
Relato de caso

Terapia cognitivista-comportamental para perda gestacional: resultados da utilização de um protocolo terapêutico para luto

Cognitive-behavioral therapy to miscarriage: results from the use of a grief therapy protocol

ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA E SILVA¹, ANTONIO EGIDIO NARDI²

¹ Pós-doutorada em Psiquiatria e Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da UFRJ, professora adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF), vice-coordenadora do Laboratório de Pânico e Respiração do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, INCT Translational Medicine.

² Livre-docente e professor titular do Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, da UFRJ, coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração, INCT Translational Medicine.

Recebido: 2/12/2009 – Aceito: 26/7/2010

Resumo

Introdução: O processo de luto devido à perda gestacional apresenta várias particularidades que devem ser consideradas no atendimento clínico daqueles que passam por uma experiência de aborto. Pacientes enlutados apresentam maior procura por assistência médica e número de hospitalizações e são mais vulneráveis a problemas psicossomáticos que a população geral. **Objetivo:** Apresentar um caso de tratamento de luto, decorrente de perda gestacional, com protocolo cognitivista comportamental. **Método:** O processo terapêutico foi composto por 12 sessões e o protocolo envolvia desenvolvimento de estratégias para lidar com as principais queixas somáticas, aprendizagem de novas habilidades, trabalho das alterações emocionais e cognitivas e treinamento para manejo dos problemas comportamentais. Os resultados foram avaliados por meio das escalas: Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade, Escala Beck de Desesperança e Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). **Resultados:** O paciente apresentou redução nos sintomas de depressão e ansiedade, assim como em desesperança. Todos os fatores do QSG apresentaram redução, com forte declínio em “desejabilidade de morte” e “desordens psicossomáticas”. Também foi notada melhora na qualidade de sono. **Conclusão:** O tratamento se mostrou efetivo em relação aos fatores apresentados, além de colaborar para melhor qualidade de vida e facilitação da reinserção social do paciente.

Silva ACO, Nardi AE / Rev Psiq Clín. 2011;38(3):122-4

Palavras-chave: Aborto espontâneo, luto, terapia cognitiva, terapia comportamental, tanatologia.

Abstract

Background: The grieving process due to a fetal loss has several features which should be considered in the clinical care of patients going through a miscarriage experience. Bereaved patients present greater demands for medical assistance, number of hospitalizations and are more vulnerable to psychosomatic problems than the general population. **Objective:** This paper aims to present a case report of miscarriage grief treated with a cognitive behavioral therapy protocol. **Method:** The therapy was composed by 12 sessions and the protocol involves the development of strategies to deal with the main somatic complaints, learning of new abilities, approach to cognitive and emotional alterations and training to handle behavioral problems. Results were evaluated by Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, and Goldberg's General Health Questionnaire (GGHQ). **Results:** Patient presented reduction in depressive and anxiety symptoms. Hopelessness also decreased. All the GGHQ factors presented reduction, with a marked decline in “desire of death” and “psychosomatic disorders”. It was also noted an improvement in sleep quality. **Discussion:** The treatment showed itself effective in relation to the factors presented, apart from collaborating for a better quality of life and facilitating the social reinsertion of the patient.

Silva ACO, Nardi AE / Rev Psiq Clín. 2011;38(3):122-4

Keywords: Spontaneous abortion, bereavement, cognitive therapy, behavior therapy, thanatology.

Introdução

No luto por óbito fetal, fatores relacionados ao diagnóstico e tratamento, motivações para a gestação e fatores relativos ao seu planejamento serão determinantes no processo de elaboração da perda. O significado da criança para a paciente, assim como suas expectativas em relação ao futuro dela, sua rede de apoio social e possíveis perdas secundárias também serão fortes fatores de influência^{1,2}.

Como parte da reação à perda gestacional, o sujeito poderá manifestar diversos sinais e sintomas²⁻⁵, tanto cognitivos, emocionais e comportamentais quanto físicos. Nesse sentido, deve ser dado especial cuidado ao diagnóstico diferencial entre luto e quadros depressivos^{6,7} ou quadros de estresse pós-traumático.

Devido a algumas particularidades desse tipo de perda^{2,8,9}, apesar de as características gerais do processo permanecerem as mesmas, sua duração pode ser mais longa¹⁰ que o definido como normal para o luto em geral¹¹.

É frequente a busca por serviços de emergência médica por pessoas que sofreram perdas recentes¹². Pacientes enlutados apresentam maior necessidade de atendimentos médicos do que a população geral e maior número de internações, assim como maior vulnerabilidade a problemas psicossomáticos⁹.

Este trabalho tem como objetivo apresentar um estudo de caso em que foi utilizado o enfoque da terapia cognitivo-comportamental por meio de protocolo terapêutico padronizado para atendimento de um caso de luto por perda gestacional.

Relato de caso

Caso de luto não autorizado, tendo a perda gestacional (abortamento retido) ocorrido sete meses antes do primeiro atendimento. Paciente com 26 anos, casada, no sétimo mês de gravidez, que foi planejada e desejada. Constatado óbito fetal mediante exame ultrassonográfico

solicitado como parte da rotina de pré-natal. Realizada imediata internação para indução química do parto.

A paciente relata, quanto ao procedimento, que “tentou não pensar a respeito”, embora “até hoje não entenda como pode parar algo que já estava morto”. Acrescenta que tem muito medo de tentar engravidar novamente, pois “não conseguiria passar por tudo isso de novo”. Como nunca lhe foi dada uma razão para a ocorrência, questiona-se quanto à sua possível culpa em relação ao evento e diz que “não consegue ter paz por causa disso”.

Pensa muito também sobre a quantidade de tempo que pode ter permanecido com o feto morto dentro de seu organismo e preocupa-se com o fato de que tenha sido uma “mãe ruim” por “nem conseguir perceber que seu filho já estava morto”.

Quando foi para casa, não conseguia dormir direito, sempre pensando no ocorrido. Acordava assustada após sonhar com cenas do parto induzido. Só após três meses conseguiu entrar no quarto que haviam preparado para o filho.

As brigas com o marido aumentaram bastante. Diz que se sentia “cobrada para estar bem”, mas que “não conseguia”. Queixa-se da cobrança, por parte de amigos e familiares, para que tente uma nova gravidez. Pensar em ter um filho novamente a “deixa angustiada”, mas que “de um tempo para cá vem pensando a respeito e gostaria de tentar”, mas ainda sente muito medo de que “tudo aconteça de novo”.

Quanto a rituais de despedida, diz que “logo que pariu levaram o bebê embora” e ela nunca chegou a vê-lo. Fizeram um enterro, mas o marido pediu que o caixão ficasse fechado o tempo todo. Optaram por não fazer velório, já que “não haveria o que ser dito”. O enterro foi rápido e apenas os pais de ambos compareceram. Ninguém mais foi avisado.

Depois disso, “foi como se nada tivesse acontecido”. As pessoas falavam com ela “como se não soubessem que havia estado grávida e seu filho morrido”. Nas vezes em que tentou falar sobre o assunto, foi desencorajada por quem estava com ela, pois era “um assunto muito triste” e “não deveria mais pensar a respeito”.

Apesar de tentar planejar coisas diferentes para o futuro e achar que “está superando tudo”, ainda se sente muito triste e ainda “vê as imagens do caixãozinho” e das cenas do parto. Nesses momentos, diz que recorre a orações na tentativa de “conseguir algum alívio” e diz que tem melhorado graças a isso. Tem tentado reaproximar-se do marido, mas não sabe bem como fazê-lo. Deseja “seguir em frente”, mas “não sabe muito bem como”.

Métodos

Para avaliação do progresso obtido com o tratamento, foram utilizados os seguintes instrumentos: *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Beck Hopelessness Scale* (BHS): escalas de autorrelato que medem, respectivamente, intensidade de ansiedade, depressão e desesperança. A classificação será realizada com base no manual do instrumento¹³.

Utilizou-se, ainda, o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG)¹⁴, que procura identificar a gravidade de distúrbios psiquiátricos menores, trabalhando com cinco fatores: 1) estresse psíquico; 2) desejo de morte; 3) desconfiança do próprio desempenho; 4) distúrbios do sono e 5) distúrbios psicossomáticos, além de escore relativo à saúde geral.

Foram realizadas 12 sessões de atendimento clínico com intervalo de uma semana entre elas, ao longo de três meses. Foi utilizado enfoque da terapia cognitivo-comportamental, por meio de protocolo padronizado desenvolvido para casos de enlutamento¹⁵, em que é valorizado o aprendizado de novas habilidades, tanto cognitivas quanto comportamentais, que possibilitem ao sujeito a readaptação ao seu ciclo de vida, considerando a necessidade de reformulações de papéis no sistema familiar e na sociedade, de modo geral.

Por meio da função psicoeducativa, é feito o esclarecimento sobre as fases do luto, assim como sobre as alterações cognitivas, fisiológicas e comportamentais consideradas comuns durante esse período, reduzindo, desse modo, os índices de ansiedade. Abordagem dos principais sentimentos envolvidos no processo: tristeza, raiva,

culpa, ansiedade, solidão, desamparo, choque, anseio pela presença do outro, alívio.

O protocolo envolvia também o desenvolvimento de estratégias para lidar com as principais queixas somáticas presentes nesse momento, abordagem das alterações cognitivas e orientações e treino para manejo dos problemas comportamentais. Tarefas de casa foram propostas durante todo o processo terapêutico.

Os dados foram coletados ao longo dos três meses de atendimento, sendo realizada aplicação do BDI e da BAI semanalmente e da BHS e QSG no início e término do protocolo.

A participante da pesquisa foi informada quanto a seus objetivos, procedimentos e finalidade, assim como sobre possíveis utilizações dos dados obtidos, sendo assegurado seu direito à privacidade. Foram seguidos todos os procedimentos éticos vigentes e o estudo foi aprovado por comitê de ética em pesquisa.

Resultados

A tabela 1 apresenta os resultados brutos e a classificação de intensidade decorrentes das aplicações das BDI, BAI e BHS e os resultados dos cinco fatores do QSG, assim como do escore Saúde Geral (em percentil), por semana de tratamento.

Tabela 1. Resultados: BDI, BAI, BHS e QSG

Week	Baseline	4	12
BDI	36 (G)	27 (M)	18 (L)
BAI	31 (G)	24 (M)	8 (I)
BHS	9 (M)	-	5 (L)
QSG - 1	93	-	60
QSG - 2	100	-	65
QSG - 3	88	-	45
QSG - 4	100	-	79
QSG - 5	90	-	60
Saúde Geral	93	-	46

G: grave; M: moderado; L: leve; I: mínimo; QSG-1: estresse psíquico; QSG-2: desejo de morte; QSG-3: desconfiança no próprio desempenho; QSG-4: distúrbios do sono; QSG-5: distúrbios psicossomáticos. Beck Anxiety Inventory (BAI); Beck Depression Inventory (BDI); Beck Hopelessness Scale (BHS) e Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG).

A paciente apresenta redução em seus índices de sintomas depressivos, inicialmente graves, tornando-se leve ao final da aplicação do protocolo. Acrescenta-se aqui que preocupações em relação à saúde (questões 15, 16 e 20 da BDI) são influenciadas pelo procedimento médico ao qual foi submetida. Seu reduzido interesse por questões sexuais também se mostra influenciado diretamente pela experiência do abortamento espontâneo, assim como do manejo clínico dele.

Houve redução da ansiedade, principalmente após as sessões iniciais, em que a paciente relata ter sentido alívio por poder falar de um assunto proibido, o que é característico dos lutos não autorizados, assim como também da orientação e prática relativa à identificação e à modificação de pensamentos disfuncionais.

A paciente realizou, ainda, exercícios de relaxamento de forma contínua, como tarefa de casa, ao longo de todo o processo terapêutico.

Todos os fatores do QSG apresentaram redução, sendo marcada a diminuição do percentil referente ao desejo de morte (100 para 65) e dos distúrbios psicossomáticos (90 para 60). Notou-se também melhora do sono (queda de 100 para 79) e na confiança quanto ao próprio desempenho (88 para 45), o que é considerado importante por facilitar que a paciente consiga elaborar, com mais facilidade, suas metas e seja capaz de colocar em prática seus novos projetos, com isso estimulando novamente o investimento na vida. Houve melhora também no fator Saúde Geral, que representa a gravidade da ausência de saúde mental (93 para 46).

Conclusão

Considerando a ausência de protocolos terapêuticos padronizados, com eficácia comprovada, dirigidos especificamente para perdas gestacionais na literatura, este trabalho apresenta caso clínico, com enfoque cognitivista-comportamental, com resultados avaliados por meio de instrumentos de medidas que apresentam bons parâmetros psicométricos, sendo válidos e fidedignos, além de possuírem normas adequadas à população na qual a paciente está inserida, atestando o progresso obtido.

O tratamento mostrou-se efetivo em relação aos fatores apresentados, além de colaborar para melhor qualidade de vida e facilitar a reinserção social da paciente. A evolução do quadro mostrou-se coerente com o tipo de luto e seus determinantes, apontando a importância da adequação do modelo de atendimento às particularidades desses casos.

Além de ser um primeiro passo para o melhor entendimento dos fatores terapêuticos empregados nesse tipo particular de luto com base em parâmetros objetivos, o estudo apresentado colabora para a ampliação dos limites da terapia cognitivo-comportamental, abrindo um novo campo de trabalhos.

Nome da agência de fomento que concedeu auxílio

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Referências

1. Stirtzinger RM, Robinson GE, Stewart DE, Ralevski E. Parameters of grieving in spontaneous abortion. *Int J Psychiatry Med.* 1999;29(2):235-49.
2. Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.
3. Hale B. Culpability and blame after pregnancy loss. *J Med Ethics.* 2007;33(1):24-7.
4. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):229-47.
5. Adolfsson A, Larsson PG, Wijma B, Berterö C. Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women Int.* 2004;25(6):543-60.
6. Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Predicting depressive symptoms and grief after pregnancy loss. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;29(4):274-9.
7. Blazer DG, Koenig HG. Transtornos do humor. In: Busse EW. *Psiquiatria geriátrica.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.
8. Quayle J. Aspectos emocionais em perdas gestacionais. *Rev CAPSI.* 1991;1(2):52-5.
9. Worden JW. *Terapia de luto: um manual para o profissional de saúde mental.* 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
10. DeFrain J, Martens L, Stork J, et al. The psychological effects of a Stillbirth on surviving family members. *Omega J Death Dying.* 1990;22:81-108.
11. American Psychiatry Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
12. Ghisolfi ES, Broilo LO, Aguiar RW. Luto e transtorno de ajustamento. In: Kapczinski F. *Emergências psiquiátricas.* Porto Alegre: Artmed; 2001.
13. Cunha JC. *Manual da versão em português das escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
14. Goldberg DP. *Questionário de Saúde Geral: manual técnico.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
15. Silva ACO. Atendimento clínico para luto no enfoque da terapia cognitivo-comportamental. In: Wielenska RC, organizador. *Sobre comportamento e cognição: desafios, soluções e questionamentos.* Santo André, SP: ESETEc; 2009.