

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA E SAÚDE**



Porto Alegre

2022

Karine Paiva Müller

Vivências de mulheres com histórico de doença trofoblástica gestacional (DTG)

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Suárez Grzybowski

Porto Alegre

2022

Catálogo na Publicação

Paiva Muller, Karine

Vivências de mulheres com histórico de doença trofoblástica gestacional (DTG) / Karine Paiva Muller. -- 2022.

79 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, 2022.

Orientador(a): Luciana Suárez Grzybowski.

1. doença trofoblástica gestacional. 2. perda gestacional. 3. maternidade. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Vivências de mulheres com histórico de doença trofoblástica gestacional
(DTG)**

BANCA AVALIADORA

Dra. Mariana Gonçalves Boeckel

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Dra. Elza Maria Hartmann Uberti

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA)

Dra. Mariana Calesso Moreira

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Porto Alegre

2022

À minha vó, que partiu esse ano, de forma repentina. Aonde ela estiver, sei que está comemorando comigo esse momento.

AGRADECIMENTO

Felicidade e a sensação de missão cumprida é tudo que sinto nesse momento. Agradeço a todos que de alguma forma me apoiaram para que eu chegasse a essa conquista.

Aos meus professores, obrigada por tantos ensinamentos ao longo dessa formação. Sei o quanto foi desafiador driblar a pandemia da COVID -19 para que o conhecimento fosse transmitido da melhor forma.

À minha família, em especial ao meu marido e à minha filha, ela que é minha maior fonte de inspiração. Aos meus familiares, obrigada por todo cuidado que tiveram com a Luíza nos momentos em que precisei me ausentar para estudar. André saiba que sem você nada disso seria possível, foste incansável, foste meu mais forte alicerce em todos os momentos até o final.

Ao Grupo NESF, agradeço pela parceria virtual ao longo desses dois anos, em especial à minha orientadora Luciana Grzybowski, à minha bolsista Alexia Victória Padilha e às minhas duas colegas de mestrado: Paula e Luíza.

À todos meus colegas de trabalho, principalmente ao Carlos e a Adriana que me encorajaram a participar da seleção para o mestrado. À minha supervisora Sílvia Haas que sempre me incentivou nesta caminhada.

Às minhas estagiárias e residentes, que com cada palavra, me estimularam a seguir em frente e vencer a exaustão. À minha amiga Letícia Otton, que teve sua contribuição mais que fundamental nessa caminhada. À minha prima Heloísa Müller, meu muito obrigada pela parceria na reta final.

Agradeço às mulheres participantes desta pesquisa, que compartilharam comigo suas histórias e suas dores em prol da ciência e de novos estudos.

Por fim, e não menos importante, mas com um carinho muito especial à Dra Elza Uberti. Para você minha gratidão é diária. Para você não encontro palavras suficientes para expressar todo meu agradecimento e toda a minha admiração. Você, com certeza, faz o mundo ser mais leve e melhor. Gratidão por fazer parte da sua equipe.

Obrigada a cada um de vocês!

"Não existe passado, a memória o modifica. Não existe o futuro, a esperança o transforma. Só existe o presente, e ele está sempre sumindo"

Pietro Metastasio

RESUMO

A maternidade faz parte do projeto de vida de muitas mulheres. Entretanto, algumas situações podem ocorrer durante a gravidez adiando ou interrompendo esse propósito, como a descoberta da doença trofoblástica gestacional (DTG). Esta doença decorre de uma condição genética anormal e rara da gestação, que pode acometer mulheres de todas as idades em período reprodutivo, sem que haja explicações claras até os dias atuais. Tal situação leva à interrupção da gravidez, trazendo diversas consequências na vida das mulheres. A literatura refere alterações psicológicas decorrentes da perda gestacional, medo da doença e de sua recidiva, angústias em relação ao tratamento e incertezas quanto a uma gravidez futura. No entanto, há uma prevalência de estudos na área referentes ao cuidado biomédico nesta situação, restringindo a compreensão de outros aspectos envolvidos no processo de acompanhamento e eventual tratamento da doença. Frente a este cenário, observa-se uma lacuna que remete à necessidade de realizar estudos com ênfase na dimensão psicossocial desta experiência, com o intuito de compreender o impacto emocional e o enfrentamento desta situação, buscando oferecer uma assistência mais integrativa às pacientes. Assim, este estudo, de caráter qualitativo, descritivo-exploratório e transversal, objetivou conhecer as vivências de mulheres acometidas pela DTG. Realizou-se um estudo com oito mulheres que estão ou estiveram em acompanhamento ou tratamento em um Centro de Referência em DTG de Porto Alegre/RS. As participantes possuíam idade média de 36,1 anos, escolaridade mínima de técnico completo, eram casadas, com perfil social e do estágio da doença heterogêneos. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e de saúde para caracterização das participantes e realizou-se uma entrevista semi-estruturada que abordava questões relativas ao conhecimento sobre a doença, as mudanças percebidas após o diagnóstico, a perda gestacional, o tratamento ou acompanhamento da DTG, os recursos de enfrentamento deste percurso e os aspectos facilitadores e dificultadores desta trajetória, bem como expectativas e planos futuros. A análise temática realizada do material coletado possibilitou a formulação de quatro temas principais, quais sejam: 1) A constelação da maternidade, 2) O percurso da doença, 3) Os impactos emocionais, e 4) Repercussões nos relacionamentos. Foi possível perceber que a DTG gera intenso sofrimento emocional diante dos percalços do plano de gestar, interferindo nas relações interpessoais e profissionais, além de ocasionar mudanças na rotina e nos planos reprodutivos. Observou-se, entre as participantes, a manutenção do desejo da maternidade apesar do transcurso da doença, que tem a marca do desconhecido e do luto pela perda, repercutindo nos relacionamentos conjugais, parentais, sociais e profissionais. A partir do estudo, evidenciou-se a necessidade de qualificar o atendimento multiprofissional da DTG, a partir de uma maior difusão do conhecimento sobre esta doença, bem como das consequências e impactos sobre a gestante e sua família, a fim de fornecer uma assistência integral às pacientes.

Palavras-chave: maternidade; doença trofoblástica gestacional; mulheres.

ABSTRACT

Motherhood is part of the life project of many women. However, some situations may occur during pregnancy by postponing or interrupting this purpose, such as the discovery of gestational trophoblastic disease (GTD). This disease stems from an abnormal and rare genetic condition of pregnancy, which can affect women of all ages in the reproductive period, without clear explanations to this day. This situation leads to the termination of pregnancy, bringing several consequences in women's lives. The literature reports psychological changes resulting from gestational loss, fear of the disease and its recurrence, anxieties concerning treatment, and uncertainties about a future pregnancy. However, there is a prevalence of studies in the area related to biomedical care in this situation, restricting the understanding of other aspects involved in the process of monitoring and possible treatment of the disease. In the face of this scenario, there is a gap that refers to the need to carry out studies with emphasis on the psychosocial dimension of this experience, to understand the emotional impact and coping with this situation, seeking to offer more integrative care to patients. Thus, this qualitative, descriptive-exploratory, and cross-sectional study aimed to know the experiences of women affected by GTD. The study was conducted with eight women who are or have been under follow-up or treatment at a GTD Reference Center in Porto Alegre, South Brazil. The participants had a mean age of 36,1 years, minimum level of complete technician, were married, with a heterogeneous social profile and stage of the disease. A sociodemographic and health questionnaire was used to characterize the participants and a semi-structured interview was conducted that addressed issues related to knowledge about the disease, the changes perceived after diagnosis, gestational loss, the treatment or follow-up of GTD, the coping resources of this path and the facilitating and hindering aspects of this trajectory, as well as expectations and plans. The thematic analysis of the collected material allowed the formulation of four main themes, which are: 1) The constellation of motherhood, 2) The course of the disease, 3) The emotional impacts, and 4) Repercussions on relationships. It was possible to perceive that GTD generates intense emotional distress in the face of the mishaps of the pregnancy plan, interfering in interpersonal and professional relationships, in addition to causing changes in routine and reproductive plans. Among the participants, it was observed that the desire for motherhood was maintained despite the course of the disease, which has the mark of the unknown and mourning for loss, reflected in marital, parental, social, and professional relationships. The study showed the need to qualify the multi-professional care of the GTD, from greater dissemination of knowledge about this disease, as well as the consequences and impacts on the pregnant woman and her family, to provide comprehensive patient care.

Keywords: maternity; gestational trophoblastic disease; women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

B-hCG	Beta- Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CR	Centro de Referência
DTG	Doença Trofoblástica Gestacional
FIV	Fertilização <i>in Vitro</i>
ISCOMPA	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
MH	Mola Hidatiforme
MHC	Mola Hidatiforme Completa
MHP	Mola Hidatiforme Parcial
NTG	Neoplasia Trofoblástica Gestacional
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO	12
2.1 Maternidade	13
2.2 Perda Gestacional	15
2.3 Doença trofoblástica gestacional	17
3 OBJETIVOS	25
4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA	26
5 ARTIGO	31
6 CONCLUSÃO GERAL	52
APÊNDICES	57
ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

A dissertação aqui apresentada é resultado de pesquisa de Mestrado da Psicóloga Karine Paiva Müller, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da UFCSPA, orientada pela Profa.Dra. Luciana Suárez Grzybowski, e também coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde da Família (NESF). O projeto insere-se nas linhas de pesquisa do grupo que tem se dedicado a estudar a saúde da mulher e da família, com foco na linha de cuidado da saúde materno-infantil.

O tema de pesquisa escolhido decorre, especificamente, da atuação profissional e do interesse de investigações da mestranda, a qual é a psicóloga responsável que compõe a equipe multidisciplinar do Centro de Referência (CR) em Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) de Porto Alegre. A aluna exerce suas atividades com essas mulheres há mais de 3 anos e essa prática vem gerando diversas inquietações e questionamentos, bem como a necessidade de sistematização de um conhecimento que empiricamente vem sendo vivenciado no campo. O desejo e a necessidade de contribuir para a construção do conhecimento científico e subsidiar profissionais de saúde, em especial os que atuam na área materno-infantil, moveu a aluna ao estudo das vivências de mulheres com histórico de DTG e as suas indiossincrasias.

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é uma condição genética anormal e rara da gravidez, que pode ocorrer em mulheres de todas as idades em período reprodutivo. A Mola Hidatiforme (MH) é o tipo mais comum e se trata de uma gravidez anômala, na qual ocorre um erro no momento da fecundação. A MH pode ser: Completa, quando o óvulo "perde" seus cromossomos no momento da fecundação, e é fecundado por um espermatozóide com 23 cromossomos que se duplica. Em função disso, tem-se um óvulo com 46 cromossomos só de origem paterna e o desenvolvimento de uma placenta doente por excesso de cromossomos paternos; e a Parcial, que ocorre quando o óvulo mantém seus 23 cromossomos e é fecundado por dois espermatozoides ou por um espermatozóide que se duplicou. Em decorrência disso, forma-se um embrião/feto vivo, mas geneticamente anormal, incompatível com a vida. Geralmente, o embrião não resiste muitas semanas e morre, porém há casos que a gestação segue se desenvolvendo até que haja a interrupção. Ambas as formas de DTG são benignas, entretanto, há chance de evolução para neoplasia (BELFORT *et al.*, 2007). As formas com evolução neoplásica são chamadas de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), que englobam a Mola Invasora, o coriocarcinoma, e os muito raros casos de tumor trofoblástico do sítio placentário e o tumor trofoblástico epitelióide (ANDRADE, 2009). Todas as formas de NTG apresentam alto percentual de cura (80% a 100%), desde que sejam diagnosticadas precocemente e tratadas de forma adequada, se

possível em centros de referência. A gravidez molar pode ser assintomática, e o diagnóstico habitualmente é feito nas primeiras ultrassonografias da gravidez, entre a 10^o a 14^o semana de gestação, assim é revelada a doença. O sintoma mais comum, que ocorre em 80-90% das pacientes grávidas, é o sangramento vaginal que indica avaliação na emergência obstétrica (DIESTEL *et al.*, 2001).

Não há um registro oficial para DTG no Brasil, e esta doença, apesar de sua morbidade importante e grande impacto psicossocial, pode ser subestimada por 1 / 200-800 gestações, dependendo da região geográfica em estudo. O perfil epidemiológico da DTG no Brasil é desconhecido, o que reflete a negligência com essa doença. A maioria das mulheres com DTG tem perfil socioeconômico baixo, o que contribui para exclusão e invisibilidade do DTG no Brasil (BRAGA *et al.*, 2014). A ocorrência de Mola Hidatiforme Completa (MHC) na América do Norte e Europa é de 1-3/1000 gestações e a de Mola Hidatiforme Parcial (MHP) é de 3/1000 gestações sendo que a sua incidência é ainda maior na Ásia e na América Latina. Mulheres com mais de 35 anos desenvolvem maior risco para DTG, sendo que a partir dos 40 anos, esse risco expande-se para 5-10 vezes. Mulheres com histórico de uma gestação molar prévia representam risco de 1% de nova DTG e a história de duas gestações molares prévias eleva o risco para 25% (HAHN *et al.*, 2018).

Assim, a DTG tem interferência direta no plano de gestar, a partir da interrupção da gestação e do projeto de maternidade. A perda do feto ou aborto é um momento de desamparo e tristeza, geralmente inesperado, levando a uma desconstrução do ideal e à inversão do ciclo natural da vida. A perda gestacional se torna a morte de um sonho, transformando-se num momento de crise e de reajustamentos dos papéis sociais. O psiquismo feminino entra em um processo de luto simbólico pelo filho perdido, e os sonhos que o casal e a família normalmente depositavam no nascimento da criança são colocados em suspenso, evidenciando uma experiência de perda do controle sobre o próprio corpo e a própria vida (LEMONS, CUNHA, 2015; CAMARNEIRO; MACIEL; SILVEIRA, 2015; MIRANDA, 2016; TORLONI, 2007). Soma-se a esse sofrimento, causado pelo diagnóstico de uma doença desconhecida, o pouco reconhecimento que a perda gestacional recebe socialmente como uma perda legítima, sendo muitas vezes desconsiderada em função de um entendimento de que os pais ainda não construíram um vínculo importante com o filho e que o sofrimento decorrente dessa perda não seria tão intenso, pois a relação perdida poderia ser facilmente substituída (BARTH; VESCOVI; LEVANDOWSKI, 2020).

Poucos são os estudos sobre as repercussões psicossociais da DTG e, na literatura existente, concentram-se em estudos internacionais e de caráter quantitativo, em sua maioria. Mulheres acometidas pela DTG, e seus parceiros, lidam com questões

emocionais significativas e radicais mudanças psicológicas, que leva-os a encontrar novas acomodações, tanto na vida individual quanto na vida de casal, havendo redução significativa da dor emocional quando há suporte do companheiro e de filhos, caso os tenha (MATTEI *et al.*, 2020; STAFFORD *et al.*, 2011). Questões como vergonha do grupo social e distúrbios da sexualidade (DIESTEL ET AL., 2001); sensação de isolamento pela raridade da doença no seu ciclo social (PETERSEN *et al.*, 2005), depressão e ansiedade (GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018), além de muitos medos e fantasias relacionadas à doença (TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019).

Dessa forma, há relevância de como é realizada a comunicação com as pacientes e de como a informação é concedida, do apoio social fornecido pelos familiares e pela equipe, podendo reduzir impactos emocionais a partir de cuidados multifacetários. A compreensão da natureza específica da DTG pode facilitar o enfrentamento da doença e reduzir respostas emocionais disruptivas, promovendo uma melhor adesão ao tratamento e/ou acompanhamento, e ajuste psicológico à doença (FRANÇA *et al.*, 2022).

Assim, diante da complexidade, ainda há poucos estudos de cunho psicossocial, sobretudo recentes, compreendendo os impactos emocionais e as estratégias de enfrentamento da doença, com foco na experiência do acompanhamento e/ou tratamento da DTG. Neste cenário de poucas investigações sobre a DTG e de registro de inúmeras alterações psicossociais no curso desta vivência, se faz importante compreender esse processo. Conhecer as diferentes dimensões dessa experiência, com seus percalços e sucessos, proporciona maior visibilidade a esta doença, ampliando e qualificando as intervenções no escopo da saúde e entre as equipes multidisciplinares que atendem essas mulheres, para dessa forma poder orientar corretamente as pacientes, assim como sua rede de apoio, no enfrentamento da DTG.

2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 Maternidade

Nos dias atuais, apesar de a maternidade ter deixado de ser o sonho principal de muitas mulheres, ela ainda faz parte do projeto de vida de muitas delas. Fatores como a troca afetiva, o desenvolvimento pessoal, a transmissão de legado e o reconhecimento social parecem contribuir para a decisão de ter filhos, enquanto as responsabilidades do exercício parental, os problemas financeiros, as ambições pessoais e de carreira, as dificuldades na educação dos filhos e os desafios da gestação estão associados à escolha de não ter ou adiar o projeto de ter filhos (BIFFI & GRANATO, 2017; GIL-BELLO, 2018; DEMARCHI *et.al.*, 2017).

Consolida-se, assim, na contemporaneidade, uma tendência de um modelo de união amorosa pautada em outros ideais, na qual busca-se uma relação igualitária entre os parceiros, a valorização do companheirismo no vínculo conjugal e a ausência de obrigações quanto à reprodução (MERLI, 2012). A opção por ter filhos pode denotar o enfraquecimento, ao menos temporário, das ambições pessoais como, por exemplo, adiar planos de carreira mais audaciosos ou deixar de consumir alguns bens materiais desejados para o futuro. A partir do momento que há também uma expansão do papel da mulher na sociedade e uma alteração da identidade feminina da mulher contemporânea, a parentalidade pode ser uma escolha, apesar das pressões sociais e diferenças contextuais (NUNES, 2011).

Assim, entre aquelas mulheres que engravidam, a gravidez tem uma representação individual, já que a gravidez tem um significado peculiar para cada mulher, pois se encontra vinculada à história e à pré-história feminina. A gravidez consiste em uma experiência familiar, na qual o projeto da maternidade pertence a toda uma família. É um acontecimento que traz modificações físicas, emocionais, familiares e sociais, sendo um processo dinâmico e envolvente (MALDONADO, 2000). As expectativas da mulher em relação à maternidade podem trazer efeitos positivos e negativos para esse momento, a depender das inúmeras adaptações às modificações em diferentes âmbitos, conforme as condições psicossociais para vivenciar este novo papel (CANTILINO *et al.*, 2010; PICCININI *et al.*, 2004).

A noção cultural de maternidade, é carregada de valor, sendo socialmente promovida e pessoalmente internalizada. O poder de tal situação/vivência social e seus significados hipergeneralizados guiam e organizam, desta forma, a conduta, o pensamento e os afetos humanos. Atualmente, a experiência de se tornar mãe é marcada por uma valorização corporal da gravidez e pela persistência da maternidade como um valor fortemente associado à identidade feminina (PONTES, 2016). Assim,

entre aquelas mulheres que engravidam, a maternidade é um evento único na vida repleto de expectativas e sentimentos. O desejo de ter um filho se constitui em um processo que tem início antes da gestação, por meio das primeiras relações e identificações da mulher (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017). A preparação para a maternidade inclui as expectativas, sonhos, medos e as fantasias sobre o bebê e de como ela irá desempenhar seu papel como mãe, esposa e profissional. O processo também envolve o luto pelo seu corpo e sua identidade, pois ela passa a ser, além de filha, esposa e profissional, também mãe. Em função destas modificações, a grávida experimenta certas angústias que se expressam nos sonhos, nos problemas com o sono, nos temores conscientemente ditos. Também surgem as modificações no paladar, nos desejos, ocorrem fases de irritabilidade, de instabilidade de humor com passagens rápidas dos sorrisos às lágrimas e de estresse. Poder-se ver a alternância de períodos e desregramento do desejo sexual (CUNHA; EROLES; RESENDE, 2020; TAVARES, 2021; MELO; LIMA, 2000).

As expectativas da mulher em relação à maternidade podem trazer efeitos positivos e negativos para esse momento. A mente materna representa três bebês diferentes: o bebê fantasmático, o bebê imaginário e o bebê real. O fantasmático é relacionado com as representações narcísicas maternas, o imaginário carrega os desejos e projeções da mãe e o real é o bebê propriamente dito. Dentre esses três bebês permeiam aspectos desejados como: o sexo da criança, o temperamento, a cor dos olhos, o tipo de cabelo, o nome dentre outros (AZEVEDO; VIVIAN, 2020). Alguns momentos são muito esperados e marcantes, como o primeiro teste que confirma a gestação e as ecografias, pois nesses momentos o casal começa a imaginar o bebê. Para o casal escutar os batimentos cardíacos é um momento que se torna muito especial (MATOS; MAGALHÃES, 2014; LEITE, 2018). As modificações corporais, com crescimento da barriga, tem um significado único em cada mulher e permite que cada gestante lhe atribua um sentido, podendo ser positivas ou negativas, trazendo novas percepções sobre si mesma. As alterações no corpo, decorrentes da gestação, influenciam no modo como a mulher se sente em relação ao companheiro. O olhar do homem sobre a companheira e o apoio fornecido a ela contribuíram para a sua autoimagem e autoestima (FERRAZ *et al.*, 2021; ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017).

A chegada de um novo membro na família, principalmente nas primíparas que passam a exercer, além do papel de esposa/companheira, o de mãe, causam mudanças profundas, e é um dos maiores desafios por toda organização e adaptações que precisam ser feitas, sendo influenciado pelo nível social, experiências de vida, condições emocionais, relacionamentos afetivos e cuidados recebidos na infância. Ter filhos pode significar a necessidade de diminuição das ambições pessoais da mulher, o

distanciamento da carreira, e a impossibilidade de adquirir determinados bens de consumo. Sobretudo, ter filhos significa ter alguém que depende de você, comprometendo, em alguns momentos, a autonomia e a independência (MATOS; MAGALHÃES, 2014; ZANETTINI *et al.*, 2019). Destaca-se, ainda, que a maternidade está dentre os fatores predisponentes para o surgimento de alterações psicoemocionais (LOPES *et al.*, 2019). Os agravos em saúde mental durante a gestação estão associados a consequências negativas para a saúde materna e infantil, sendo a ansiedade e a depressão os transtornos psicológicos com maior prevalência durante o ciclo gestacional (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Ao procurar o médico para realização da primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pode realizar uma série de elaborações diante do impacto do diagnóstico da gravidez. Nesse momento, de certa maneira, já ocorreram decisões mais conscientes quanto a dar continuidade à gestação. No entanto, existem inseguranças e no primeiro contato com o médico a gestante busca: confirmar sua gravidez; encontrar amparo para suas dúvidas e ansiedades; certificar-se de que tem um bom corpo para gestar; certificar-se de que o bebê está bem; e obter apoio para seguir nessa “aventura” (SARMENTO; SETÚBAL, 2003). Após constatada a gestação, os sentimentos se voltam para o bebê, e assim iniciam-se os cuidados com a alimentação, reformulações nos objetivos de vida, reorganização do seu tempo e também de alguns hábitos pessoais. Sendo assim, sugere-se que a gravidez não se caracteriza apenas como um período de preparação para a maternidade, mas sim como parte da maternidade propriamente dita, uma vez que já se verifica um papel materno ativo diante dos acontecimentos inerentes a este processo (TAVARES, 2021).

2.2 Perda Gestacional

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) definem como morte fetal a morte do produto gestacional antes de sua extração ou completa expulsão do corpo materno, não importando o tempo de gravidez. Já o óbito fetal aconteceria quando, após a separação, o feto não respira nem dá outros sinais de vida. Existe também a diferenciação entre óbito fetal e o aborto espontâneo, sendo o óbito fetal referente às perdas ocorridas a partir da 22^o semana completa de gestação, quando o bebê tem peso igual ou superior a 500g ou estatura de 25cm ou mais, e o aborto espontâneo designaria aos casos em que o feto possui marcadores inferiores a esses. Nesses casos, seria denominado aborto precoce quando ocorre o

óbito antes da 13ª semana de gravidez, ou tardio, quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semana. No Brasil, a ocorrência de perdas gestacionais é alta. No ano de 2017 ocorreram cerca de 30 mil casos registrados, sendo mais frequentes na faixa etária de 20 a 24 anos, em cerca de 40% dos casos, entre a 28ª e a 36ª semana de gestação (Brasil, Ministério da Saúde, 2019). Contudo, imagina-se que esses números sejam ainda maiores, diante dos casos que não foram registrados oficialmente (SANTOS, 2021).

A gravidez representa, para muitas mulheres, a vivência de um período de espera, cujo desfecho encontra-se na ordem do previsível: o nascimento de uma nova vida e o vir a ser mãe. No entanto, para algumas mulheres esse percurso de tempo relativamente pré-determinado, que vai da concepção ao parto, sofre uma inesperada interrupção, com a perda do bebê antes do seu nascimento. No lugar da vida, então, a morte faz-se presente, e em alguns casos insistentemente, trazendo consigo a experiência de inúmeras outras perdas significativas: não só a do bebê, mas também a de certo ideal de família desejada, a possibilidade de exercer o papel social de mãe, a experiência de controle sobre seu próprio corpo e sobre a sua própria vida e a vida de outro, em gestação. O termo aborto tem a mesma conotação de algo anômalo, o que pode remeter à palavra “monstro”, que é usado pejorativamente, pois, possui o significado de “falha”. Isso influencia diretamente a mulher, sendo muitas vezes interpretado como um fracasso por não conseguir desempenhar o papel materno, lhe causando um abalo psíquico (PONTES, 2016; ROSA, 2021).

A morte de um filho que ainda está em fase de gestação causa um grande choque para os pais, em especial para a mãe, pois é ela quem vivencia e “empresta” o corpo diretamente para esse processo. Além de ser ela que terá de enfrentar o procedimento para a retirada do feto, o qual pode ser profundamente invasivo. Esse é um tema que merece atenção, pois pode ocasionar consequências no futuro dessa mulher, implicando em situações que interfiram no relacionamento conjugal, familiar e pode causar distúrbios emocionais, como a desvalia por viver, desinteresse pelos demais filhos, trabalho e de seu companheiro. Torna-se fundamental considerar o luto pelo filho perdido, assim como o sofrimento pela não concretização do papel materno (GALVÃO, 2021; ROSA, 2021).

Embora a gestante sofra diretamente com o luto, é necessário salientar que os familiares também sentem a perda. Entretanto, existe um silêncio latente vindo dessas pessoas, no intuito de querer que a mulher passe rapidamente pelo seu processo de elaboração da perda. Com isso, as pessoas passam a verbalizar que logo essa mãe terá uma nova gestação, com a finalidade de substituir o filho que foi perdido. Nesse momento ocorre uma desvalorização do luto, com destaque para gestações iniciais, nas

quais a barriga não é visível e o corpo da mulher ainda não sofreu toda mudança que uma gravidez proporciona (FARIA-SCHUTZER *et al.*, 2014; GALVÃO, 2021).

A morte deve ser entendida como algo único e por consequência o luto como um período inerente a cada uma das pessoas que tiveram uma perda, pois esse é o período que possibilita a elaboração e a resignificação da relação com o quem se foi. Geralmente, o processo de luto é lento, doloroso e afasta o enlutado das atividades que não estejam ligadas ao objeto perdido, de maneira que a devoção ao luto leva à perda de interesse pelo mundo externo. Assim, para cada pessoa, o luto será sentido e experienciado de modo muito particular e dependerá da rede de apoio disponível, da história de vida do enlutado, suas crenças e outros fatores. O processo de luto, por vezes, se torna interminável pois pode ser revivido em diversos momentos da vida. Nesse contexto, se faz necessário compreender como se dá a elaboração desse luto e tudo que compõe esse processo, pois é provável que, nesses casos, já existisse um vínculo entre a mãe e o bebê que estava crescendo em seu útero e, sendo assim, criam-se planos sobre a maternidade, que quando interrompidos, geram sofrimento psíquico nessas mulheres (LOPES *et al.*, 2017; ROSA, 2021). Teodózio *et al.* (2020), a partir de um estudo qualitativo com quatro mulheres (22 a 29 anos), que vivenciaram pelo menos uma perda gestacional nos últimos cinco anos, reforça esse sofrimento acarretado pela perda gestacional, considerado pelas mulheres como bastante doloroso, tanto físico como emocionalmente. Esse tipo de perda, marcado por uma vivência corporal muito intensa, implica numa marca psíquica e a consequente abertura para a vivência de um processo de luto, que tem um caráter singular e multifacetado.

2.3 Doença trofoblástica gestacional

A doença trofoblástica gestacional (DTG), que é uma condição genética anormal e rara da gravidez, que pode ocorrer em mulheres de todas as idades que se encontram em período reprodutivo sem que haja explicações claras quanto a causa até os dias atuais (FERREIRA, 2008). A Mola Hidatiforme (MH) é o tipo mais comum e se trata de uma gravidez anômala, pois ocorre um erro no momento da fecundação e, em função disso, a gestação é interrompida. A MH pode se dar de duas formas, sendo Completa, na qual o óvulo "perde" seus cromossomos, sem que haja motivos descobertos, e é fecundado por um espermatozóides com 23 cromossomos que se duplica, e em função disso tem-se um óvulo com 46 cromossomos só de origem paterna, não sendo viável que se desenvolva um embrião por falta de cromossomos da mãe; no entanto, se desenvolve uma placenta "doente" pelo excesso de cromossomos do pai; ou pode ser

no formato Parcial, quando o óvulo mantém seus 23 cromossomos e é fecundado por dois espermatozóides ou por um espermatozóide que se duplicou. Em função disso forma-se um embrião/feto vivo e geneticamente anormal (triploídia androgenética), incompatível com a vida. Geralmente, o embrião/feto não resiste muitas semanas e morre, porém existem casos em que a gestação tem continuidade com embrião /feto vivo intra-útero, até que haja a interrupção desse momento, pois a mulher corre risco de diversas complicações de saúde (pré-eclâmpsia, hemorragia, coagulopatia), se a gestação seguir se desenvolvendo. Ambos tipos de MH são considerados benignos, com resolução espontânea de 80% na MHC e 95% na MHP, entretanto em cerca de 5 a 20% de chance de evolução para neoplasia (BELFORT *et al.*, 2007). As formas com evolução neoplásica, são chamadas de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) e englobam a Mola Invasora, o coriocarcinoma, o tumor trofoblástico do sítio placentário e o tumor trofoblástico epitelióide (ANDRADE, 2009). Todas as formas de NTG apresentam alto percentual de cura (80% a 100%), desde que sejam diagnosticadas precocemente e tratadas de forma adequada, se possível em CR. A gravidez molar pode ser assintomática e o diagnóstico é feito habitualmente nas primeiras ultrassonografias da gravidez, programadas rotineiramente entre a 10^o a 14^o semana de gestação, assim é revelado o problema. O sintoma mais comum, que ocorre em 80-90% das pacientes grávidas, é o sangramento vaginal que indica a necessidade de avaliação na emergência obstétrica (DIESTEL *et al.*, 2001).

No Brasil, não há um registro oficial para DTG, e esta doença, apesar de sua morbidade importante e alto impacto psicossocial, pode ser subestimada por 1/200-800 gestações, dependendo da região geográfica em estudo. Igualmente obscuro é o perfil epidemiológico da DTG no Brasil, pois as estatísticas sociais refletem a negligência com essa doença. O perfil socioeconômico das mulheres com DTG, a maioria de camadas pobres da população, têm contribuído para o ciclo vicioso de exclusão e invisibilidade da DTG em nosso país (BRAGA *et al.*, 2014). A incidência Mola Hidatiforme Completa (MHC) na América do Norte e na Europa é de 1-3/1000 gestações e a de Mola Hidatiforme Parcial (MHP) é de 3/1000 gestações, sendo que a sua incidência é ainda maior na Ásia e na América Latina. Mulheres acima de 35 anos apresentam risco consistente para DTG, sendo que a partir dos 40 anos, esse risco aumenta em 5-10 vezes. O histórico de uma gestação molar prévia representa risco de 1% para nova DTG e a história de duas gestações molares prévias eleva o risco para 25% (HAHN *et al.*, 2018).

Mulheres que recebem o diagnóstico de uma gravidez molar, submetem-se ao estresse da perda da gravidez, do procedimento cirúrgico, possível tratamento com quimioterapia e atrasos no plano reprodutivo até a remissão completa da doença e alta

médica. Além disso, precisam enfrentar a perda de uma gravidez e, ao mesmo tempo, preocupações em relação a uma doença potencialmente fatal. Devido a estressores imediatos e prolongados, essas mulheres podem sentir angústia psicológica, angústia social e angústia sexual, além de tensão no aspecto físico. Após a mulher receber o diagnóstico de DTG, existe um fator potencial que é o risco dessa pessoa apresentar problemas de cunho emocional, tais como ansiedade e depressão. Algumas pacientes chegam a apresentar confusão em torno do diagnóstico, a partir e de sua própria nomenclatura, que anuncia uma “gravidez” ao mesmo tempo em que são informadas que, na verdade, possuem uma doença complexa, sujeita a uma evolução com potencial maligno (PETERSEN *et al.*, 2005; GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018; TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019).

Esse diagnóstico ocasiona um grande impacto para a mulher, o parceiro e seus familiares, por ser uma doença grave e pouco conhecida. A literatura explora as inúmeras sequelas psicossociais da DTG, além disso, a perda precoce da gravidez devido a doença parece induzir preocupações intensas e persistentes relacionadas à fertilidade. O diagnóstico, o tratamento e/ou acompanhamento da doença trofoblástica gestacional obrigam as mulheres e os parceiros a enfrentar uma série de desafios psicológicos. A perda inesperada da gravidez devido à doença e o período prolongado de tratamento e/ou acompanhamento representam fontes significativas de sofrimento para muitas mulheres (MATTEI *et al.*, 2020). Estudos nacionais e internacionais têm evidenciado as repercussões da DTG na vida das mulheres, englobando quadros permeados por ansiedade e estresse psicológico (KOHORN, 1991), respostas emocionais vinculadas à confusão, antecipação, incerteza e frustração (PETERSEN *et al.*, 2005), mudanças na vida sexual, reprodutiva e na qualidade de vida (GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018), assim como muitos medos e fantasias das pacientes relacionadas à doença (TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019).

Mattei *et al.* (2020), a partir de uma revisão sistemática de estudos publicados em diversos países (Brasil, Itália, Austrália, Reino Unido, EUA, Suécia, Tailândia, Países Baixos), mencionam que mulheres afetadas por DTG e seus parceiros têm que lidar com questões emocionais significativas e mudanças radicais em seu equilíbrio psicológico, que obriga-os a encontrar novas acomodações, tanto na vida individual como na vida de casal. De fato, a doença os obriga a enfrentar uma mudança repentina em suas perspectivas futuras, deixando de sentir alegria pela espera, geralmente induzida pela gravidez, e passando a ter sentimentos de preocupação e angústia. A incapacidade de ser mãe, tende a levar as mulheres a uma interpretação de um feminino inadequado, com sentimentos de fracasso, incompetência e um rebaixamento da autoestima, por se tratar de um investimento afetivo, que termina abruptamente, a partir

de expectativas, desejos, sonhos e fantasias, muitas vezes prévias à gravidez, que são frustradas bruscamente (GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018).

Diestel *et al.* (2001) analisou 61 grupos de apoio de pacientes com mola hidatiforme de evolução não complicada para sequelas trofoblásticas, em pesquisa realizada no Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional de Porto Alegre/RS. Os autores perceberam que as mulheres apresentavam perturbações emocionais, tais como medo, ansiedade, culpa pela morte do feto, ambivalência de sentimentos (amor e ódio), vergonha do grupo social, medo e desejo de engravidar novamente, bem como distúrbios na sexualidade. Entre aquelas que necessitaram de tratamento quimioterápico, os autores identificaram outras alterações tais como: fantasias relacionadas ao câncer, culpa por estarem doentes, mudanças na sexualidade, sentimentos negativos diante da quimioterapia, sensação de impotência, baixa auto estima, sentimento de inferioridade e medo da morte.

Em estudo efetuado em São Paulo/SP, no centro de referência da cidade de Botucatu, com 54 mulheres, Ferreira (2008) refere que a doença trofoblástica gestacional, apesar de ser altamente curável, causa sofrimento psicológico envolvendo a perda gestacional, alterações de humor, medo da quimioterapia e incertezas quanto à futura gestação, com impacto na qualidade de vida das pacientes. Sintomas de ansiedade e depressão são frequentes. A autora propõe que diante desse cenário, essas mulheres tenham o suporte de uma equipe multidisciplinar a fim de amenizar o sofrimento psicológico vivenciado pela DTG.

Petersen *et al.* (2005), a partir de um estudo realizado na Austrália, de caráter transversal de prevalência, com pacientes que tiveram GM e que estavam recebendo acompanhamento para sua doença (n=102), mostrou que as alterações psicológicas são justificadas pela perda gestacional, medo da doença e recidiva, tristeza pelo atraso involuntário de gestar e necessidade de tratamento, angústia sem relação ao tratamento e incertezas quanto à uma gravidez futura. Após a perda de um bebê, essas mulheres ficam preocupadas com futuras oportunidades limitadas de ter filhos. O medo de uma nova gravidez é recorrente e aparente, durante e após as gravidezes subsequentes. As pacientes demonstram preocupação intensa em terem uma nova gravidez molar, pois isso teria impacto emocional significativo em suas vidas. A sensação de isolamento das pacientes é sentida devido à raridade da doença, bem como a falta de conhecimento das pessoas que as rodeiam e por vezes de profissionais de saúde (PETERSEN *et al.*, 2005).

Em investigação executada na Universidade de Hong Kong, na China, desenvolvida por Ngan, Wong e Ma (1988), com um total de 110 pacientes chinesas, sendo 13 pacientes diagnosticadas com mola parcial, 56 pacientes com mola completa

e 41 pacientes com coriocarcinoma, observou-se que as mulheres podem evitar engravidar ou, se a contracepção falhar, elas podem solicitar a interrupção da gravidez. Pacientes que querem outro filho podem adiar sua tentativa de gestar, pois precisam de tempo para ressignificar na sua memória essa situação desagradável. As preocupações sobre a recorrência da doença em uma gravidez futura, possíveis danos à fertilidade e complicações obstétricas podem aumentar ainda mais a carga emocional e prejudicar significativamente a qualidade de vida global. Os autores, trazem que o sentimento de incerteza sobre uma gravidez futura pode afetar o desempenho reprodutivo. Ao mesmo tempo em que há um desejo de ter este filho, acompanhado por sentimentos de alegria e expectativa, também há dúvida, medo e mesmo tristeza. Nunca uma gestação será 100% desejada ou 100% indesejada, sendo a ambivalência uma característica usual (MALDONADO, 2000). Em função da DTG, mulheres sem filhos tendem a experimentar emoções mais intensas em relação à perda da gravidez precoce do que aquelas que já tiveram um filho, provavelmente devido a maiores preocupações com sua fertilidade e objetivos reprodutivos futuros (MATTEI *et al.*, 2020).

Sabe-se que a decisão de engravidar, para algumas mulheres, é algo planejado e advindo de muitas tentativas. A perda gestacional é representada como uma fonte devastadora do emocional, uma tragédia pessoal, um sofrimento eminentemente feminino (PONTES, 2016). Melo e Vaz (2019), mencionam que a morte de um filho é considerada uma dor insuportável, pois o filho sonhado e idealizado foi perdido, o que atesta o forte investimento psíquico na existência do bebê, e com a sua morte, ou no caso da GM, na ausência deste feto viável, vivencia-se uma perda que é sentida por todos os envolvidos neste projeto de vida. Chorar, isolar-se, sentir-se triste, sentir-se vazia, sem sentido fazem parte do processo do luto pela perda gestacional, mesmo após dias e semanas do resultado do diagnóstico. A gravidez molar representa tanto fisicamente quanto emocionalmente, um passeio de montanha-russa por meio de acompanhamentos e/ou tratamentos e sentimentos (PETERSEN *et al.*, 2005).

Tenório, Avelar, Barros (2019) trazem que o tempo cronológico difere do tempo psíquico, portanto o adiamento do projeto de maternidade pode se configurar como um longo e doloroso período de espera. A GM repercute, também, em projetos futuros de maternidade. Durante o acompanhamento ambulatorial a mulher é orientada a adiar uma nova gravidez (BRAGA *et al.*, 2014). Mattei *et al.* (2020) mencionam que embora o tratamento DTG, atualmente, permita a preservação da fertilidade, e este também é o caso de doenças malignas, as mulheres são obrigadas a adiar futuras gestações, pois são aconselhadas a não conceber durante o acompanhamento e o tratamento. Portanto, a mulher pode se encontrar diante de uma situação ambígua e conflituosa, na medida em que é difícil equilibrar essa necessidade de futuras gestações ao mesmo tempo em

que cumpre as recomendações médicas do prazo para uma nova contracepção (PETERSEN *et al.*, 2005). Geralmente, as pacientes que tiveram uma melhor compreensão de sua doença eram mais ansiosas, pois temiam por possíveis sequelas malignas e em função disso optaram por atrasar uma nova concepção (NGAN, WONG e MA, 1988).

Esses problemas podem comprometer o equilíbrio psicológico de curto e longo prazo e podem afetar profundamente seu senso de identidade, autoestima e feminilidade. Petersen *et al.* (2005) referem que as mulheres expressaram muitos sentimentos de decepção, perda de expectativas e desesperança generalizada em relação à perda. Além da perda gestacional, a perda do sonho de gestar, algumas mulheres terão que iniciar o tratamento medicamentoso para a doença, ou seja, nesse momento perde também a sua saúde física. As pacientes com metástases tratadas com quimioterapia tendem a relatar escores de qualidade de vida mais baixos e níveis mais elevados de sofrimento psicológico em comparação com aqueles que só se submetem à vigilância periódica de β -hCG (MATTEI *et al.*, 2020). Os autores colocam que a gravidade da doença parece ter impacto mais significativo no humor das pacientes, pois mulheres com diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional tendem a apresentar escores de depressão mais altos do que aquelas diagnosticadas com MHP ou MHC com remissão espontânea.

A literatura sobre pacientes com câncer também documenta que os transtornos do humor estão frequentemente associados ao tratamento quimioterápico e suas sequelas relacionadas na percepção da imagem corporal bem como no medo de recorrência da doença. A depressão tem sido mais associada a pacientes com metástase(s), quando a neoplasia trofoblástica se espalha por outros órgãos. Ferrari (2018) refere que essas pacientes apresentam inúmeros fatores adversos tais como o estigma de uma doença que pode matar. Velasco (2013) cita que o diagnóstico de gestação molar era recebido, pelas mulheres, como uma sentença de morte. Além do olhar e o imaginário coletivo da sociedade frente ao câncer, que considera ser uma doença essencialmente incapacitante e terminal. Nesse sentido, Lima *et al.* (2016), relatam que o câncer, diferente de outras doenças, carrega consigo um forte estigma que permeia o imaginário social. A ideia de uma doença incurável e a intensa associação com a morte iminente torna uma enfermidade temida e de difícil enfrentamento para pacientes e familiares. Mesmo quando visualizada a possibilidade de tratamento através da quimioterapia, este é marcado por um processo doloroso, incapacitante, incerto e assustador. Atualmente, espera-se que as mulheres afetadas por doenças malignas, na maioria dos casos, sejam sobreviventes de longo prazo e muitas vezes expressam o desejo de engravidar após a conclusão do tratamento.

Portanto, a suscetibilidade para gravidez molar recorrente após um primeiro diagnóstico de Mola Hidatiforme Completa (MHC) ou Mola Hidatiforme Parcial, bem como o risco de danos à fertilidade após a quimioterapia para Neoplasia Trofoblástica Gestacional, representam aspectos de grande preocupação. Estudos sugerem que mais de 98% das mulheres que engravidam após um MHC ou MHP não desenvolverão outra gravidez molar, assim como não serão mais vulneráveis a complicações obstétricas (MATTEI *et al.*, 2020).

Alguns fatores são referidos como protetivos do sofrimento que a DTG proporciona para as mulheres. Em pesquisa realizada na Austrália, através de análise transversal, com 176 mulheres, Stafford (2011) refere que a dor proveniente da DTG é minimizada para a maioria das mulheres (81%) quando essas foram apoiadas por seus parceiros durante o diagnóstico e/ou tratamento. Nesse sentido, mulheres que já têm filhos vivos saudáveis costumam encontrar mais motivos para suportar e se recuperar da experiência de uma gravidez molar. As crianças também diminuem a dor de ter perdido um bebê. Estudo realizado por Petersen *et al.* (2005) evidenciou que as pacientes que tinham filhos antes do diagnóstico da doença ou tiveram filhos após a GM apresentaram uma função psicológica significativamente melhor - mais do que mulheres sem filhos (PETERSEN *et al.*, 2005). Em contraponto, as mulheres que ainda não tinham tido filhos antes da gestação molar, experimentam emoções mais intensas em relação à perda da gravidez.

Cuidados multidisciplinares, envolvendo intervenções educacionais e psicossociais, podem ajudar as pacientes a compreender a natureza específica da DTG e a lidar com respostas emocionais disruptivas, promovendo assim uma melhor adesão ao acompanhamento e/ou tratamento e ajuste psicológico à doença. Diniz *et al.* (2018), colocam que o uso da *web*, especificamente na página oficial do Facebook da DTG, o uso de uma linguagem compreensível e calorosa, mesmo sem um cara a cara, sem um encontro presencial entre um médico e uma paciente, pode-se estabelecer um ambiente seguro, confiante na relação médico-paciente. Este relacionamento baseado na *web* pode ser importante no fortalecimento das estratégias relacionadas à educação de pacientes com DTG. Os mesmos trazem como resultado da sua pesquisa que 98% (349/354) das pacientes declararam que se sentiram seguras ao ler as postagens dos médicos da página oficial do Facebook da DTG. O enfrentamento bem-sucedido da doença e do acompanhamento e /ou tratamento foi considerado positivo quando influenciado por altos níveis de suporte obtido por membros da rede social, incluindo parceiros, família, amigos e profissionais de saúde. As mulheres com gravidez molar podem se beneficiar de uma abordagem multidisciplinar para que o manejo contemple suas necessidades psicológicas, sociais e sexuais, além dos aspectos médicos para os

cuidados com a parte física, evidenciando a necessidade de realização de estudos com ênfase na dimensão psicossocial, com o objetivo compreender o impacto emocional e o enfrentamento das pacientes frente à gestação trofoblástica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender as vivências de mulheres com histórico de DTG

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as experiências individuais, conjugais, parentais e familiares de mulheres com histórico de acompanhamento e/ou tratamento de DTG
- Compreender aspectos facilitadores e dificultadores do processo de enfrentamento de acompanhamento e/ou tratamento da DTG
- Identificar as distintas trajetórias de experiência da DTG conforme a gravidade e o estágio do acompanhamento e/ou tratamento da doença
- Entender os projetos de futuro em relação à maternidade a partir da experiência da DTG

4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

ANDRADE, J. M. Mola Hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 94-101, fev. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/TMVGM4TNZJYxSWZ6FqZFBsQ/?lang=pt>

AZEVEDO, K. F.; VIVIAN, A. G. Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 33-40, jan./jun. 2020. doi: <https://doi.org/10.29327/217869.9.2-5>

BARTH, M. C.; VESCOVI, G.; LEVANDOWSKI, D. C. Percepção de casais que vivenciaram perda gestacional sobre o apoio social. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 38 n. 102, p. 772-791, out./dez. 2020. Disponível em:

<https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27079>

BELFORT, P.; GRILLO, B. M.; MADI, J. M.; VIGGIANO, M. **Neoplasia trofoblástica gestacional: Controvérsias**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio Editora, 2007.

BIFFI, M.; GRANATO, T. M. M. Projeto de ter filhos: Uma revisão da Literatura Científica nacional e internacional. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 207-220, mar. 2017. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100014&lng=pt&nrm=iso

BRAGA, A.; UBERTI, E. M. H.; FAJARDO, M. C.; VIGGIANO, M.; SUN, S. Y.; GRILLO, B. M.; PADILHA, S. L.; ANDRADE, J. M. de; SOUZA, C. B. de; MADI, J. M.; MAESTÁ, I.; SILVEIRA, E. Epidemiological report on the treatment of patients with gestational trophoblastic disease in 10 Brazilian referral centers. **The Journal of Reproductive Medicine**, San Louis, v. 59, n. 5-6, p. 241-247, maio/jun. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24937964/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS: Estatísticas vitais - Nascidos vivos por ocorrência pela idade da mãe**. Brasília: Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** (2ed., Série A - Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

CAMARNEIRO, A. P. F.; MACIEL, J. C. S. C.; SILVEIRA, R. M. G. Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: Um estudo fenomenológico. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 5, p. 109-117, abr./jun. 2015. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388241158015>

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F.; SOUGEY, E. B.; RENNÓ Jr., J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 278-284, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/nfBndszPxxSTqkh9zXgpnjK/?lang>

CUNHA, A. C.; EROLES, N. M. dos S.; RESENDE, L. de M. "Tornar-se mãe": Alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. **Interação em**

Psicologia, Curitiba, v. 24, n. 3, dez. 2020. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/62768/42626>

DEMARCHI, R. F.; NASCIMENTO, V. F.; BORGES, A. P.; TERÇAS, A. C. P.; GREIN, T. A.D.; BAGGIO, E. Percepção de gestantes e puérpera primíparas sobre Maternidade. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 7, p. 2663-2673, jul. 2017. Disponível em
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23438>

DIESTEL, M. C. F.; UBERTI, E. M. H.; LACERDA, M. E.; SPAGNOL, L. O.; SILVA, I. L. Aspectos psicossociais da doença trofoblástica gestacional: Importância dos “Grupos de Ajuda”. **Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 183-186, jan./dez. 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-349320>

DINIZ, V. M.; SUN, S.Y.; BARSOTTINI, C.; VIGGIANO, M.; SIGNORINI, R. C. F.; SANCHES, B. P. O.; PIMENTA, B. S. O.; ELIAS, K. M.; HOROWITZ, N. S.; BRAGA, A.; BERKOWITZ, R. S. Experience with the use of an online community on Facebook for brazilian patients with gestational trophoblastic disease: netnography study. **J Med Internet Res.**, Toronto, v. 20, n. 9, set. 2018. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30249575/>

FARIA-SCHÜTZER, D. B.; DUARTE, G. L.; DUARTE, C. A. M.; VIEIRA, C. M. Fica um grande vazio: Relatos de mulheres que experienciaram a morte fetal durante a gestação. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 113-132, 2014. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072014000200008

FERRAZ, B. A. ; MASOTTI, C. G.; BENETTI, F. A.; ESTEVÃO, A. Autoimagem e percepção corporal durante o período gestacional: existe influência do exercício físico? Revisão integrativa. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 32, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/888

FERRARI, S. **Câncer na gestação**: avaliação de depressão, ansiedade, auto estima e vínculo materno-fetal. 2018. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-07022019-150110/publico/SolimarFerrari.pdf>

FERREIRA, E. G. V. **Avaliação da qualidade de vida e aspectos psicológicos em pacientes com doença trofoblástica gestacional**, 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/99253>

FRANÇA, A.C.G.; UBERTI, E. M. H.; MULLER, K. P.; CARDOSO, R. B.; GIGUER, F.; El Beitune, P.; BRAGA, A. Emotional and Clinical Aspects Observed in Women with Gestational Trophoblastic Disease: A Multidisciplinary Action. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 44, n. 4, p. 343-351, abr. 2022. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742681>

GALVÃO, G. M. M. **Parentalidade na perda gestacional**: o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais – aspectos emocionais e legais, 2021. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2021. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372010/tese_glaucia-maria-moreira-galvao.pdf

GIL-BELLO, R. M. El imaginario de la maternidad durante el embarazo. **Matronas Prof.**, Barcelona, v. 19, n. 1, p. 4-10, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-173295>

GRANERO, G. S.; BONFIM, I. H. F. B.; SANTOS, A. S. O impacto e a dimensão psicológica da doença trofoblástica gestacional: Um estudo de caso. **REFAS**, Uberaba, v. 6, n. 4, p. 801-807, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497957635003/html/>

GUIMARÃES, F. J.; SANTOS, F. J. da S.; LEITE, A. F. B.; HOLANDA, V. R. de; SOUSA, G. S. de; PERRELLI, J. G. A. Adoecimento Mental em Gestantes. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 499-534, dez. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>

HAHN, L.; SFAIR, L. L.; PICCININI, V. L.; SOARES, J. A. P.; FILHO, E. V. C. Doença Trofoblástica Gestacional: Diagnóstico e Tratamento. **Acta Médica.**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 136-150, 2018. Disponível em: <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/13.pdf>

NGAN, H. Y.; WONG, L. C.; MA, H. K. Reproductive performance of patients with gestational trophoblastic disease in Hong Kong. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 67, n. 1, p. 11 -14, 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2845704/>

KOHORN, E. I. Single - agent chemotherapy for nonmetastatic gestational trophoblastic neoplasia: perspectives for the 21st century after three decades of use. **J. Reprod Med**, v. 36, n. 1, p. 49-55, jan. 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1848901/>

LEITE, M. L. M. M. R. **A experiência psicológica da transição para a parentalidade**: estudo de casos. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Lisboa, Lisboa. 2018 Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37900/1/ulfpie053299_tm.pdf

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, S. C. B. Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/?lang=pt#>

LIMA, S. F.; SILVA, R. G. M.; SILVA, V. S. C.; PASKLAN, A. N. P.; REIS, L. M. C. B.; SILVA, U. C. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-5, 2016. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160037>

LOPES, G.; BORGES, P. K. O.; GRDEN, C. R. B.; CORADASSI, C. E.; SALES, C. M.; DAMASCENO, N. F. P. Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 307-313, maio/jun. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20048>

LOPES, R. S.; LUCCHESI, R.; SILVA, G. C.; VERA, I.; SOUZA, L. M. M. de; MENDONÇA, R. S. de. O Período Gestacional E Transtornos Mentais: Evidências Epidemiológicas. **Humanidades & Tecnologia Em Revista (Finom)**. v. 19, n. 1, p. 36-

54, Ago-Dez. 2019. Disponível em:

http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/932/652

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 2000.

MATOS, M. G. D.; MAGALHÃES, A. S. Tornar-se pais: sobre a expectativa de jovens adultos. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 78-91, ago. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100008

MATTEI, V. D.; MAZZETTI, M.; PEREGO, G.; ROTTOLI, S.; MANGILI, G.; BERGAMINI, A.; CIOFFI, R.; CANDIANI, M. Psychological aspects and fertility issues of GTD. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 6934, n. 20, p. 30160-30167, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693420301607>

MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. S. Mulheres no segundo e terceiro trimestre de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 81-86, jan./mar. 2000. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000100010>

MELO, C. T.; VAZ, P. R. G. Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. **Matrizes**, São Paulo, v. 13, (2), p. 91-112, set. 2019. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v13i2p91-112>

MERLI, L. F. **Quando a parentalidade surge antes da conjugalidade**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-07022013-101626/es.php>

MIRANDA, A. C. **Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivencia uma morte fetal**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Universidade Évora, Évora, 2016. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/19521>

NUNES, S. A. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal estar. **Psicologia Clínica.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 101-115, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200007

PETERSEN, R. W.; UNG, K.; HOLLAND, C.; QUINLIVAN, J. A. The impact of molar pregnancy on psychological symptomatology, sexual function and quality of life. **Gynecol Oncology**. v. 97, n. 2, p. 535-542, maio 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15863157/>

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; MOREIRA, L. E.; LOPES, R. S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 20, n. 3, p. 223-232, dez. 2004. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000300003>

PONTES, V. V. **Trajatórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação**. Salvador: EDUFBA. 2016.

ROSA, B. G. Perda Gestacional: Aspectos Emocionais da Mulher e o Suporte da Família na Elaboração do Luto. **Revista Psico Fae**. v. 9, n. 2, p. 86-99, jan. 2021. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/317>

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem Psicológica em Obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2003. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1260>

SANTOS, P. A. **Perda gestacional em perspectiva: vivências de luto parental**. 2021. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, Porto Alegre. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1843/1/%5BDISSERTA%C3%87%C3%83O%5D%20Santos%2C%20Priscilla%20Andrewns%20dos%20%28P%29.pdf>

STAFFORD, L.; MCNALLY, O. M.; GIBSON, P.; JUDD, F. Long-term psychological morbidity, sexual functioning, and relationship outcomes in women with gestational trophoblastic disease. **Int J Gynecol Cancer.**, v. 21, n. 7, p. 1256-1263, out. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21811174/>

TAVARES, S. T. N. S. **Perda Gestacional: Um olhar de cuidado para a interrupção da transição para a maternidade**. 2021 Dissertação (Mestrado). Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/1845>

TENÓRIO, P. J.; AVELAR, T. C.; BARROS, E.N. Gravidez molar: do sonho ao luto. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia.**, São Paulo, v. 39, n.97, p., 193-206 dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2019000200005

TEODÓZIO, A. M.; BARTH, M. C.; WENDLAND, J.; LEVANDOWSKI, D. C. Particularidades do Luto Materno Decorrente de Perda Gestacional: Estudo Qualitativo. **Revista Subjetividades**, [S. l.], v. 20, n. 2, out. 2020. doi: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9834>.

TORLONI, M. R. Óbito fetal. In BORTOLETTI, F. F. (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole. 2007

VELASCO, M. H. **Da expectativa de vida à descoberta da morte: a mulher diante da gestação molar**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2013 Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=28898@1>

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesquisa prática psicossociais**, São João del-Rei. v. 12, n. 3, p. 1-16, jul./set. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005

ZANETTINI, A., URIO, A., SOUZA, J. B. de, GEREMIA, D. S. Geremia. The Motherhood Experiences and the Conception of Mother-Baby Interaction: Interfaces Between Primiparous Adult Mothers and Adolescents. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 3, p. 655-663, 2019. Disponível em <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6647>

5 ARTIGO

Vivências de mulheres com histórico de doença trofoblástica gestacional (DTG)

A ser submetido ao periódico Fractal: Revista de Psicologia, Qualis B1 em Psicologia

Karine Paiva Müller

Aléxia Victória Pereira Padilha

Luciana Suárez Grzybowski

Resumo:

A maternidade ainda faz parte do projeto de vida de muitas mulheres, entretanto, algumas situações podem ocorrer durante a gravidez, adiando ou interrompendo esse propósito, como a descoberta da doença trofoblástica gestacional (DTG), que é uma condição genética anormal e rara da gestação. Esse estudo, de caráter qualitativo, descritivo-exploratório e transversal, objetivou compreender as vivências de mulheres com histórico de DTG. Participaram desta pesquisa 8 mulheres, com idade média de 36,1 anos, casadas, escolaridade mínima de técnico completo, com perfil social e do estágio da doença heterogêneos, que estão/estiveram em acompanhamento/tratamento em um Centro de Referência em DTG em Porto Alegre/RS. As participantes responderam a um questionário de dados sócio-demográficos e de saúde e uma entrevista semi-estruturada, compreendidas a partir da análise temática. Os resultados apontaram quatro temáticas: a constelação da maternidade; o percurso da doença; os impactos emocionais da doença e as repercussões do adoecimento nos relacionamentos. Percebe-se que a DTG gera sofrimento emocional diante dos entraves do plano de gestar, interferindo nas relações parentais, conjugais, profissionais e sociais, havendo necessidade de qualificar o atendimento diante da perda gestacional e do conhecimento profissional sobre esta doença.

Palavras chave: maternidade; doença trofoblástica gestacional; mulheres.

The experiences of women with a history of gestational trophoblastic disease

(GTD)

Abstract:

Motherhood is still part of the life project of many women, however, some situations may occur during pregnancy postponing or interrupting this purpose, such as the discovery of gestational trophoblastic disease (GTD), which is an abnormal and rare genetic condition of pregnancy. This qualitative, descriptive-exploratory, and cross-sectional study aimed to understand the experiences of women with a history of GTD. Eight women participated in this study, with a mean age of 36.1 years, married, minimum schooling of complete technician, with a social profile and the heterogeneous stage of the disease, who are/have been under follow-up/treatment at a Reference Center in GTD in Porto Alegre/RS. The participants answered a questionnaire of socio-demographic and health data and a semi-structured interview understood from the thematic analysis. The results indicated four themes: the constellation of motherhood; the course of the disease; the emotional impacts of the disease and the repercussions of illness on relationships. It is perceived that the GTD generates emotional distress in the face of the obstacles of the

plan of pregnancy, interfering in parental, marital, professional, and social relationships, and there is a need for quality care in the face of gestational loss and professional knowledge about this disease.

Keywords: maternity; gestational trophoblastic disease; women.

Las vivencias de mujeres con histórico de molestia trofoblástica gestacional (MTG)

Resumen:

La maternidad sigue siendo parte del proyecto de vida de muchas mujeres, sin embargo, algunas situaciones pueden ocurrir durante el embarazo retrasando o interrumpiendo ese propósito, como el descubrimiento de la molestia trofoblástica gestacional (MTG), que es una condición genética anormal y rara del embarazo. Ese estudio, de carácter cualitativo, descriptivo-exploratorio y transversal, objetivó comprender las vivencias de mujeres con histórico de MTG. Participaron de esta investigación 8 mujeres, con edad media de 36,1 años, casadas, escolaridad mínima de técnico completo, con perfil social y estadio de la enfermedad heterogéneos, que están/estuvieron en seguimiento/tratamiento en un Centro de Referencia en DTG en Porto Alegre/RS. Las participantes contestaron a un cuestionario de datos sociodemográficos y de salud y una encuesta semiestructurada, comprendidas a partir del análisis temático. Los resultados apuntaron cuatro temas: la constelación de la maternidad; el trayecto de la molestia; los impactos emocionales de la molestia y las repercusiones de la enfermedad en las relaciones. Se percibe que la DTG genera sufrimiento emocional frente a los obstáculos del plan de gestar, interfiriendo en las relaciones parentales, conjugales, profesionales y sociales, necesitando de cualificar el cuidado delante de la pérdida gestacional y del conocimiento profesional sobre esta molestia.

Palabras clave: maternidad; molestia trofoblástica gestacional; mujeres.

Introdução

Nos dias atuais, apesar de a maternidade ter deixado de ser o sonho principal de muitas mulheres, ela ainda faz parte do projeto de vida de muitas delas. Fatores como a troca afetiva, o desenvolvimento pessoal, a transmissão de legado e o reconhecimento social parecem contribuir para a decisão de ter filhos, enquanto as responsabilidades do exercício parental, os problemas financeiros, as ambições pessoais e de carreira, as dificuldades na educação dos filhos e os desafios da gestação estão associados à escolha de não ter ou adiar esse projeto (BIFFI; GRANATO, 2017; GIL-BELLO, 2018; DEMARCHI *et.al.*, 2017).

Consolida-se, assim, na contemporaneidade, um modelo de união amorosa que tende a predominar uma relação igualitária entre os parceiros, a valorização do companheirismo no vínculo conjugal e a ausência de obrigações quanto à reprodução (MERLI, 2012). A opção por ter filhos pode denotar o enfraquecimento, ao menos temporário, das ambições pessoais como: adiar planos de carreira ou deixar de consumir alguns bens materiais desejados. A partir do momento que há também uma expansão do

papel da mulher na sociedade e uma alteração da identidade feminina da mulher contemporânea, a parentalidade pode ser uma escolha, apesar das pressões sociais e diferenças contextuais (NUNES, 2011).

Assim, entre aquelas mulheres que engravidam, a gravidez um significado peculiar para cada uma. A gravidez consiste em uma experiência familiar, na qual o projeto da maternidade pertence a família. É um acontecimento que traz modificações físicas, emocionais, familiares e sociais, sendo um processo dinâmico e envolvente. Para algumas mulheres, gestar é algo planejado e advindo de muitas tentativas, no entanto, algumas situações podem ocorrer no curso da gravidez modificando ou interrompendo esse projeto. A perda do feto ou aborto, que ocorre em 15% das gestações, é uma possibilidade recorrente, assim como as doenças que inviabilizam o seguimento da gestação (LEMOS; CUNHA, 2015). A perda gestacional se torna a morte de um sonho, tornando-se um momento de crise e de reajustamentos dos papéis sociais. O psiquismo feminino entra em um processo de luto pelo filho perdido e os sonhos que o casal normalmente deposita no nascimento da criança são colocados em suspenso (CAMARNEIRO *et al.*, 2015; MALDONADO, 2000; TORLONI, 2007).

Soma-se a esse sofrimento o pouco reconhecimento que a perda gestacional recebe socialmente como uma perda legítima, sendo muitas vezes desconsiderada em função de um entendimento de que os pais ainda não construíram um vínculo importante com o filho e que o sofrimento decorrente dessa perda não seria tão intenso, pois a relação perdida poderia ser facilmente substituída (BARTH; VESCOVI; LEVANDOWSKI, 2020). No lugar da vida, então, a morte faz-se presente, trazendo consigo a experiência de inúmeras outras perdas significativas: não só a do bebê, mas também a de certo ideal de família desejada, a possibilidade de exercer o papel social de mãe, a experiência de controle sobre seu próprio corpo e sobre a sua própria vida e a vida de outro, em gestação (MIRANDA, 2016).

Entre as diversas possibilidades que podem levar à interrupção desse plano da maternidade está a descoberta da doença trofoblástica gestacional (DTG), que é uma condição genética anormal e rara da gravidez, que pode ocorrer em mulheres de todas as idades que se encontram em período reprodutivo sem que haja explicações claras quanto a causa (FERREIRA, 2008). Dentre as DTGs existentes, a Mola Hidatiforme (MH) é o tipo mais comum, tratando-se de uma gravidez anômala, pois ocorre um erro no momento da fecundação, podendo ser Completa ou Parcial. Na mola completa (MHC) o óvulo “perde” seus cromossomos no momento da fecundação, e é fecundado por um

espermatozóide com 23 cromossomos que se duplica. Em função disso tem-se um óvulo com 46 cromossomos de origem paterna, não se desenvolvendo um embrião por falta de cromossomos da mãe; desenvolvendo-se, assim, uma placenta "doente" pelo excesso de cromossomos paternos. Na mola parcial (MHP) o óvulo mantém seus 23 cromossomos e é fecundado por dois espermatozoides ou por um que se duplicou. Em decorrência disso, forma-se um embrião vivo, mas geneticamente anormal (triploidia androgenética), incompatível com a vida. Geralmente, o embrião não resiste por muitas semanas e morre, porém existem casos em que a gestação tem continuidade com o embrião vivo intra-útero, até o fim do segundo trimestre de gravidez, quando é feita a interrupção, pois a mulher corre risco de complicações de saúde (pré-eclâmpsia, hemorragia coagulopatia), se a gestação seguir. Ambos os tipos de MH são consideradas doenças benignas com resolução espontânea em 80% (na MHC) a 95% (na MHP) dos casos, entretanto, em cerca de 5 a 20% dos casos há chance de evolução para neoplasia (BELFORT *et al.*, 2007). As formas com evolução neoplásica são chamadas de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) e englobam a Mola Invasora (ANDRADE, 2009), o coriocarcinoma, o tumor trofoblástico do sítio placentário e o tumor trofoblástico epitelióide. Todas as formas de NTG apresentam alto percentual de cura (80% a 100%), desde que sejam diagnosticadas precocemente e tratadas de forma adequada, preferencialmente em CR. A gravidez molar (GM) pode ser assintomática, sendo o diagnóstico feito nas primeiras ultrassonografias e o sintoma mais comum (80% a 90% dos casos) é o sangramento vaginal (DIESTEL *et al.*, 2001).

Mulheres que recebem o diagnóstico de GM, submetem-se ao estresse da perda da gravidez, do procedimento cirúrgico, possível tratamento com quimioterapia e atrasos no plano reprodutivo. Além disso, elas precisam enfrentar a perda de uma gravidez e, ao mesmo tempo, lidar com uma doença que pode se tornar fatal (MUZA *et al.*, 2013; ANJOS; ZAGO, 2006; SILVA; NARDI, 2014; WECHSLER; REIS; RIBEIRO, 2016; TORLONI, 2007). Devido a estressores, após a mulher receber o diagnóstico de DTG, existe um fator potencial de desenvolver problemas emocionais, tais como ansiedade e depressão (PETERSEN *et al.*, 2005; GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018; TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019).

No âmbito dos relacionamentos interpessoais, o diagnóstico de DTG ocasiona impacto para a mulher, para seu parceiro e em seus familiares, por ser uma doença rara e pouco conhecida. Mulheres afetadas pela DTG, têm que lidar com questões emocionais significativas e mudanças radicais em seu equilíbrio psicológico, que leva-os a encontrar

novas acomodações, tanto na vida individual quanto na vida de casal, havendo redução significativa da dor emocional quando há suporte do companheiro e de filhos, caso tenham (MATTEI *et al.*, 2020; STAFFORD *et al.*, 2011). Além disso, Diestel *et al.* (2001), estudando pacientes com MH de evolução não complicada para sequelas trofoblásticas, observou que elas apresentam perturbações emocionais como: temor do grupo social e distúrbios na sexualidade.

Dessa forma, existe relevância na forma da comunicação com as pacientes e como a informação é concedida, do apoio social fornecido pelos familiares e pela equipe (FRANÇA *et al.*, 2022), influenciando nos impactos emocionais. Ademais, França *et al.* (2022) pontuam que cuidados multidisciplinares, envolvendo intervenções educacionais e psicossociais, podem ajudar os pacientes a compreender a natureza específica da DTG e a lidar com respostas emocionais disruptivas, promovendo uma melhor adesão ao tratamento e/ou acompanhamento e ajuste psicológico à doença.

Partindo de um cenário de poucas investigações o presente artigo objetiva conhecer mais sobre a DTG e suas inúmeras alterações psicossociais, assim como validar a perda gestacional como uma perda real, tornando importante compreender esse processo. Conhecer as diferentes dimensões dessa experiência, com seus obstáculos e sucessos, proporciona maior visibilidade a esta doença, ampliando e qualificando as intervenções no campo da saúde e entre os profissionais de equipes multidisciplinares que atendem essas mulheres, para dessa forma possam orientar corretamente as pacientes, assim como seus familiares no enfrentamento da DTG.

Método

Delineamento

Este estudo é de natureza qualitativa, descritivo-exploratório e transversal, realizado com mulheres em acompanhamento e/ou tratamento para a DTG.

Participantes

Participaram do estudo 8 mulheres com diagnóstico, atual ou passado, de DTG, considerando-se os critérios de amostra intencional (OLIVEIRA, 2001). A escolha das participantes se deu por conveniência e por meio de indicação da equipe médica, sendo recrutadas as mulheres que estão ou estiveram em acompanhamento no CR de DTG, na Maternidade Mário Totta da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS. Escolheu-se mulheres com diagnóstico de DTG há, no mínimo, 45 dias, com características sociodemográficas homogêneas, com perfis sociais variados e

contrastantes. Foram excluídas deste estudo mulheres com limitações cognitivas, dificuldades de comunicação e menores de 18 anos.

Instrumentos

As participantes responderam uma ficha de dados sócio-demográficos e de saúde, que visou coletar informações sobre as características contextuais, sua condição de saúde e histórico da DTG. Posteriormente, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, desenvolvida pelas autoras dessa pesquisa (MÜLLER; GRZYBOWSKI, 2021), na qual se investigou o conhecimento sobre a doença, as mudanças percebidas após o diagnóstico, a perda gestacional, o tratamento e/ou acompanhamento da DTG, os recursos de enfrentamento deste percurso e os aspectos facilitadores e dificultadores desta trajetória, bem como expectativas e planos futuros.

Procedimento para coleta de dados

Após aprovação nos Comitês de Ética, as mulheres foram contatadas via telefone e convidadas a participar da pesquisa. Foram explicados os objetivos e os procedimentos da investigação, de forma detalhada. Todas as participantes que aceitaram, optaram pela participação no formato virtual, considerando o cenário da COVID-19. Assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a ficha de dados sócio-demográficos e de saúde foram enviados previamente à realização da entrevista, no formato *Google Forms*. Após assinatura e concordância registrada no TCLE, a participante tinha acesso ao preenchimento da ficha de dados sócio-demográficos e de saúde, através da mesma plataforma. Na sequência, foi marcado dia e horário para entrevista. A entrevista foi conduzida pela pesquisadora e uma bolsista de iniciação científica, via *Google Meet*, com duração aproximada de 50 minutos e gravação por dispositivo externo.

Procedimento de Análise de dados

As entrevistas foram transcritas de forma literal e, após, analisadas a partir da Análise Temática de Braun & Clarke (2017). Este método consiste em se familiarizar com os dados, gerar códigos iniciais, agrupar os códigos em temas, revisar os temas, definir e nomear os temas e produzir o relatório. Todo conteúdo das entrevistas passou por análise de pares duplo-cego, com posterior a revisão de uma juíza, com a finalidade de produzir conteúdo com maior qualidade e fidedignidade.

Questões Éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da ISCMPA e da UFCSPA (CAAE: 51680221.1.0000.5335). As participantes foram identificadas por nomes fictícios, a fim de preservar o anonimato. Todas assinaram virtualmente o TCLE

e foram orientadas a guardar tal documento. Também deixou-se claro que as entrevistas seriam gravadas por dispositivo externo, para fomentar o sigilo.

Resultados e Análise das informações

Nesta seção, apresentaremos os resultados e a análise das informações derivadas da ficha de dados sociodemográficos e de saúde, bem como das entrevistas com as participantes. Para a identificação das mulheres, optou-se por nomes de flores. Abaixo, a tabela faz um compilado das principais informações que caracterizam as entrevistadas:

Tabela de resultados dos Dados Sócio-Demográficos e de Saúde

	Girassol	Violeta	Lírio	Margarida	Rosa	Cravo	Hortência	Orquídea
Idade atual	39	39	30	34	32	25	53	37
Idade da primeira GM	37	35	28	32	29	23	25	36
Escolaridade	Tec. Comp.	Sup. Incomp.	Sup. Comp.	Sup. Comp.	Sup. Comp.	Sup. Incomp.	Sup. Comp.	Pós Grad.
Profissão	Téc. de Enfermagem	Professora	Anal. de Qualidade	Engenheira	Nutricionista	Assist. Marketing	Assist. Social	Área da Beleza
Situação conjugal	casada	casada	casada	casada	casada	casada	casada	casada
Residência	Interior	Interior	Interior	Capital	Capital	Interior	Capital	Capital
1 GM	x		x	x		x	x	x
2 ou mais GM		x			x			
Tipo de GM	MHP	2 MHC e 1 MHP	MHP	MHP	2 MHP	MHP	MHP	MHC
Tratamento quimioterápico		x				x		x
Histerectomia	x							
Abortos prévios a GM					x			x
Filhos prévios a GM	1							

Observando as características das participantes da pesquisa, percebe-se mulheres com idade média de 36,1 anos, todas casadas e com bom nível de escolaridade. As profissões são variadas, sendo que a ocupação atual sofreu alterações após diagnóstico da doença. O local de moradia delas é misto entre Capital e Interior do RS. A maioria das mulheres dessa pesquisa tinham tido somente um diagnóstico de DTG (6 participante), no entanto, duas delas tiveram mais de uma GM, sendo que uma teve um aborto espontâneo prévio antes das duas GM. Há o histórico de perda gestacional, não ocasionada pela doença, com outra participante. Destaca-se, também, que três

participantes precisaram realizar tratamento quimioterápico e uma precisou realizar a histerectomia. Somente uma delas possuía filho, nascido antes da GM.

A seguir, apresentamos os temas que emergiram da análise temática realizada a partir da transcrição das entrevistas das participantes: 1) A constelação da maternidade, 2) O percurso da doença, 3) Os impactos emocionais da doença e 4) As repercussões do adoecimento nos relacionamentos.

Tema 1. A constelação da maternidade

A temática da constelação da maternidade refere-se a conteúdos relacionados ao desejo de ser mãe, à perda gestacional, aos sentimentos despertados, ao luto pelo órgão perdido, aos projetos futuros e às novas alternativas de maternar.

Observou-se, entre as entrevistadas, o desejo de ser mãe, relatado através de planos relativos à maternidade e à chegada de um novo membro na família enquanto projeto de vida, conforme pode-se observar na fala: “O meu sonho era que eu pudesse gestar, que eu pudesse vivenciar esses momentos, nove meses, porque isso para mim é muito mágico (Girassol)”. Evidencia-se que a concepção da maternidade das participantes está alicerçada na ideia de uma experiência singular que transforma a mulher e agrega valores positivos na construção da sua identidade, articulando a experiência corporal com a dimensão da identidade feminina, apoiada na ideia de autonomia e empoderamento social das mulheres (CAETANO, 2020; PONTES, 2016). Entre as participantes foi unânime a aceitação da gestação desde o resultado do exame positivo, independentemente de já terem tido filhos ou outras gestações frustradas. Nesse momento elas já se imaginavam mães de um novo bebê, como fica refletido na fala: “Para a mulher, no momento que tu sabe que tu está grávida, tu já é mãe (Lírio)”. O sentimento de felicidade com a gravidez foi prevalente nessas mulheres, pautado na expectativa de ser mãe e de experienciar nove meses de uma vida dentro de si.

O momento da descoberta da gestação foi compartilhado por todas com seu parceiro, porém cabe ressaltar que nem todas partilharam dessa novidade com a família e amigos por terem receio se a gestação iria adiante. Para aquelas que já haviam passado anteriormente por uma perda gestacional esse foi um momento de apreensão, tendo em vista outra(s) gestação(ões) frustrada(s), como fica evidente na fala: “Ninguém da família sabia da gestação, só meu marido. Antes eu já não queria contar por medo do aborto, eu tinha esse medo, pois já tinha tido uma GM (Rosa)”.

Outra situação abordada pelas participantes foi a perda gestacional, assunto frequente entre elas. A perda do feto ou aborto é uma possibilidade recorrente, assim

como doenças que inviabilizam o seguimento da gestação, havendo quebra de expectativas e alterando um curso normal para uma situação de crise (SILVA; NARDI, 2014; WECHSLER; REIS; RIBEIRO, 2016). Ao descobrir, através de ecografia, que a gestação não iria evoluir, as mulheres relataram essa perda como algo muito marcante, impactando-as negativamente. Nesse contexto, questões relativas à desqualificação da perda gestacional intensificaram a dor deste momento, conforme relatos: “A perda gestacional não é reconhecida, como nós mulheres não tivemos o bebê nos braços as pessoas dizem: daqui há um tempo que vai ter de novo, não chora, não fica triste. Então isso é muito complicado, porque a dor dessa perda é como uma dor inválida, as pessoas não reconhecem, então fica-se muito sozinha, é difícil de encarar a perda (Violeta)” e “As pessoas dizem que não chegou a gerar nada, mas para mim foi a perda de um filho. Era um sonho que eu estava vivendo, vivi por três meses, eu idealizei, foi bem difícil, como eu disse: é um luto, é um luto mesmo (Girassol)”. Um dos aspectos que pode dificultar a desconsideração desse momento é o não reconhecimento da perda gestacional enquanto uma perda, por parte das pessoas em geral, por entenderem que os pais ainda não construíram um vínculo importante com o filho e que o sofrimento decorrente dela não seria tão intenso, pois a relação perdida poderia ser facilmente substituída (BARTH; VESCOVI; LEVANDOWSKI, 2020).

Outro aspecto trazido por elas foi o fato de terem ficado no mesmo ambiente hospitalar com mulheres que estavam se preparando para o nascimento de seus filhos ou que já estavam com seus bebês. Tal situação foi sentida como uma violência, o que fica claro nos relatos: “Naquele primeiro momento que me disseram que nós teríamos que interromper a gestação, eu já estava na emergência obstétrica, e para fazer o procedimento cirúrgico a gente vai para um ambiente que tem outras mulheres que estão para dar a luz e nós estamos naquela outra situação, então é bem complicado, afeta muito, me senti muito perdida, sem chão (Rosa)”. Violeta conta que para ela essa foi a pior parte: “Ficar no meio do centro obstétrico. Minha cama era separada das outras só com uma cortininha, eu estava no meio de duas mulheres que recém tinham tido bebê, e ainda tinha um bercinho, para o recém nascido. Aquilo parecia uma cena para representar literalmente o que tinha acontecido: eu e meu marido, como se tivéssemos ganhado o filho, mas com o berço vazio”.

Além disso, essas mulheres trouxeram os sentimentos relacionados às perdas gestacionais, de forma penosa e dolorosa: “Fiquei muito abalada emocionalmente, nunca imaginei que eu fosse me sentir assim. Achei que eu fosse ficar triste mas nunca que fosse

algo que fosse tão forte, que houvesse um sentimento tão forte materno (Orquídea)” e “Emocionalmente fiquei destruída (Margarida)”. Hortência traz o arrependimento que sente por não ter se despedido e conhecido seu filho, tendo em vista que sua GM evoluiu até as 20 semanas, demonstrando a importância do momento da despedida do seu bebê morto para a ressignificação dessa perda: “Eu fiquei com a sensação que eu tinha que ter visto, eu não me despedi, era um menino, ficou faltando”. Fica explícito nos depoimentos que o aborto ou a morte fetal acontecem, na maioria das vezes, sem qualquer aviso prévio, levando ao aumento do choque sentido pelos pais perante a notícia da perda. Com essa interrupção os pais são impedidos de vivenciarem o sonho da maternidade, e esse sonho é transformado em pesadelo pela interrupção da gestação (MIRANDA, 2016).

Para uma participante que teve que enfrentar a perda do útero, em prol da sua saúde geral, e a perda do bebê desejado, houve ainda um agravante desses sentimentos: “Eu tenho pesadelos, eu lembro daquele momento que eu acordei e o médico falando que eu não tinha mais o útero. São coisas que eu tenho medo de nunca esquecer, esquecer eu não vou, eu espero que um dia essa sensação horrível passe. Eu tirei o útero, eu menstrava todo mês e isso parou, foi bem complicado para mim em todos os sentidos. Saber que tu não pode nem tentar gestar, porque não tem como. Isso foi bem forte, complicado pois perdi a gestação e o útero. Tive que abrir mão do sonho de gestar 2 filhos (Girassol)”. Essa foi a única participante, desta pesquisa, que passou pela histerectomia, pois além de ter tido uma gestação molar foi constatada uma gestação ectópica, em seu relato ela descreve a dor de não poder gestar novamente. Corroborando com a fala, sabe-se que os procedimentos físicos acarretam dor psíquica, passíveis de não serem bem elaborados posteriormente. Geralmente, essas mulheres passam por cinco estágios diferentes de enfrentamento e de elaboração do luto, seja de morte ou de qualquer perda significativa vivida. Assim, cada uma delas apresentará, pelo menos, dois dos cinco estágios seguintes: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A sequência não é determinada e pode ser observada de forma aleatória (CARNEIRO; RODRIGUES; ALVES, 2017; TEODÓZIO *et al*, 2020).

Observa-se, assim, que o projeto da maternidade também sofreu transformações entre as participantes da pesquisa ao longo do processo da doença. Para maioria, persistiu a expectativa de poder gestar e gerar uma vida, através de novas tentativas. Porém, outras participantes vislumbram diferentes caminhos para concretizar esse sonho, como a fertilização *in vitro* ou a adoção: “Se for preciso fazer fertilização *in vitro* já havia consultado uma médica. Ter mais essa opção para gestar, pois hoje em dia tudo é

resolvido (Orquídea)” e Girassol acredita que para ela “Não é difícil adotar, eu aceitaria super bem, claro que o meu sonho era que eu pudesse gestar”. Maux & Dutra (2009) explanam sobre a ressignificação da maternidade para aquelas mães que não conseguiram gestar de forma natural. Para elas ser mãe é prover de cuidados e afeto, ter a sensação plena de realização, ou seja, materná-lo, independe dela ter gerado através de FIV ou do processo de adoção.

Tema 2. O percurso da doença

Neste tema estão incluídos aspectos relacionados à descoberta da doença, ao desconhecimento acerca da DTG, à trajetória de acompanhamento e/ou tratamento da doença, à gravidade da mesma, o tipo tratamento necessário, como se deu o enfrentamento da doença e às mudanças que aconteceram na vida dessas mulheres.

Em relação à descoberta da GM, a maioria delas ficou sabendo da DTG em exame de rotina do pré-natal, em geral no exame de ecografia. No entanto, nem todas tiveram o diagnóstico preciso nesse momento, tendo que aguardar a consulta com o ginecologista, como refere Margarida: “Eu fiz a ecografia de 12 semanas, eu vi que apareciam muitas manchas na tela, e o ecografista me falou: ah, tem problema. Tu vai ter que ver com o teu obstetra”. Além do choque com a notícia, o tempo de incerteza com o diagnóstico correto, e a sua compreensão é um agravante da situação de angústia. Nesse sentido, após a descoberta e o impacto inicial vieram as reflexões referentes ao desconhecimento da doença. Em relação a isso, Petersen *et al.* (2005) comentam sobre o choque com o inesperado diagnóstico e pela perda gestacional, o medo da doença e da recidiva, além da angústia em relação ao tratamento e incertezas quanto à uma gravidez futura como reações comuns entre essas mulheres.

Ratificando o que os autores mencionam, fica perceptível que dentre as participantes, houve dificuldade em compreender a doença, como é exposto: “Não sabia o que era essa doença. Eu não consigo compreender essa doença. No sentido literal eu não compreendo nada desta doença. Para mim ela é um mistério (Margarida)”. A falta de informações dos profissionais da saúde que prestaram os primeiros atendimentos para essas mulheres, gerou angústia e preocupação. Relatos afirmam que alguns médicos não têm conhecimento aprofundado sobre a doença e outros desconhecem totalmente, não conseguindo explicar do que se tratava, sendo necessário encaminhar para um CR. Nenhuma das participantes tinha conhecimento prévio do que era a DTG, precisando buscar informações em outros meios, para além da equipe de saúde. Tal desconhecimento fez com que Orquídea, fosse buscar informações na internet, o que aumentou

negativamente o impacto do diagnóstico, “Na internet a gente vê um monte de barbaridade, a minha fantasia foi lá em cima”. Percebe-se que as pacientes que tiveram mais de uma GM, atualmente conseguem ter uma melhor compreensão da doença, em função das diferentes formas que a doença se apresentou e pelo tempo que ficam em acompanhamento no CR. Violeta manifesta isso contando que: “As 3 vezes que eu tive foram diferentes. Hoje eu entendo o que é a DTG”.

Referente à trajetória da doença, as mulheres relatam como se deu o curso de desenvolvimento da DTG e como foi o acompanhamento e/ou tratamento. Mulheres que recebem o diagnóstico de uma GM, submetem-se ao procedimento cirúrgico da curetagem e/ou por vácuo aspiração, realizam dosagem regular do β -hCG, esperam para saber se será necessário o tratamento com quimioterapia, além disso, também passam pelo atraso do plano reprodutivo. Para aquelas que a doença evolui para neoplasia, e que são tratadas com quimioterapia, os escores de qualidade de vida são mais baixos e níveis mais elevados de sofrimento psicológico em comparação com mulheres que só se submetem à vigilância periódica do β -hCG (MATTEI *et al.*, 2020; PETERSEN *et al.*, 2005). As experiências individuais variam conforme a gravidade do quadro, o tratamento e o prognóstico, como podemos perceber nas falas das participantes. Margarida, Lírio, Rosa e Hortência trouxeram que a doença evoluiu para uma cura espontânea, sem que houvesse a necessidade de medicamentos, somente do acompanhamento periódico da dosagem do β -hCG e o uso de anticoncepcional, tendo em vista a recomendação de não gestar antes da alta médica. Já para Violeta, Orquídea e Cravo, a doença não teve remissão espontânea e foi necessário fazer o uso de medicação quimioterápica. A notícia do tratamento medicamentoso foi impactante: “Quando eu fiquei sabendo que eu precisaria fazer quimioterapia, eu fiquei em estado de choque. É que a quimioterapia é para quem tem câncer, quimioterapia as pessoas ficam carecas (Orquídea)” assim como quando: “O β -hCG entrou em efeito platô, e a médica me disse que eu precisaria da quimioterapia. Foi bem complicado, vem uma série de coisas na cabeça com a função da quimio, a gente já imagina muita coisa. Essa foi a primeira vez que eu tive a mola (Violeta)”.

No que tange ao enfrentamento da doença, cada uma dessas mulheres vivenciou da sua maneira, destacando aspectos que facilitaram e dificultaram o percurso. Características da equipe obstétrica, tais como a reação do (s) médico (s) e as atitudes terapêuticas que foram empregadas no momento da notícia, bem como traços de personalidade e estratégias de enfrentamento utilizadas durante este período podem

facilitar ou dificultar o processo de ajustamento psicológico diante desta perda (TORLONI, 2007). Nesta pesquisa, observou-se que o que auxiliou positivamente foram a participação em grupos de apoio no espaço virtual (“O que ajudou a enfrentar foi o grupo do Facebook. O grupo me auxiliou pois tem outras mulheres na mesma situação ou parecida (Rosa)”), as orientações corretas e a assistência da equipe especializada do CR (“O que me ajudou muito na época foi a Dra Anjo e a Dra Paz, que me mostravam todas aquelas fotos de bebês na sala do hospital e me diziam: olha quantos casos de sucesso nós temos, tu vai ficar bem, tu ainda vai nos mostrar o teu filho (Hortência)”), o acompanhamento psicológico (“Eu comecei novamente a terapia com uma psicóloga, foi bem importante (Orquídea)”) e a fé (“Foi a minha fé, a minha compreensão, o meu entendimento, em relação sobre ciclos da vida, sobre espiritualidade como um todo (Margarida)”). Por outro lado, muitos fatores contribuíram para tornar o percurso mais difícil. As participantes relatam a exaustão diante de um tratamento longo (“A sensação foi de algo muito longo, cansativo (Orquídea)”), a(s) vivência(s) da(s) perda(s) gestacional(is) (“Foi não ter tido o meu filho, eu acho se fosse para passar por todo esse sofrimento e ter o filho depois compensa, mas tu passar por tudo isso e tu não ter o teu filho, não ter conhecido o rostinho dele (Cravo)”), o enfrentamento do processo de luto (“Depois que eu melhorei fisicamente da cirurgia, meu marido não conseguia mais entender os meus choros, a minha depressão, a minha tristeza. Mas essa dor, é do luto que eu estava passando e que ninguém estava entendendo (Girassol)”), a recidiva da doença nas 3 gestações (“O mais difícil no meu caso foi a repetição, 3 vezes, me questionava o por quê comigo (Violeta)”). Percebe-se, assim, que o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento da DTG obrigam as mulheres e os parceiros a enfrentar uma série de desafios psicológicos, que vão desde a perda inesperada da gravidez devido à doença desconhecida até o período prolongado de tratamento e/ou acompanhamento, representando fontes significativas de sofrimento (MATTEI *et al.*, 2020).

Nesse cenário também é fundamental discorrer sobre mudanças de vida referidas pelas participantes, em virtude dos exames, do tratamento quimioterápico e das consultas médicas recorrentes no hospital. Bifulco (2014) refere que a mulher passa a ter a percepção de estar perdendo o seu lado sadio, sua autonomia, sua integridade física e psíquica. Isso ocorre em função das consultas, da necessidade das pacientes irem com regularidade para a quimioterapia e os efeitos colaterais que essa causa no corpo, além de todo desajuste emocional que estão vivenciando. A área mais citada e que sofreu maior impacto e mais alterações na vida das participantes é a laboral. Orquídea, Lírio, Girassol,

Cravo e Violeta trocaram de profissão, buscando uma nova ocupação, e muitas tiveram que reduzir sua carga de trabalho em função da frequência que iam ao hospital, dos efeitos colaterais da quimioterapia causa e/ou tempo de espera para receber a medicação. Sabe-se que o trabalho não representa somente uma fonte de renda, mas uma força de segurança, um meio de alcançar aspirações pessoais e uma questão de identidade, sendo fonte de satisfação, realização pessoal e bem estar pessoal e psicológico (SOUZA, 2014). Cravo relembra o tempo que desprendia de outras atividades profissionais quando era necessário fazer a aplicação da quimioterapia, “Eu tinha que esperar muito, eu passava de 4 a 6 horas no hospital, às vezes só para esperar tomar uma injeção de quimioterapia”. Outra alteração percebida foi no caso de Margarida, que passou por uma reformulação na sua dieta alimentar e nos seus hábitos diários: “Eu desconstruí a minha alimentação, voltei a comer ovo, voltei a comer peixe que eu não comia mais”, evidenciando a extensão dos impactos e mudanças necessárias.

Tema 3. Impactos emocionais

A descoberta e o diagnóstico de DTG acarretaram impactos emocionais profundos para essas mulheres participantes do estudo. Em função disso, sentimentos diversos emergiram, inclusive desenvolvendo adoecimento e psicopatologias. Inicialmente, após saber e confirmar o diagnóstico, afloraram muitas emoções negativas, tais como: medo, pavor, tristeza, culpa, insegurança e desejo de isolamento social são alguns sentimentos que as participantes trazem em suas falas: “Eu não queria ver ninguém. Eu disse que não queria ver ninguém (Rosa)”, “No começo eu chorava todos os dias, eu me questionava porque comigo, me pego muito triste. Eu queria saber porque eu me sentia tão culpada, parecia que eu tinha feito algo (Girassol)”, “Fiquei destruída, chorei bastante. Não sabia o que ia acontecer, medo de ter que fazer quimioterapia. Eu tinha muito medo (Margarida)” e “Para mim receber esse diagnóstico foi muito aterrorizante (Hortência)”. A literatura refere que elas podem sentir angústia psicológica, social, sexual e tensão física. Após receber o diagnóstico de DTG, existe um fator potencial, de cunho emocional, para o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Algumas pacientes chegam a apresentar confusão em torno do diagnóstico, pois ao mesmo tempo em que são informadas da gravidez também descobrem que possuem uma doença complexa, sujeita a uma evolução com potencial maligno. A GM representa tanto físico quanto emocionalmente um passeio de montanha-russa por meio sentimentos (GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018; PETERSEN *et al.* 2005; TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019). Em consequência da multiplicidade de emoções, Cravo, Girassol, Violeta,

Orquídea desenvolveram psicopatologias, que surgiram a partir do diagnóstico da DTG, evidenciando que nesse período os sintomas depressivos e os altos níveis de ansiedade são desencadeados em função da perda gestacional e da confirmação da doença. Nessa pesquisa, as mulheres que aparentavam ter maiores impactos emocionais foram as que passaram por quimioterapia e a que necessitou realizar a histerectomia. No entanto, em maior ou menor grau, todas tiveram impactos psicológicos significativos, que abalaram suas vidas de alguma forma, pois nenhuma estava preparada para receber o diagnóstico de DTG e a notícia da perda gestacional, como conta a participante: “Eu olho umas fotos antigas, desse período da DTG, e não é a mesma Cravo, é uma Cravo muito cabisbaixa, deprimida, com muita tristeza (Cravo)”.

Para clarear, amenizar e reorganizar tantos sentimentos e dúvidas advindas do diagnóstico, o atendimento da equipe multiprofissional especializada foi de suma importância. Essa questão vai ao encontro com que França *et al.* (2022) alude, ou seja, que existe relevância na forma da comunicação, do acompanhamento e/ou tratamento e do apoio emocional recebido de uma equipe multidisciplinar especializada. Corroborando a isso, todas as participantes deste estudo ressaltam a importância do conhecimento aprofundado da doença, a diferença que faz o atendimento com profissionais capacitados, bem como terem um atendimento com um olhar afetuoso, empático, atento e de forma singular, “Foi essencial a troca de equipe para uma equipe especializada, isso me fez bem (Orquídea)”, “As médicas do CR são maravilhosas, são preocupadas. Me diziam que eu sabia quantos casos de sucesso elas tinham tido, que tudo ficaria bem, que eu mostraria meu filho à elas (Hortência)”. Nesse sentido, também destacaram a importância do apoio emocional através dos grupos de sala de espera no CR, orientado por uma psicóloga da equipe técnica e os atendimentos psicológicos individuais, “Foi fundamental o acompanhamento com a psicóloga, porque toda a vez era como se fosse um campo de batalha, toda vez o que acontecia uma intercorrência, abalava todos os planos, e a gente ficava lá embaixo, com medo que nada desse certo, eram muitas emoções (Violeta)”.

Tema 4. Repercussões nos relacionamentos

Em relação às repercussões nos relacionamentos, percebe-se que houve implicações no âmbito conjugal, parental e social. O relacionamento com o companheiro durante esse período passou por transformações, tanto negativas, como o aumento de conflitos e situações de abandono; quanto positivas, com apoio, cuidado e compreensão. Momentos conturbados nas relações conjugais, com brigas e, até, separação do casal podem ocorrer durante o acompanhamento e/ou tratamento da DTG. Mattei *et al.* (2020),

em seu estudo realizado na Itália, mencionam que mulheres afetadas pela DTG e seus parceiros têm que lidar com questões emocionais significativas e mudanças em seu equilíbrio psicológico, que obriga-os a encontrar novas acomodações na vida individual e de casal. O que é confirmado nos discursos: “Um dos principais divisores da mola foi o término do meu relacionamento, eu fui deixada para trás e tive que seguir a quimioterapia sozinha. Além de ter perdido um filho e ter que dar conta da doença, que é rara, tive que lidar com a perda do amor da minha vida em função da separação (Cravo)” e “Eu e o meu marido começamos a brigar, a gente se distanciou na vida sexual e na relação (Orquídea)”. Em contraponto, outros casais se uniram mais, para juntos buscarem forças para enfrentar essa situação. Eventos inesperados que ocorrem em famílias funcionais tendem a levar a uma tentativa de resolver e enfrentar a crise, sendo esta vista como uma oportunidade, inclusive, de resolver outros problemas do casal (PITTMAN, 1990). Evidencia-se isso nas explicações: “Passar por esse momento de perda deixou a gente mais unido, mais forte. Eu acho que pela perda do bebê (Margarida)” e “Aquele momento serviu para nos unir, foi meu parceiro nos meus cuidados (Hortência)”.

Com relação ao filho já existente e as transformações na relação parental, apenas uma participante teve essa experiência: “Eu não queria me ajudar, então vinha o meu filho e tentava me ajudar. Eu estava tão mal, em luto, que eu tratava meu filho mal. Eu não conseguia agir normalmente com ele. O meu filho é quem está me dando força. Eu só quero dormir, aí lembro dela, que preciso levantar, reagir, tem uma vida de 7 anos que depende de mim, e que ainda vai depender de mim para o resto da vida. É isso que está me dando força”. A relação entre mãe e filho foi impactada pela doença e pela perda gestacional. Indo ao encontro com a fala acima de Girassol, Stafford *et al.* (2011) colocam que ter filhos vivos e saudáveis auxilia a suportar e se recuperar da experiência de uma GM, pois as crianças também diminuem a dor de ter perdido um bebê.

Por fim, também houve implicações na vida social dessas mulheres. Amigos, familiares e outras pacientes, na mesma condição, se tornaram uma importante rede de apoio. Esse suporte evidencia o significado que a rede de apoio tem, na perda gestacional, no enfrentamento e na superação da doença. A preocupação e a disponibilidade dessas pessoas são verbalizadas por todas as participantes como sendo muito importantes. Rosa conta que procurou Violeta, que teve 3 vezes GM e segue tentando uma nova gestação, pois foi ela quem lhe trouxe força e inspiração para passar por esse momento difícil. Já Orquídea, relembra o quanto os colegas de trabalho foram receptivos, acolhedores e empáticos com ela quando recebeu o diagnóstico e no retorno às suas atividades: “Os

colegas do trabalho foram receptivos, acolhedores no meu afastamento e no meu retorno, me ajudaram”. Para Hortência, o primordial foi o apoio da sua mãe, conforme relata: “A minha mãe foi incansável, ficou presente o tempo todo, sendo uma companheira fiel”. Fica evidente aqui o apoio da rede familiar e de trabalho, assim como a constituição de uma nova rede, advinda do compartilhamento da experiência de adoecimento com outras pacientes.

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo compreender as vivências de mulheres com histórico de DTG. Através desta pesquisa houve a possibilidade de constatar a necessidade de uma maior atenção em prol das mulheres que vivenciam a DTG. Ficou explícito que esta doença gera danos emocionais, incluindo psicopatologias, mudanças na rotina de vida e nos planos reprodutivos, assim como interfere nos relacionamentos e na carreira profissional. Também é evidente que as mulheres que passaram pela quimioterapia apresentaram maiores impactos emocionais, tendo em vista tudo que desperta e ocorre com a utilização desse tipo de medicação. A perda do útero também foi marcante para a participante que realizou o procedimento de histerectomia.

Todas as mulheres dessa pesquisa quando tiveram a notícia da perda gestacional sentiram-se abaladas emocionalmente, e após receberem o diagnóstico de DTG, ficaram amedrontadas e inseguras por não saberem do que se tratava essa doença. O medo em relação ao futuro e as incertezas quanto ao projeto de gestar perpassa a experiência das participantes de forma contundente e geral. Constata-se que há uma tripla perda: a perda da gestação atual, a perda da saúde e a perda da certeza quanto à possibilidade de gestar no futuro. A rotina e os planos de vida foram alterados, com destaque para a área profissional, que foi readequada. Também observou-se alterações nas relações conjugais, com aproximação do parceiro ou afastamento neste momento, bem como mudanças no projeto da maternidade. Familiares, amigos e outras pacientes se tornaram alicerces durante esse período.

A falta de informações sobre a doença impactou negativamente as participantes, evidenciando o pouco conhecimento das equipes de saúde, mesmo na área de ginecologia e obstetrícia. Constatou-se, também, que os hospitais não estão preparados com espaços físicos adequados para mulheres que passam pela perda gestacional, falhando no atendimento e no acolhimento neste momento tão delicado e dolorido.

Destaca-se como limitações deste estudo, a restrição na constituição da amostra, possivelmente associadas ao sofrimento que causa em falar sobre doença e ao cenário da pandemia da COVID-19. Sugere-se a realização de novas pesquisas neste campo, contemplando a vivência de mulheres com características sociodemográficas mais diversificadas e, talvez, mais vulneráveis, bem como estudos que contemplem os impactos emocionais nos parceiros e filhos existentes, assim como que investiguem as repercussões em mulheres que apresentam metástases. Por consequência, será possível conhecer de forma mais ampla e aprofundada as repercussões da DTG na vida da mulher e de sua família, bem como obter mais subsídios para capacitar profissionais e divulgar a doença, investindo numa assistência mais qualificada na área da saúde materno-infantil.

Informações sobre os autores:

Karine Paiva Müller

<https://orcid.org/0000-0001-5772-6628>

<http://lattes.cnpq.br/8479957690572800>

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, especialista em Psicologia Organizacional pela ESADE, em Gestão Empresarial e Marketing pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci e em Terapia Cognitivo Comportamental pelo FAIPE, Mestranda do PPG Psicologia e Saúde- UFCSPA. Atua como Psicóloga da ISCMPA e Preceptora da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da ISCMPA/UFCSPA.

Aléxia Victória Pereira Padilha

<https://orcid.org/0000-00031297-2360>

<http://lattes.cnpq.br/6190489167677913>

Acadêmica do curso de graduação em Psicologia na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). É bolsista de iniciação científica (PIC/UFCSPA) no Núcleo de Estudos em Saúde da Família - NESF.

Luciana Suárez Grzybowski

<https://orcid.org/0000-0002-8471-2421>

<http://lattes.cnpq.br/6941843171861380>

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com pós-doutorado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atua como professora associada do Departamento de Psicologia e professora permanente do Mestrado em Psicologia e Saúde da UFCSPA, e docente da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da ISCMPA/UFCSPA. Coordena o Núcleo de Estudos em Saúde da Família - NESF. Desenvolve pesquisas sobre parentalidade e dinâmicas familiares, processos de saúde, psicologia clínica e desenvolvimento humano.

Contribuições dos autores:

Todos autores colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Os autores aprovaram o manuscrito final para publicação.

Referências

ANDRADE, Jurandyr Moreira de. Mola Hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 94-101, fev. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200008>

ANJOS, Anna Claudia Yokoyama dos; ZAGO, Marcia Maria Fontão. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Revista Latino Americana, Enfermagem*. v. 14, n. 1, p 33-40, fev. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100005>

BARTH, Marina Camargo; VESCOVI, Gabriela; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro. Percepção de casais que vivenciaram perda gestacional sobre o apoio social. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 38 n. 102, p. 772-791, out./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27079>

BIFULCO, Vera Anita. O luto do portador de doença crônica incurável: O modelo da Psico-oncologia. In: SANTOS, Franklin Santana; SCHLIEMANN, Ana Laura; SOLANO, João Paulo Consentino (Orgs.) *Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto* (p.223-231), São Paulo: Atheneu, 2014.

BELFORT, Paulo *et al.* *Neoplasia trofoblástica gestacional: Controvérsias*. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio Editora, 2007.

BIFFI, Mariana; GRANATO, Tania Mara Marques. Projeto de ter filhos: Uma revisão da Literatura Científica nacional e internacional. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 207-220, mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100014&lng=pt&nrm=iso

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Análise temática. *The Journal of Psicologia Positiva*, v. 12, n. 3, p. 297-298, 2017. Disponível em: [doi/abs/10.1080/17439760.2016.1262613?journalCode=rpos20](https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613?journalCode=rpos20)

CAETANO, Ana-Bela de Jesus Roldão. *Preocupações maternas em primíparas durante os primeiros 6 meses de pós-parto*. 2020. Tese (Doutorado em Ciências da Enfermagem), Universidade do Porto, Porto, 2020. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/129636>

CAMARNEIRO, Ana Paula Forte; MACIEL, Juraci Conceição Silveira Cardoso; SILVEIRA, Rosa Maria Garcia da. Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: Um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 4, n. 5, p. 109-117, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388241158015>.

CARNEIRO, Helainy Lisboa Batista; RODRIGUES, Andréia Alves; ALVES, Marília Santana. (2017). A silenciosa dor dos pais de filhos natimortos e neomortos. *Revista Humanidades*. v. 6, n. 1, p. 59-71, 2017. Disponível em: https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a139.pdf

DEMARCHI, Rafael Fernandes *et al.* Percepção de gestantes e puérpera primíparas sobre Maternidade. *Revista de enfermagem UFPE on line*, v. 11, n. 7, p. 2663-2673, jul. 2017. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23438>

DIESTEL, Maria do Carmo Fajardo *et al.* Aspectos psicossociais da doença trofoblástica gestacional: Importância dos “Grupos de Ajuda”. *Acta Oncológica Brasileira*, v. 21, n. 1, p. 183-186, jan./dez. 2001.

FERREIRA, Érika Goulart Veloso. *Avaliação da qualidade de vida e aspectos psicológicos em pacientes com doença trofoblástica gestacional*, 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/99253>

FRANÇA, Ana Carolina Gomes *et al.* (2022). Emotional and Clinical Aspects Observed in Women with Gestational Trophoblastic Disease: A Multidisciplinary Action. *Rev Bras Ginecol Obstet*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742681>

GIL-BELLO, Rosa Maria. El imaginario de la maternidad durante el embarazo. *Matronas Prof.*, Barcelona, v. 19, n. 1, p. 4-10, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-173295>

GRANERO, Gabriela Souza; BONFIM, Irma Helena Ferreira Benate.; SANTOS, Álvaro da Silva. O impacto e a dimensão psicológica da doença trofoblástica gestacional: Um estudo de caso. *REFAS*, v. 6, n. 4, p. 801-807, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497957635003/html/>

LEMOS, Luana Freitas Simões; CUNHA, Ana Cristina Barros da. Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, out./dez. 2015. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>

MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 2000.

MATTEI, Valentina di. *et al.* Psychological aspects and fertility issues of GTD. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, v. 6934, n. 20, p. 30160-30167, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.10.007>

MAUX, Ana Andréa Barbosa; DUTRA, Elza. Do útero à adoção: a experiência de mulheres férteis que adotaram uma criança. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 14, n. 2, p. 13-21, maio-ago. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000200004>

MERLI, Laura Fernandes. *Quando a parentalidade surge antes da conjugalidade*. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-07022013-101626/es.php>

MIRANDA, Ana Casalta. *Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que*

vivencia uma morte fetal. 2016. Dissertação (Mestrado) - Universidade Évora, Évora, 2016. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/19521>

MUZA, Julia Costa et al. Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*. v. 15, n. 3, p. 34-48. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003

NUNES, Silvia Alexim. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal estar. *Psicologia Clínica*., v. 23, n. 2, p. 101-115, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200007

OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. *Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado FECAP - Revista Administração Online*. v. 3, n. 2. jul-set. 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/263926559_Amostragem_nao_probabilistica_adequacao_de_situacoes_para_uso_e_limitacoes_de_amostras_por_conveniencia_julgamento_e_quotas

PETERSEN, Rodney Waldemar. et al. The impact of molar pregnancy on psychological symptomatology, sexual function and quality of life. *Gynecol Oncology*. v. 97, n. 2, p. 535-542, maio 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15863157/>

PITTMAN, F. *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires: Paidós, 1990.

PONTES, Vivian Volkmer. *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação* Salvador: EDUFBA. 2016. 254 p. ISBN: 978-85-232-2009-9. <https://doi.org/10.7476/9788523220099>.

SILVA, Adriana Cardoso de Oliveira; NARDI, Antônio Egidio. Luto decorrente de abortamento e óbito fetal. In: SANTOS, Franklin Santana; SCHLIEMANN, Ana Laura; SOLANO, João Paulo Consentino (Orgs.) *Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto* (p.137-145), São Paulo: Atheneu. 2014

SOUZA, Patrícia Moreira R. Amaral de. *O significado do trabalho na perspectiva de mulheres, em diferentes faixas etárias, que trabalham em empresas privadas no Rio de Janeiro*. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.coppead.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/07/Patricia_Souza.pdf

STAFFORD, Lesley et al. Long-term psychological morbidity, sexual functioning, and relationship outcomes in women with gestational trophoblastic disease. *Int J Gynecol Cancer*., v. 21, n. 7, p. 1256-1263, out. 2011. <https://doi.org/10.1097/igc.0b013e3182259c04>

TENÓRIO, Paula Jaeger; AVELAR, Telma Costa de; BARROS, Érika Neves de. Gravidez molar: do sonho ao luto. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, v. 39,

n. 97, p. 193-206 dez. 2019. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200005&lng=pt&tlng=pt.

TEODÓZIO, Andressa Milczarek; BARTH, Marina Camargo; WENDLAND, Jaqueline; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro. Particularidades do Luto Materno decorrente de perda gestacional: estudo qualitativo. *Subjetividades- Relatos de Pesquisas*, v. 20, n. 2, out. 2020. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9834>

TORLONI, Maria Regina. Óbito fetal. In BORTOLETTI, Fátima Ferreira. (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole. 2007

WECHSLER, Amanda Muglia; REIS, Karoline Pereira dos; RIBEIRO, Bruna Domingues. Uma análise exploratória sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes. *Psicologia Argumento*. v. 34, n. 86, p. 273-288, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835179?lang=ezz>

6 CONCLUSÃO GERAL

Essa Dissertação de Mestrado teve como objetivo compreender as vivências de mulheres com histórico de DTG. Frente a um cenário de poucas publicações na área, a presente pesquisa se projetou a colaborar na construção do campo científico, objetivando desenvolver um estudo qualitativo, para entender as experiências individuais, conjugais, parentais e familiares das mulheres com histórico de DTG. Buscou, nesse sentido, compreender as distintas trajetórias conforme a gravidade da doença, os aspectos facilitadores e dificultadores do enfrentamento deste processo e os projetos futuros em relação à maternidade.

Certificou-se que a DTG desestruturou a rotina e os planos de vida de quem está enfrentando ou enfrentou essa doença, além de ter modificado hábitos diários e ter abalado alguns dos relacionamentos conjugais. A descoberta da doença é marcada por incertezas, angústias e a dor emocional provocada pela perda gestacional, além do agravante do desconhecimento profissional sobre a enfermidade. Evidenciou-se que ao menos duas áreas da vida das entrevistadas foram afetadas em função do diagnóstico, cirurgia, consultas médicas, exames e sessões de quimioterapia. O âmbito profissional foi o que sofreu mais modificações, e isso faz com que se reflita sobre a importância que o trabalho ocupa, na atualidade, na vida das mulheres. Além disso, uma participante relatou alterações nos hábitos diários e alimentares após o diagnóstico da DTG.

Arelada aos aspectos da maternidade, a perda gestacional é o principal fator de impacto da doença relatado pelas participantes, assim como a desqualificação dessa perda, que potencializa a dor sentida. A partir do adoecimento, foram consideradas formas alternativas de matinar, como a FIV e o processo de adoção, evidenciando que, para essas mulheres, ser mãe é promover cuidado e afeto, tendo, a partir disso, a plena sensação de realização.

Tanto no percurso da doença quanto nos aspectos emocionais, estão presentes a incerteza, a angústia e a preocupação. Aponta-se, também, que há variância de experiências conforme a gravidade do quadro, o tratamento necessário e o prognóstico. Porém, os recursos de enfrentamento das participantes da pesquisa foram similares, como: participação em grupo de apoio em rede social, equipe profissional especializada, acompanhamento psicológico e a espiritualidade/fé. No que tange às dificuldades, é unanimidade que a perda gestacional e o processo de luto foram os maiores percalços durante o acompanhamento e/ou tratamento da doença. A partir do diagnóstico, questões emocionais são evidenciadas em todas as participantes, em maior ou menor nível. Com o diagnóstico, percebe-se emoções como: medo, pavor, tristeza, culpa,

insegurança e desejo de isolamento social, além de quatro participantes terem desenvolvido patologias de cunho emocional.

Relacionamentos interpessoais vividos na rede de apoio direta e indireta foram fundamentais para enfrentar essa caminhada, havendo implicações em diversos âmbitos. Na relação conjugal, constatou-se diversas transformações, tanto negativas, como o aumento de conflitos e situações de abandono, quanto positivas, com apoio, cuidado e compreensão. Familiares próximos, amigos, colegas de trabalho e até mesmo outras pacientes, se tornaram alicerces durante esse período doloroso, porém transitório, formando uma importante rede de suporte.

A falta de informações precisas e rápidas sobre a doença, advindas de equipes médicas, também impactou negativamente as participantes, evidenciando pouco conhecimento desses profissionais de saúde que atuam nas áreas de ginecologia e obstetrícia. Nesse sentido da assistência recebida, outro aspecto evidenciado na pesquisa foi a falta de estrutura física adequada nos hospitais que prestam atendimento às gestantes que irão passar ou passaram pelo processo de curetagem ou vácuo aspiração, pois em nenhum dos locais onde as participantes foram atendidas havia ambiente privativo, com acústica adequada para as mulheres que estão passando pela perda gestacional. Todas contaram que compartilharam espaços com outras mulheres que estavam em trabalho de parto ou recém haviam parido, provocando maior dano psicológico por escutarem o choro dos recém nascidos, os batimentos cardíacos dos exames que são realizados para mapear o coração do bebê ou se depararem com um berçinho vazio ao lado do seu leito. Concomitante a isso, ainda tiveram que enfrentar o não reconhecimento e a desvalorização pela perda e pelo luto gestacional, amplificando essa dor.

Quanto ao suporte recebido pelas equipes especializadas no Centro de Referência (CR), elas destacam que esses profissionais foram de suma importância e conseguiram transparecer, nesse momento de fragilidade, segurança e afeto, além de fornecerem esclarecimentos corretos a respeito da doença, o que lhes proporcionou maior segurança durante o acompanhamento e/ou tratamento, e até mesmo no momento da alta médica. Todo esse acolhimento que é prestado nos atendimentos do CR se fez necessário em função do impacto emocional negativo e do sofrimento que a DTG causa na vida destas pacientes, o que ficou perceptível pelos relatos.

Fundamental também destacar que houve diversas variáveis individuais, familiares, profissionais e ambientais que se apresentaram e influenciaram esse período do desenvolvimento deste mestrado. Foi necessário ajustar as condutas para realização dessa pesquisa, pois a mesma ocorreu durante a pandemia da COVID-19. As alterações se deram em vários âmbitos, pois desde o convite, precisou ser feito por via telefônica,

uma vez que no hospital só estavam sendo atendidos casos peculiares. Da mesma forma, as entrevistas com as participantes ocorreram de forma virtual, a fim de zelar pela saúde de todos e seguindo as orientações de isolamento social. No entanto, esse formato fez com que enfrentássemos problemas de conexão de internet, sendo necessário retomar diversas vezes o que estava sendo tratado, além de dificultar a observação e a identificação de comportamentos não expressos de forma verbal. Entendemos que o tema abordado era bastante difícil e delicado, mobilizando diferentes sentimentos expressos por algumas dessas mulheres e outros tantos que, possivelmente, foram defensivamente reprimidos até mesmo pela falta de contato presencial. Além disso, cabe mencionar que foram encontrados nesse percurso alguns obstáculos de cunho pessoal e profissional, que necessitaram de maior persistência e motivação da mestranda para finalização deste trabalho. O falecimento repentino de um familiar, adoecimento com necessidade de procedimento cirúrgico de outro, a contaminação da família pela COVID-19, a rotina exaustiva de estar atuando na linha de frente no combate à pandemia no ambiente hospitalar e lidando diariamente com óbitos, atravessaram esta caminhada científica.

Urge mencionar a necessidade de que os profissionais da área da saúde da mulher e materno-infantil, assim como autoridades da saúde, tenham um olhar minucioso para DTG, tendo em vista todos os impactos e consequências que esse diagnóstico tem, não somente na vida dessas mulheres, mas nessas famílias. É fundamental o investimento em capacitações para os profissionais assistenciais que atuam na área de ginecologia e obstetrícia, para que esses possam ter melhor tato e manejo nos primeiros atendimentos a essas mulheres, assim como serem mais assertivos na comunicação da suspeita e no diagnóstico da doença, e por conseguinte, nos encaminhamentos para os centros de referências. Nesta direção de dar maior visibilidade para a DTG, no mês de outubro de 2021, foi lançado no Ministério da Saúde a linha de cuidado da DTG, no qual foi criado um manual que descreve por completo a doença, tanto nos aspectos físicos quanto nos emocionais. A mestranda foi co-autora do capítulo referente aos aspectos emocionais desencadeados pela doença.

Novas pesquisas devem ser realizadas nesse âmbito a fim de comunicarmos de forma científica mais dados e informações em relação a essa doença. Ficam como sugestões para novos estudos: buscar avaliar os impactos emocionais e as percepções dos parceiros dessas mulheres; a compreensão das consequências físicas e emocionais para as mulheres que necessitam passar pela histerectomia; aprofundar o estudo da experiência da mulher que tem mola de repetição, bem como pesquisas que investiguem os impactos para as mulheres que apresentam metástases em outros órgãos.

Por fim, destaco que, nesses três anos e meio de atuação no CR, percebo a importância dos atendimentos clínicos e emocionais especializados a essas mulheres que em certo momento da sua vida recebem tal diagnóstico, deixando marcas para a vida toda. A equipe multidisciplinar que atua nessa área, apesar de pequena, é altamente qualificada, o que contribui para o apoio e incentivo de novos estudos. Ainda há um longo caminho a trilhar, mas estamos num fluxo de ampliação e qualificação da assistência para este público que possui dores tão singulares.

APÊNDICES**APÊNDICE A - Ficha de Dados Sócio-Demográficos e de Saúde**

(Muller & Grzybowski, 2021)

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Identificação:

Celular/e-mail:

Idade:

Escolaridade:

Situação amorosa:

Profissão/Ocupação:

Número de filhos:

Idade dos filhos:

Cidade de Residência:

Reside com quem:

CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

Tempo de diagnóstico de DTG:

Número de gestações:

Número de abortos:

Data da última perda gestacional:

Quanto vezes teve DTG:

Em que fase do tratamento/acompanhamento da DTG você se encontra atualmente:

Fez/Faz quimioterapia:

Atualmente realiza tratamento médico para outra doença:

Qual:

Algum familiar (mãe e/ou irmã) já tiveram DTG:

Você tem alguma doença prévia a DTG:

Qual:

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

(Muller & Grzybowski, 2021)

- 1- Conte como foi que soube que estava com DTG? Como recebeu o diagnóstico?
- 2- O que mudou na sua vida após o diagnóstico de DTG? (explorar mudanças pessoais, conjugais, familiares, profissionais)
- 3- Conte como foi para você enfrentar a perda gestacional?
- 4- Conte como está sendo/foi o acompanhamento e/ou tratamento da doença.
- 5- O que você entende sobre essa doença, sobre a DTG? Qual a sua compreensão sobre a doença que possui?
- 6- Que aspectos tu destacarias como aquilo que mais auxiliou para enfrentar essa experiência e aquilo que foi mais difícil nesse processo?
- 7- Quais as suas expectativas em relação a uma possível nova gestação, sobre a maternidade?
- 8- Como você imagina que será/é sua vida após a alta médica/projetos de vida?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa presencial

Projeto de Mestrado Profissional: “Vivências de mulheres com histórico de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG)”.

Porto Alegre, XXX de 2022.

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) é uma condição anormal e rara da gravidez, que pode ocorrer em mulheres de todas as idades que se encontram em período reprodutivo e até os dias atuais não se soube precisar o que causa, mesmo sendo uma doença estudada mundialmente. Diante desse inesperado ocorrido, se vê necessário estudar mais sobre as vivências de mulheres com histórico de DTG a fim de compreender melhor as suas repercussões.

Sendo assim, gostaríamos de convidá-la a participar como voluntária da pesquisa intitulada “**Vivências de mulheres com histórico de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG)**” que se refere a um projeto de Mestrado Profissional da Pós-graduanda/pesquisadora Karine Paiva Muller, do Programa de Pós-Graduação Psicologia e Saúde (PPGPS), pertencente a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). A pesquisadora é orientada pela Profa. Dra. Luciana Suárez Grzybowski. O objetivo geral deste estudo é compreender as vivências de mulheres com histórico de DTG.

A pesquisa envolverá a sua participação em uma única entrevista, além do preenchimento de uma ficha breve de dados sociodemográfico e de saúde, totalizando uma duração entre 1 hora e 1 hora e 30 min. Para fins de análise de dados, as entrevistas serão gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas. A entrevista ocorrerá com horário pré-estabelecido, de acordo com a sua conveniência, em formato presencial (a combinar conforme condições sanitárias relativas à pandemia de Covid-19).

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos (conforme preconiza a Resolução 466/12). Também, será cumprida a garantia da confidencialidade das informações, da privacidade das participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de voz e a garantia da não utilização, por parte da pesquisadora, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo das suas participantes.

Salientamos que a sua participação na pesquisa é voluntária e não acarretará nenhuma despesa. Seu deslocamento para a entrevista será ressarcido pela pesquisadora, abarcando o valor de duas passagens de ônibus municipais ou intermunicipais. A participante terá a garantia de indenização por danos eventuais comprovadamente decorrentes da pesquisa. Nesta pesquisa, você terá como benefício a possibilidade de ter um espaço de escuta e acolhimento especializado e estará contribuindo para o avanço dos conhecimentos no que se refere à capacitação dos profissionais que trabalham com mulheres com DTG.

Embora a sua participação não acarrete nenhum tipo de risco para você, você terá o inconveniente de despender o seu tempo para essa colaboração. Ainda, devido ao tema, algumas perguntas da entrevista poderão lhe causar algum desconforto. Caso isso aconteça, você poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem prejuízos ou danos de qualquer natureza. Nesse momento, a equipe de pesquisa lhe oferecerá um acolhimento. Durante a sua participação, a qualquer momento do estudo, caso a equipe de pesquisa identifique algum tipo de sofrimento emocional ou risco para você, garantiremos o seu encaminhamento para a rede de assistência social e/ou de saúde, sempre considerando o que for mais próximo da sua residência.

Você também poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma.

Você ficará com uma via deste Termo e, em caso de dúvida (s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Luciana Suárez Grzybowski, pelo telefone (51) 33038826, Rua Sarmento Leite, 245, prédio 1, sala 207, Centro Histórico – Porto Alegre/RS, CEP: 90050-170. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - sob coordenação do Dr. João Carlos Goldani, telefone: (51) 32148571, Endereço: Av. Independência, 155- 6º andar- Hospital Dom Vicente Scherer- POA/RS ou da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, localizado na Rua: Sarmento Leite, 245,sala 407, prédio 3, Porto Alegre/RS, Centro Histórico, CEP: 90050-170, telefone (51) 3303-8804 e email: cep@ufcspa.edu.br.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

CONSENTIMENTO

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeita com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

Nome do Participante de Pesquisa (letra de forma)

Data

Assinatura do Participante de Pesquisa

Nome do Pesquisador (letra de forma)

Data

Assinatura e Carimbo do Pesquisador

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa on line

Projeto de Mestrado Profissional: “Vivências de mulheres com histórico de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG)”.

Porto Alegre, XXX de 2022.

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) é uma condição anormal e rara da gravidez, que pode ocorrer em mulheres de todas as idades que se encontram em período reprodutivo e até os dias atuais não se soube precisar o que causa, mesmo sendo uma doença estudada mundialmente. Diante desse inesperado ocorrido, se vê necessário estudar mais sobre as vivências de mulheres com histórico de DTG a fim de compreender melhor as suas repercussões.

Sendo assim, gostaríamos de convidá-la a participar como voluntária da pesquisa intitulada **“Vivências de mulheres com histórico de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG)”** que se refere a um projeto de Mestrado Profissional da Pós-graduanda/pesquisadora Karine Paiva Muller, do Programa de Pós-Graduação Psicologia e Saúde (PPGPS), pertencente a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). A pesquisadora é orientada pela Profa. Dra. Luciana Suárez Grzybowski. O objetivo geral deste estudo é compreender as vivências de mulheres com histórico de DTG.

A pesquisa envolverá a sua participação em uma única entrevista online através da plataforma digital de sua preferência, além do preenchimento de uma ficha breve de dados sociodemográfico e de saúde, com duração estimada entre 1 hora e 1h e 30 min. Para fins de análise de dados, as entrevistas serão gravadas em áudio por dispositivo externo e, posteriormente, transcritas.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos (conforme preconiza a Resolução 466/12). Também, será cumprida a garantia da confidencialidade das informações, da privacidade das participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de voz e a garantia da não utilização, por parte da pesquisadora, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo das suas participantes. Ressaltamos que os dados obtidos serão confidenciais e que serão utilizados somente para este estudo e as publicações científicas dele originadas. A identidade de nenhum(a) participante será revelada. Contudo, por se tratar de pesquisa realizada em ambiente virtual, é importante lembrar que existem riscos relacionados às limitações das tecnologias utilizadas, não sendo possível assegurar a confidencialidade total dos dados no contexto virtual.

Salientamos que a sua participação na pesquisa é voluntária e não acarretará nenhuma despesa, mas, se houver, serão por conta da pesquisadora. A participante terá a garantia de indenização por danos eventuais comprovadamente decorrentes da pesquisa. Nesta pesquisa, você terá como benefício a possibilidade de ter um espaço de escuta e acolhimento especializado e estará contribuindo para o avanço dos conhecimentos no que se refere à capacitação dos profissionais que trabalham com mulheres com DTG.

Embora a sua participação não acarrete nenhum tipo de risco para você, você terá o inconveniente de despender o seu tempo para essa colaboração. Ainda, devido ao tema, algumas perguntas da entrevista poderão lhe causar algum desconforto. Caso isso aconteça, você poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem prejuízos ou danos de qualquer natureza. Nesse momento, a equipe de pesquisa lhe oferecerá um acolhimento. Durante a sua participação, a qualquer momento do estudo,

caso a equipe de pesquisa identifique algum tipo de sofrimento emocional ou risco para você, garantiremos o seu encaminhamento para a rede de assistência social e/ou de saúde, sempre considerando o que for mais próximo da sua residência.

Você também poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma.

Desde já agradecemos a sua participação e nos colocamos à disposição. Em caso de dúvida (s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Luciana Suárez Grzybowski, pelo telefone (51) 33038826, Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 1, sala 207, Centro Histórico – Porto Alegre, CEP: 90050-170 – Porto Alegre/RS. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, telefone: (51) 32148571, Endereço: Av. Independência, 155- 6º andar- Hospital Dom Vicente Scherer- POA/RS ou da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, localizado na Rua: Sarmiento Leite, 245, sala 407, prédio 3, Centro Histórico, Porto Alegre/RS, CEP: 90050-170, localizado na telefone (51) 3303-8804 e email: cep@ufcspa.edu.br.

Declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e estou ciente com o estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por isso, assiná-lo:

- SIM, aceito participar da pesquisa.
- NÃO aceito participar da pesquisa.

Salientamos a importância de que, após esse assinalamento, você guarde o documento eletrônico em seus arquivos pessoais. Para isto, basta fazer o download deste arquivo.

8 ANEXOS

ANEXO A - Normas de formatação do periódico Fractal: Revista de Psicologia

15/09/2022 12:49

Submissões | Fractal: Revista de Psicologia



Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓ Ao menos um(a) dos(as) autores(as) do trabalho deve possuir título de doutor(a).

✓ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

✓ Segue carta atestando a aprovação pelo comitê de ética da instituição, nos termos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, caso o texto se refira a pesquisa com seres humanos. Ou informar que a pesquisa não demanda tal exigência.

✓ Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB).

15/09/2022 12:49

Submissões | Fractal: Revista de Psicologia



As URLs para as referências foram informadas quando necessário.



O texto está em espaço entrelinhas de 1,5; tamanho A4 (210mm x 297mm); corpo 12; fonte times new roman; com todas as folhas numeradas. As figuras e tabelas estão inseridas no texto, e não no final do documento, como anexos.



O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.



A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.



Os autores estão cientes de que, em decorrência do grande volume de artigos submetidos, a perspectiva de publicação de artigos nacionais nesse periódico é de, no mínimo, 3 (três) anos.



Caso os autores façam nova submissão sem observar o atendimento a essas condições, o artigo será arquivado.

Diretrizes para Autores

Diretrizes para Autores

Forma e preparação de manuscritos

Convidamos todos a conferir a seção [Sobre a revista](#) e ler as políticas das seções disponíveis, bem como as [Diretrizes para autores](#). É necessário que os autores se [cadastrem](#) no sistema antes de submeter um artigo; caso já tenha se cadastrado basta [acessar](#) o sistema e iniciar o processo de 5 passos de submissão.

Os trabalhos serão apreciados pela Comissão Editorial que decidirá sobre sua aceitação e, se necessário, sugerir ao autor modificações de estrutura e conteúdo.

O editor reserva-se o direito de efetuar alterações ou cortes nos trabalhos recebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando os conteúdos e o estilo do autor. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos.

No caso de texto que trate de pesquisa envolvendo seres humanos, será exigido, nos termos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, documento comprobatório da aprovação por parte de Comissão ou Comitê de Ética da instituição na qual foi realizada a pesquisa.

No final do artigo devem constar informações sobre as contribuições específicas de cada autor.

Exemplos:

- (1) Todos os autores colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Os autores aprovaram o manuscrito final para publicação.
- (2) AUTOR-1 foi responsável pela concepção, desenho, análise e interpretação dos dados. AUTOR-2 participou da concepção, desenho, revisão e aprovação da versão final do artigo.
- (3) AUTOR-1 foi responsável pela concepção e desenho do estudo, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. AUTOR-2 participou da coleta, da análise e da interpretação dos dados do estudo, juntamente com AUTOR-1 que foi responsável pela elaboração do texto da versão final do manuscrito

Ao submeter o artigo os autores deverão preencher, [assinar](#), escanear [e enviar como documento complementar](#) o termo de conflito de interesse (Passo 4 da submissão do artigo). Se isso não for realizado, o artigo não será avaliado.

Modelo:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CONFLITO DE INTERESSES

Os autores abaixo declaram que participaram da concepção, análise de resultados

e contribuiram efetivamente para a realização do artigo: -----*inserir título do artigo*-----, Tornam pública a responsabilidade pelo seu conteúdo e afirmam que não foram omitidas quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo. Atestam que não têm qualquer conflito de interesse com o tema abordado no artigo nem com os produtos/itens citados. Declaram que o artigo citado acima é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, não foi enviado a outro periódico científico e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela *Fractal: Revista de Psicologia*.

Lista de autores (nomes completos)CPF data Assinatura

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

A Fractal adota, com algumas modificações, as normas de publicação da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). A omissão de informação no detalhamento que se segue indica que prevalece a orientação da ABNT. Os arquivos para submissão deverão estar em formato doc, rtf ou odt e não podem conter mais de **20 páginas**, no caso de artigos, **dez páginas**, no caso de resenhas, e **quatorze páginas**, no caso de relatos de experiência. Nestes limites estão incluídos a folha de rosto, o resumo e as referências. Os textos ou artigos originais deverão ser compostos com espaço entrelinhas de 1,5, tamanho A4 (210mm x 297mm), digitados em Word for Windows, corpo 12, fonte Times New Roman e com todas as folhas numeradas, sem qualquer tipo de formatação, a não ser:

- margens de 3cm;
- uso de aspas duplas para indicar destaque;
- uso de itálico para termos estrangeiros e títulos de livro e periódicos.

A apresentação dos trabalhos deve obedecer à seguinte ordem:

- título no idioma do artigo, não devendo exceder a 10 palavras;
- título em inglês;
- título em espanhol;
- indicar fonte de financiamento ou reconhecimento a apoio técnico recebido no desenvolvimento do trabalho;

- todos os autores do artigo deverão estar cadastrados no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), o qual é um identificador digital persistente para o autor. ORCID está para o autor assim como o DOI está para um documento digital. ORCID é um código alfanumérico de 16 caracteres, lançado em outubro/2012. Tem a finalidade de diferenciar um autor de qualquer outro, ainda que tenha homônimo ou que tenha publicado, sido citado e/ou indexado de formas variadas. Identifica um único autor, fazendo conexão automática com toda sua produção científica, onde quer que tenha sido publicada. O cadastro para obtenção do ORCID é gratuito e poderá ser feito individualmente ou pela instituição. O cadastro deverá ser feito no link: <http://orcid.org/>

Obs.: os dados do autor (nome, afiliação institucional, endereço, e-mail, nº do ORCID) não devem constar no artigo. Estes serão inseridos no Passo 3 da submissão online.

Visando aumentar o interesse dos leitores pelo trabalho, além do documento de submissão, os autores podem enviar Documentos Suplementares (ex.: conjuntos de dados, instrumentos de pesquisas, entre outros - ver Passo 4 da submissão online).

- **Resumo:** os artigos devem vir acompanhados de resumo na língua principal do texto com seus correspondentes em inglês (abstract) e em espanhol (resumen). Cada resumo deve ter entre 150 e 200 palavras em espaço simples para os trabalhos nas categorias **Relatos de Pesquisa, Relatos de Experiência Profissional e Ensaio Teóricos**. Os resumos de **Relatos de Pesquisa** devem incluir: descrição do problema investigado, definição e caracterização da amostra, método utilizado para a coleta de dados, resultados, conclusões e suas aplicações. Os resumos de **Relatos de Experiência Profissional e Ensaio Teóricos** devem conter os seguintes tópicos: o tema investigado, objetivo, constructo sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Sugerimos que os autores utilizem pelo menos uma frase para cada tópico abordado.
- **Palavras-chave:** o(s) autor(es) deve(m) apresentar de três a cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, na língua do texto, em inglês (keywords) e em espanhol (palabras-clave). As palavras devem ser separadas entre si por ponto e vírgula, finalizadas por ponto.

As ilustrações (quadro, figuras, fotografias, desenhos gráficos, mapas, fluxogramas, organogramas, esquemas, mapas e outros) deverão ter a qualidade necessária para uma boa reprodução gráfica (resolução mínima de 600dpi) e ser inseridas no texto, e não ao final do documento, como anexos. Deverão ser identificadas, na parte superior, com a palavra designativa, isto é, o tipo da ilustração, seguida de sua ordem de ocorrência no texto, em números arábicos (ex: Quadro 1, Quadro 2, Figura 1, Figura 2, etc.). Na parte inferior, é obrigatório identificar a fonte da ilustração (mesmo que ela seja de autoria própria).

As tabelas deverão ser identificadas na parte superior e devem obedecer às Normas de Apresentação Tabular do IBGE (1993).

Exemplo: Tabela 1-

Tabela 2-

As citações serão indicadas no corpo do texto, entre parênteses, de acordo com a NBR 10520:2002.

Exemplos: (SILVA, 2004, p. 96)

(OLIVEIRA, 2003, p. 21-36)

(BRASIL, 2003, p. 26)

(OS EMERGENTES, 2002, p. 4-5)

As citações no texto são transcritas entre aspas duplas, no caso de citação direta ou textual curta, de até 3 linhas, vindo incorporada ao parágrafo. Quando se tratar de citação direta ou textual longa, com mais de 3 linhas, ela é incorporada em parágrafo isolado, com recuo de 4cm da margem esquerda, sem aspas.

As notas explicativas, restritas ao mínimo indispensável, deverão ser apresentadas no rodapé da página.

As referências deverão ser apresentadas no final do texto, obedecendo à norma NBR 6023:2002.

Exemplo:

- Livro (1 autor)

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

(até 3 autores)

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCOSSIA, Liliana da. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

(mais de 3 autores)

GUÉRIN, François et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia*. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

- Evento no todo

CONGRESSO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO CONTINUADA E PROFISSIONALIZAÇÃO DOCENTE, 1., 2005, Natal. *Anais...* João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2005.

- Trabalho apresentado no evento

SILVA, Maciel Henrique. O trabalho doméstico livre e a lei nos anos finais da escravidão no Brasil. In: ENCONTRO ESCRAVIDÃO E LIBERDADE NO BRASIL MERIDIONAL, 6., 2013, Florianópolis. *Anais...*

Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <http://labhstc.paginas.ufsc.br/files/2013/04/Maciel-Henrique-Carneiro-da-Silva-texto.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2014.

- Dissertação

LEMOS, Flávia Cristina Silveira. *Práticas de conselheiros tutelares frente à violência doméstica: proteção e controle*. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado de São Paulo, Assis, 2003.

- Tese

MONTEIRO, Ana Claudia Lima. *As tramas da realidade: considerações sobre o corpo em Michel Serres*. 2009. 184 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/11811>. Acesso em: 25 fev. 2013.

Relatório de pesquisa

SOUZA, Luiz Gustavo Silva. *Educação em tempos neo-liberais: uma análise micropolítica do ensino médio em Vitória, ES*. 2002. Relatório de pesquisa apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

- Parte de livro

FERREIRA, Marcelo Santana. Walter Benjamin e a cidade. In: BAPTISTA, Luis Antonio; FERREIRA, Marcelo Santana (Org.). *Por que a cidade? Escritos sobre experiência urbana e subjetividade*. Niterói: Eduff, 2012. p. 153-168.

- Artigo de revista

SCHEINVAR, Estela; MEDEIROS, Rebecca; COUTINHO, Patrick. A lógica pastoral na prática docente. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 28, n. 3, p. 370-378, set./dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5147>. Acesso em: 17 out. 2018.

- Artigo de revista com DOI

CUNHA, Neide de Brito; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos; OLIVEIRA, Katya Luciane de. Evidências de validade por processo de resposta no Cloze. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 30, n. 3, p. 330-337, set./dez. 2018. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i3/5817>

- Artigo de jornal

FRAGA, Álvaro. Novo medicamento contra a hipertensão. *Correio Braziliense*, Brasília, 6 jul. 2009. Saúde, p. 17.

- Documentos jurídicos

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 8 jan. 2018.

- Documentos eletrônicos

QUEIRÓS, Eça de. *A relíquia*. São Paulo: USP, 1998. Disponível em: <http://www.bibvirt.futuro.uso.br/textos/autores/ecadequiros/reliquia-texto.html>. Acesso em: 2 maio 2002.

Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto deverão estar ativos.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Artigos

Análises de constructos e conceitos teóricos que questionem modelos existentes e levem questões e hipóteses para pesquisas futuras. (Máximo 20 laudas).

Relatos de Pesquisas

Relatos de investigações baseadas em dados empíricos, utilizando metodologia científica. (Máximo de 20 laudas).

Resenha

Análises críticas de obras publicadas que ampliem ou contribuam para os estudos da subjetividade. Somente serão aceitas resenhas de caráter crítico que aportem novos conhecimentos além do simples resumo de uma obra. (máximo de 10 laudas)

Relatos de Experiência Profissional

Estudo de caso contendo análise conceitual e descrição dos procedimentos de intervenção (máximo 14 laudas)

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Creative Commons Attribution License](#) que permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.

1. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](#).



Na medida do possível segundo a lei, a [Fractal: Revista de Psicologia](#) renunciou a todos os direitos autorais e direitos conexos às Listas de referência em artigos de pesquisa. Este trabalho é publicado em: Brasil.

To the extent possible under law, [Fractal: Revista de Psicologia](#) has waived all copyright and related or neighboring rights to Reference lists in research articles. This work is published from: Brasil.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

[Enviar Submissão](#)

Fontes de Indexação**Bases de Dados**[SciELO](#)[Lilacs \(BIREME\)](#)[Index Psi](#)[EuroPub](#)**Diretórios**[Google Scholar](#)[Latindex](#)[DOAJ](#)[Diadorim](#)**Portais de Indexação**[Periódicos - Capes](#)[Portal de Periódicos UFF](#)**Divulgadores**[BVS - Biblioteca Virtual em Saúde](#)**Palavras-chave**

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivências de mulheres com histórico de doença trofoblástica gestacional (DTG)

Pesquisador: Luciana Suárez Grzybowski

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51680221.1.0000.5335

Instituição Proponente: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - ISCMPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.090.627

Apresentação do Projeto:

Protocolo de pesquisa qualitativo, descritivo exploratório e transversal, na área da psicologia, realizado através de entrevistas com mulheres que possuem histórico de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG). A escolha das participantes se dará por conveniência e por meio da indicação da equipe médica, sendo recrutadas as mulheres que estão ou estiveram em acompanhamento/tratamento no Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional no Sul do Brasil, na Maternidade Mário Totta da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/ RS, com o objetivo de avaliar as vivências e enfrentamento desta doença e projetos futuros em relação a maternidade. Com esta pesquisa pretende-se contribuir para o aperfeiçoamento do atendimento destas pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Já referido em parecer anteriormente emitido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já referido em parecer anteriormente emitido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Retornos das situações apresentadas para adequar / esclarecer:

1) Captação das pacientes para o protocolo de pesquisa: houve contato com a médica responsável pela Doença Trofoblástica Gestacional da Santa Casa e de que forma ela poderia participar na captação e andamento deste projeto?

Endereço: R. Profº Annes Dias,295 Hosp.Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro **CEP:** 90.020-090
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



Continuação do Parecer: 5.090.627

Resposta: Realizada adequação de proposta conforme anexo nesta plataforma denominado "Resposta Parecer", em 27/10/2021.

2) Cronograma: atenção para atualização do cronograma.

Resposta: Realizada adequação de proposta conforme anexos nesta plataforma denominados "Resposta Parecer" e Projeto_cronograma_atualizado_CEP em 27/10/2021 e no PB_Informações_básicas_do_Projeto_1821311 em 28/10/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados.

2 / 3

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa encontra-se de acordo com a Norma vigente Resolução 466/12 para pesquisa em seres humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após reavaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição e poderá ser iniciado a partir da data deste parecer.

Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos na ISCMPA. Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).

2 - Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1821311.pdf	28/10/2021 09:02:28		Aceito
Outros	Resposta_Parecer.pdf	27/10/2021 17:17:17	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Cronograma	Projeto_cronograma_atualizado_CEP.pdf	27/10/2021 17:16:35	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito

Endereço: R. Profª Annes Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro **CEP:** 90.020-090
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



Continuação do Parecer: 5.090.627

Outros	termodecompromissoUFCSPA.pdf	10/09/2021 19:21:37	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Outros	termocompromissoentregarelatorioseme stralfinal.pdf	10/09/2021 19:20:06	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Outros	utilizacaodedadosdoprontuario.pdf	10/09/2021 19:18:13	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Outros	isencaodeonus.pdf	10/09/2021 19:17:12	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Outros	declaracaodeconfidencialidade.pdf	10/09/2021 19:16:43	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Outros	autorizacaodechefiaresponsavel.pdf	10/09/2021 19:15:52	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Declaração de concordância	termodeanuenciaUFCSPA.pdf	10/09/2021 19:14:52	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Outros	formulariodeinscricao.pdf	10/09/2021 15:53:25	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEonline.pdf	10/09/2021 15:52:33	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpresencial.pdf	10/09/2021 15:52:23	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetofinalrevisado.pdf	10/09/2021 15:44:45	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada.pdf	10/09/2021 15:43:37	Luciana Suárez Grzybowski	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


PORTO ALEGRE, 09 de Novembro de 2021

Assinado por:
JOÃO CARLOS GOLDANI
(Coordenador(a))

Endereço: R. Profª Annes Dias,295 Hosp.Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro **CEP:** 90.020-090
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br

ANEXO C- Parecer Comitê de Ética UFCSPA

16/09/2022 07:38 Plataforma Brasil

Portal do Governo Brasileiro  Sair


KARINE PINHA MULLER - Pesquisador | V3.2.52
Sua sessão expira em: 34min 55


Cadastros

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivências de mulheres com histórico de doença trofoblástica gestacional (DTG)
Pesquisador Responsável: Luciana Suárez Grzybowski
 Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 51680221.1.3001.5345
Submetido em: 10/12/2021
Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  FB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1856373


DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Versão Atual Aprovada (PDC) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Documentos de Centro Coordenador <ul style="list-style-type: none"> ↳ Pareceres ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Comprovante de Recepção - Submissão ↳ Cronograma - Submissão 3 ↳ Declaração de concordância - Submissão ↳ Folha de Rosto - Submissão 3 ↳ Informações Básicas do Projeto - Submissão ↳ Outros - Submissão 3 ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigada ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa ↳ Pendência de Parecer (PDC) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Notificação (Nº1) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre <ul style="list-style-type: none"> ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Comprovante de Recepção - Submissão ↳ Informações Básicas do Projeto - Submissão ↳ Outros - Submissão 2 ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigada ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa ↳ Apreciação 2 - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre 				

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PCc	24/01/2022 11:39:25	Parecer liberado	2	Coordenador	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	PESQUISADOR	
PCc	24/01/2022 11:37:37	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	
PCc	21/01/2022 12:14:23	Parecer do relator emitido	2	Membro do CEP	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	
PCc	12/01/2022 18:06:54	aceitação de Elaboração de Relatoria	2	Membro do CEP	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	
PCc	14/12/2021 15:57:09	Confirmação de Indicação de Relatoria	2	Coordenador	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	
PCc	14/12/2021 15:56:43	Indicação de Relatoria	2	Coordenador	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	
PCc	14/12/2021 15:56:24	aceitação do PP	2	Coordenador	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	
PCc	10/12/2021 13:53:22	Submetido para avaliação do CEP	2	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	
PCc	09/12/2021 15:48:31	Parecer liberado	1	Coordenador	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	PESQUISADOR	
PCc	09/12/2021 15:45:33	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	

«« « Ocorrência 1 a 10 de 16 registros » » «»

 Chat

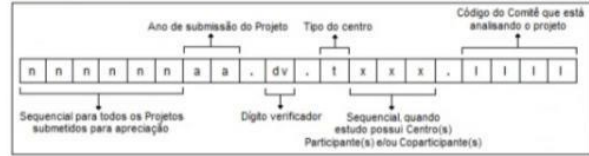
<https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf> 1/2

16/09/2022 07:38

Plataforma Brasil

LEGENDA:**(*) Apreciação**

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br
Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>