeito. O que fica evidenciado é, portanto, que esse lugar oferecido ao paciente é o de objeto de intervenções, e não de sujeito de seu diagnóstico e tratamento, o que explica a identificação maciça que parte do papel de doente.

Outro fator relacionado é a “transferência da doença”, que se caracteriza também por um “ciclo de encaminhamentos”, o qual, por vezes, se desenrola como uma tentativa de eliminar um incômodo (a não adesão), mas, de forma contraditória, acaba provocando-o. A explicação para isso relaciona a (não) adesão como a adolescência, momento que os pais transferem a responsabilidade pelo tratamento aos filhos. Essa transferência gera uma desconfiança nos profissionais, como se os adolescentes não fossem capazes de tal tarefa. Existem, então, dois tipos de representações: os adolescentes, ainda muito infantis, incapazes de responsabilização, e os adultos, ditos autossuficientes. Ambos expressam uma ausência de receptividade e de envolvimento com o tratamento, seja pela indiferença ou pela resistência.

Identifica-se uma dinâmica emocional entre paciente, família e profissional, a partir da transferência de cuidados, que gera uma insegurança entre eles. Quando esse sentimento se faz mais presente junto ao profissional, este pede ajuda a outro da equipe por meio de um encaminhamento, assim os pacientes considerados “não aderentes”, com efeitos emocionais relativos ao “problema da não adesão” são repassados de forma a se livrar do incômodo. Portanto, a manutenção desse ciclo sinaliza uma dinâmica representada pela não aderência como uma agressão ao narcisismo do profissional, e a doença do paciente representando uma agressão ao narcisismo do indivíduo e sua família, além da “possibilidade de morte” que a (não) adesão anuncia revelando um aspecto doloroso na vida e a insuficiência da equipe em combatê-lo.

Seguindo esse raciocínio, na análise dos comportamentos e sentimentos da equipe na relação com a não adesão, se constata um discurso de “cuidado e o tomar cuidado” como uma distorção entre “cuidado e controle”, muitas vezes produzindo uma violência e relações permeadas de desconfiança, verificação e correção. No contexto da doença estão implícitos um controle e uma violência entre os corpos. O próprio tratamento se configura como um ato de violência, pois envolve restrições e invasões, gerando também efeitos colaterais.

O saber médico é o que termina por limitar a subjetividade. E a (não) adesão acaba violentando o tratamento que se dá às custas do controle de uma doença, que, na verdade é controlada e incurável. Trata-se de um inimigo não derrotável por completo. O desejo de cura enquanto motor exclusivo da ação pode provocar uma reação terapêutica negativa e levar o paciente a ficar introspectivo nas suas dificuldades.

O desejo de reparação desenvolvido no profissional gera a vontade de salvamento, e o perigo do desenvolvimento dessa perspectiva promotora de uma incapacidade de escuta das queixas dos pacientes, e responder apenas paralelamente a ela.

Os profissionais, por estarem nesse lugar de anunciadores do diagnóstico e do tratamento acabam compondo esse cenário de violência. O risco de morte que o paciente anuncia com a (não) adesão ao tratamento já ativa contratransferencialmente um “mecanismo de vigilância” que faz a palavra cuidado, do verbo cuidar, adquirir um outro sentido de “cuidado!”, como a necessidade de atenção ante um perigo.

Ferreira e Campos (2023) sustenta que essa relação de (não) adesão gera na equipe uma “reação/sentimento de frustração ou a razão da frustração”, finalizando como efeitos para equipe a presença de profissionais envolvidos por um discurso de frustração, desvalorização e impotência, podendo reproduzir queixas pelos lugares subjetivos que delineiam e cristalizam.

A partir disso, problematiza-se o sentido que a (não) adesão pode assumir, e é importante considerá-la como um sinal que pode revelar os percalços (e as possíveis resoluções) do contrato relacional entre paciente e equipe. O corpo responde as falhas do tratamento, seja porque não está sendo suficiente para barrar a doença, seja por causa da disciplina requerida e não conseguida.

Assim, Ferreira & Campos, citados por Enriquez (2023) problematizam o fato de que os pacientes expressam, mais ou menos explicitamente, um pedido de cura, e que pela impossibilidade de um desfecho satisfatório para a equipe de saúde, é gerado sofrimento em ambos os lados envolvidos.

De forma complementar, os autores Duarte, Santos e Silva (2022 p.1), em seus estudos, atribuem os sentidos da (não) adesão ao tratamento, abordando os dilemas bioéticos em torno

do sigilo e da confidencialidade do diagnóstico de HIV/aids, apontando a necessidade de se pensar estratégias de cuidado guiadas pela elaboração de projetos terapêuticos singulares, bem como de construção de espaços de educação permanente em saúde para reorientação das práticas de cuidado.

3 CONCLUSÃO

Estigma, preconceito e discriminação, processos vivenciados em torno de pessoas vivendo com HIV/Aids seu diagnóstico, a importância do acolhimento e vinculação e a relação com a equipe de saúde. Problematizar e falar sobre adesão ao tratamento e/ou a manutenção do tratamento deve ser um elemento importante para garantir a vida plena e saudável de pessoas vivendo com HIV, pois tratar do HIV significa também acompanhar o paciente ao longo de toda a sua vida, já que essa infecção é crônica, ou seja, o tratamento é constante e permanente. Isso faz com que o paciente possa estabelecer um vínculo com o sistema de saúde, com os profissionais responsáveis pelo acompanhamento do tratamento e como em qualquer relação ela precisa ser “cuidada” para ser saudável.

É necessário pensar nesse vínculo, e para isso é preciso entender que essa proximidade com o paciente, com o serviço e o profissional da saúde responsáveis ajudará na saúde integral dessas pessoas. O desafio da adesão é constante e muito complexo. Muitas pessoas não dão seguimento ao tratamento ou o interrompem constantemente.

A não adesão ao tratamento é uma realidade, e entender os motivos que a pessoa tem para interromper seu tratamento não é uma tarefa fácil. Ela exige esforço e interação com a equipe multiprofissional, além de espaço para a subjetividade. Exige um envolvimento profundo e ativo, e uma escuta qualificada.

Muitas vezes, será possível responder a essas perguntas conhecendo a história de vida desse paciente, entendendo onde ele está inserido na sociedade e na família, se tem o que comer ou se vive em uma situação de vulnerabilidade extrema, e quais são as questões psíquicas envolvidas. Para isso, é necessário ouvir, criar laços, e gerar vínculos. Entender a dinâmica dos processos de enfrentamento e sofrimento, assim como seus comportamentos diante a relação com a equipe e a doença.

Um exemplo disso: um indivíduo deixa de tomar seus medicamentos, adocece, é internado, recebe todo acolhimento muitas vezes, reinicia seu tratamento e se recupera, e mesmo assim, não consegue manter a adesão na retomada do seu tratamento. Pouco tempo depois, passa por uma nova internação e infelizmente morre em decorrência da AIDS. É

importante relatar os efeitos da relação e os fatores envolvidos nessa dinâmica entre a equipe e o paciente nesse processo, pois a mesma equipe que também está envolvida diretamente nas internações e reinternações, sendo possível a identificação de comportamentos significativos que ajudam a compreender os motivos pelos quais o paciente não adere ao tratamento, que foi o objetivo desse estudo.

Há uma complexidade nas situações. É muito comum que uma pessoa que vive com HIV desenvolva ou intensifique processos depressivos ou mecanismos de defesa, um quadro que é retratado pela literatura psicanalítica. A saúde mental é tão importante quanto a saúde física, e precisa ser acompanhada de perto.

A descoberta do diagnóstico pode ser um desencadeador de outras questões do paciente, que precisa ser abordado. Apesar de o HIV não ser a única questão acontecendo na vida de uma pessoa, ele pode refletir em tudo que não estava indo bem. Esse processo é muito comum e os profissionais precisam ficar atentos sempre, desde a descoberta do diagnóstico até o tratamento atual.

Quando falamos de HIV e AIDS, é importante que a equipe inteira tenha o cuidado de olhar para o paciente em todos os aspectos: biológicos, psíquicos e sociais, viabilizando um tratamento técnico e humanizado, porque, no cuidado, são oportunizadas ferramentas importantes e possíveis para que os pacientes possam ter uma vida mais saudável. Os profissionais da saúde são responsáveis por acompanhar o desenvolvimento das pessoas e contribuir na adesão ao tratamento, pois quando se fala de HIV e AIDS, não basta que a pessoa inicie o tratamento, ela necessita manter a melhor adesão possível.

Talvez não seja possível desconstruir quarenta anos de estigma, preconceito e discriminação, porém, espera-se ser possível contribuir enquanto profissionais conscientes da importância do vínculo junto a esses pacientes, no esforço de se posicionar em uma relação possível de confiança e de afeto capazes de facilitar a continuidade e a adesão ao tratamento.

O importante dos achados desse pequeno estudo é que, diante de tais reflexões trazidas, torna-se desafiador aos profissionais zelarem para que a relação terapêutica seja norteadada pelo protagonismo do sujeito e pela corresponsabilidade, considerando que o outro é um sujeito histórico e político, capaz de se engajar, pensar e decidir a partir de seus modos de subjetivação (Moretto, 2019).

Conclui-se que existem limitações no estudo, pois ele se refere a uma pequena amostra sob a perspectiva do profissional da saúde, dentro de um contexto específico. Estudos futuros poderão explorar posições subjetivas dentro da relação paciente-equipe, verificando de forma mais concreta os efeitos da (não) adesão ao tratamento.

Evidenciou-se que a relação da equipe junto ao paciente não aderente ao tratamento pode ser precisamente o que contribuiu para essa (não) adesão, mas também, que essa relação pode contribuir de forma positiva. Conscientes da importância do estabelecimento do vínculo junto aos pacientes, permitindo a construção de processos geradores de confiança e de afeto capazes de facilitar a adesão ao tratamento. A psicanálise oferece valiosas contribuições teóricas e terapêuticas para esse encontro.

A compreensão dos aspectos emocionais envolvidos na adesão ao tratamento e na relação com a equipe promove uma abordagem mais ampliada e eficaz, permeando caminhos e possibilidades para uma nova condição de vida. Desse modo, se identificou que é preciso refletir para uma clínica de cuidado, que talvez não vá garantir a adesão como uma normativa, mas que possibilite uma práxis capaz de lidar com a dimensão do inconsciente, que vem permeado na fala do paciente.

4.REFERÊNCIAS

DUARTE, Fabia Maria Ribeiro. SANTOS, Cristiane de Oliveira. SILVA, Rosana dos Santos. A (Não) Adesão ao tratamento de HIV/AIDS: Sentidos, Manejos Clínicos e Dilemas Bioéticos. Revista Psicologia e Saúde, Vol. 14, núm. 2 pp. 53-67, 2022. Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia.

CASTELLANI, Mayra Moreira Xavier; MORETTO, Maria Livia Tourinho. A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. **Rev. SBPH**, RJ, v. 19, n.2, p.24,43, dez. 2016.Disponível:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 26 set. 2023.

FREITAS, Camila Colás Sabino. Afinal, porque o paciente não adere ao tratamento? Considerações Psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas/Camila Colás Sabino de Freitas: Orientador Ivan Ramos Stevão São Paulo, 2018.

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

MORETTO, Maria Livia Tourinho. O que pode um analista no hospital? /Maria Livia Tourinho Moretto. – Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2019.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes Para O Fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf

BASTISTA, Glauco. CARVALHO Simone Borges. MOURA, Marisa Decat. Psicanálise e Hospital: a responsabilidade da Psicanálise diante a ciência médica. – Volume 5. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.

SILVA, Alice Borges Humildes Cruz. O discurso do analista como possibilidade da Psicanálise Aplicada no hospital. *Rev. SBPH* Vol. 20. nº2, Rio de Janeiro – Jul/Dez – 2017. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n2/v20n2a11.pdf>

SIMONETTI, Alfredo. A Cena hospitalar: Psicologia médica e psicanálise/ Alfredo Simonetti. – Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2019. – (Clínica psicanalítica)