

ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE DEVEM SER CONSIDERADOS PELO MÉDICO QUE TRABALHA EM SERVIÇO DE LEPRA

J. MARTINS DE BARROS (*)

Tôdas as moléstias costumam afetar de algum modo o psiquismo do individuo. Um simples resfriado nos modifica o humor e uma espinha no rosto pode abater o nosso moral durante vários dias. A intensidade da repercussão psicológica das doenças depende do próprio individuo (terreno neuropático, predisposições, etc.) mas depende, também, da natureza da moléstia.

São as moléstias crônicas aquelas que, pela natureza da sua persistência, condicionam mais freqüentemente comportamentos psíquicos de maior relevância.

Dessas moléstias, aquelas que atacam a pele, os olhos, o coração e os órgãos da reprodução, são as que maiores traumatismos psíquicos produzem.

A lepra é, por essas e outras razões ligadas a preconceitos medievais, a moléstia que maior "stress" produz, não só para seu portador mas até mesmo para as pessoas da família do doente.

I — O DOENTE DE LEPRA DIANTE DA SUA MOLÉSTIA

A atitude do portador de lepra diante de sua doença vai depender de vários fatores:

a) Idade em que a moléstia apareceu — A moléstia é mais aceitável quando se iniciou na infância, e o individuo teve tempo suficiente para se ajustar às circunstâncias por ela criadas.

b) A região do corpo atingida — A lepra, conforme as regiões atacadas, rosto e mãos, por exemplo, pode acarretar maiores desajustamentos psíquicos.

c) Início lento ou brusco da moléstia — Quanto mais lento fôr o desenvolvimento da moléstia mais tempo tem o paciente de se ajustar à mesma.

Os acontecimentos na vida do doente, no lar, no trabalho, de ordem econômica ou afetiva, também podem influenciar grandemente a doença.

Estudos recentes em portadores de tuberculose mostraram que situações psicológicas que produzem "stress" são capazes de produzir queda de resistência orgânica ao bacilo. Em doente de lepra pode-se observar resistência à terapêutica ou recidiva bacterioscópica ligadas a fatores emocionais ou desajustamentos psíquicos.

Outras vezes, fatores ocasionais podem influir decididamente na evolução da moléstia. Não é raro que um paciente tire benefícios secundários de sua doença, servindo-lhe ela de desculpa para fugir às dificuldades da luta pela vida ou das responsabilidades de família. A doença se constitui em uma espécie de justificativa para a sua atitude de dependência passiva.

As pensões e os benefícios constituem, geralmente, um fator de apêgo à moléstia. Outras vezes a moléstia se presta para alimentar reações agressivas do

(*) Assistente da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. Médico encarregado da Secção de Epidemiologia do D.P.L

doente contra a família ou a sociedade; uma maneira de poder exercer algum domínio sobre elas.

Também os desajustamentos familiares se refletem grandemente sobre o estado clínico do doente. Um paciente em uma família desajustada poderá não se beneficiar dos cuidados médicos se o problema familiar não for atacado.

Um dos estados psíquicos mais freqüentes associados às doenças, principalmente às doenças graves e crônicas, segundo psiquiatras e psicólogos, é a ansiedade.

Ansiedade pode ser definida como resultante do conflito entre os desejos e necessidades do indivíduo e as proibições da sociedade.

Como a ansiedade mental conduz a estados de angústia, apreensão e terror, o indivíduo doente procura se defender desse estado emocional indesejável, de múltiplas maneiras. Vejamos algumas, que nos interessam mais de perto:

- a) *Pela regressão*: O doente mostra tendência a uma espécie de regressão psicológica infantil sob alguns aspectos, e reage diante do médico e da enfermeira como se eles fossem seus pais. Torna-se dependente do médico, só faz o que ele manda, procura-o a todo instante até para resolver problemas insignificantes, deseja ser alimentado e tratado como *uma criança*, etc. Isto se verifica principalmente nos doentes acamados.

O perigo dessa dependência é o doente fixar-se nela, o que acontece quando êle encontra vantagens emocionais ou de qualquer outra natureza nesse estado.

- b) *Pela fuga ou repressão*: O doente procura negar a existência da moléstia ou então diminuir a sua importância. No caso da lepra, que a maioria das pessoas ainda julga de prognóstico desesperador, a necessidade de negar a sua existência é particularmente forte. O doente procura iludir a si próprio, ignorando o mais que pode a moléstia e retardando a consulta ao médico. E' esse aspecto muito importante para o diagnóstico precoce da lepra, pois vem dificultar as medidas de combate à moléstia.

Não só a lepra, mas qualquer doença pode produzir temores conscientes ou inconscientes e criar resistência ao diagnóstico, isto é, à procura do médico. Talvez seja o câncer a outra moléstia que maiores ansiedades e resistências produza.

Confirmado o diagnóstico, esse tipo de doente procura rejeitar os fatos. "*Não é lepra; a lepra não é contagiosa; etc.*" Não deseja ouvir falar da moléstia; recusa o tratamento específico, não toma as medidas profiláticas recomendadas, e assim por diante. Outras vezes rebela-se contra o médico e a Medicina e volta-se para as curas milagrosas, os remédios caseiros, os charlatães.

Quando se pensa no estado de ansiedade em que é colocado um comunicante durante anos, permanentemente exposto à idéia de que a moléstia possa surgir de uma hora para outra, pode-se compreender bem o mecanismo psicológico que o leva a "*esquecer*" as recomendações médicas ou fugir ao controle periódico.

- c) *Pela agressão*: O indivíduo se defende da ansiedade através do mecanismo de projeção, assumindo a ofensiva, isto é, atacando. O ódio muitas vezes não é senão uma capa do medo.

A fim de amenizar os desagradáveis sentimentos de culpa e ansiedade é preciso culpar outra pessoa, descarregar em alguém a responsabilidade. Frequentemente é o médico a vítima, ou o serviço médico onde o paciente se trata. Todos sabem dos sentimentos hostis que muitos doentes têm em relação aos dispensários, sanatórios, ao Serviço de Leprea ou à pessoa do seu diretor, como seu representante.

Para justificar tais sentimentos, fatos e histórias são inventados: ignorância dos médicos, maus tratos recebidos, casos de sedução de doentes do sexo feminino pelos médicos, etc.

Não é, porém, apenas o doente que se defende da ansiedade através desse mecanismo psicológico. Talvez seja mais freqüente até entre os sãos em relação aos doentes.

Nesse particular existem várias lendas criadas pela imaginação popular a fim de justificar o medo e a aversão pela lepra. O doente, para se curar, procuraria morder sete pessoas, por exemplo, é uma das mais conhecidas. E' tão forte o sentimento de culpa em relação ao doente de lepra que até se procura introduzir urna passagem na Bíblia, que não existe na realidade, e segundo a qual a lepra seria tão contagiosa que até CRISTO teria dito a PEDRO: "*levanta-te dessa pedra porque há 100 anos aí se sentou um leproso*".

Outro ponto importante que diz respeito àqueles que são responsáveis pelos doentes de lepra é o sentimento que tais pessoas possam ter pela doença.

Os conflitos e as ansiedades dos profissionais que trabalham em lepra, principalmente do médico e da enfermeira, e resultantes do medo ou aversão pelo doente ou pela doença, são transmitidos aos seus doentes.

Alguns médicos e enfermeiras costumam atenuar sua ansiedade e amenizar seu complexo de culpa, atribuindo defeitos e traços de má carácter ao doente de lepra. Assim justificam a aversão oculta que sentem por eles. Os doentes seriam "*todos*" uns ingratos, uns aproveitadores de situações, uns rebeldes, de sentimentos perversos, e assim por diante. Esses profissionais ansiosos costumam ver apenas os aspectos negativos da moléstia e fazem uma resistência passiva à melhoria do Serviço.

II — O MÉDICO E O DOENTE DE LEPPRA

Que a atitude do médico é de grande repercussão psicológica para o paciente, ninguém põe em dúvida. Alguns psiquiatras preferem chamar a atenção até para a importância da equipe terapêutica, isto é, todos aqueles que influenciam direta ou indiretamente o paciente, pois acham que a resposta terapêutica de um doente depende de todo o meio ambiente do Serviço. Isto se aplica principalmente aos hospitais e sanatórios, onde o doente permanece muito tempo.

Que o moral da instituição tem um efeito enorme sobre o moral do doente é outro ponto pacífico. As discussões médicas, as divergências de ordem científica, as desinteligências pessoais, as rivalidades políticas dos médicos nunca deveriam se estender aos outros funcionários leigos e, principalmente não devem chegar ao conhecimento dos doentes.

Em se tratando de doente de sanatório convém lembrar que o doente com dependência psicológica infantil pode reagir diante do médico ou de outros membros do hospital apresentando ciúmeiras, rivalidades, conflitos edípicos etc. Daí a necessidade do médico se mostrar imparcial em suas relações com os doentes, evitando favoritismo ou partidos.

Por outro lado são inúmeros os casos de doenças graves ou de doentes desenganados que alteraram o quadro da moléstia, apresentando melhoras espetaculares, só porque alguém tomou por eles um interesse sincero, ou porque eles se sentiram necessários e queridos no meio ambiente.

Todos conhecem a importância terapêutica do doente ter fé em seu médico. A displicência do médico que não examina, que não dá atenção à queixa do paciente, que não sabe sequer o seu nome, que examina sem alevantar, com cigarro na boca, tem significações psicológicas profundas para o paciente. Ele se sente desprezado, ou que não está sendo dada a devida atenção à sua doença. E se todo o doente considera a sua doença muito importante, o que não dizer do doente de lepra...

Depois de se motivar um doente para a importância do exame periódico, não examiná-lo ou não dar a devida atenção ao indivíduo que perdeu dia de trabalho, que viajou, que esperou na fila, que se preparou mentalmente, durante dias talvez,

para êsse exame, produz no doente penosa sensação de frustração. E a frustração é, segundo os psiquiatras, outro fator muito importante na produção de ansiedade.

Ouvir a queixa do doente, mesmo que não se possa fazer nada para resolver o seu problema, auxilia-o a desafogar o seu estado de ansiedade. O doente volta para casa mais aliviado porque contou ao médico as suas queixas; os seus temores são diminuídos porque foram expostos a outra pessoa capaz de entendê-los. Mesmo porque o doente de lepra, ao contrário dos portadores de outras moléstias, não tem muita oportunidade de discutir a sua doença com outras pessoas.

Outro ponto que deve merecer a atenção do médico é aquele referente ao diagnóstico da moléstia.

Todos conhecem a importância psicológica dos assuntos que não podem ser discutidos livremente. São os assuntos tabús, e em se tratando de doenças, são as doenças feias, as moléstias incuráveis. Segundo os sanitaristas, as doenças venéreas puderam ser melhor controladas desde que puderam ser discutidas mais francamente e perderam o seu caráter de moléstias vergonhosas.

Os temores do paciente são freqüentemente aumentados quando o médico não lhe diz o diagnóstico ou não discute a sua doença francamente com ele. Quando o médico conversa sobre a moléstia ela perde muito do seu caráter ameaçador oculto e o doente adquire confiança no médico.

Um estudo feito com doentes de câncer em Nova York mostrou que os pacientes não compreendem a necessidade de continuar sob controle clínico se não conhecem o seu diagnóstico. Em relação à lepra é muito freqüente que portadores da forma tuberculóide, do grupo indeterminado ou pacientes em observação, não mais sintam necessidade de voltar ao dispensário ou procurar médico porque nada lhes foi explicado. A conclusão que eles tiram, e a que mais lhes convém, do ponto de vista psicológico, é a de que não estão doentes.

Nunca é demais insistir na importância de se demonstrar compreensão pelos problemas de um doente portador de lepra. Isto deve ser considerado mesmo como parte vital do tratamento. Pode-se assim, muitas vezes, prevenir ansiedades, atenuar o medo que costuma estar presente com os demais sintomas.

Como nem sempre as palavras têm o mesmo significado para o médico e para o paciente, é da máxima importância falar ao doente em termos positivos, porém otimista, de maneira a diminuir o "stress". A explanação deve ser baseada na convicção do médico, o que também é importante, pois o paciente costuma perceber aquilo que o médico realmente sente a seu respeito.

Seria interessante saber porque alguns médicos não utilizam da melhor maneira o seu contato com o paciente, discutindo a doença, o tratamento, esclarecendo as dúvidas, orientando-o nos problemas de saúde, ouvindo as suas queixas.

Os estudiosos dessa espécie de relações humanas acham que tal comportamento pode ter as seguintes explicações:

- 1 — Falta de tempo — o que explica alguns casos, mas não todos.
- 2 — Consciência profissional de saber o que está fazendo e não precisar dar satisfações. É a atitude que os americanos chamam de "*Papa knows the best*".

O médico porém, é uma profissional diferente, que lida com seres humanos dotados de inteligência e sentimentos. Tais seres sentem ansiedades e temores pelo que acontece com a sua saúde e se reflete em sua vida, e êle, o médico, possui recursos capazes de aumentar ou de diminuir êsses temores e ansiedades.

- 3 — A Medicina, no passado, sempre esteve ligada à religião e à magia. O médico era, via de regra, um sacerdote, um mago, um curandeiro, que lidava com encantamentos e bruxarias. Não tinha necessidade de contar ao paciente a fonte dos seus conhecimentos nem de explicar a natureza das suas mezinhas e poções milagrosas.

Essa mentalidade persiste ainda hoje em alguns profissionais, o que, até certo ponto, representa uma atitude semelhante à anterior.

Em conclusão, o simples fato de ser discutida a doença com o médico, enfermeira, educadora ou assistente social, constitui uma ajuda valiosa do ponto de vista psicológico, para o doente aliviar o estado de tensão que costuma estar presente em tôdas as fôrmas da moléstia.

* * *

Outro ponto importante nas relações médico-doente é aquêle referente à educação sanitária. É o médico quem está em melhores condições para orientar o paciente quanto à sua saúde e possui maior autoridade para fazê-lo.

Durante o contato com o doente, um esclarecimento, uma orientação oportuna, uma palavra de ânimo, são mais valiosas do que palestras, folhetos, cartazes outros meios comumente utilizados. É preciso, porém, que um intercâmbio de idéias e sentimentos seja estabelecido entre ambos. Que o médico ouça, tanto quanto mais do que fale.

Se alguma dúvida existir a respeito da técnica a ser utilizada nessas entrevistas, lembrar-se sempre de que "*o médico realmente interessado em seu paciente tem meio caminho andado para o bom êxito de suas atividades profissionais*".