

Perda gestacional de repetição: aspectos psíquicos e terapias comportamentais

Recurrent pregnancy loss: psychic aspects and behavioral therapies

Elaine Cristina Fontes de Oliveira¹, Inês Katerina Damasceno Cavallo Cruzeiro¹, Gabriela Martins Perez Garcia¹, Sara de Pinho Cunha Paiva¹

Descritores

Aborto habitual; Terapia cognitivo-comportamental; Estresse; Depressão; Protocolos clínicos

Keywords

Abortion habitual; Cognitive behavioral therapy; Stress; Depression; Clinical protocols

Submetido:

09/07/2021

Aceito:

13/09/2021

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Elaine Cristina Fontes de Oliveira
Avenida Professor Alfredo Balena,
110, Centro, 30130-100, Belo
Horizonte, MG, Brasil
emedmg@gmail.com

Como citar:

Oliveira EC, Cruzeiro IK, Garcia GM, Paiva SP. Perda gestacional de repetição: aspectos psíquicos e terapias comportamentais. *Femina*. 2021;49(12):699-704.

RESUMO

A perda gestacional de repetição (PGR) é definida classicamente como três perdas consecutivas antes de 20 semanas de gestação. Ela afeta aproximadamente 3% dos casais que tentam conceber, quando se consideram pelo menos duas perdas, e cerca de 1%, quando acima de três perdas. A PGR está associada a diferentes fatores causais. Algumas mulheres não terão nenhuma anormalidade identificável nos protocolos investigativos atuais. O aborto pode causar doenças mentais, tais como depressão e ansiedade, e ser responsável por sentimentos como medo, raiva e culpa. Embora existam intervenções já estabelecidas para pacientes com perda gestacional com fator causal determinado, não existe nenhum tratamento comprovadamente efetivo em mulheres com perda gestacional inexplicada. O oferecimento do chamado *Tender Loving Care* pode levar a melhores resultados gestacionais nessas pacientes. Este artigo irá fazer uma revisão sobre os aspectos psíquicos em PGR e o cuidado suportivo que poderá ser realizado nessas pacientes.

RESUMO

Recurrent pregnancy loss (RPL) is classically defined as three consecutive losses before 20 weeks of gestation. It affects approximately 3% of couples who try to conceive, when considering at least two losses, and about 1%, when considering three or more. RPL is associated with different causal factors. Some women will have no identifiable abnormalities in current investigative protocols. Abortion can cause mental illness, such as depression and anxiety, and be responsible for feelings like fear, anger and guilt. Although there are interventions already established for patients with pregnancy loss with a determined causal factor, there is no proven effective treatment for women with unexplained pregnancy loss. The offer of the so-called Tender Loving Care can lead to better pregnancy results in these patients. This article will review the psychic aspects of recurrent pregnancy losses and the supportive care that can be performed in these patients.

INTRODUÇÃO

A perda gestacional de repetição (PGR) é definida classicamente como três perdas consecutivas antes de 20 semanas de gestação.⁽¹⁾ A definição atual mais aceita inclui apenas gestações documentadas por meio de ultrassom ou exame anatomopatológico, excluindo-se gestação molar, gravidez ectópica e falha de implantação.^(2,3) Ela afeta aproximadamente 3% dos casais que tentam conceber, quando se consideram pelo menos duas perdas, e cerca de 1%, quando acima de três perdas.⁽⁴⁾

A PGR está associada a diferentes fatores causais, tais como anomalias genéticas ou cromossômicas, tanto no casal quanto no embrião, trombofilia materna, anomalias estruturais uterinas, alterações imunes maternas, alterações endócrinas e fatores ambientais, entre outros. Cerca de 50% das mulheres não terão nenhuma anormalidade identificável nos protocolos investigativos atuais.⁽⁵⁻⁸⁾

A maioria das recomendações terapêuticas nessas mulheres é baseada na experiência clínica e em estudos observacionais. Embora existam intervenções já estabelecidas para pacientes com perda gestacional com fator causal determinado, não existe nenhum tratamento comprovadamente efetivo em mulheres com perda gestacional inexplicada. O oferecimento do chamado *Tender Loving Care* (TLC) pode levar a melhores resultados gestacionais nessas pacientes. Ele consiste em dar segurança e apoio psíquico para a paciente.⁽⁹⁾ Uma vez que o medo relacionado a uma nova gestação pode ter impacto negativo no curso da gestação e parto, as intervenções para redução de ansiedade são, portanto, altamente recomendadas.

Este artigo irá fazer uma revisão sobre os aspectos psíquicos em PGR e o cuidado suportivo que poderá ser realizado nessas pacientes.

AS PERDAS GESTACIONAIS E O IMPACTO EMOCIONAL

O aborto pode causar doenças mentais, tais como depressão e ansiedade, e ser responsável por sentimentos como medo, raiva e culpa.⁽¹⁰⁾ Estudos relatam a presença de doença mental em até 2/3 das pacientes com PGR.⁽¹¹⁾ Devem ser lembradas, também, a piora no relacionamento e a interferência na atividade sexual desses casais.^(12,13) O sofrimento psíquico pode se manter se ocorrer um novo abortamento.⁽¹⁴⁾ Por esse motivo, o cuidado mental é extremamente necessário nesse grupo de mulheres. Estudo longitudinal comparou a prevalência de estresse e depressão entre mulheres com PGR e mulheres que tentaram engravidar naturalmente sem histórico de PGR. Os escores de depressão e as medidas de estresse foram avaliados por meio do Inventário de Depressão Maior (*Major Depression Inventory* – MDI) e da Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS) de Cohen. Cerca de 8,6% das pacientes com PGR apresentaram escores de depressão maior correspondendo a quadros de depressão moderada a severa, enquanto o alto nível de estresse foi relatado em 41,2% das pacientes. A chance de depressão moderada a grave foi cinco vezes maior nas pacientes com PGR em relação às pacientes que tentaram conceber naturalmente. A prevalência de depressão nas pacientes que conceberam naturalmente foi semelhante (2,2%) à da população em geral.⁽¹⁵⁾ O quadro 1 exemplifica as questões abordadas no MDI.

Estudo de Hedegaard *et al.*⁽¹⁷⁾ avaliou a prevalência de depressão e estresse nas mulheres com PGR e em seus

Quadro 1. Estrutura interna do Inventário de Depressão Maior

Você se sentiu de baixo astral ou triste?
Você perdeu o interesse nas suas atividades diárias?
Você sentiu falta de energia ou força?
Você se sentiu menos autoconfiante?
Você sentiu peso na consciência ou sentimento de culpa?
Você sentiu que viver não vale a pena?
Você teve dificuldades de concentração? Por exemplo, ao ler jornal ou assistir à TV?
a. Você se sentiu agitado?
b. Você se sentiu desanimado ou mais lento?
Você teve problemas para dormir à noite?
a. Você esteve com o apetite diminuído?
b. Você esteve com o apetite aumentado?

Fonte: Adaptada de Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães AC, Xavier AJ. Validação da versão em português do inventário de depressão maior. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60(3):164-70.⁽¹⁶⁾

parceiros masculinos. Os casais preencheram o MDI (Quadro 1) e a PSS de Cohen (Quadro 2). A prevalência de depressão moderada a grave em homens com perdas foi de 1,8% *versus* 2,0% em homens sem história de PGR (risco relativo [RR]: 0,90; intervalo de confiança [IC] 95%: 0,26-3,07, $p = 0,99$). O nível de estresse encontrado nesses homens foi de 10,7% *versus* 15,8% no grupo controle (RR: 0,67; IC 95%: 0,48-0,94, $p = 0,017$). Já as mulheres com perdas gestacionais de repetição tiveram prevalência de depressão de 8,3% *versus* 2,2% no grupo controle (RR: 3,74; IC 95%: 2,40-5,83, $p < 0,001$). Os altos níveis de estresse também foram maiores nas pacientes com perda de repetição (28,6%), em relação às mulheres do grupo controle (23,2%) (RR: 1,24; IC 95%: 1,03-1,48, $p = 0,026$).⁽¹⁷⁾

Já um estudo de He *et al.*⁽¹⁹⁾ avaliou a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres com perdas de repetição e seus fatores de risco associados. As pacientes preencheram os questionários da Escala de Depressão Autorrelatada (*Self-Rating Depression Scale* – SDS) e da Escala de Ansiedade Autorrelatada (*Self-Rating Anxiety Scale* – SAS). Foram avaliadas 782 mulheres com perdas gestacionais de repetição. Elas foram comparadas com mulheres com uma perda gestacional e com mulheres sem história de perdas. Mulheres com três ou mais perdas foram significativamente mais deprimidas que aquelas com duas perdas. Em pacientes com PGR, a história de ausência de parto vivo foi significativamente associada à depressão. Fatores associados com maior risco de depressão e ansiedade em mulheres com PGR foram: baixo nível educacional, baixa renda e história de aborto induzido. Mulheres com tempo de relacionamento maior que três anos tiveram altos índices de ansiedade.⁽¹⁹⁾

Um estudo recente de Kolte *et al.*⁽²⁰⁾ acompanhou mulheres com PGR encaminhadas para um centro de referência em PGR. As pacientes foram convidadas a

Quadro 2. Escala de Estresse Percebido de Cohen

	Nunca	Pouco	Às vezes	Regularmente	Sempre
Você é incomodado por acontecimentos inesperados?					
É difícil controlar coisas importantes da sua vida?					
Você se sente nervoso e estressado?					
Você já pensou que não poderia assumir todas as suas tarefas?					
Você gerencia bem os momentos tensos?					
Você se sente irritado quando acontecimentos saem do seu controle?					
Você já se surpreendeu com pensamentos, como, por exemplo, “deveria melhorar a minha qualidade de vida?”					
Você acha que as dificuldades se acumulam a ponto de não poder controlá-las?					
Você enfrenta com sucesso os pequenos problemas do cotidiano?					
Você sente que domina bem as situações?					
Você enfrenta eficazmente as mudanças importantes que ocorrem em sua vida?					
Você se sente confiante em resolver seus problemas de ordem pessoal?					
Você gerencia bem o seu tempo?					
Você sente que as coisas avançam de acordo com a sua vontade?					

Fonte: Adaptada de Luft CD, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. [Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly]. Rev Saúde Pública. 2007;41(4):606-15.⁽¹⁸⁾

preencher questionários que avaliavam os sintomas de humor (MDI) e a percepção do estresse (PSS de Cohen), um ano após o encaminhamento para esse centro de referência. A maioria das pacientes (78%) engravidou no primeiro ano de referência; dessas, 56% evoluíram para novos abortamentos. Em relação aos escores psicométricos, não houve diferença entre pacientes com ou sem alterações na propedêutica de PGR. Não houve diferença também nos escores entre mulheres que engravidaram espontaneamente ou por meio das técnicas de reprodução assistida. Os escores de depressão não foram preditores de obter uma gestação ou de ter um parto vivo, tanto em mulheres com altos quanto baixos níveis de estresse. As mulheres que tiveram filhos após a referência apresentaram menores escores em depressão e ansiedade. Poucas mulheres com perda secundária preencheram os critérios de depressão maior em relação àquelas com perda primária. Mulheres com perda primária tiveram redução dos escores de depressão após o encaminhamento para o centro de referência.⁽²⁰⁾

Outro estudo avaliou os efeitos da PGR no ajuste psicológico dos casais, bem como o estresse psicossocial relacionado, com foco na diferença de gênero e na qualidade do relacionamento conjugal. Os casais preencheram questionários de estresse, qualidade de relacionamento conjugal, depressão (*Beck Depression Inventory*

Second Edition – BDI-II) e ansiedade (*State-Trait Anxiety Inventory*). O impacto psicossocial foi medido por meio de questões que abordavam o estresse associado à PGR nos domínios pessoal, conjugal e social. As mulheres apresentaram níveis mais elevados de depressão, ansiedade, estresse pessoal e social em relação aos homens. Não houve diferença nos escores de qualidade de percepção do relacionamento e estresse conjugal entre homens e mulheres. Porém, mulheres que apresentaram baixos escores na qualidade de relacionamento conjugal apresentaram níveis mais elevados de depressão e ansiedade. Os escores de depressão e ansiedade não interferiram com a qualidade do relacionamento conjugal nos homens. As variáveis como idade, tempo de relacionamento, renda, nível educacional, número de perdas anteriores, história de parto vivo e história de perda de segundo ou terceiro trimestre não tiveram influência no ajuste psíquico em homens e mulheres. A qualidade do relacionamento conjugal foi associada com ajuste psicológico prejudicado entre as mulheres, mas não entre os homens.⁽²¹⁾

O PAPEL DO CUIDADO SUPORTIVO

O cuidado suportivo é frequentemente oferecido para mulheres com perdas gestacionais de repetição, com

aumento das taxas de parto vivo de até 85%.⁽²²⁾ Os *guidelines* atuais da Sociedade Europeia de Medicina Reprodutiva (ESHRE) e do Colégio Real de Ginecologistas e Obstetras (RCOG) recomendam o cuidado suportivo para mulheres com perda gestacional inexplicada.^(23,24)

Uma vez que o cuidado suportivo em mulheres com PGR não é um conceito muito bem definido, não existe nenhum protocolo de tratamento uniforme para essas pacientes.⁽⁹⁾

No ocidente, a tradução do termo *Tender Loving Care* refere-se ao cuidado “terno e amoroso”. Quando essa expressão está associada à prática assistencial, refere-se a dar conforto ao paciente, em momentos de medo e vulnerabilidade. Essas noções oferecem significado e ressonância à “experiência vivida” de dar e receber cuidado.⁽²⁵⁾

Musters *et al.*^(26,27) descreveram os possíveis cuidados médicos suportivos nesse grupo de mulheres, dividindo-os em cuidados suportivos médicos, cuidados suportivos não médicos e outros tipos de cuidado. Em relação aos cuidados médicos, eles envolvem a informação, por parte da paciente, ao ginecologista da presença da gravidez, com o estabelecimento de um plano de consultas e realização de ultrassonografias. As pacientes devem ser aconselhadas sobre hábitos de vida e dieta. O exame de ultrassom deve ser realizado o mais precocemente possível, preferencialmente após o primeiro teste positivo de gravidez e assim que a gravidez possa ser identificada (entre cinco e seis semanas de atraso menstrual), sendo a viabilidade fetal assegurada. Os exames ultrasonográficos podem ser repetidos semanalmente ou a cada duas semanas. Algumas mulheres necessitam ter o nível de gonadotrofina coriônica (hCG) monitorizado pelo menos duas vezes antes da realização do ultrassom inicial. Entre os cuidados suportivos não médicos, os autores ressaltam a importância do acompanhamento com ginecologista que entenda os sentimentos da paciente e que tenha consciência do nível de estresse e ansiedade causados pelas múltiplas perdas.^(26,27)

O aconselhamento em saúde deve incluir: ingestão de ácido fólico, redução da ingestão de café, cessação de etilismo e tabagismo, prática de exercícios físicos e aconselhamentos sobre mudança no estilo de vida e medidas dietéticas em caso de sobrepeso.⁽⁹⁾

Mulheres com PGR muitas vezes estão insatisfeitas com o cuidado médico que recebem, visto que desejam mais informações e conhecimento sobre as prováveis causas das perdas e, além disso, empatia e suporte psicológico. Pouco se sabe sobre as necessidades do parceiro. Um estudo qualitativo avaliou as necessidades de tratamento, suporte e seguimento dos casais com perda de repetição. Os casais responderam a uma entrevista semiestruturada. Ambos, homem e mulher, descreveram um efeito cumulativo das perdas, com aumento na pressão e exaustão após uma terceira perda e outras perdas subsequentes. As seguintes necessidades foram citadas: necessidade de sensibilidade, empatia e cuida-

do suportivo; necessidade da conduta focada no casal; necessidade de informação; necessidade de acesso precoce a testes e tratamentos; necessidade de apoio psicológico.⁽²¹⁾

Uma revisão sistemática recente avaliou os efeitos das intervenções psicológicas ou suportivas na redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão em mulheres com PGR. Foram avaliadas intervenções não médicas e intervenções suportivas na saúde mental e psíquica dessas mulheres. Não foram encontrados ensaios clínicos randomizados (ECR) que possuísem os critérios de inclusão da metanálise, entre eles a medida de marcadores de estresse, como o cortisol, e que possibilitassem assegurar o efeito das intervenções psicológicas nessa população.⁽²⁸⁾

Um estudo de Liddel *et al.*⁽²⁹⁾ avaliou os resultados gestacionais após o cuidado suportivo. As pacientes que receberam cuidado suportivo, por meio de um programa formal de suporte emocional, e supervisão da gestação inicial apresentaram maiores taxas de gestação bem-sucedida (38 de 44 mulheres) em relação àquelas que não receberam cuidado suportivo formal (3 de 9 mulheres).

Já a terapia cognitivo-comportamental (TCC) consiste na junção da terapia cognitiva com a terapia comportamental, que é um tipo de psicoterapia que se foca na forma como a pessoa processa e interpreta as situações e que pode gerar sofrimento. As interpretações, representações ou atribuições de significado a determinadas situações ou pessoas refletem-se em pensamentos automáticos, que, por sua vez, ativam estruturas básicas inconscientes: os esquemas e as crenças. Assim, esse tipo de abordagem visa à identificação de crenças e pensamentos disfuncionais, chamados de distorções cognitivas, averigua a realidade e corrige-os, de forma a mudar essas crenças distorcidas, que se encontram subjacentes a esses pensamentos.⁽³⁰⁾

Um estudo de Nakano *et al.*⁽³¹⁾ avaliou os efeitos da TCC em mulheres que apresentaram perda de repetição associada a sintomas de depressão ou ansiedade. As pacientes que preencheram critérios de depressão e ansiedade, avaliados por meio de questionários auto-preenchidos, foram encaminhadas para a realização de sessões de TCC. Os escores de depressão e de ansiedade diminuíram de 13,6 e 49,0, respectivamente, para a linha de base de 5,2 e 38,0 após a terapia. Não houve grupo controle nesse estudo. Não se sabe se os efeitos positivos da terapia foram mantidos após o fim do tratamento.⁽³¹⁾

A técnica de *mindfulness* é descrita como uma prática meditativa que envolve a atenção plena aos pensamentos, emoções, sensações corporais e aceitação dessa experiência, sem qualquer tipo de julgamento.⁽³²⁾ Essa prática baseia-se nas tradições budistas e foi introduzida na medicina ocidental no início dos anos 1980 pelo cientista Jon Kabat-Zinn.⁽³³⁾ Desde então, vários grupos de pesquisadores têm avaliado a importância de intervenções baseadas em *mindfulness* para a melhora da

qualidade de vida de pacientes, inclusive de mulheres em tratamento para infertilidade.⁽³⁴⁾

Um estudo-piloto avaliou o efeito da terapia baseada em técnicas de *mindfulness*. Foi avaliado um único casal que apresentava PGR associada à infertilidade. Ambos apresentavam sintomas relacionados a distúrbios psiquiátricos. Após as sessões de terapia cognitiva baseada nas técnicas de *mindfulness*, os sintomas de depressão e ansiedade reduziram e permaneceram abaixo dos pontos críticos. Esses escores permaneceram baixos em outros eventos estressantes, tais como falha de ciclo de inseminação intrauterina, estresse pré-concepcional e novo abortamento.⁽³⁵⁾

CONCLUSÃO

Para melhorar a qualidade no atendimento das pacientes com perda de repetição, é necessário, além do desenvolvimento de protocolos, o apoio psíquico para esse grupo de mulheres. O uso de protocolos facilita a prática baseada em evidência e reduz a grande variedade de condutas profissionais. O acolhimento e a escuta diferenciada pelo especialista são fundamentais. Uma vez que as chances de gestação bem-sucedida são altas nessas pacientes e a incidência de depressão e ansiedade é elevada em pacientes com PGR, o tratamento deve focar no cuidado suportivo, sempre que possível.

REFERÊNCIAS

- Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. *Lancet*. 2006;368(9535):601-8. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69204-0
- Kolte AM, Bernardi LA, Christiansen OB, Quenby S, Farquharson RG, Goddijn M, et al. Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. *Hum Reprod*. 2015;30(3):495-8. doi: 10.1093/humrep/deu299
- Tulandi T, Al-Fozan HM. Recurrent pregnancy loss: definition and etiology [Internet]. 2021 [cited 2021 May 18]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-definition-and-etiology>
- Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(5):839-54. doi: 10.1053/beog.2000.0123
- Porter TF, Scott JR. Evidence-based care of recurrent miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(1):85-101. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2004.11.005
- Kiwi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and discussion of the causes and their management. *Cleve Clin J Med*. 2006;73(10):913-21. doi: 10.3949/ccjm.73.10.913
- Jaslow CR, Carney JL, Kutteh WH. Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more recurrent pregnancy losses. *Fertil Steril*. 2010;93(4):1234-43. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.01.166
- Marquard K, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Etiology of recurrent pregnancy loss in women over the age of 35 years. *Fertil Steril*. 2010;94(4):1473-7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.06.041
- Van den Berg MM, Vissenberg R, Goddijn M. Recurrent miscarriage clinics. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014;41(1):145-55. doi: 10.1016/j.ogc.2013.10.010
- Craig M, Tata P, Regan L. Psychiatric morbidity among patients with recurrent miscarriage. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(3):157-64. doi: 10.3109/01674820209074668
- Klock SC, Chang G, Hiley A, Hill J. Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics*. 1997;38(5):503-7. doi: 10.1016/S0033-3182(97)71428-2
- Zhang YX, Zhang XQ, Wang QR, Yuan YQ, Yang JG, Zhang XW, et al. Psychological burden, sexual satisfaction and erectile function in men whose partners experience recurrent pregnancy loss in China: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2016;13(1):73. doi: 10.1186/s12978-016-0188-y
- Azin SA, Golbabaie F, Warmelink JC, Eghtedari S, Haghani S, Ranjbar F. Association of depression with sexual function in women with history of recurrent pregnancy loss: descriptive-correlational study in Tehran, Iran. *Fertil Res Pract*. 2020;6(1):21. doi: 10.1186/s40738-020-00089-w
- Carp HJ, editor. *Recurrent pregnancy loss: causes, controversies, and treatment*. Boca Raton: CRC Press; 2014.
- Kolte AM, Olsen LR, Mikkelsen EM, Christiansen OB, Nielsen HS. Depression and emotional stress is highly prevalent among women with recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod*. 2015;30(4):777-82. doi: 10.1093/humrep/dev014
- Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimaraes AC, Xavier AJ. Validação da versão em português do inventário de depressão maior. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):164-70. doi: 10.1590/S0047-20852011000300003
- Hedegaard S, Landersoe SK, Olsen LR, Krog MC, Kolte AM, Nielsen HS. Stress and depression among women and men who have experienced recurrent pregnancy loss: focusing on both sexes. *Reprod Biomed Online*. 2021;42(6):1172-80. doi: 10.1016/j.rbmo.2021.03.012
- Luft CD, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. [Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly]. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15. doi: 10.1590/s0034-89102007000400015. Portuguese.
- He L, Wang T, Xu H, Chen C, Liu Z, Kang X, et al. Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(4):1061-6. doi: 10.1007/s00404-019-05264-z
- Kolte AM, Olsen LR, Christiansen OB, Schmidt L, Nielsen HS. Pregnancy outcomes after recurrent pregnancy loss: a longitudinal cohort study on stress and depression. *Reprod Biomed Online*. 2019;38(4):599-605. doi: 10.1016/j.rbmo.2018.12.006
- Koert E, Malling GM, Sylvest R, Krog MC, Kolte AM, Schmidt L, et al. Recurrent pregnancy loss: couples' perspectives on their need for treatment, support and follow up. *Hum Reprod*. 2019;34(2):291-6. doi: 10.1093/humrep/dey362
- Clifford K, Rai R, Regan L. Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. *Hum Reprod*. 1997;12(2):387-9. doi: 10.1093/humrep/12.2.387
- ESHRE Guideline Group on RPL; Bender Atik R, Christiansen OB, Elson J, Kolte AM, Lewis S, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod Open*. 2018;2018(2):hoy004. doi: 10.1093/hropen/hoy004
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Recurrent miscarriage, investigation and treatment of couples*. London: RCOG; 2011. (Green-top Guideline; no. 17).
- Kendrick KD, Robinson S. 'Tender loving care' as a relational ethic in nursing practice. *Nurs Ethics*. 2002;9(3):291-300. doi: 10.1191/0969733002ne511oa
- Musters AM, Taminau-Bloem EF, van den Boogaard E, van der Veen F, Goddijn M. Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives. *Hum Reprod*. 2011;26(4):873-7. doi: 10.1093/humrep/der021
- Musters AM, Koot YE, van den Boogaard NM, Kaaijk E, Macklon NS, van der Veen F, et al. Supportive care for women with recurrent miscarriage: a survey to quantify women's preferences. *Hum Reprod*. 2013;28(2):398-405. doi: 10.1093/humrep/des374
- San Lazaro Campillo I, Meaney S, McNamara K, O'Donoghue K. Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(9):e017802. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017802

29. Liddel HS, Pattison NS, Zanderigo A. Recurrent miscarriage – outcome after supportive care in early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1991;31(4):320-2. doi: 10.1111/j.1479-828x.1991.tb02811.x
30. O que é terapia cognitivo-comportamental [Internet]. 2021 [cited 2021 May 18]. Available from: <http://www.tuasaude.com/terapia-cognitivo-comportamental>
31. Nakano Y, Akechi T, Furukawa TA, Sugiura-Ogasawara M. Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychol Res Behav Manag.* 2013;6:37-43. doi: 10.2147/PRBM.S44327
32. Edenfield TM, Saeed SA. An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. *Psychol Res Behav Manag.* 2012;5:131-41. doi: 10.2147/PRBM.S34937
33. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003;10(2):144-56. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
34. Nery SF, Paiva SP, Vieira EL, Barbosa AB, Sant'Anna EM, Casalechi M, et al. Mindfulness-based program for stress reduction in infertile women: randomized controlled trial. *Stress Health.* 2019;35(1):49-58. doi: 10.1002/smi.2839
35. Patel A, Dinesh N, Sharma PS, Kumar P, Binu VS. Outcomes of structured psychotherapy for emotional adjustment in a childless couple diagnosed with recurrent pregnancy loss: a unique investigation. *J Hum Reprod Sci.* 2018;11(2):202-7. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_127_17