

Reações psíquicas do paciente diante da enfermidade terminal

Autoria de Imaculada de la Serna de Pedro [\[1\]](#)

Tradução de Marilita Lúcia de Castro

Embora a forma de reagir diante de um acontecimento tão potencialmente devastador seja variável, pode-se considerar, de modo esquemático, que o paciente passará pelas fases tão bem estudadas e descritas por Elizabeth Kubler Ross. Nem todas as pessoas vivenciam todos os estádios, ou seguem a mesma ordem e, ainda, uma fase pode coincidir com a outra. Entretanto, o conhecimento das mesmas é útil para compreender as reações destes enfermos diante da agonia da morte, para ter uma resposta adequada a estas condutas que, às vezes, desconcertam familiares e profissionais e para poder lhes prestar uma ajuda adequada. A maneira de reagir vai ser influenciada pela idade, classe social, cultura, crenças religiosas, rapidez de instalação do processo mórbido e pela personalidade do paciente.

Estas fases são:

1. Choque ou negação: Após o impacto psíquico da notícia, o habitual é a instalação de um mecanismo de negação da evidência. O paciente pode não sair desta fase ou empreender uma peregrinação de um médico a outro em busca de um diagnóstico diferente que confirme o erro do primeiro. Entretanto, na maioria dos casos, esta é uma fase transitória.
2. Ira: O paciente conhece a realidade, mas não a aceita. “Por que logo eu?”. Geralmente desloca sua raiva para os médicos ou para

o sistema de saúde provocando situações incômodas e de tensão, às quais o médico pode reagir inadequadamente “em espelho”. Isto é imitando o comportamento do paciente.

3. **Negociação:** Trata-se de uma tentativa de negociar e adiar as más notícias, negociação com Deus, com os médicos, procurando de forma mágica escapar de uma realidade que lhe é insuportável.
4. **Depressão:** Quando os mecanismos anteriores fracassam, o enfermo pode cair em um quadro depressivo importante. Pode querer isolar-se, deixar de comunicar-se com os demais e tornar difícil a convivência com os familiares que procuram ajuda-lo. Podem também recusar o tratamento e não colaborar com o mesmo.
5. **Aceitação:** Ocorre quando o paciente assume a situação. A reação pode ser de fechar-se em si mesmo, evitando os familiares. Isso pode ser desconcertante e doloroso para os mesmos. Não compreendem o processo, sentem-se ofendidos ou irritados com tal comportamento.

O problema das reações adaptativas ou de mal adaptação nos pacientes terminais pode ser focado segundo três pontos de vista: o do paciente, o da família e o do médico.

Em relação ao paciente encontramos as seguintes manifestações psíquicas:

Distúrbio de Mal Adaptação

Denomina-se assim ao desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais como resposta a um agente estressante psicossocial identificável. Pode apresentar-se na forma de um distúrbio de conduta, um quadro depressivo, de ansiedade ou misto, onde estão presentes: depressão com ansiedade; alterações emocionais e de comportamento.

Segundo sua duração pode ser: agudo, se persiste por menos de seis

meses; crônico se dura mais tempo.

A personalidade prévia ou progressa é muito importante e pauta a maneira como o doente reage à morte. As pessoas narcisistas, inseguras, autoritárias e com baixa tolerância às frustrações são mais inclinadas às reações de mal adaptação. O fato de o paciente ser crente ou ateu, ou não possa expressar seus temores, dúvidas e preocupações repercutem negativamente. Victor Frankl, psiquiatra e psicólogo existencial, diz parafraseando Freud: “Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte” [2]. E acrescenta: “Que a vida só tem sentido por sermos mortais”.

Ansiedade diante da morte

Aparece, sobretudo nos adultos. É formada por vários componentes como:

1. Preocupação pelo impacto cognoscitivo e emocional do morrer e da morte.
2. Antecipação das alterações físicas, reais ou imaginárias, associadas às doenças graves e à morte.
3. Percepção da limitação do tempo.
4. Preocupação com o estresse e a dor que podem acompanhar a doença e a morte.

A ansiedade diante da morte é uma das formas básicas de ansiedade, seus componentes são: ansiedade de separação, de perda e de mudança. Não aumenta com a idade como se poderia pensar. Por outro lado, existe um medo irracional e neurótico diante da morte que, geralmente não acompanha as situações de morte ou de ameaça real. Outras vezes, há uma atitude de não querer dar-se conta diante de situações evidentes de perigo. Isso não é raro entre os profissionais da saúde. Algumas vezes são os que têm maior nível cultural ou socioeconômico que apresentam as piores reações.

Alguns autores relacionam esta ansiedade com o sentimento de aniquilação do ego e com o medo de ver-se diluído no “nada”.

A espécie humana é a única que sabe que vai morrer. Disso deriva a ansiedade e expectativa diante da morte e os temores que a acompanham. Medidas psicoterapêuticas de conforto e apoio servem de ajuda. Podem ser úteis técnicas de relaxamento e deve ser o próprio médico que atende o paciente o responsável por este apoio. Não é adequado encaminhar o paciente a um psiquiatra ou psicólogo embora se possa pedir orientação a estes profissionais.

Alterações psicóticas

Nos moribundos podem aparecer sintomas psicóticos nos dias que antecedem a morte, como uma forma de psicose exógena. São inespecíficas desde o ponto de vista sintomatológico e etiológico e não se encontra uma correlação clínica entre estas e a doença de base. Estas reações podem ocorrer por uma conjunção entre fatores orgânicos e psicológicos: o próprio processo da morte, a doença somática e os tratamentos que estão sendo administrados. Às vezes, quando isso ocorre tende-se a transferir o paciente para o psiquiatra, não é o mais correto embora este possa colaborar com um parecer.

Foram descritos:

- **Quadros maniatiformes:** ânimo disfórico ou eufórico, idéias de grandeza, pensamento rápido, fuga de idéias, logorreia e distraibilidade.
- **Quadros paranóides:** com atitude desconfiada e receosa, idéias de perseguição, prejuízo (pensam que querem prejudica-lo, que confabulam contra ele, etc). Isso transtorna muito o relacionamento do paciente com seus familiares.

- **Quadros catatoniformes:** com imobilidade psicomotora, ecolalia, negativismo e flexibilidade c rea.

Tais quadros devem ser tratados com muita prudência, pois o paciente terminal tem pouca tolerância aos psicotrópicos.

Delirium: são estados confuso-oníricos com altera es da orienta o (temporo-espacial, auto e alo-psiquica) e da consciência; agita o, atividade onírica rica ou delirante, de conteúdo mais ou menos fúnebre. Esses sintomas costumam piorar ao cair da noite e comprometer as fun es cognitivas (memória, percep o, orienta o, linguagem, etc) O tratamento deve ser instituído principalmente nos casos de agita o psicomotora, procurando-se usar drogas com menos efeitos anticolinérgicos e com doses baixas.

Medidas de ajuda podem ser: manter o aposento tranqüilo e silencioso, deixar uma pequena lâmpada acesa durante a noite; manter um parente a seu lado; exibir uma atitude serena e confortante; procurar orienta-lo indicando a data, o dia da semana, seu nome, o lugar onde está, fotos de familiares, etc. Deve-se vigiar para que o paciente n  caia e n  sofra lesões.

Depressão: pode aparecer na 4^a fase da agonia ou em outros momentos da evolu o. Os pacientes já não querem seguir vivendo. Além dos fatores psicológicos que são compreensíveis pode ser causada por fatores orgânicos da doença de base, pela medica o aplicada e pelo lugar (UTI, Hospitais precários) em que se encontra. Deve-se tentar tirar o paciente deste quadro porque sua melhora repercutirá em seu estado geral. Alguns pacientes com câncer que recebiam psicoterapia, além da quimioterapia viveram mais tempo que os que apenas faziam a quimioterapia. Os sentimentos afetam o sistema imunológico de forma grave deprimindo os linfócitos T.

Comportamento suicida: o suicídio é uma manifestação que pode aparecer em qualquer quadro psíquico. Sabe-se que 90-95% dos suicidas apresentam quadros de depressão, alcoolismo, esquizofrenia ou crises de pânico. No paciente terminal essa conduta é causada pela depressão ou de forma fria e racional devida ao sentimento de incapacitação.

O risco é maior:

- Nos homens
- Nos socialmente isolados
- Se a doença é acompanhada por dor
- Nos casos de temor a deterioração física e mental
- Se houve tentativas prévias
- Na presença de distúrbios afetivos (depressão bipolar)
- Pessoas com problemas econômicos
- Insônia rebelde
- Estadas em hospitais
- Personalidades impulsivas, intolerantes, narcisistas e inseguras.

É difícil estabelecer uma estatística para os casos de suicídio em enfermidades graves. Muitos ficam ocultos, seja porque os familiares vêem essa conduta como vergonhosa, seja porque se trata de um suicídio passivo (a pessoa se nega a comer e a realizar o tratamento). Entretanto, não são tão frequentes como seria de se esperar.

Relacionado ao suicídio está a controvérsia sobre o momento de desligar os aparelhos para os pacientes que deixam de responder aos estímulos; o direito a morrer, a morrer com dignidade, a decisão final, o suicídio racional e a eutanásia.

Existe o chamado “testamento de vida” dirigido ao médico, hospital, família, advogado, padre, onde se indica que si não há lugar para esperanças razoáveis de recuperação física e/ ou mental pede-se para deixa-lo morrer; faz-se isso por temor a indignidade e a deterioração, a

dependência e ao sofrimento inútil.

Bibliografía

1. Blazer,D.G.: Situaciones de duelo en las fases avanzadas de la vida. En: Blazer,D.G. Ed. Síndromes depresivos en Geriátria. Barcelona: Doyma 1984
 2. Camus,A.: "El mito de Sísifo". Madrid: Alianza editorial 1981
 3. Frankl,V.E.: The doctor and the soul. New York: Knof Ed. 1955
 4. Gay, P. Freud Uma vida para Nosso Tempo. Companhia das Letras, S. Paulo, 1999;583-87.
 5. Greer,S.: Psychosocial response to cancer and survival. Psychol. Med. 1991; 21: 4249
 6. Kübler-Ross,E.: "Una vida para una buena muerte". Barcelona: Ed. MartinezRoca. 1997
 7. Klüber-Ross,E.: "La muerte: un amanecer". Barcelona: Ed. Luciérnaga 1993
 8. Lonetto, R., Templer,D.I.: La ansiedad ante la muerte. Barcelona: Ediciones Temis, S.A. 1988
 9. Maes,M. et al.: Depressionrelated disturbances in mitogen-induced lymphocyte responses and interleukin-1beta and soluble interleukin-2 receptor production. Acta Psychiatr. Scand. 1991; 84: 379386
 10. Serna de Pedro,I. de la.: Estado confusional agudo en el anciano. Identificación y manejo. Medicina General, 1997 ;5: 31-35
 11. Serna de Pedro,I. de la: Los intentos de suicidio como causa de ingreso en los ancianos. Geriatrika, 1998; 14: 2126
 12. Spiegel,D., Bloom,J.R. et al.: Effect of psychosocial treatment on survival of patient with metastatic breast cancer. Lancet 1989; 2: 888891
 13. Wolf,C.T. et al.: Relationship between psychological
-

[1] Psiquiatra do Hospital Ramón y Cajal, Madrid España

[2] Freud faz essa citação em Reflexões para os tempos de guerra e morte, ESB VOL. XIV, pág. 339.