

Marina S. Melani¹
<https://orcid.org/0000-0001-9906-8141>

Jéssica M. Paiva¹
<https://orcid.org/0000-0002-8357-7678>

Ingrid Jannuzzi²
<https://orcid.org/0000-0001-7426-3100>

Raquel Perozo²
<https://orcid.org/0000-0002-7149-2167>

Paula Rui Ventura^{1,3}
<https://orcid.org/0000-0003-0607-2382>

William Berger¹
<https://orcid.org/0000-0001-7656-4548>

“Congelei com medo de me contaminar”: tratando um caso de TEPT crônico com imobilidade tônica em uma fisioterapeuta da linha de frente na pandemia de COVID-19

“I froze for fear of contaminating myself”: treating a case of chronic PTSD with tonic immobility in a physiotherapist frontline during COVID-19 pandemic

DOI: 10.1590/0047-2085000000406

RESUMO

Objetivo: Neste estudo relatamos o caso de uma profissional de saúde com vivência de imobilidade tônica (IT) e posterior desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) crônico em decorrência de trauma laboral por conta da COVID-19 que recebeu tratamento remoto com terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT). **Métodos:** Relato de caso de uma paciente acompanhada por seis meses após o recebimento de TCC-FT remota. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, de 36 anos, fisioterapeuta, que desenvolveu TEPT crônico e experienciou IT por medo da contaminação por coronavírus. As escalas psicométricas demonstraram que a TCC-FT reduziu consideravelmente os sintomas de TEPT e depressão e aumentou o apoio social e a resiliência. De acordo com o relato, o tratamento melhorou a concentração e a motivação, e reduziu o sentimento de culpa, a irritabilidade, a insegurança e o desconforto em lidar com outras pessoas. **Conclusão:** Este artigo demonstra que traumas decorrentes da COVID-19 podem ser capazes de desencadear IT e exemplifica um favorável desempenho da TCC-FT na melhoria global da saúde mental dos pacientes com TEPT crônico com vivência de IT.

PALAVRAS-CHAVE

TEPT, imobilidade tônica, COVID-19, profissionais de saúde, TCC.

ABSTRACT

Objective: In this study, we report the case of a health professional with experience of tonic immobility (TI) and subsequent development of post-traumatic stress disorder (PTSD) as a result of occupational trauma due to COVID-19 who received remote treatment with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). **Methods:** A case report of a patient followed for six months after receiving remote TF-CBT. **Results:** A 36-year-old female patient, the physiotherapist who developed chronic PTSD and experienced TI for fear of coronavirus contamination. Psychometric scales demonstrated that TF-CBT considerably reduced PTSD and depression symptoms and increased social support and resilience. According to the report, the treatment improved concentration and motivation, and reduced feelings of guilt, irritability, insecurity, and discomfort in dealing with other people. **Conclusion:** This article demonstrates that trauma resulting from COVID-19 can trigger TI and exemplifies a favorable performance of TF-CBT in the global improvement of the mental health of patients with chronic PTSD who experience TI.

KEYWORDS

PTSD, tonic immobility, COVID-19, healthcare workers, CBT.

Received in: Aug/16/2022. Approved in: Nov/08/2022.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3 Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Address for correspondence: Marina S. Melani. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. Avenida Venceslau Brás, 71 – 22290-140 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marina.melani21@gmail.com



INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde atuantes na pandemia de COVID-19, além de presenciarem o sofrimento e as mortes de seus pacientes, estavam mais vulneráveis a se contaminar e a ser vetores de transmissão do vírus para amigos e familiares¹. Dessa forma, este grupo foi, possivelmente, um dos mais afetados quanto à saúde mental².

Entre os transtornos mentais mais prevalentes em decorrência da COVID-19, está o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)³. Esse transtorno tem como principal tratamento recomendado a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT) presencial ou remota (adequada em situações de distanciamento social como na pandemia)⁴. Porém, a eficácia de seu tratamento pode ser influenciada pela cronicidade do transtorno⁵ e pela imobilidade tônica peritraumática (ITP), que é um preditor da gravidade⁶ e de pior resposta ao tratamento farmacológico do TEPT⁷.

Embora pouco estudada, a imobilidade tônica (IT) foi recentemente descrita em profissionais de saúde expostos a traumas relacionadas à pandemia⁸. O presente relato de caso é um desdobramento desse estudo e visa abordar a ITP vivenciada por uma profissional de saúde que desenvolveu TEPT crônico por trauma laboral causado pela COVID-19 e seu tratamento com TCC-FT remota com participação síncrona do terapeuta. Este manuscrito, portanto, tem como objetivo ampliar o conhecimento sobre IT em traumas por COVID-19 e seu impacto na TCC-FT a partir da apresentação e discussão dos resultados do tratamento medidos por escalas psicométricas e baseados no relato da paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente Ana, sexo feminino, 36 anos, solteira, vivia com o filho menor de idade. O evento traumático foi vivenciado em março de 2020 quando atuava como fisioterapeuta em uma unidade de pronto atendimento em Minas Gerais, Brasil.

No momento do trauma ainda pouco se sabia acerca do coronavírus, o que, segundo Ana, tornou a situação ainda mais apavorante. Ela apresentava uma memória íntegra do evento traumático, sendo capaz de detalhar sensações, sons, rostos e falas.

“Eu cheguei para trabalhar em um dia normal, mas já tinha uma aglomeração de pessoas na unidade de saúde. Ia seguir minha rotina, quando uma família me abordou. Eles estavam contaminados e, sem máscara, vieram me encostando. Senti muito medo de ser contaminada.”

O medo que Ana sentiu foi tão intenso que contribuiu para as sensações de estar assistindo à situação de fora do seu corpo (despersonalização) e para a IT.

“Eu fiquei travada na parede, tentava olhar para as coisas e entender e não conseguia. Parece que ficou um vazio na minha

mente. Não estava nem me reconhecendo naquele momento, parecia que eu não estava ali, que não era eu. [...] Era como uma anestesia que do pescoço para baixo eu não conseguia fazer nada. É horrível, porque você está consciente, vendo tudo, quer fazer algo, mas não consegue esboçar nenhuma reação. É uma sensação de impotência.”

De acordo com Ana, ter vivenciado a IT fez com que sentisse culpa pela incapacidade de reagir. Além disso, sentiu-se incompreendida, e essa falta de apoio provocou desconfiança e raiva em relação a si mesma, ao evento traumático e aos outros, sendo crucial para sua decisão de desligamento do emprego. “As pessoas acham que você está fazendo graça. Como eu travei, não consegui atender ninguém, mas não fizeram questão de entender o porquê.”

Cerca de quatro meses depois do evento traumático descrito, Ana recebeu pela internet a divulgação do estudo denominado Projeto Psicovida⁸. Nele, Ana respondeu a algumas escalas psicométricas, como, por exemplo, a escala autoaplicável de rastreio de sintomas de TEPT (PCL-5). Nessa escala, além do critério A (exposição a um evento traumático), Ana apresentou os sintomas de TEPT referente aos *clusters* B (reexperimentação), C (evitação) e E (hiperexcitação). Sua pontuação total foi de 39 pontos, que sugere provável diagnóstico de TEPT⁹.

Cabe ressaltar que, assim como Ana, todos os voluntários com sintomas de TEPT ou TEPT subclínico rastreados pela escala PCL-5 foram convidados para o tratamento com TCC-FT remota. Antes de iniciar a terapia, os participantes interessados respondiam ao módulo de TEPT do SCID-5-CV (*Structured Clinical Interview Diagnostic – versão clínica*) aplicado por psiquiatras treinados com o objetivo de checar o diagnóstico da escala de rastreio autoaplicável. Os psiquiatras também eram responsáveis, caso necessário, por prestar atendimento médico ou realizar encaminhamento para o serviço público mais próximo da residência do participante.

Por meio do SCID-5-CV, foi confirmado o diagnóstico de TEPT crônico de Ana, que iniciou o tratamento com TCC-FT remota na semana seguinte, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o termo de consentimento para gravação das sessões de terapia de exposição imaginária (TEI). Cabe ressaltar que Ana foi escolhida para o presente relato por ter sido a única paciente com TEPT que apresentou ITP a completar a terapia oferecida. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do IPUB/UFRJ – CAAE 37321920.1.0000.5263.

A avaliação inicial, de acompanhamento e de seguimento da paciente Ana foi composta por seis escalas psicométricas. As escalas e seus momentos de aplicação são apresentados na Tabela 1.

No seguimento de seis meses, além da aplicação das escalas, foi investigada a experiência da paciente com o tratamento e sua atual condição de vida. A avaliação do

Tabela 1. Resultados das escalas psicométricas por momento da avaliação da TCC-FT

Períodos	Etapas	PCL-5	ER	EAS	PHQ-9	TIS 4	TIS 6
1 ano e 4 meses antes do início da TCC-FT	Projeto Psicovida	39	-	-	-	24	36
4 dias antes da 1ª sessão de TCC-FT	Momento A	67	89	7	27		
4ª e a 5ª sessão	Momento B	57	69	10	22		
Entre a 8ª e a 9ª sessão	Momento C	35	119	14	12		
Após a 13ª sessão	Momento D	14	126	19	6		
1 mês após a TCC-FT	1º Seguimento	13	85	10	13		
6 meses após a TCC-FT	2º Seguimento	10	137	12	7		

Notas: a) EAS = escala de apoio social, ER = Escala de Resiliência de Wagnild & Young, PCL-5 = lista de verificação de transtorno de estresse pós-traumático para o DSM-5, PHQ-9 = questionário sobre a saúde do paciente, TIS 4 e TIS 6 = Escalas de Imobilidade Tônica; b) TCC-FT = terapia cognitivo comportamental focada no trauma.

desconforto durante as sessões de TEI e terapia de exposição ao vivo foi obtida a partir da escala SUDs, que varia de 0 (nenhum desconforto) a 100 (extremo desconforto) (para maiores informações, *vide* Material Complementar).

A terapia ocorreu entre novembro e dezembro de 2021. O protocolo consistiu em 13 sessões de TCC-FT remotas, duas vezes por semana, com duração de 60 a 90 minutos. As sessões de TEI tinham duração de 30 minutos. Além disso, havia tarefas de casa e, entre as mais importantes, estavam: a prática de respirações, a exposição ao vivo a estímulos evitados e a escuta dos áudios das sessões de TEI. O protocolo resumido, a hierarquia de exposição ao vivo, o resultado das exposições e o relato de Ana sobre as elas encontram-se no Material Complementar.

Ana iniciou a terapia com todos os sintomas de TEPT graduados, pelo menos, em nível moderado na escala PCL-5. Com o somatório de 67 pontos, a paciente preenchia todos os *clusters* de TEPT. Ana apresentou extremo incômodo quanto a lembranças sobre o evento traumático (sejam involuntárias ou induzidas) e muito incômodo com sonhos referentes ao trauma e com reações físicas causadas pelas lembranças dele. A paciente evitava moderadamente lembranças, sentimentos e pensamentos relacionados ao trauma e evitava muito pessoas, lugares ou situações que lembrassem o evento. Ana apresentava muito incômodo com crenças negativas sobre si, os outros e o mundo e extremo desconforto devido a perda de interesse, distanciamento social, dificuldade para experimentar sentimentos positivos e pela presença de emoções como culpa, medo, raiva e vergonha. Além disso, apresentava muito desconforto com sensação de hipervigilância e extremo incômodo pela presença de comportamento irritável, sentimento de sobressalto e dificuldade de concentração e de sono.

Ana cumpriu rigorosamente o protocolo de tratamento oferecido, sem nenhuma falta, atraso às sessões ou falha na condução das tarefas de casa. Ana não usou medicação durante a psicoterapia e não houve necessidade de atendimento psiquiátrico concomitante.

A paciente nunca havia feito terapia, não possuía nenhum diagnóstico de transtornos de saúde mental dado por

profissionais antes da pandemia e não havia vivenciado outro evento traumático ao longo da vida. Dessa maneira, inicialmente, não havia reconhecido o impacto emocional do trauma e não sabia que precisava de ajuda psicológica para lidar com as consequências (como as evitações dos colegas de trabalho e da própria unidade de saúde).

Ana imergia facilmente durante as sessões de TEI e, embora isso fosse favorável para o tratamento, em quase todas as sessões sentia-se paralisada (como no dia do trauma). A sensação perdurava após as sessões e o uso da respiração diafragmática era essencial para o controle emocional. “Só aí conseguia me acalmar e sair da cadeira para fazer as coisas da minha rotina.”

Apesar do desconforto com o procedimento da terapia de exposição, Ana ressaltou a importância da Psicoeducação para não abandonar o tratamento. Conhecer sobre a TCC-FT lhe forneceu confiança na eficácia dela, e aprender sobre o TEPT a fez reconhecer o que estava sentindo e compreender determinados sintomas, como seu nervosismo excessivo.

A TCC-FT aliviou a culpa que Ana sentiu por sua incapacidade de reagir durante o trauma.

“Antes da terapia eu sentia como se tudo tivesse ocorrido por minha culpa. Eu não conseguia compreender por que não consegui reagir. Você fica sempre num ‘Eu deveria ter feito algo’ [...]. Hoje eu vejo que eu tive a reação que tinha que ter naquele momento e fiz o que eu conseguia fazer.”

Além da culpa, o tratamento com TCC-FT remota reduziu a irritabilidade, a insegurança e o desconforto em interagir com outras pessoas. Sua concentração melhorou, assim como sua motivação para traçar e concluir objetivos e metas. O relato de Ana sobre o êxito da terapia é corroborado pela melhora em todas as escalas psicométricas aplicadas (Tabela 1).

Ana relatou que, mesmo após o tratamento, prefere não falar sobre o trauma, no entanto não se sente mais impedida e nem se furta de contá-lo quando necessário. Embora informe que após o tratamento se sente 40% melhor em sua funcionalidade (e com grande otimismo no seu reestabelecimento total), Ana preferiu não continuar trabalhando na área da saúde. Ela permanece utilizando as intervenções aprendidas durante a terapia no seu dia a dia.

DISCUSSÃO

Além da importância por se tratar de uma situação excepcional da história recente, com repercussões globais, o presente estudo oferece informações valiosas acerca da resposta ao tratamento com TCC-FT remota para TEPT em casos de vivência de ITP – ainda pouco estudado.

O relato das sensações da paciente coincide com a caracterização da IT na literatura como sendo um estado de profunda inibição motora e da vocalização, analgesia, consciência preservada sobre o meio ambiente, percepção de incapacidade para escapar e rigidez muscular¹⁰. Além disso, a paciente relatou sintomas peritraumáticos de despersonalização, o que está de acordo com estudos sobre IT em humanos que indicam que não é incomum que reações de dissociação aconteçam simultaneamente¹¹. Tais aspectos demonstram a importância de estudar a IT – o último recurso da cascata defensiva diante de ameaças de aproximação⁷ – em traumas variados, como no caso da COVID-19.

O caso descrito traz à tona também a coragem de uma profissional de saúde em enfrentar o estigma e o próprio sintoma de evitação do TEPT ao buscar tratamento psicológico. As pessoas traumatizadas não querem pensar, lembrar ou contar sobre o evento traumático e, apesar de as terapias remotas aumentarem a aceitabilidade em indivíduos com medo de estigmatização da doença mental¹², para os profissionais de saúde pode ser ainda mais difícil, pois eles podem se sentir fracassados, ter vergonha de suas vulnerabilidades e temer o futuro de suas carreiras profissionais¹³.

A paciente possuía poucas pessoas a quem pudesse recorrer em sua vida pessoal e, curiosamente, os valores da escala de apoio social aumentaram durante a terapia. É sabido que o apoio social ajuda as pessoas a lidarem com situações estressantes, protegendo contra o desenvolvimento de psicopatologias relacionadas, além de estar associado à melhora dos sintomas de TEPT no tratamento com exposição¹⁴. A construção de uma firme aliança terapêutica parece ter sido um importante fator para a melhoria do apoio social de Ana e para o êxito no tratamento, favorecendo sua adesão e o alívio do sentimento de culpa¹⁵.

Era esperado que a TCC-FT promovesse o aumento da resiliência da paciente¹⁶, como de fato ocorreu. No entanto, um mês após o término do tratamento, a pontuação na escala de resiliência caiu de maneira considerável. Nossa hipótese é que esse fenômeno tenha relação com o frágil suporte social da paciente, tendo ocorrido devido à sensação de vulnerabilidade experimentada no primeiro mês sem terapia e sem o contato direto com a psicóloga. Após seis meses, tendo superado suas dificuldades e colocado em prática as intervenções ensinadas, a resiliência voltou a subir, sendo a mais alta até o momento.

Outro aspecto a ser ressaltado é quanto à não remissão dos sintomas de Ana no intervalo de tempo entre a

entrevista do Projeto Psicovida e o início da terapia (medidos pela escala PCL-5). Um ano e quatro meses após a primeira entrevista, Ana não só continuava a apresentar os sintomas de TEPT, como vivenciava seu agravamento, configurando o desenvolvimento de “TEPT crônico” devido à experiência dos sintomas por mais de três meses¹⁷.

É importante salientar que tal aspecto coincide com o que foi identificado em uma metanálise¹⁸ sobre a baixa remissão espontânea dos sintomas e a demonstração de que a máxima “o tempo cura todas as feridas” não se encaixa no caso do TEPT. A forma de autoproteção de Ana (e um dos principais sintomas do TEPT) foi evitar quaisquer estímulos relacionados ao trauma e, embora isso a fizesse não experimentar as emoções desagradáveis evocadas por situações condicionadas ao trauma (reforço negativo), a memória traumática não havia sido emocionalmente processada.

Ainda de acordo com a PCL-5, dos 80 pontos totais da escala, a paciente apresentou 67 na linha de base. Esse dado parece coincidir com a literatura sobre a relação da ITP e uma maior gravidade de TEPT. Embora tenhamos que salientar as limitações inerentes ao estudo de um único caso, o presente relato traz boas notícias acerca do favorável desempenho da TCC-FT para quem vivenciou ITP. Podemos considerar que este estudo fornece um ponto de partida para o desenvolvimento de novos estudos científicos mais robustos para a prática clínica.

CONCLUSÃO

O artigo exemplifica um caso de vivência de IT devido a um trauma em relação à COVID-19 e demonstra um favorável desempenho da TCC-FT remota na redução dos sintomas de TEPT. Embora haja necessidade de estudos mais robustos sobre os desdobramentos da ITP em pacientes com TEPT, por traumas variados, o presente relato traz informações valiosas para a prática clínica, visto que a IT e a cronicidade do TEPT tornam o transtorno mais refratário e difícil de tratar.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Marina Melani – Condução do tratamento da paciente, interpretação dos dados clínicos e elaboração do manuscrito.

Ingrid Januzzi – Aplicação das escalas psicométricas, entrevista com a paciente e elaboração do manuscrito.

Jéssica Paiva e Raquel Perozo – Elaboração do manuscrito.

Paula Rui Ventura – Supervisão clínica do tratamento.

William Berger – Orientação de todo o estudo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- Zaçe D, Hoxhaj I, Orfino A, Viteritti AM, Janiri L, Di Pietro ML. Interventions to address mental health issues in healthcare workers during infectious disease outbreaks: A systematic review. *J Psychiatr Res.* 2021;136:319-33.
- Smallwood N, Harrex W, Rees M, Willis K, Bennett CM. COVID-19 infection and the broader impacts of the pandemic on healthcare workers. *Respirology.* 2022;27(6):411-26.
- Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021;295:113599.
- Wild J, Warnock-Parkes E, Murray H, Kerr A, Thew G, Grey N, et al. Treating posttraumatic stress disorder remotely with cognitive therapy for PTSD. *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11(1):1785818.
- Solvason HB, Ernst H, Roth W. Predictors of response in anxiety disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26(2):411-33.
- Rocha-Rego V, Fiszman A, Portugal LC, Garcia Pereira M, de Oliveira L, Mendlowicz MV, et al. Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *J Affect Disord.* 2009;115(1-2):269-73.
- Lima AA, Fiszman A, Marques-Portella C, Mendlowicz MV, Coutinho ES, Maia DC, et al. The impact of tonic immobility reaction on the prognosis of posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Res.* 2010;44(4):224-8.
- Gama CMF, de Souza Junior S, Gonçalves RM, Santos EDC, Machado AV, Portugal LCL, et al. Tonic immobility is associated with posttraumatic stress symptoms in healthcare professionals exposed to COVID-19-related trauma. *J Anxiety Disord.* 2022;90:102604.
- Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, et al. Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychol Assess.* 2016;28(11):1379-91.
- Humphreys KL, Sauder CL, Martin EK, Marx BP. Tonic Immobility in Childhood Sexual Abuse Survivors and Its Relationship to Posttraumatic Stress Symptomatology. *J Interpers Violence.* 2010;25(2):358-73.
- Kozłowska K, Walker P, McLean L, Carrive P. Fear and the Defense Cascade: Clinical Implications and Management. *Harv Rev Psychiatry.* 2015;23(4):263-87.
- Sijbrandij M, Kunovski I, Cuijpers P. Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Depress Anxiety.* 2016;33(9):783-91.
- Galbraith N, Boyda D, McFeeters D, Hassan T. The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bull.* 2021;45(2):93-7.
- Price M, Lancaster CL, Gros DF, Legrand AC, van Stolk-Cooke K, Acierno R. An Examination of Social Support and PTSD Treatment Response During Prolonged Exposure. *Psychiatry.* 2018;81(3):258-70.
- Keller SM, Zoellner LA, Feeny NC. Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(6):974-9.
- Reyes AT, Kearney CA, Lee H, Isla K, Estrada J. Interventions for Posttraumatic Stress with Resilience as Outcome: An Integrative Review. *Issues Ment Health Nurs.* 2018;39(2):166-78.
- Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:128-41.
- Morina N, Wicherts JM, Lobbrecht J, Priebe S. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(3):249-55.

MATERIAL COMPLEMENTAR

TABELA. PROTOCOLO DE TRATAMENTO COM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL FOCADA NO TRAUMA (TCC-FT)

SEMANA	INTERVENÇÕES	
Primeira	<p><u>SESSÃO 1</u></p> <p>Psicoeducação sobre TCC-FT + Treino de respiração + Tarefa de casa (leitura do texto de psicoeducação e prática da respiração diafragmática e/ou polarizada).</p>	<p><u>SESSÃO 2</u></p> <p>Revisão da tarefa de casa + Psicoeducação sobre TEPT + Reestruturação cognitiva + Tarefa de casa (leitura do texto de psicoeducação e da lista de distorções cognitivas, prática das respirações).</p>
Segunda	<p><u>SESSÃO 3</u></p> <p>Revisão da tarefa de casa + Psicoeducação sobre terapia de exposição ao vivo + Construção da hierarquia de exposição ao vivo + Tarefa de casa (leitura do texto de psicoeducação, prática das respirações, acréscimo de itens evitados na hierarquia – se necessário –, início das exposições ao vivo).</p>	<p><u>SESSÃO 4</u></p> <p>Revisão da tarefa de casa + Psicoeducação sobre exposição imaginária + Condução da exposição imaginária + Prática de respiração + Tarefa de casa (leitura do texto de psicoeducação, prática das respirações e das exposições ao vivo, início da escuta dos áudios da exposição imaginária).</p>
Terceira-Sexta	<p><u>SESSÃO 5-12</u></p> <p>Revisão da tarefa de casa + Condução da exposição imaginária + Tarefa de casa (leitura do texto de psicoeducação sobre exposição imaginária, prática das respirações e das exposições ao vivo, escuta dos áudios da exposição imaginária).</p>	
Sétima	<p><u>SESSÃO 13</u></p> <p>Revisão da tarefa de casa + Revisão do progresso + Encerramento da terapia.</p>	
Seguimento	<p><u>1 A 6 MESES</u></p> <p>Avaliação do estado geral do paciente + perguntas sobre as exposições pós-tratamento + revisão das técnicas aprendidas.</p>	

FORMULÁRIO DE HIERARQUIA DA EXPOSIÇÃO AO VIVO

ITEM	SUDs
1. Ver boletins epidemiológicos da cidade	50
2. Passar na rua da unidade de saúde que trabalhava	60
3. Tomar 3ª dose da vacina para COVID-19 na unidade que trabalhava	60
4. Encontrar determinada ex-colega de trabalho no dia da vacinação	60
5. Atender o agente de saúde (ex-colega de trabalho) que passa na rua	80
6. Ver fotos na rede social de ex-colegas de serviço e da unidade de saúde em que trabalhava	90
7. Encontrar ex-colega de trabalho na rua	95
8. Falar com um ex-colega do antigo trabalho por mensagem	95
9. Retornar ao curso de pós-graduação	100

TERAPIA DE EXPOSIÇÃO IMAGINÁRIA (TEI) REALIZADA NAS SESSÕES

A paciente reduziu em mais da metade o desconforto em contar o evento traumático durante as sessões de TEI. Porém, terminou a última TEI (12ª sessão) com alto nível de incômodo. Ao ser questionada, relatou ansiedade por saber que se tratava da última vez em que realizaria a atividade com a presença da terapeuta (visto que a 13ª sessão não contempla a TEI). A Figura 1 representa a evolução das TEIs em sessão (cabe ressaltar que a TEI se inicia na 4ª sessão).

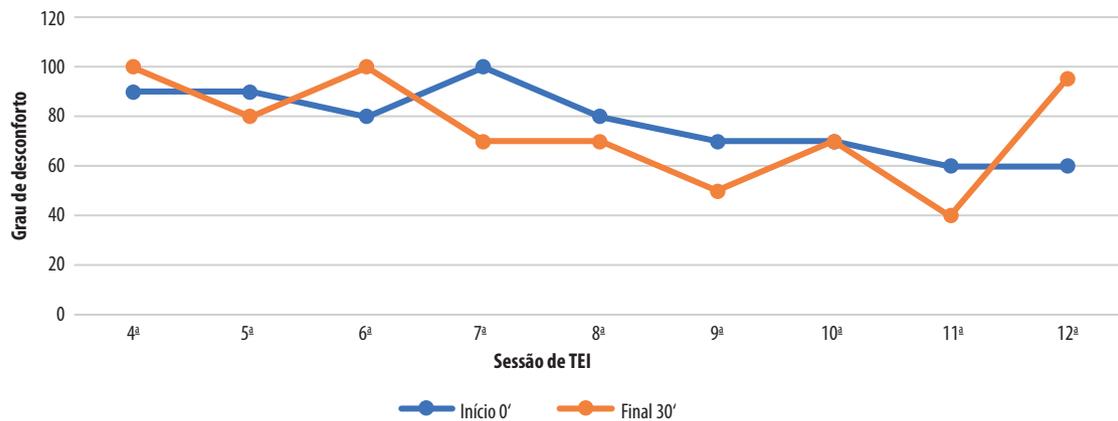


Figura 1. Grau de desconforto da paciente Ana durante as 9 sessões de TEI.

Notas: a) TEI = Terapia de Exposição Imaginária; b) Desconforto avaliado pela escala SUDs (0-100)

EXPOSIÇÕES COMO TAREFA DE CASA

Visando provocar maior habituação e conseqüente redução da ansiedade, Ana realizou exposições ao vivo e imaginárias como tarefas de casa.

TERAPIA DE EXPOSIÇÃO IMAGINÁRIA (TEI) COMO TAREFA DE CASA

A paciente fez 24 dias de TEI com a escuta do relato do trauma gravado em sessão. A duração das atividades variou desde seis minutos (na primeira tentativa de exposição) até uma hora e quarenta (na última exposição). Os áudios das sessões 8 e 9 foram ouvidos uma única vez cada, já o restante foi repetido de 2 a 8 vezes. Ao longo dos dias, o desconforto com as gravações caiu de 100 para 30. A Figura 2 representa a evolução da tarefa de TEI da paciente.

Inicialmente, a paciente demonstrou dificuldade em realizar o procedimento da escuta do seu relato traumático, mantendo níveis ainda muito altos de desconforto após o término da atividade. Além de angústia, ansiedade, nervosismo e crises de choro, Ana relatou sintomas físicos como taquicardia, tremores, dormência nos membros inferiores e sudorese intensa nas mãos e nos pés.

Conforme os dias de exposição em casa foram passando, seu grau de desconforto no final da escuta da gravação foi diminuindo gradualmente e a duração da atividade aumentando (Ana conseguia suportar por mais tempo o áudio de seu trauma), indicando certa habituação.

Cabe ressaltar que a orientação era escutar o áudio correspondente ao relato gravado na sessão imediatamente anterior. Toda vez que o áudio escutado mudava (isto é, o relato se tornava mais detalhado), o desconforto aumentava novamente. Por exemplo, no sexto dia, Ana escutou o áudio referente à 6ª sessão e demonstrou desconforto maior (tanto antes quanto depois da atividade) do que havia experimentado no dia anterior ao ouvir o relato da 5ª sessão, e não conseguiu terminar de ouvir a gravação.

Por volta do 19º dia, Ana conseguiu realizar a exposição por mais de uma hora e experimentou seu grau de desconforto reduzir pela metade em comparação ao primeiro dia de TEI em casa. Vale destacar que os sintomas físicos que sentia com intensidade nos primeiros dias de exposição (como tremor, sudorese e taquicardia) já não estavam mais presentes em seus relatos nesse momento.

Sentimentos intensos de frustração, raiva, culpa, tristeza, desânimo, vulnerabilidade, revolta e medo foram frequentemente experimentados ao longo das tarefas de TEI em casa. No entanto, como o grau de desconforto foi reduzindo, as últimas atividades foram marcadas por comentários mais esperançosos, resilientes e complacentes consigo mesma: “Me senti mais confiante e na expectativa de dias melhores” (dia 19); “Iniciei a exposição um pouco triste, mas fui me tranquilizando e compreendendo melhor o que vivenciei naquele momento da minha vida” (dia 23).

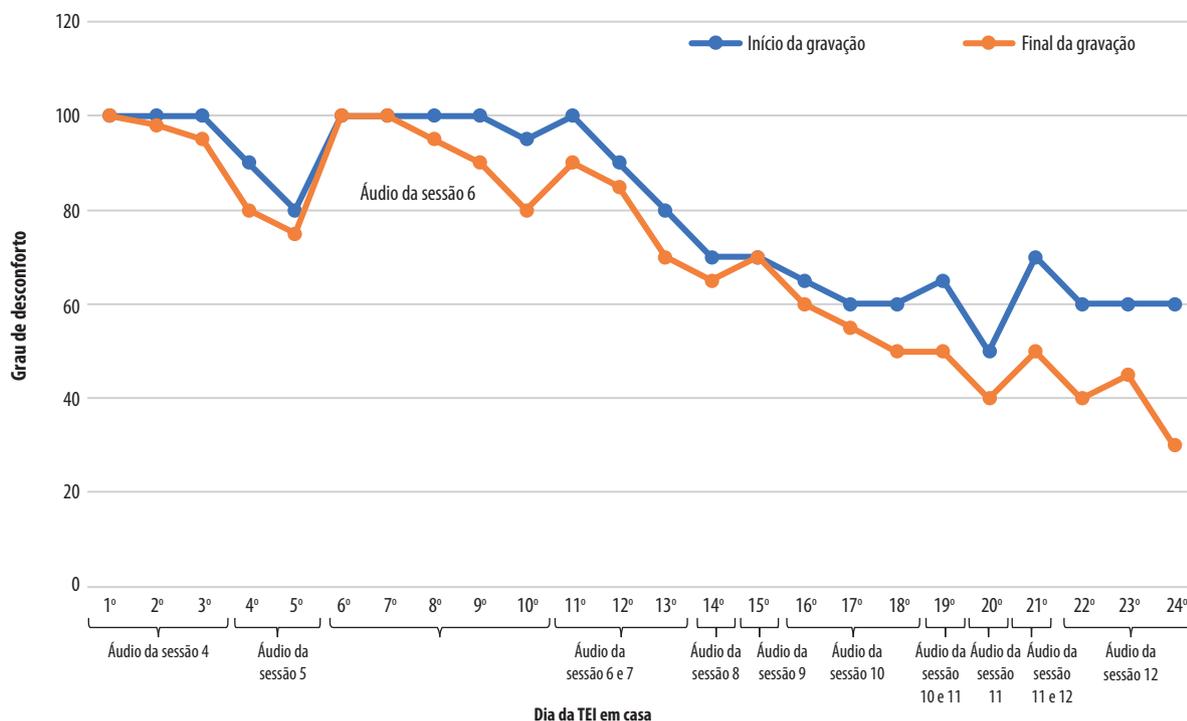


Figura 2. Grau de desconforto durante os dias de TEI em casa com auxílio da gravação do trauma.

TERAPIA DE EXPOSIÇÃO AO VIVO COMO TAREFA DE CASA

A partir da 3ª sessão, a paciente foi instruída a realizar tarefas de exposição ao vivo. Ao todo, ela conduziu 19 dias de tarefa, englobando os 9 itens da hierarquia de exposição inicialmente propostos. Alguns itens foram realizados uma única vez (itens 3, 4, 5, 7, 8, 9). Os itens 1, 2 e 6 foram realizados mais de uma vez (3, 6 e 5 vezes, respectivamente). Todos os itens apresentaram redução no grau de desconforto, com exceção do item 5 que aumentou de 80 para 90. Os itens 3 e 4 foram realizados como sendo um único item visto que a condução de ambos se daria no mesmo local e, inevitavelmente, ao conduzir o primeiro, o segundo também ocorreria. A Figura 3 demonstra a evolução da tarefa de exposição ao vivo da paciente.

Ana se expos aos itens na seguinte ordem:

- 1º) item 1. Ver boletins epidemiológicos da cidade;
- 2º) item 5. Atender o agente de saúde (ex-colega de trabalho) que passa na rua;
- 3º) item 2. Passar na rua da unidade de saúde que trabalhava;
- 4º) item 6. Ver fotos na rede social de ex-colegas de serviço e da unidade de saúde em que trabalhava;
- 5º) itens 3 e 4. Tomar 3ª dose da vacina para COVID-19 na unidade que trabalhava e encontrar determinada ex-colega de trabalho no dia da vacinação, respectivamente;
- 6º) item 7. Encontrar ex-colega de trabalho na rua;
- 7º) item 8. Falar com um ex-colega do antigo trabalho por mensagem;
- 8º) item 9. Pesquisar sobre a pós-graduação.

Embora a sugestão fosse seguir cada item gradualmente, Ana precisou alterar algumas vezes a ordem que conduziria os exercícios. Por exemplo, o item 5 ocorreu antes dos itens 2 a 4. O agente de saúde a qual seria exposta passou em sua rua antes do que imaginava, obrigando-a a vivenciar a situação considerada mais difícil primeiro. O desconforto foi ainda maior no final

do encontro, pois o agente de saúde a indagou sobre seu afastamento do trabalho, fazendo-a se sentir “insegura, envergonhada e ansiosa”.

Em relação ao item 2, Ana ficou mais desconfortável em passar na rua do antigo trabalho do que imaginava quando construiu a hierarquia. Na primeira exposição, a paciente não conseguiu permanecer o tempo necessário para reduzir o desconforto, porém nas exposições subsequentes o tempo de duração aumentou e a redução do desconforto também. Embora ainda sentisse taquicardia e respiração ofegante, buscou suportar o incômodo, até que conseguiu, na última exposição, fazer o trajeto a pé sem desconforto significativo.

Dos itens que Ana se expôs por mais de uma vez, o 1 e o 2 demonstraram redução do desconforto tanto intra-sessão, quanto entre-sessão. Já o item 6 foi o que menos reduziu o desconforto após todas as repetições, e o único que demonstrou aumento de desconforto intra-sessão (durante a primeira exposição). Por conta da agenda de vacinação da COVID-19, Ana precisou adiar os itens 3 e 4 da hierarquia, e optou por realizar o 6º. Novamente tendo sido obrigada a vivenciar um estímulo tido como mais difícil primeiro do que os mais fáceis, a paciente relatou “ansiedade, tristeza, irritação, arrependimento (de sair do emprego), preocupação (com o futuro profissional, saúde física e mental) e sensação de injustiça”.

Os itens que foram realizados apenas uma vez apresentaram uma redução significativa do grau de desconforto e deram espaço a um discurso mais otimista: “Me senti desconfortável no início, depois fui me acalmando e terminei esperançosa e mais confiante de que tudo vai dar certo. É só uma fase ruim”.

O último e mais difícil item para Ana precisou ser adaptado. Retornar ao curso de pós-graduação não era possível no momento da exposição, portanto, o combinado foi se expor a assuntos relacionados. Ana repetiu apenas uma vez esse item e, provavelmente, precisará enfrentar a situação no seu futuro profissional: “ainda me incomoda e angustia pensar sobre isso. Reconheço que é algo que preciso encarar”.

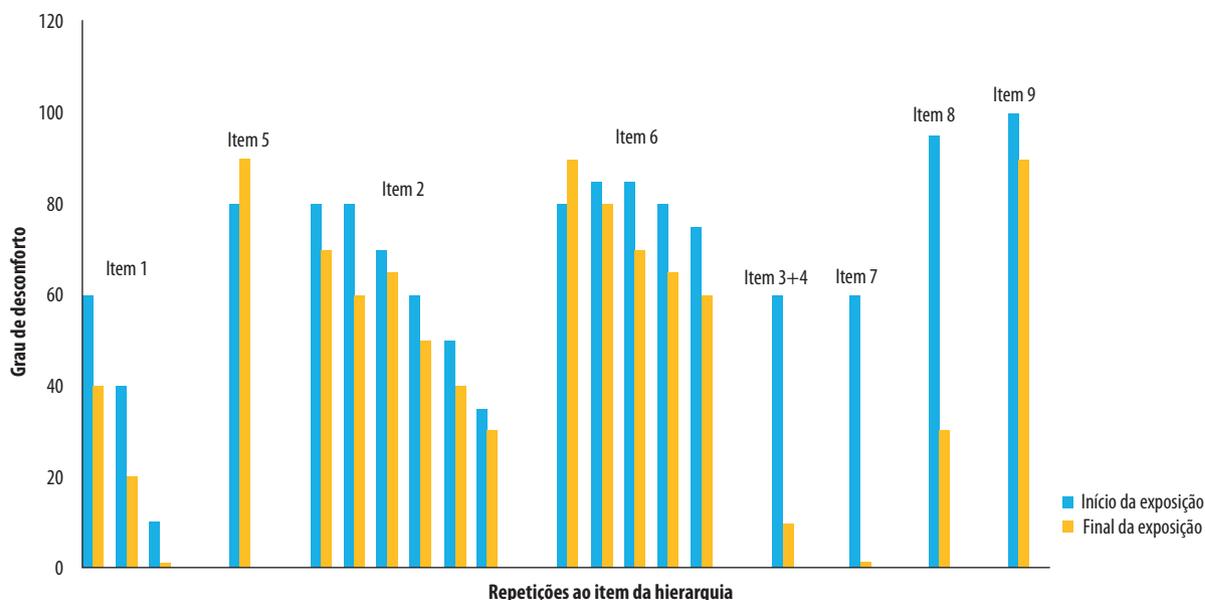


Figura 3. Grau de desconforto das exposições ao vivo de acordo com os itens da hierarquia e a quantidade de exposições a cada item

Notas. a) item 1. Ver boletins epidemiológicos da cidade; item 5. Atender o agente de saúde (ex-colega de trabalho) que passa na rua; item 2. Passar na rua da unidade de saúde que trabalhava; item 6. Ver fotos na rede social de ex-colegas de serviço e da unidade de saúde em que trabalhava; item 3 e 4. Tomar 3ª dose da vacina para COVID-19 na unidade que trabalhava e encontrar determinada ex-colega de trabalho no dia da vacinação, respectivamente; item 7. Encontrar ex-colega de trabalho na rua; item 8. Falar com um ex-colega do antigo trabalho por mensagem; item 9. Pesquisar sobre a pós-graduação. b) cada dupla de colunas corresponde a uma repetição de item.