

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA**

Ana Carolina Gomes França

**Aspectos emocionais, desfechos
clínicos e cirúrgicos de mulheres
com doença trofoblástica
gestacional: experiência da equipe
multiprofissional de um centro de
referência**

Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

**Porto Alegre
2021**

Ana Carolina Gomes França

Aspectos emocionais, desfechos clínicos e cirúrgicos de mulheres com doença trofoblástica gestacional: experiência da equipe multiprofissional de um centro de referência

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

Orientadora: Dra. Patrícia El Beitune
Coorientadora: Dra. Elza Maria Hartmann Uberti

**Porto Alegre
2021**

Catálogo na Publicação

Gomes França, Ana Carolina

Aspectos emocionais, desfechos clínicos e cirúrgicos de mulheres com doença trofoblástica gestacional: experiência da equipe multiprofissional de um Centro de Referência / Ana Carolina Gomes França. -- 2021.

55 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Patologia, 2021.

Orientador(a): Patricia El Beitune ; coorientador(a): Elza Maria Hartmann Uberti.

1. doença trofoblástica gestacional. 2. aspectos psicológicos. 3. grupo de apoio. 4. saúde mental. I. Título.

Dedicatória

À Deus pela vida e por me manter viva para realizar este sonho.

À memória dos meus pais, Valter França e Marilucia França, que foram encontrar o Pai eterno na reta final deste trabalho, e que tanto apoio me deram durante essa jornada.

À minhas tias, Maria Helena e Maridete, e meu irmão, Valter Filho, que mesmo a distância me abraçaram e inspiraram a continuar.

À Barbara Ongaratti, Kerolainy Gadelha, Desirèe Deconte e Bruna Diniz, pela ajuda imensurável, pela compreensão e apoio.

Aos amigos Bárbara Ongaratti, Richard Brodt, Daniel Sassone, Patricia Lopes, Vanessa Guerra, Ana Paula Bianchini, Stefane Selau, Angela Tornatore e Marcio Oliveira pelo apoio e confiança que sempre demonstraram.

Às psicólogas Karine e Fabiana pela acolhida e pelos aprendizados.

À minha coorientadora, Dra. Elza, que tanto me inspira e me ensina dentro e fora da medicina.

À minha orientadora, Dra. Patricia, pela compreensão e carinho e pela confiança depositada em mim.

Ao Dr. Rodrigo Cardoso pelo auxílio em todas etapas.

Ao Dr. Antônio Braga por aceitar participar e contribuir com sua incrível sabedoria e perspicácia.

À Dra. Julia Lima pela delicadeza e sensibilidade no momento mais difícil dessa caminhada.

À Ceres Oliveira e Anelise Burmeister, pelo auxílio e positividade durante o trabalho de estatística e tradução, tornando muito mais leve essa etapa.

Aos colegas e profissionais da ISCMPA, pela alta qualidade do trabalho assistencial e pela busca de aprimoramento e colaboração científica.

Aos professores e funcionário da UFCSPA, pela excelência e dedicação na pesquisa e ensino.

Resumo

Objetivo: Avaliar as repercussões emocionais (RE) de pacientes com doença trofoblástica gestacional (DTG) acompanhadas em um centro de referência (CR), e correlacionar com os diferentes aspectos clínicos.

Método: Estudo transversal e retrospectivo, com análise de prontuários médicos para a avaliação clínica de 186 pacientes com DTG, das quais foram analisadas as RE identificadas nos registros de 389 grupos de apoio (GA), ocorridos no período de 2014 a 2018.

Resultados: As pacientes eram jovens (média 31,2 anos), 47% sem filhos vivos, 60% tinham desejado ou planejado esta gravidez e 50% delas participaram de dois ou mais GA. A maioria (N=137-73,6%) apresentou remissão espontânea com 10 semanas, sem necessitar de tratamento adicional e com um tempo total de seguimento de 7 meses. Quarenta e nove pacientes (26,3%) evoluíram para neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), sendo 89,8% NTG do tipo baixo risco; o tempo para atingir a remissão após quimioterapia foi de 19 semanas e o tempo total de seguimento foi de 36 meses. As RE incluíram variados graus de ansiedade e de depressão, mais evidentes em 9,1% das pacientes; tais RE tenderam a ser mais frequentes nas pacientes com mais de 40 anos ($p=0,067$), com menor escolaridade ($p=0,054$), com evolução para NTG ($p=0,018$), que necessitaram de tratamento com regime de múltiplos agentes ($p=0,028$), ou de histerectomia complementar ($p=0,001$).

Conclusão: A frequência e a importância das RE presentes nas pacientes com todos os tipos de DTG indicam a necessidade de um atendimento multiprofissional, somente encontrado nos CR, que também oferece a recuperação da saúde mental delas.

Palavras-chave:

Doença trofoblástica gestacional; Aspectos psicológicos; Grupos de apoio; Saúde mental

Abstract

Objective: To evaluate the emotional repercussions (ER) of gestational trophoblastic disease (GTD) on patients seen in a reference center (RC) and to correlate them with their clinical characteristics.

Method: Retrospective cross-sectional study with analysis of the clinical records of 186 patients with GTD and correlation of them with the ER found in the reports of 389 support groups (SG) conducted from 2014 to 2018.

Results: The patients were young (mean age: 31.2 years), 47% had no living child, 60% had planned the pregnancy, and 50% participated in two or more SG. Most patients (N=137; 73.6%), whose total follow-up time was seven months, reached spontaneous remission at 10 weeks and did not need any additional treatment. Of the 49 patients (26.3%) who progressed to gestational trophoblastic neoplasia (GTN), 89.8% were diagnosed with low-risk disease. Time to remission after chemotherapy was 18 weeks, and total follow-up time was 36 months. ER included different levels of anxiety and depression; symptoms were more prominent in 9.1% of the patients and more frequent in patients older than 40 years ($p=0.067$), less educated ($p=0.054$), who progressed to GTN ($p=0.018$), and who had to undergo multi-agent chemotherapy ($p=0.028$) or adjuvant hysterectomy ($p=0.001$).

Conclusion: The frequency and importance of ER in patients with all types of GTD indicate the need of care provided by a multidisciplinary team, which is only found in a RC, where they also receive support for the recovery of their mental health.

Keywords

Gestational trophoblastic disease; Psychological aspects; Support group; Mental health

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E UNIDADES

A.C. = antes de Cristo

CR = centro de referência

DTG = doença trofoblástica gestacional

FEBRASGO = Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FIGO = Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GA = grupo de apoio

hCG = gonadotrofina coriônica humana

ISCMPA = Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

MHC = mola hidatiforme completa

MHP = mola hidatiforme parcial

mUi/mL = mili unidades internacionais por mililitro

NTG = neoplasia trofoblástica gestacional

OMS = Organização Mundial da Saúde

UFCSPA = Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Representação da formação da mola hidatiforme

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E UNIDADES.....	7
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	8
1. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
1.1 Doença trofoblástica gestacional.....	10
1.1.1 Diagnóstico e tratamento da DTG.....	13
1.1.2 DTG e aspectos emocionais.....	14
1.2 Psicoterapia em grupo.....	16
2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo geral.....	24
3.2 Objetivos específicos.....	24
4. ARTIGO CIENTÍFICO REDIGIDO EM INGLÊS.....	25
5. CONCLUSÃO.....	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
7. ANEXOS.....	30

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Em diversas culturas ao redor do mundo, o ato de conceber filhos é considerado um fator importante na vida das mulheres. A gravidez é um momento de transição para a mulher e seu ambiente familiar, muito além das mudanças corporais, das expectativas sobre o filho e dos desejos para o futuro da sua vida.¹ Além disso, o advento de uma gestação provoca uma série de mudanças fisiológicas, hormonais e emocionais. Quando tudo ocorre conforme o esperado, ainda assim ocorrem sentimentos contraditórios. Psicologicamente, uma vez estando gestante, não existe voltar a um estado psicológico pré gravidez.² Sabe-se que mesmo na gestação planejada e de resultado normal, é natural ocorrerem sentimentos de ambivalência, visto que a fertilidade está relacionada com a autoestima, a feminilidade e a identidade como mulher.³

Considerando os cuidados de saúde da mulher durante a gestação, já está estabelecido a realização de pré-natal como forma de prevenção de doenças maternas, de diagnóstico precoce de doenças fetais e de auxílio para a preparação para o parto e o puerpério.⁴ Cada vez mais o cuidado em saúde do pré-natal se volta a estabelecer uma assistência multiprofissional, com médico, equipe de enfermagem e psicóloga atuando na assistência à gestante.^{4,5} No tangente a aspectos emocionais do pré-natal de alto risco, existe uma semelhança do impacto psicológico no momento do diagnóstico de uma doença materna ou fetal ou ainda de um desfecho desfavorável, que não tinha sido pensado antes pela paciente, família e por vezes pela equipe médica⁶.

1.1 Doença trofoblástica gestacional

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é uma condição conhecida desde a Grécia Antiga. Hipócrates entendia que a mola era uma causa de aborto e descrevia como uma hidropsia do útero. Foi Aetius de Amida, ainda no século VI A.C., quem começou a usar o termo hidátide. Durante a idade média, pouco se escreveu ou se estudou sobre a mola.^{7,8} Pouco se sabia sobre os mecanismos patológicos da doença e muitas teorias foram formuladas até ser definido que se tratava de cistos dilatados das vilosidades coriônicas. A partir do trabalho de Marchand, em 1895, o entendimento da etiologia dos coriocarcinomas evoluiu e esclareceu a origem do tumor das células trofoblásticas. Desde então, junto com o avanço da bioquímica e dos fármacos

quimioterápicos, o diagnóstico tornou-se mais precoce, com menos sequelas para as mulheres e com menos cirurgias invasivas que comprometessem o futuro reprodutivo da mulher.⁸

A DTG é um erro raro de fertilização causado pela ausência do material genético materno no óvulo. A fertilização de um ou dois espermatozoides em um óvulo vazio resulta em mola hidatiforme completa (MHC) enquanto a fertilização de dois espermatozoides em um óvulo normal resulta em mola hidatiforme parcial (MHP), conforme visto na figura 1. Ambas são consideradas formas pré-malignas das DTG, sendo também chamadas de gravidez molar.⁹ Quando evolui para a forma maligna, denomina-se neoplasia trofoblástica gestacional (NTG).¹⁰ A MHC, portanto, é composta de tecido hiperplásico, com vilosidades hidrópicas e ausência de partes fetais. Na MHP pode aparecer tecidos fetais, ou até mesmo feto (não compatível com a vida, podendo ter malformações devido à triploidia), tecido trofoblástico com discreta hiperplasia ou hidrópico, podendo ser confundido com um aborto espontâneo. No exame anatomopatológico, percebe-se algumas vesículas e trofoblasto com proliferação focal ou circunferencial.¹¹

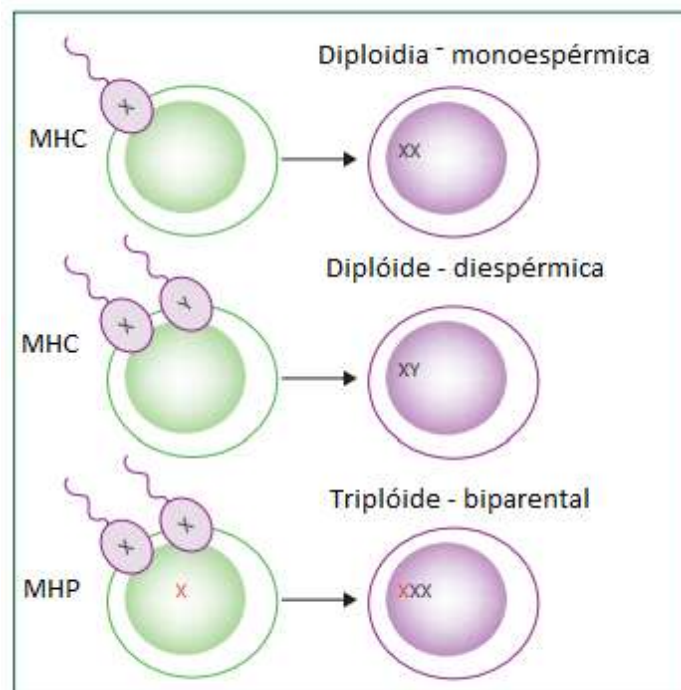


Figura 1. Representação da formação da Mola hidatiforme. MHC = mola hidatiforme completa; MHP = mola hidatiforme parcial. Adaptado de Seckl et al. (2010)¹²

A ocorrência desse tecido hiperplásico (trofoblasto) com vilosidades hidrópicas e a presença de múltiplas vesículas são considerados achados bem estabelecidos para o diagnóstico.¹³ A partir da década de 90, iniciaram-se as avaliações rotineiras de gestações com ultrassonografia e vários achados neste método se tornaram característicos para considerar a hipótese de gestação molar, sobressaindo-se a presença de múltiplas imagens císticas, material heterogêneo de grande volume em toda cavidade uterina, cistos teca-luteínicos em ambos ovários e ausência de saco gestacional ou placenta normal. Na MHP pode ocorrer a visualização de feto com ou sem atividade cardíaca, malformações fetais e espessamento da placenta com áreas císticas.¹⁴

Na epidemiologia da DTG, poucos estudos foram agrupados para estabelecer estatísticas fidedignas. Sabe-se que é mais frequente na Ásia que na América do Norte e Europa, considerando a prevalência e as discrepâncias de cada país.¹² Entre os que mais estudam a prevalência, nas Filipinas chega a 1/120 gestações, Brasil, México e Argentina em torno de 1/850, e nos Estados Unidos da América (EUA), entre 1/1500 e 1/2000.^{12,15}

Além das peculiaridades e singularidades do diagnóstico e manejo adequado da DTG, a avaliação epidemiológica é dificultada devido à ausência de dados para estimativa do denominador (casos novos de DTG/ gravidez (população exposta). Entendendo-se que geralmente se utiliza um dado indireto para o denominador (número de nascidos vivos de um hospital ou cidade), o numerador real também é de difícil elucidação, pois uma parte dos abortos tidos como espontâneos são posteriormente diagnosticados como DTG (por exame anatomopatológico conhecidos tardiamente).^{15,16} No perfil atual das doenças obstétricas no Brasil, a DTG continua sendo uma causa de mortalidade materna e, portanto, exige investigação rigorosa para evitar sequelas e desfechos desfavoráveis. Tais complicações variam desde a histerectomia, impossibilitando a composição de prole da paciente, ou situações clínicas graves, como *near miss* materno (hemorragia, choque e síndromes hipertensivas graves)^{15,17,18}

O principal fator de risco para DTG é ser mulher em idade reprodutiva, sendo grupo de risco o das adolescentes e das mulheres acima de 40 anos.¹⁹ Porém, não se sabe a origem exata da DTG e o porquê do seu desenvolvimento. Inúmeros fatores já foram e ainda são estudados, incluindo deficiência de vitamina A, baixa ingestão proteica, deficiência de caroteno, tabagismo, fatores étnicos e síndrome de ovários policísticos.^{15,20} Ainda, mulheres com história prévia de gestação molar têm um risco 10 vezes maior.de

apresentar uma segunda mola, quando o mesmo risco passa a ser de 1 a 2%, enquanto o risco em uma terceira gestação molar chega a ser de 25%.²¹

1.1.1 Diagnóstico e tratamento da DTG

A maioria das mulheres com DTG é diagnosticada precocemente através da realização de exames de sangue e de ultrassom no início da gravidez.²² A DTG é uma das causas de sangramento de 1º trimestre da gestação, devendo ser aventada como hipótese em situações com quadro clínico de sangramento em níveis variados. Outros achados como a anemia, útero maior que o esperado pelo tempo de gestação e quadros agravantes, como hiperemese gravídica grave, crise tireotóxica ou pré-eclâmpsia antes da 20ª semana de gestação, também podem ser indícios da doença.²³ O sangramento pode ocorrer entre a 6ª e 16ª semana de gestação; porém, devido ao amplo uso e disponibilidade do exame ultrassonográfico, a DTG pode ser diagnosticada mais precocemente, sendo possível a diferenciação entre MHP e MHC.^{14,24}

Na MHP existe uma intersecção de sinais e sintomas parecidos com abortamentos comuns, sendo o esclarecimento definitivo por vezes posterior ao esvaziamento uterino, através de estudo histopatológico ou cariótipo do material retirado.²⁵ A presença de embrião com ou sem batimentos, placenta espessada ou com sinais de hidropsia/ edema ou alterações císticas, e irregularidade do saco gestacional podem levantar a possibilidade de MHP, podendo também ser confundida com abortamentos espontâneos. A MHC por sua vez geralmente é visualizada na ultrassonografia, apresentando grande edema com aspecto vesicular na placenta, sinais bem característicos, e nunca sendo visualizado o saco gestacional ou o embrião. Em casos de tempo gestacional avançado, comumente a partir da 12ª semana, por vezes notam-se malformações fetais, crescimento fetal restrito (tamanho e peso do feto menores que o esperado para determinada idade gestacional) e óbito fetal.^{14,24}

Como todo tecido trofoblástico produz a gonadotrofina coriônica humana (hCG), sua presença é detectada na urina e no sangue através do teste de gravidez.²⁶ A descoberta do hCG como marcador bioquímico simples e de fácil acesso no diagnóstico da DTG ocorreu em 1920, sendo a diferenciação da porção beta possível de análise laboratorial na década de 1960.²⁷ A função do hCG é a estimulação da produção da progesterona durante a gestação.²⁶ Em uma gravidez normal, os níveis de hCG acompanham o desenvolvimento da gestação. Tal fenômeno não ocorre na DTG, devido à

intensa proliferação do tecido trofoblástico. Portanto, na presença desta doença, os níveis de hCG são mais elevados quando comparados a gestações normais.²⁶ Sendo assim, o hCG é o principal parâmetro laboratorial no diagnóstico da DTG, uma vez que é considerado um marcador biológico altamente sensível, amplamente disponível e de fácil acesso.^{25,28}

O tratamento cirúrgico com a histerectomia como opção terapêutica vem sendo estudado desde a década de 1980, com estudos que avaliaram a redução de evolução maligna e menor necessidade de tratamento quimioterápico. Seu papel tem sido reservado atualmente a pacientes com prole completa, idade maior que 35 anos e com critérios de alto risco para NTG.^{21,29,30} Importante ressaltar que esta cirurgia não é mais a primeira escolha para o tratamento da NTG, já que a terapia clínica, com o emprego da quimioterapia alcançou taxas de cura inigualáveis dentre os tumores sólidos.^{21, 30,31, 32}

Após o tratamento adequado, preconiza-se a avaliação sistemática de todas as pacientes para a possível evolução maligna para NTG. O seguimento com dosagem seriada de hCG é organizado de forma semanal, quinzenal e, quando atingido valores abaixo de 5mUi/mL, avaliações mensais por até 6 meses.^{33,34} Para a avaliação adequada, os valores de hCG podem ser analisados em uma curva de regressão semilogarítmica, como a do trabalho de Schlaerth et al (1981)³⁵, que demonstra a queda hormonal esperada após o tratamento.^{34,36} Durante o seguimento da DTG, na identificação de evolução para forma maligna, usa-se o termo NTG. No entendimento atual, é necessário o estadiamento anatômico e de parâmetros clínicos, que formam um estadiamento clínico preconizado pela FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) e pela OMS (Organização Mundial da Saúde), definindo o tratamento quimioterápico por agente único ou poli quimioterapia.^{21,29,30,36,37} Este estadiamento avalia a extensão da doença no útero e invasão de vagina e anexos pélvicos; presença de linfonodos pélvicos e abdominais e presença de metástases pulmonares e cerebrais. Cada item tem uma pontuação conforme os critérios da FIGO, e uma classificação pelos critérios da OMS.^{25,37} A partir deste estadiamento, define-se o tratamento com quimioterapia de agente único ou poli quimioterapia.^{29,31}

1.1.2 DTG e aspectos emocionais

Todos os estudos que avaliaram aspectos emocionais desde a década de 1980 convergem para um grande fator positivo. Estes foram estudados de forma heterogênea, sendo avaliados como depressão, ansiedade, preocupações do futuro reprodutivo e piora

na qualidade de vida. O fator protetor, que diminui o impacto emocional nestas mulheres, é a presença de prole anterior à gestação molar e a maior escolaridade das pacientes.^{38,39,40} Já são conhecidos problemas a curto e em longo prazos relacionados a consequências psicológicas, sociais, sexuais e na qualidade de vida das pacientes com diagnóstico de DTG, com especial enfoque nas que evoluem para NTG.³⁹

Mesmo com a compreensão da história da doença e a cura sendo possível na grande maioria dos casos, o estressor psicológico é real, tanto para paciente como para seu parceiro. O casal enfrenta uma mudança inesperada de planos, destacando-se que as esperanças e as alegrias da gravidez dão lugar a uma necessidade rápida de adaptação e lidar com uma doença potencialmente grave.³ No momento do diagnóstico da DTG, a paciente enfrenta um grande impacto emocional, vivenciando sentimentos de luto pela perda gestacional e o medo de estar gravemente enferma e perder a própria vida. Este conjunto singular de circunstâncias e características que ocorrem na DTG leva à investigação do impacto psicossocial desta doença.³⁹ Também pela ocasião do diagnóstico, a paciente sofre um choque emocional, devido ao entendimento do fim de uma gestação normal e do início de uma doença potencialmente maligna e desconhecida.^{39,41}

Esse aspecto psicológico da DTG é semelhante àquele com a gravidez de alto risco, em que fatores maternos e fetais podem alterar negativamente o desfecho da gestação. Em alguns estudos foram avaliados qualitativamente os impactos das preocupações sobre a fertilidade, utilizando o questionário de RCS (*Reproductive Concerns Scale*). No trabalho de Wenzel et al. (2005)², as maiores preocupações reprodutivas (alto score no RCS) ocorreram em mulheres com menos saúde mental e física, menos suporte social e menos bem estar espiritual. Estes escores mais altos também estão associados a pacientes mais jovens.^{42,43}

No contexto do grupo de apoio realizado nos centros de referências (CRs), optamos por não utilizar o questionário por se tratar de instrumento fixo com variáveis determinadas. Porém, tendo espaço para avaliação subjetiva individual das pacientes, obtivemos inúmeros registros do real impacto do ponto de vista de cada indivíduo.⁴⁴ Tal fato é justificado por estudos de medidas de desfechos relatados pelo paciente (*patient related outcome measure*, PROM) que utiliza formulários minimamente focados e que permite ao paciente expor suas expectativas, seu entendimento e seus receios sobre o diagnóstico, o tratamento e o atendimento no geral.⁴⁵ Este instrumento focado na opinião individual de cada paciente permite que tanto a equipe multiprofissional quanto o próprio

paciente entrem em acordo sobre o que é importante. Além disso, essa abordagem permite adaptar o acompanhamento dessas mulheres conforme as necessidades de praticamente todos os aspectos, seja nível de escolaridade, acesso ao serviço de saúde e aspectos psicológicos.⁴⁶

1.2 Psicoterapia em grupo

Desde a década de 70, a psicologia é a ferramenta de prevenção e de promoção da saúde em políticas públicas, utilizada principalmente no tratamento e acompanhamento de doenças mentais. Além disso, a psicoterapia também está atrelada ao impacto das doenças crônicas no contexto de ação integral à saúde. Intervenções específicas relacionadas à saúde mental mostram-se importantes, considerando a alta prevalência de transtornos de ansiedade e de depressão na população em geral.^{5,47} A psicoterapia em grupo ou o grupo de apoio psicoterápico é uma das técnicas de abordagem que visa a conscientização e a elaboração dos comportamentos disfuncionais, com uma intervenção mediada pelo psicólogo. Tal processo muitas vezes é também uma forma de melhor custo/ benefício, sendo importante técnica no contexto do tratamento de sintomas depressivos e ansiosos.⁴⁷

A técnica de grupo precisa ser focada no tema principal com objetivos específicos, visto o tempo limitado. A possibilidade de abertura de espaço para manifestação e para participação com integração de todos os pacientes, proporciona aprendizagem e melhora da compreensão dos participantes, através das intervenções focais do psicólogo.^{44,47,48} Como regra geral, o grupo sempre possui um tema focal e objetivos a serem atingidos nas sessões com intervenção do profissional, além de um espaço para exposição dos pensamentos dos pacientes. Porém, cuidadores ou familiares podem participar, auxiliando em vários aspectos, desde a elaboração do processo de enfrentamento de doenças como câncer até funcionando como um binômio com a paciente.^{44,48}

Com o diagnóstico da DTG formado ou com a alta suspeição deste, é frequente na literatura a recomendação de avaliação em CRs.^{28,29,49,24} No Brasil, considera-se o primeiro CR implementado é considerado a 33ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, pelo Dr. Jorge Rezende, em 1959. Desde então, vários CRs foram fundados, fomentando a produção científica durante décadas em inúmeras capitais. Em 1974 foi publicado a primeira edição do “ABC da mola”, destinado a explicar detalhadamente em

linguagem leiga, foi publicado, sendo atualizado e disponibilizado em redes sociais para o acesso de pacientes e de familiares interessados.^{50,51} Também houve a criação de uma Comissão Nacional Especializada da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) em 1984. Posteriormente, a Sociedade Brasileira de Cancerologia patrocinou e distribuiu a publicação do protocolo de tratamento. Em seguida, foi fundado o CR de Porto Alegre, na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA), iniciando o atendimento ambulatorial em 1985, contando com uma ampla rede de pesquisa científica. Desde de lá, dezenas de artigos foram publicados internacionalmente e a manutenção da experiência de equipe multiprofissional é mantida desde 1994, com o início dos Grupos de Ajuda (GA).^{49,50}

Desde 1986, recomenda-se o manejo das mulheres diagnosticadas com DTG por médicos especializados em CRs. Estudos comparativos, como do autor Bagshawe (1986)⁵², demonstraram melhores desfechos, devido às apresentações atípicas e pormenores de tratamento e de prognóstico. Tal recomendação proporciona que a grande maioria das pacientes passem a ter tratamento no CR e seja avaliadas pela equipe multidisciplinar. Os GA já estão presentes no atendimento cotidiano do CR de Porto Alegre desde 1994, com a assistência de uma equipe de psicólogos e participação de médicos.⁵³ O encaminhamento para os CRs tem um significativo impacto na diminuição da morbimortalidade das pacientes e das consequências negativas, como complicações clínicas e sequelas, para o futuro reprodutivo.⁴⁹

O tratamento ideal para qualquer agravo em saúde, à semelhança do que se observa em mulheres com DTG, deve visar resultados clínicos eficazes, tanto do ponto de vista médico como psicológico. Além disso, o tratamento ideal deve ser o menos invasivo possível, ser acessível e apresentar baixo custo. Neste sentido, aspectos emocionais devem ser adequadamente rastreados e a promoção da saúde mental das pacientes deve ser um dos pilares no atendimento integral em todos os tipos de evolução de DTG.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kliemann A, Böing E, Crepaldi MA. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Revista Mudanças Psicologia da Saúde*. 2017; 25(2):69-76. DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76
2. Wenzel L et al. Defining and measuring reproductive concerns of female cancer survivors. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2005;(34):94-8. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgi017.
3. Stafford L, McNally OM, Gibson P, Judd F. Long-term psychological morbidity, sexual functioning, and relationship outcomes in women with gestational trophoblastic disease. *Int J Gynecol Cancer*. 2011;21(7):1256-1263. DOI: 10.1097/IGC.0b013e3182259c04.
4. Caldas DB, Silva ALR, Böing E, Crepaldi MA, Custodio ZAO. Atendimento psicológico no pré-natal de alto risco: a construção de um serviço. *Psicol. hosp. (São Paulo)* [online]. 2013, vol.11, n.1. ISSN 2175-3547.
5. Lopez MEG, Calva, EA, Campillo GG, González CM, Pichardo, MAS. Psicoterapia de Grupo para Mujeres con Embarazo de Alto Riesgo. *Ter Psicol*. 2009; 27(2):215-225. DOI: 10.4067/S0718-48082009000200007.
6. David MAO, Benute GRG, Fráguas Jr R, Nomura RY, Lucia CS, Zugaib M. Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. *Psicologia Hospitalar*. 2008; 6(1), 02-20. ISSN 2175-3547.
7. Ober WB, Fass RO. The early history of choriocarcinoma. *Ann NY Acad Sci* 1961; 172: 299–426. DOI: 10.1093/jhmas/xvi.1.49.
8. Hammond, C, Soper, J, Gestational Trophoblastic Diseases. *Glob. libr. women's med.* (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10263.
9. Li HW, Tsao SW, Cheung AN. Current understandings of the molecular genetics of gestational trophoblastic diseases. *Placenta*. 2002 Jan;23(1):20-31. DOI: 10.1053/plac.2001.0744. PMID: 11869089.
10. Biscaro A, Braga A, Berkowitz RS. Diagnosis, classification and treatment of gestational trophoblastic neoplasia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2015;37(1);42-51. DOI: 10.1590/SO100-720320140005198.

11. Cheung AN. Pathology of gestational trophoblastic diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003 Dec;17(6):849-68. DOI: 10.1016/s1521-6934(03)00094-4. PMID: 14614885.
12. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *The Lancet*, 2010. 376(9742), 717–729. DOI:10.1016/s0140-6736(10)60280-2.
13. Ngan HYS et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143:79-85. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.06.008.
14. Lin LH, Polizio R, Fushida K, Francisco RPV. Imaging in Gestational Trophoblastic Disease. *Semin Ultrasound CT MR.* 2019;40(4):332-349. DOI: 10.1053/j.sult.2019.03.002.
15. Belfort P, Barros RB. Epidemiologia em doença trofoblástica gestacional. In: Madi JM, Grillo BM, editors. *Neoplasia Trofoblástica Gestacional - Controvérsias.* Rio de Janeiro: Rubio; 2007. p. 27-31.
16. Choi MC, Lee C, Smith HO, Seung JK. Epidemiology. In: *Gestational Trophoblastic Disease, 4th ed*, Hancock BW, Seckl MJ, Berkowitz RS (Eds), International Society for the Study of Trophoblastic Diseases, 2015. Disponível em <https://isstd.org/uploadedfiles/chapter-3-epidemiology.pdf>
17. Sun SY, et al. Maternal Near Miss According to World Health Organization Classification Among Women with a Hydatidiform Mole: Experience at the New England Trophoblastic Disease Center, 1994-2013. *J Reprod Med.* 2016;61:210-214. PMID: 27424360.
18. Moraes VP et al. Clinical complications of hydatidiform mole. *Femina*; 42(5): 229-234, set.-out. 2014. ID: lil-743645.
19. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol.* 2003 Nov;4(11):670-8. DOI: 10.1016/s1470-2045(03)01245-2. PMID: 14602247.
20. Mathew HM, Lee CW, Haddady S. Rapidly progressive and severe hirsutism from hyperreactio luteinalis within a background of polycystic ovary syndrome. *Clin Case Rep.* 2018 Nov 1;5(2):e86-e90. DOI: 10.4158/ACCR-2018-0294.
21. Pires LV, Uberti EM, Fajardo M do C, da Cunha AG, Rosa MW, Ayub AC, et al. Role of hysterectomy in the management of patients with gestational trophoblastic neoplasia: importance of receiving treatment in reference centers. *J Reprod Med.* 2012;57(7-8):359-368. PMID: 22838254.

22. Visca E, Vökt CA, Tercanli S. Sonographische Diagnostik von Trophoblasterkrankungen in der Frühschwangerschaft [Sonographic diagnosis of gestational trophoblastic disease in early pregnancy]. *Ther Umsch.* 2008 Nov;65(11):657-61. German. DOI: 10.1024/0040-5930.65.11.657.
23. Berkowitz RS, Goldstein DP. Molar Pregnancy. *New England Journal of Medicine.* 2009. 360(16), 1639–1645. DOI:10.1056/nejmcp0900696.
24. Ferraz L, Lopes PF, Amim Jr J, Rezende Filho J, Montenegro CAB, Braga A. Update on the diagnosis and treatment of molar pregnancy. *J Bras Med.* 2016;103(2)6-12. ID: lil-774681.
25. Ngan H, Bender JL, Benedet H, Jones GC. Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2003;83(1):175-177. DOI: 10.1016/s0020-7292(03)90120-2.
26. Harvey, RA. Measurement of Human Chorionic Gonadotrophin (hCG) in the management of Trophoblastic disease. In: *Gestational Trophoblastic Disease*, 4th ed, Hancock BW, Seckl MJ, Berkowitz RS (Eds), International Society for the Study of Trophoblastic Diseases, 2015. Disponível em <https://isstd.org/uploadedfiles/chapter-5-hcg.pdf>.
27. Mangili G, Lorusso D, Brown J, Pfisterer J, Massuger L, Vaughan M, et al. Trophoblastic disease review for diagnosis and management: a joint report from the International Society for the Study of Trophoblastic Disease, European Organisation for the Treatment of Trophoblastic Disease, and the Gynecologic Cancer InterGroup. *Int J Gynecol Cancer.* 2014; 24(9-3):109-116. DOI:10.1097/IGC.0000000000000294.
28. Kohorn EI. The new FIGO 2000 staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic disease: description and critical assessment. *Int J Gynecol Cancer.* 2001;11(1):73-77. DOI: 10.1046/j.1525-1438.2001.011001073.
29. Uberti EM, Fajardo MC, Cunha AG, Rosa MW, Ayub AC, Graudenz MS, et al. Prevention of postmolar gestational trophoblastic neoplasia using prophylactic single bolus dose of actinomycin D in high-risk hydatidiform mole: a simple, effective, secure and low-cost approach without adverse effects on compliance to general follow-up or subsequent treatment. *Gynecol Oncol.* 2009;114(2):299-305. DOI: 10.1016/j.ygyno.2009.04.006.

30. Uberti EM, Fajardo MC, Cunha AG, Frota SS, Braga A, Ayub AC. Treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia comparing biweekly eight-day Methotrexate with folinic acid versus bolus-dose Actinomycin-D, among Brazilian women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(6):258-265. DOI: 10.1590/SO100-720320150005366.
31. Lurain JR, Singh DK, Schink JC. Primary treatment of metastatic high-risk gestational trophoblastic neoplasia with EMA-CO chemotherapy. *J Reprod Med.* 2006; 51(10):767-72. PMID: 17086804.
32. Alazzam M, Hancock BW, Tidy J. Role of hysterectomy in managing persistent gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med.* 2008 Jul;53(7):519-24. PMID: 18720927.
33. Charry RC, Maestá I, Bianconi MI. Presentation and management of molar pregnancy and gestational trophoblastic neoplasia in Latin America. In: *Gestational Trophoblastic Disease*, 4th ed, Hancock BW, Seckl MJ, Berkowitz RS (Eds), International Society for the Study of Trophoblastic Diseases, 2015. Disponível em <https://isstd.org/uploadedfiles/chapter-13-south-america-gtt.pdf>.
34. Niemann I, Vejerslev LO, Frøding L, Blaakær J, Maroun LL, Hansen ES, et al. Gestational trophoblastic diseases - clinical guidelines for diagnosis, treatment, follow-up, and counselling. *Dan Med J.* 2015;62(11):A5082. PMID: 26522484.
35. Schlaerth JB, Morrow CP, Kletzky OA, Nalick RH, D'Ablaing GA. Prognostic characteristics of serum human chorionic gonadotropin titer regression following molar pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1981 Oct;58(4):478-82. PMID: 7279342.
36. Rattanaburi A, Boonyapipat S, Supasinth Y. Human Chorionic Gonadotropin (hCG) Regression Curve for Predicting Response to EMA/CO (Etoposide, Methotrexate, Actinomycin D, Cyclophosphamide and Vincristine) Regimen in Gestational Trophoblastic Neoplasia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(12):5037-41. DOI: 10.7314/apjcp.2015.16.12.5037.
37. Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;70(2):209-62. PMID: 11041682.
38. Petersen RW, Ung K, Holland C, Quinlivan JA. The impact of molar pregnancy on psychological symptomatology, sexual function, and quality of life. *Gynecol Oncol.* 2005;97(2):535-42. DOI: 10.1016/j.ygyno.2005.01.015.

39. Wenzel L, Berkowitz RS, Newlands E, Hancock B, Goldstein DP, Seckl MJ, et al. Quality of life after gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med.* 2002;47(5):387-394. PMID: 12063877.
40. Gorman JR, Su HI, Pierce JP, Roberts SC, Dominick SA, Malcarne VL. A multidimensional scale to measure the reproductive concerns of young adult female cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2014;8(2):218-28. DOI: 10.1007/s11764-013-0333-3.
41. Uberti EM, Fajardo MC, Cunha AG, Rosa MW, Ayub AC, Graudenz MS, et al. Prevention of postmolar gestational trophoblastic neoplasia using prophylactic single bolus dose of actinomycin D in high-risk hydatidiform mole: a simple, effective, secure and low-cost approach without adverse effects on compliance to general follow-up or subsequent treatment. *Gynecol Oncol.* 2009;114(2):299-305. DOI: 10.1016/j.ygyno.2009.04.006.
42. Ferreira EGV, Maestá I, Michelin OC, De Paula RC, Consonni M, Rudge MV. Assessment of quality of life and psychological aspects in patients with gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med.* 2009;54:239-244. DOI: 10.1590/S0100-72032009000500010.
43. Di Mattei VE, Mazzetti M, Carnelli L, Bernardi M, Di Pierro R, Bergamini A, et al. Gestational Trophoblastic Disease: psychological impact and the role of defence mechanisms during illness and follow-up. *Recenti Prog Med.* 2015;106(12):641-645. DOI: 10.1701/2094.22658.
44. Jacomo RCRR. Psicoterapia de grupo psicodramática com pacientes oncológicos e seus cuidadores. *Rev. bras. psicodrama.* 2014;22(2):55-61. ISSN 0104-5393.
45. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ.* 2013;28;346:f167. DOI: 10.1136/bmj.f167. PMID: 23358487.
46. Ireson J, Jones G, Winter MC, Radley SC, Hancock BW, Tidy JA. Systematic review of health-related quality of life and patient-reported outcome measures in gestational trophoblastic disease: a parallel synthesis approach. *Lancet Oncol.* 2018;19(1):56-64. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30686-1.
47. Rós IA, Ferreira CAC, Garcia CS. Avaliação da psicoterapia de grupo em pacientes com ansiedade e depressão. *Rev. Psicol. Saúde.* 2020;12(1):75-86. DOI: 10.20435/pssa.v12i1.830.

48. Mantovani A, Mantovani CCP. Psico-oncologia e grupos: trabalhando vínculos em uma casa de apoio a pacientes com câncer. Rev. SPAGESP. 2008; 9(1)11-17. ISSN 1677-2970.
49. Diestel MCF, Uberti EMH, Lacerda ME, Spagnol LO, Silva IL. Aspectos psico- sociais da Doença Trofoblástica Gestacional: importância dos “Grupos de Ajuda”. Acta Oncol Bras. 2002;22:245-249. ID: lil-349320.
50. Oliveira, FC, Belfort, P. A história da Neoplasia Trofoblástica Gestacional no Brasil. In: Madi JM, Grillo BM, editors. Neoplasia Trofoblástica Gestacional - Controvérsias. Rio de Janeiro: Rubio; 2007. p. 11- 15.
51. Braga A, Grillo B, Silveira E, et al. Mola – Manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. Rio de Janeiro; 2014. p. 1-12.
52. Bagshawe KD, Dent J, Webb J. Hydatidiform mole in England and Wales 1973–83. Lancet. 1986;2(8508):673–677. DOI: 10.1016/S0140-6736(86)90179-0.
53. Uberti EM, Diestel MC, Guimarães FE, Goloubkova T, Rosa MW, De Nápoli G. Gestational trophoblastic disease: one more risk in adolescent pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81(4):356-363. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2002.810415.x.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Demonstrar os indicadores de aspectos psicológicos relacionados ao diagnóstico, manejo clínico quimioterápico ou cirúrgico e acompanhamento da DTG em um período de 5 anos, estudando a prevalência das reações emocionais.

3.2 Objetivos específicos

Avaliar a prevalência dos indicadores de aspectos psicológicos de acordo com o uso de quimioterapia.

Analisar os desfechos psicológicos de acordo com as diferentes faixas etárias das mulheres.

Comparar a prevalência dos indicadores de aspectos psicológicos entre mulheres que utilizaram quimioterapia e aquelas que necessitaram de histerectomia.

Promover a saúde mental das pacientes por meio da participação no GA – DTG da Santa Casa de Porto Alegre, melhor adesão ao seguimento e tratamento a partir do fortalecimento emocional, psico educação, troca de experiência das pacientes e busca de estratégias de enfrentamento adaptativas frente à realidade vivenciada.

4. ARTIGO CIENTÍFICO REDIGIDO EM INGLÊS

“Emotional and clinical aspects observed in women with Gestational Trophoblastic Disease: a multidisciplinary action”

Ana Carolina Gomes França

Elza Maria Hartmann Uberti

Karine Paiva Muller

Rodrigo Bernardes Cardoso

Fabiana Giger

Patricia El Beitune

Antônio Braga

Enviado para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Original Report

Emotional and clinical aspects observed in women with Gestational Trophoblastic Disease: a multidisciplinary action

Resumo

Objetivo: Avaliar aspectos emocionais e clínicos observados em mulheres com Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) acompanhadas em um Centro de Referência (CR), por equipe multiprofissional.

Método: Estudo de coorte retrospectivo nos prontuários clínicos de 186 mulheres com DTG, e dos aspectos emocionais (AE) observados nessas mulheres pela equipe de psicólogas e registrados nos 389 grupos de apoio (GA), ocorridos de 2014 a 2018.

Resultados: As pacientes eram jovens (idade média 31,2 anos), 47% sem filhos vivos, 60% tinham desejado ou planejado esta gravidez e 50% delas participaram de dois ou mais GA. A maioria (N=137-73,6%) apresentou remissão espontânea da gestação molar com mediana de 10 semanas e um tempo total de seguimento de 7 meses. Quarenta e nove mulheres (26,3%) evoluíram para Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG); a mediana para atingir a remissão após tratamento com quimioterapia foi de 19 semanas e o tempo total de seguimento foi de 36 meses. Os AE incluíram variados graus de ansiedade e depressão, mais evidentes em 9,1% das nossas pacientes; tais AE tenderam a ocorrer mais em mulheres com idade acima de 40 anos ($p=0,067$), com menor escolaridade ($p=0,054$), com evolução para NTG ($p=0,018$), e nas que necessitaram de tratamento quimioterápico com regime de múltiplos agentes ($p=0,028$), ou de histerectomia complementar ao tratamento clínico ($p=0,001$).

Conclusão: Este estudo mostrou presença de vários AE associados em todos os tipos de DTG. Destaca também a importância de um atendimento psicológico especializado, somente encontrado nos CR, que é essencial para ajudar na recuperação da saúde mental dessas mulheres.

Keywords

Gestational trophoblastic disease; Psychological aspects; Support group; Mental health

Descritores

Doença trofoblástica gestacional; Aspectos psicológicos; Grupos de apoio; Saúde Mental

Abstract

Objective: To evaluate the emotional and clinical aspects observed in women with gestational trophoblastic disease (GTD) followed-up in a reference center (RC) by a multidisciplinary team.

Method: Retrospective cohort study of the clinical records of 186 women with GTD and of the emotional aspects (EA) observed in these women by a team of psychologists and reported by the 389 support groups conducted from 2014 to 2018.

Results: The women were young (mean age: 31.2 years), 47% had no living child, 60% had planned the pregnancy, and 50% participated in two or more SG. Most women (N=137; 73.6%) reached spontaneous remission of molar gestation in a median time of 10 weeks and had a total follow-up time of seven months. In the group of 49 women (26.3%) who progressed to gestational trophoblastic neoplasia (GTN), time to remission after chemotherapy was 18 weeks, and total follow-up time was 36 months. EA included different levels of anxiety and depression, more evident in 9.1% of the women; these symptoms tended to occur more frequently in women older than 40 years ($p=0.067$), less educated ($p=0.054$), and whose disease progressed to GTN ($p=0.018$), as well as in those who had to undergo multi-agent chemotherapy ($p=0.028$) or hysterectomy ($p=0.001$) adjuvant to clinical treatment.

Conclusion: This study found several EA in association with all types of GTD. It also highlights the importance of specialized care only found in a RC, essential to support the recovery of the mental health of these women

Keywords

Gestational trophoblastic disease; Psychological aspects; Support group; Mental health.

INTRODUCTION

The emotional aspects associated with normal pregnancies have been widely studied and described, particularly when associated with high-risk gestations that may pose special risks to maternal and fetal health.^(1,2) Of all pregnancy complications in Brazil, about 1:200-400 are cases of gestational trophoblastic disease (GTD). GTD is a fertilization error of cytogenetic origin that potentially leads to an obstetric near miss and may progress to gestational trophoblastic neoplasia, which may be a cause of maternal death if not treated adequately.^(3,4,5)

These women face a great emotional impact when diagnosed with GTD. They experience the grief of a gestational loss, as well as the fear of being seriously ill and of losing their own life.^(7,8) The difficulties that many women have in understanding a diagnosis of a molar gestation and its uncertain prognosis have social and psychological impacts that go beyond the diagnosis and treatment of GTD.⁽⁹⁾ The emotional repercussions of this disease have been studied because of its particular circumstances and characteristics of GTD.^(6,7) Their psychosocial impact should be understood to define directions for the improvement of the approaches adopted by multidisciplinary teams.^(5,9)

According to its natural history, GTD progresses to a cure most cases. However, its psychological stressors are real for both women and their partners. Both face unexpected changes of plans: the hopes and joys of pregnancy give way to the immediate need of adaptation to deal with a potentially serious disease.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Therefore, beyond medical care, GTD reference centers (GTD-RC), where women with GTD are followed up, organize support groups (SG) to provide psychosocial support to these women.⁽⁵⁾ The objective of a SG is to contribute to health education and promote actions to improve women's mental health during the clinical follow-up of their disease. Some studies have demonstrated the efficacy of health education also in the case of GTD, as it clarifies questions and provides support to face the disease and its impacts. It also promotes adherence to treatments and anxiety control and provides support for their reproductive future.^(5,9,13-17)

Despite the importance of emotional aspects (EA) in its diagnosis, few studies have investigated the impacts of GTD, particularly the feelings associated with a pregnancy loss and a possible disease progression. Moreover, there are few studies about the potential benefits of psychotherapeutic interventions for these women.⁽³⁻⁸⁾

This study evaluated EA associated with the diagnosis and follow-up of women with GTD, as well as with different clinical outcomes and treatment modalities. In some cases, the need of complementary individual psychological support and the use of psychoactive medication were required to restore the mental health of women with GTD.

PATIENTS AND METHODS

Study design

This is a retrospective cohort study to analyze data about EA collected from the records of 389 SG. Participants were 186 women with all types of GTD evaluated from 2014 to 2018 in the GTD-RC of the "Mario Totta" Maternity Ward of Irmandade Santa Casa de Misericórdia Hospital (ISCOMPA), Porto Alegre, Brazil. Clinical and epidemiological data were reviewed in the medical records of the women seen in the GTD-RC, and qualitative data about EA were retrieved from the SG reports.

Procedures

This study was approved by the Ethics in Research Committee of the institution where it was conducted (CAAE 07388818.0.0000.5335 and CEP 3.209.698).

SG logistics

The SGs of the GTD-RC in the “Mário Totta” Maternity (MTM) of ISCMPA were first established in 1994 to provide psychosocial support in addition to medical care⁵. The SGs meet every seven to 14 days and are coordinated by the psychologist in the GTD-RC team. They also have the participation of a psychologist and a resident of the Gynecology and Obstetrics Department of ISCMPA or of the GTD-RC team. In the beginning of follow-up in the GTD-RC, all women and their families receive an explanation about the natural history of GTD and are invited and encouraged to participate in a SG. In the group, they have the opportunity to meet other women at different stages of GTD follow-up and have the chance to ask their questions and express their feelings and expectations about the disease and the future of their health.

At the time they are discharged from treatment in the GTD-RC, they are again invited to participate in a SG. At this moment, the idea is to have them share their experiences and life events and offer support and motivation to adhere to follow-up for women in the initial stages of post-molar follow-up.

When they return to the GTD-RC after a successful pregnancy, they are encouraged to participate in a SG once more, this time as representatives of a moment of hope of having a healthy pregnancy after the disease.

As the work in a SG is concluded, the psychologist in the group synthesizes the issues approached and reports on the EAs identified, which are later analyzed by the whole medical team responsible for the GTD-RC. For women that have more intense and frequent depressive symptoms or signs of anxiety, individual psychological care is offered, as well as a referral to a psychiatrist, whenever necessary. In the study period, the two psychologists who participated in this study estimated the frequency of each EA in women with spontaneous remission of GTD and in those whose disease progressed to GTN.

Data collection

The data reviewed and collected from the medical records of the GTD-RC were age, age group, number of previous pregnancies, parity, number of living children, education, whether current pregnancy was planned, gestational age at diagnosis (weeks), GTD diagnostic method (imaging, clinical, histological), type of GTD (complete or partial hydatidiform mole, other GTDs), associated medical complications (such as anemia, blood transfusion, repeated curettage, laboratorial hyperthyroidism, pelvic infection and theca-lutein cysts), GTD progression (remission or GTN), time to remission (weeks), need of individual psychological care, depression or anxiety symptoms before GTN and during post-molar follow-up, total follow-up time (months) and discharge status.

GTD was diagnosed using the 2002 International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) criteria: hCG concentrations plateaued at values greater than or equal to 10%, hCG rise of more than 10% for three consecutive weeks, or histological diagnosis of choriocarcinoma¹⁹.

Clinical staging of women that progressed to GTN used the 2002 FIGO-World Health Organization (WHO) criteria. Their risk score at the time of GTN diagnosis and beginning of the treatment indicated the most adequate type of management considering the risk of developing resistance to chemotherapy: single-agent chemotherapy when the risk score was lower than or equal to 6, and multi-agent chemotherapy if the score was greater than 7.

Data analysis

Quantitative variables were described as means and standard deviations or medians and interquartile ranges. Categorical variables were described as absolute and relative frequencies.

The *Student t* test was used to compare means. The Mann-Whitney test was used for asymmetrical variables. Proportions were compared using the Pearson chi-square or the Fisher's exact test.

A multivariate Poisson regression model was performed to control for confounding factors. This model is appropriate to estimate prevalence ratios in studies when the outcome is dichotomous. Variables significant at $p < 0.20$ in bivariate analysis were included in the multivariate analysis, but only those significant at $p < 0.10$ were kept in the final model.

The level of significance was set at 5%, and the SPSS 21.0 was used for all statistical analyses.

RESULTS

Sociodemographic and clinical characteristics of the 186 women followed-up in the GTD-RC of the MTM/ISCOMPA are shown in Table 1. Mean age was 31.2 ± 9 years; about one third had only an elementary school education; almost half the women were nulliparous or had no living child; and pregnancy had been desired and planned in more than 60% of the cases. A possible molar pregnancy was investigated using ultrasound in 75% of the cases, and the definitive diagnosis was confirmed in 91.4% of these women. Except for transvaginal bleeding in 60% of the women, no other associated medical complications (such as anemia, blood transfusion, repeated curettage, laboratorial hyperthyroidism, pelvic infection and theca-lutein cysts) were found in 75% of the women.

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the 186 women with GTD included in the study

Characteristics	N = 186	%
Age (in years) (mean±SD, minimum - maximum)	31.2 ±9	16 – 69
Education (N - %)		
Elementary (9 years)	52	28.0
Intermediate (12 years)	72	38.7
Higher (≥ 16 years)	62	33.3
Previous pregnancies (N - %)		
Zero	71	38.2
One	63	33.9
Two	52	28.0
Previous births (N - %)		
Zero	88	47.3
One	64	34.4
≥ Two	34	18.3
Living children (N - %)		
Zero	92	49.5
One	65	34.9
≥ Two	29	15.6
Planned or desired pregnancy (N - %)		
Yes	120	64.5
No	66	35.5
Gestational age (in weeks); mean±SD, minimum - maximum	10.1±3.8	4 - 29
Vaginal bleeding before diagnosis (N - %)		
Yes	111	59.7
No	75	40.3
GTD diagnostic method (N - %)		
Ultrasound	136	73.1
Histology only	50	26.8
Type of molar pregnancy (N - %)		
Complete hydatidiform mole	94	50.5
Partial hydatidiform mole	76	40.9
Other diagnoses	16	8.6
Associated clinical complications* (N - %)		
No	142	76.3
Yes	44	23.6

Abbreviations: GTD = gestational trophoblastic disease; *associated clinical complications: anemia, blood transfusion, repeated curettage, laboratorial hyperthyroidism, pelvic infection and theca-lutein cysts

GTD evolution is described in Table 2, which shows that 50% of the women participated in two or more SGs. The disease progressed to GTN in 49 women (26.3%); almost 90% had GTN with a low risk of resistance to chemotherapy according to the 2002 FIGO/WHO criteria, and 83.6% of these cases were treated with only single-agent chemotherapy. As expected, both time to disease remission and time of follow-up were statistically greater in women with disease that progressed to GTN ($p<0,001$). Patient recovery was confirmed in 96.2% of the cases, and 79% were discharged after all post-molar follow-up was completed.

Table 2. Clinical evolution of the 186 women with GTD followed up in the study

Factors evaluated	N=186 (%)	P
Participation in SG		
One	94 (50.5)	
≥ Two	92 (49.4)	
Evolution		
Spontaneous remission	137 (73.6)	
GTN	49 (26.3)	
Time to remission (weeks) - median [P25 - P75] ***		
Spontaneous remission	10 (8-12)	
GTN	19 (16-26)	
FIGO/WHO risk score (n=49)		
Low-risk	44 (89.8)	
High-risk	5 (10.2)	
Treatment (n=49)		
Only chemotherapy	42 (85.7)	
Chemotherapy + surgery	7(14.2)	
Chemotherapy (n=49)		
Single-agent	41 (83.6)	<0,001
Multi-agent	8 (16.3)	
Hysterectomy and indication (n=49)		
No	42 (85.7)	
Yes	7 (14.2)	
Age, or childbearing completed	2 (28.5)	
Associated gynecological complications	4 (57.1)	
Recurrence	1 (14.2)	
Follow-up (months) - median (P25 - P75) ***		
Spontaneous remission	7 (6-9)	
GTN	36 (18-60)	
Discharge status		
Medical discharge after complete follow-up	147 (79.0)	
Loss to follow-up after remission (with normal hCG concentration)	32 (17.2)	
Loss to follow-up before remission (with elevated hCG concentration)	5 (2.7)	
Transferred	1 (0.5)	
Death	1 (0.5)	

Abbreviations: SG= support group; GTN = gestational trophoblastic neoplasia; FIGO = The International Federation of Gynecology and Obstetrics; WHO= World Health Organization; hCG = human chorionic gonadotropin; *** Mann-Whitney test ($p<0,001$)

Table 3 and 4 show the association of EA related to depressive symptoms with women's clinical characteristics and GTD evolution variables. Grouped data revealed that 17 women (9.1%) had one or more depressive symptoms: six (3.2%) of them received individual psychological care; five (2.7%) had a history of depression; 16 (8.6%) had symptoms during follow-up; and 14 (7.5%) needed treatment with antidepressant medication. Data were grouped to obtain a larger sample size for the analysis of associations.

Table 3. Association between women's clinical characteristics and depressive symptoms.

Variables	With depressive symptoms (n=17)	Without depressive symptoms (n=169)	P value
Age (years) – mean ± SD	36.5 ± 10.9	30.6 ± 8.6	0.009*
Age range – n(%)			0.067**
≤19 years	0 (0.0)	11 (6.5)	
20 – 39 years	11 (64.7)	133 (78.7)	
≥40 years	6 (35.3) [†]	25 (14.8)	
Education – n (%)			0.054**
Elementary (9 years)	9 (52.9) [†]	43 (25.4)	
Intermediate (12 years)	4 (23.5)	68 (40.2)	
College or higher (≥ 16 years)	4 (23.5)	58 (34.3)	
Planned pregnancy – n (%)	9 (52.9)	111 (65.7)	0.435**
Previous pregnancies – median (P25 – P75)	1 (1 – 2.5)	1 (0 – 2)	0.012***
Number of births – median (P25 – P75)	1 (0.5 – 2)	1 (0 – 1)	0.011***
Number of living children – median (P25 – P75)	1 (0 – 2)	0 (0 – 1)	0.029***
Gestational age (weeks) – mean ± SD	9.9 ± 3.2	10.1 ± 3.9	0.827*
Type of molar pregnancy – n (%)			0.082**
Complete hydatidiform mole	11 (64.7)	83 (49.1)	
Partial hydatidiform mole	3 (17.6)	73 (43.2)	
Another diagnosis	3 (17.6)	13 (7.7)	
With associated medical complications – n (%)	4 (23,5)	40 (23,7)	1.000±

Abbreviations: SD = standard deviation; GTN = gestational trophoblastic neoplasia; hCG = human chorionic gonadotropin; * Student *t* test; ** Chi-square test; *** Mann-Whitney test; † Fisher's exact test; # statistically significant adjusted residuals ($p < 0.05$); ‡ results approaching significance.

Table 4. Association of GTD evolution with depressive symptoms.

Variables	With depressive symptoms (n=17)	Without depressive symptoms (n=169)	P
GTD Evolution – n (%)			0.018**
Spontaneous remission	8 (47.1)	128 (76.2)*	
GTN evolution	9 (52.9)*	40 (23.8)	
Time to remission (weeks) - median (P25 – P75)	17 (12 – 27)	10.5 (8 – 15)	<0.001***
GTN risk score - median (P25 – P75)	6 (2 – 8.5)	2 (1 – 3)	0.008***
GTN Treatment - n (%) [N = 49]			0.224†
Only chemotherapy	7 (77.8)	37 (92.5)	
Chemotherapy and surgery	2 (22.2)	3 (7.5)	
Type of Chemotherapy – n (%) [N = 49]			0.028†
Single agent	5 (55.6)	36 (90.0)#	
Multi-agent	4 (44.4)#	4 (10.0)	
With adjuvant Hysterectomy - n (%)	4 (23.5)	3 (1.8)	0.001†
Discharge conditions - n (%)			0.874**
Medical discharge after complete follow-up	15 (88.2)	132 (78.1)	
Loss to follow-up after remission, with normal hCG concentration	2 (11.8)	30 (17.8)	
Loss to follow-up before remission, with elevated hCG concentration	0 (0.0)	5 (3.0)	
Death/Transferred	0 (0.0)	2 (1.2)	
Follow-up (months) – median (P25- P75)	36 (9.5 – 66)	8 (6 – 12)	<0.001***

Abbreviations: SD = standard deviation; GTN = gestational trophoblastic neoplasia; hCG = human chorionic gonadotropin; * Student *t* test; ** Chi-square test; *** Mann-Whitney test; † Fisher's exact test; # statistically significant adjusted residuals ($p < 0.05$); ‡ results approaching significance.

The multivariate analysis revealed that the tendency to depressive symptoms was about 2.5 times greater in women whose disease progressed to GTN (p=0.067) (Table 5). Women that underwent hysterectomy had a three times greater probability of having depressive symptoms. For each child a woman had, this probability increased 59% (RR=1.59).

Table 5 – Multivariate Poisson regression to assess variables independently associated with depressive symptoms.

Variables	Prevalence Ratio (95%CI)	p
GTD evolution		
Spontaneous remission	1	
GTN	2.64 (0.94 – 7.44)	0.067
Hysterectomy	3.26 (1.11 – 9.58)	0.032
Number of living children	1.59 (1.09 – 2.33)	0.016

Abbreviations: GTN = gestational trophoblastic neoplasia

of those who had spontaneous remission (34.0 ± 10.9 vs 30.2 ± 7.9 ; p=0.029). The women who had planned their pregnancies had a higher rate of return to medical care when pregnant again than those who had not (23.3% vs 9.1%; p=0.027).

Charts 1 and 2 show other important EA identified in the SGs, grouped according to GTD progression.

Chart 1 – Emotional aspects recorded in the SG for 137 women with spontaneous remission of GTD and no additional chemotherapy.

Symptoms	%
Why me? -----	90 - 95
Am I the only one with this disease? -----	80 - 95
Fear of the unknown -----	85 - 90
Hard to explain the disease to others -----	10 - 45
Fear and guilt about fertility and next pregnancy -----	75 - 80
Helplessness about family – feeling alone and sad when facing the disease -----	50 - 60
Inability to feel hurt about pregnancy loss -----	20 - 30
Powerlessness in face of future motherhood (especially women without children)---	40 - 95
Desire to have sterilization out of fear of next pregnancy -----	0 - 50
Social shame: ashamed of facing social groups (workmates, friends, neighbors) ----	20 - 90
Emotional difficulties during a new pregnancy -----	50 - 80
Awareness of risks of a new pregnancy -----	90 - 95
Ambiguous feelings about a new pregnancy: fear and desire -----	5 - 20
Sexual dysfunction -----	10 - 30
Ambiguous feelings about the attending team -----	2 - 5
Feeling that care received out of the RC was not supportive -----	70 - 95
Feeling angry and ashamed of feelings when seeing other pregnant women -----	75 - 95

Chart 2 – Emotional aspects observed in the SG in 49 women whose disease progressed to GTN and who needed chemotherapy.

Symptoms	%
Guilt for being ill -----	10 - 40
Fantasizing about cancer and death -----	60 - 95
Fantasizing about crying or suffering, believing they will make disease get worse ----	20 - 90
Low self-esteem because of body image (hair loss) -----	70 - 95
Helplessness about surgery (hysterectomy) -----	10 - 95
Ambiguous feelings about being ill and weak inside while looking strong outside ----	30 - 80
Fear about living with a “damaged” uterus -----	5 - 10
Feeling of inferiority and of being unable to bear children -----	50 - 70
Difficulty in interacting socially after chemotherapy -----	40 - 80
Use of disease for secondary gain and guilt relief -----	40 - 65
Fear and guilt about fertility and next pregnancy -----	80 - 95
Fear and denial of death -----	10 - 30

A high level of anxiety was a constant finding before admission to the RC. After admission, some actions, such as acquisition of an accurate knowledge of the natural history of GTD, personal meetings with other women experiencing the same disease and participation in specific social media platforms, such as the Facebook group in the profile of the Brazilian Association of Gestational Trophoblastic Disease, helped reduce anxiety.

DISCUSSION

Disease progression to GTN, hysterectomy adjuvant to GTN treatment and living child were the main stressors independently associated with depressive symptoms among the women with GTD followed up in this study.

Other studies have investigated the emotional impact of disease on women with GTD using standardized questionnaires, such as the Quality of Life, Satisfaction with Life and the WHO Quality of Life scales, as well as the evaluation of depressive symptoms. However, a more detailed analysis of these symptoms and of the emotional repercussions of the disease requires an accurate evaluation using qualitative data about grief, death, anger and delay of childbearing plans.⁽¹⁹⁾

Anxiety symptoms may also have been reported in the form of ignorance and/or fear of the disease, sexual dysfunction, low level of maternal self-efficacy, guilt for being sick and low self-esteem⁽²⁰⁾, as showed in Charts 1 and 2.

Several studies have reported on the relevance of the impact of communications, treatment and emotional support received from a multidisciplinary team.^(6,20,17,18) The perceptions of women with GTD have also been evaluated using questionnaires, such as the Health-Related Quality Of Life and the Patient Reported Outcome Measures (PROM), which cover several domains, such as physical effects, emotional symptoms (anxiety, depression) and social relationships. Psychological interventions, participation in a SG and participation of the family, when combined with continuous education about their disease, play an important role in the context of the treatment by a multidisciplinary team.^(3,7)

Questions and outcomes

Ferreira and colleagues found that the lowest scores of quality of life were associated with emotional effects, whereas physical effects due to multi-agent chemotherapy did not affect it significantly.⁽¹¹⁾ Our results showed that hysterectomy, a surgical adjuvant treatment and the most important physical intervention in our study, was significantly associated with depressive

symptoms. Women whose disease progressed to GTN had more symptoms of anxiety and stress, but chemotherapy had a curative effect on patient survival and did not limit their future childbearing plans or made their reproductive future worse.^(22,23)

Many studies found significant numbers of depressive symptoms in women with GTN.^(6,8,24) Feelings after a molar gestation, similar to the grief felt in case of miscarriages, include depressive symptoms and reactions.⁽⁵⁾ Several anxiety symptoms are associated with the weekly or regular measurement of the tumor marker (hCG).⁽⁸⁾ Problems associated with relationships, marriage and reproductive future also seem to point to a greater level of sexual dysfunction in women with GTD.^(24,25) No association with infertility has been found, and most women have a positive reproductive performance, confirmed by subsequent term pregnancies without complications.^(8,26)

Study comparisons are limited by the difficulty in comparing heterogeneous qualitative details, although some studies have used standardized objective questionnaires. Regardless of severity of psychological effects, the emotional support of a multidisciplinary team is a unanimously effective tool to promote well being and improve women's quality of life.^(27,28) The participation in SGs also strengthens adherence to follow-up and return for the visits at the recommended regular intervals. Multidisciplinary teams have an important role in detecting depressive symptoms and managing the psychological repercussions of treatment on both the women and their families during follow-up.⁽⁷⁾

In the future, studies about the psychosocial aspects of GTD will probably use PROM questionnaires. This instrument may be used to evaluate patient health at different time points of their follow-up, differently from other questionnaires that evaluate only disease and outcome.^(22,29,30)

One of the limitations of this study is the fact that, as a retrospective study, it is difficult to characterize EA accurately, as SG records have been made along many years. Moreover, the longer time to remission and follow-up time of women whose disease progressed to GTN are confounding variables that may affect the prevalence of depressive symptoms.

Short- and long-term problems are associated with the quality of life and the psychological, social and sexual consequences of a diagnosis of GTD, particularly when the disease progresses to GTN. Moreover, women suffering because of their experience in a hospital context, the fragility of their physical health, the constant return visits to a place marked by disease, the chances of deterioration or a prognostic change should all be taken into consideration in this analysis.

The main objectives of GTD-RCs, which provide multidisciplinary care to women with all types of GTD, are the recovery of physical and mental health, the preservation of fertility and the improvement of quality of life. Therefore, women with GTD should be referred to follow-up in one of the 41 GTD-RCs in Brazil at an early stage. Follow-up in a specialized RC contributes to reducing morbidity and mortality. Moreover, it promotes positive follow-up experiences, provides understanding and mitigation of psychological stressors of treatment, and ensures that treatment approaches are comprehensive and focused on the women and their families.

References

1. Caldas DB, Silva ALR, Böing E et al. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicol. hosp.* 2013; 11(1):66-87. ISSN 2175-3547.
2. Kliemann A, Böing E, Crepaldi MA. "Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos." *Rev Mudanças-Psicologia da Saúde.* 2017; 25: 69-76. DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76
3. Sun SY, Goldstein DP, Bernstein MR et al., Horowitz NS, Mattar R, Maestá I, et al. Maternal Near Miss According to World Health Organization Classification Among Women with a Hydatidiform Mole: Experience at the New England Trophoblastic Disease Center, 1994-2013. *J Reprod Med.* 2016;61 (5-6):210-214. PMID: 27424360.
4. Braga A, Mora P, Melo AC, Nogueira-Rodrigues A, Amim-Junior J, Rezende-Filho J, et al. Challenges in the diagnosis and treatment of gestational trophoblastic neoplasia worldwide. *World J Clin Oncol.* 2019; 10(2): 28-37. DOI: 10.5306/wjco.v10.i2.28
5. Freitas F, Braga A, Viggiano M, Velarde LGC, Yela D, Fernandes K, et al. Gestational trophoblastic neoplasia lethality among Brazilian women: A retrospective national cohort study. *Gynecol Oncol* 2020;158(2): 452-459. DOI: 10.1016/j.ygyno.2020.04.704
6. Belfort P, Barros RB. Aspectos psicossociais da Neoplasia Trofoblástica Gestacional. In: Madi JM, Grillo BM, editors. *Neoplasia Trofoblástica Gestacional.* Rio de Janeiro: Colina/Revinter; Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2007. p. 209-211.
7. Berkowitz RS, Marean AR, Hamilton N, Bernstein M, Engle RP Jr, Sandman G, et al. Psychological and social impact of gestational trophoblastic neoplasia. *J Reprod Med.* 1980;25(1):14-16. PMID: 6249927.
8. Velasco M. A mulher diante da Doença Trofoblástica Gestacional. In: Belfort P, Grillo BM, Madi JM, Viggiano M. *Neoplasia trofoblástica gestacional: Controvérsias.* Rio de Janeiro: Rubio; 2007. p. 263-267.
9. Cagayan MSFS. Sexual dysfunction as a complication of treatment of gestational trophoblastic neoplasia. *J Reprod Med.* 2008;53(8):595-599. PMID: 18773624.
10. Diestel MCF, Uberti EMH, Lacerda ME, Spagnol LO, Silva IL. Aspectos psico- sociais da Doença Trofoblástica Gestacional: importância dos "Grupos de Ajuda". *Acta Oncol Bras.* 2002;21(1): 183-186. ID: lil-349320
11. Ferreira EGV, Maestá I, Michelin OC, De Paula RC, Consonni M, Rudge MV. Assessment of quality of life and psychological aspects in patients with gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med.* 2009; 54(4):239-244. DOI: [10.1590/S0100-72032009000500010](https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000500010).
12. Horowitz NS, Wenzel LB. Psychosocial consequences of gestational trophoblastic disease. In: *Gestational Trophoblastic Disease, 4th ed*, Hancock BW, Seckl MJ, Berkowitz RS (Eds), International Society for the Study of Trophoblastic Disease. 2015. Disponível em <https://isstd.org/uploadedfiles/chapter-23-psychological.pdf>
13. Braga A, Maestá I, Michelin OC, Delmanto RGG, Consonni M, Rudge M, et al. Maternal and perinatal outcomes of first pregnancy after chemotherapy for gestational trophoblastic neoplasia in Brazilian women. *Gynecol Oncol.* 2009;112(3):568-71. DOI: 10.1016/j.ygyno.2008.10.027.
14. Braga A, Torres B, Burlá M, Maestá I, Sun SY, Lin L et al. Is chemotherapy necessary for patients with molar pregnancy and human chorionic gonadotropin serum levels raised but

- falling at 6months after uterine evacuation?. *Gynecol Oncol.* 2016;143(3):558-564. DOI: 10.1016/j.ygyno.2016.09.012.
15. Pires LV, Uberti EM, Fajardo MC, Cunha AG, Rosa MW, Ayub AC et al. Role of hysterectomy in the management of patients with gestational trophoblastic neoplasia: importance of receiving treatment in reference centers. *J Reprod Med.* 2012;57(7-8):359-368. PMID: 22838254.
 16. Li L, Wan X, Feng F, Ren T, Yang J, Zhao J et al. Pulse actinomycin D as first-line treatment of low-risk post-molar non-choriocarcinoma gestational trophoblastic neoplasia. *BMC Cancer.* 2018;18(1):585. DOI: 10.1186/s12885-018-4512-5.
 17. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018; 143 Suppl 2:79-85. DOI: 10.1002/ijgo.12615.
 18. Uberti EM, Diestel MC, Guimarães FE, Goloubkova T, Rosa MW, DeNápoli G. Gestational trophoblastic disease: one more risk in adolescent pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81(4):356-363. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2002.810415.
 19. Ngan HY, Bender H, Benedet JL, Jones H, Montruccoli GC, Pecorelli S; FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;83 Suppl 1:175-7. DOI: 10.1016/s0020-7292(03)90120-2.
 20. Garner E, Goldstein DP, Berkowitz RS, Wenzel L. Psychosocial and reproductive outcomes of gestational trophoblastic diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003 Dec;17(6):959-68. DOI: 10.1016/s1521-6934(03)00093-2. PMID: 14614892.
 21. Gillett S, Singh K, Ireson J, Hills A, Winter M, Tidy J, et al. Evolution of a Teenage and Young Adult Service, in Sheffield, U.K., for Patients with Gestational Trophoblastic Neoplasia. *J Reprod Med.* 2016;61(1):235-237. PMID: 27424365.
 22. Di Mattei VE, Mazzetti M, Carnelli L, Bernardi M, Di Pierro R, Bergamini A, et al. Gestational Trophoblastic Disease: psychological impact and the role of defence mechanisms during illness and follow-up. *Recenti Prog Med.* 2015;106(12):641-645. DOI: 10.1701/2094.22658.
 23. Ngan HY, Tang GW. Psychosocial aspects of gestational trophoblastic disease in Chinese residents of Hong Kong. *J Reprod Med.* 1986; 31(1):173-178.
 24. Kohorn EI. The new FIGO 2000 staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic disease: description and critical assessment. *Int J Gynecol Cancer.* 2001;11(1):73-77. DOI: 10.1046/j.1525-1438.2001.011001073
 25. Petersen RW, Ung K, Holland C, Quinlivan JA. The impact of molar pregnancy on psychological symptomatology, sexual function, and quality of life. *Gynecol Oncol.* 2005;97(2):535-42. DOI:10.1016/j.ygyno.2005.01.015
 26. Stafford L, McNally OM, Gibson P, Judd F. Long-term psychological morbidity, sexual functioning, and relationship outcomes in women with gestational trophoblastic disease. *Int J Gynecol Cancer.* 2011;21(7):1256-1263. DOI: 10.1097/IGC.0b013e3182259c04.
 27. Quinlivan JA, Ung KA, Petersen RW. The impact of molar pregnancy on the male partner. *Psychooncology.* 2012;21(9):970-976. DOI: 10.1002/pon.1992.

28. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997;166(4):182-186. PMID: 9066546.
29. Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med.* 2007;22(6):782-786. DOI: 10.1007/s11606-007-0184-6. PMID: 17431697;
30. Stafford L, Judd F. What do women with gestational trophoblastic disease understand about the condition? *Int J Gynecol Cancer.* 2011;21(1):161-166. DOI: 10.1097/IGC.0b013e31820156d8.

5. CONCLUSÃO

O estudo conseguiu avaliar os aspectos psicológicos relacionados ao diagnóstico, manejo clínico das pacientes diagnosticadas com DTG no período de 5 anos, demonstrando as particularidades entre os tratamentos com quimioterapia e com cirurgia. Também foi possível avaliar os desfechos psicológicos de acordo com as faixas etárias e nível educacional das mulheres. Houve diferença nos indicadores de aspectos psicológicos entre mulheres que utilizaram quimioterapia e aquelas que realizaram cirurgia.

A participação nos GA demonstrou que a promoção de saúde mental tem grande impacto em melhorar a adesão ao tratamento, o fortalecimento emocional, a psicoeducação, a troca de experiência das pacientes e a busca de estratégias de enfrentamento adaptativas frente à doença. Com base nos resultados do nosso estudo, a prevalência de sintomas depressivos foi de 9% das pacientes, sendo a maioria delas mulheres jovens e sem filhos ou com apenas 1 filho anterior à gestação molar. As pacientes com sintomas depressivos em sua maioria (52,9%) também tinham menor escolaridade comparado com as pacientes sem sintomas depressivos.

Os 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 assim uma melhor adesão ao tratamento e ajuste psicológico à doença. Educação em saúde e grupos de psicoterapia associado a equipe multidisciplinar no atendimento a paciente com DTG promove uma melhor adesão ao tratamento, aumentando as chances de melhor adaptação psicológica durante o período de acompanhamento da doença e proporcionando um retorno adequado psicologicamente para o meio social após a cura.

Para atingir sucesso no tratamento já se entende a necessidade de apoio através de pessoas do grupo familiar e amigos, associado a equipe multidisciplinar, visando a educação sobre a doença, maior entendimento do acompanhamento e tratamentos, melhorando sua saúde física e mental neste período e preparando para uma futura gestação de sucesso. Outras pesquisas continuam sendo realizadas no CR – DTG da ISCMPA, com a participação conjunta de acadêmicos e pós graduandos em Medicina, Psicologia e Enfermagem com perspectivas de grandes trabalhos e proporcionando

atendimento em saúde de alto nível associado aos melhores avanços das Ciências da Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo faz parte de outras pesquisas em andamento no CR DTG da ISCMPA, sob supervisão da coorientadora, que diuturnamente promove excelente assistência das pacientes, sempre à luz das evidências científicas e com acolhimento humanizado. Outros projetos de pesquisa relacionados à equipe multidisciplinar estão sendo conduzidos em outros CRs, com intensa atividade de intercâmbio e participação de médicos, enfermeiras e psicólogas no Brasil.

As limitações do estudo estão relacionadas à metodologia de pesquisa em prontuário, dependendo de informações anteriores e de registro de dados. Também é importante ressaltar o viés de ser um estudo em centro especializado, onde geralmente os casos já foram previamente triados e encaminhados.

No tocante às perspectivas, é possível que se elabore mais estudos relacionados ao atendimento multidisciplinar, com a utilização de instrumentos, tais como questionários, para otimizar a avaliação de forma objetiva e proporcionar uma assistência holística com capacitação maior que a já aplicada

7. ANEXOS

Trabalhos publicados em congresso nacional

Trabalhos publicado em congresso internacional

Trabalho premiado

Trabalhos em anais de congresso

Relatórios Plataforma Brasil

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos emocionais, desfechos clínicos e cirúrgicos de mulheres com doença trofoblástica gestacional: experiência da equipe multiprofissional de um Centro de Referência.

Pesquisador: ANA CAROLINA GOMES FRANCA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07388818.0.0000.5335

Instituição Proponente: ISCMPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.209.698

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo de parte uma coorte acompanhada no Centro de Diagnóstico e Terapêutica em Doença Trofoblástica Gestacional da ISCMPA (Irmandade Santa Casa de Porto Alegre) durante o período de março/2015 a agosto/2018, incluindo todas as pacientes que necessitaram, em algum momento da sua doença, apenas de acompanhamento clínico, de tratamento quimioterápico ou de histerectomia para o manejo da DTG.

A amostra da pesquisa será de 187 pacientes, considerado o cálculo da população de 603 pacientes atendidas no período citado (cálculo feito com grau de confiança 90% e margem de erro de 5%).

Serão incluídas as pacientes com todos os tipos de DTG, correlacionando-se cada subtipo com sintomas e sinais psicológicos apresentados no período. Serão revisados pela pesquisadora os aspectos emocionais trazidos nos GA; observados psicóloga da equipe, conforme entrevista com as pacientes durante o seguimento da doença.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: Avaliar a experiência da Santa Casa de Porto Alegre com grupos de apoio (GA) da DTG, os indicadores de aspectos psicológicos relacionados ao diagnóstico e acompanhamento da DTG, bem como promover a saúde mental dos pacientes por meio da participação no GA - DTG.

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: 3.209.698

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Quebra de sigilo dos dados das pacientes, minimizados com o compromisso de confidencialidade dos dados.

Benefícios:

Melhor análise das repercussões emocionais da doença trofoblástica: luto pela perda gestacional, medo de complicações clínicas; sentimentos relacionados a elaboração da gestação e da doença complicando e comprometendo o futuro e a qualidade de vida das pacientes.

Com base nestas vivências, pode-se melhor adaptar estratégias e suporte com equipe multiprofissional para a melhor assistência das pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é válida por ter a possibilidade de trazer maiores informações para abordagens no apoio psicológico das pacientes com essa patologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há dispensa de TCLE por ser uma análise retrospectiva.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto encontra-se de acordo com a Res 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação 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:

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: 3.209.698

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1228873.pdf	07/02/2019 20:41:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	acgf6.doc	07/02/2019 20:40:01	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ausetcle.pdf	31/01/2019 00:02:26	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Outros	model_cep.pdf	23/01/2019 11:03:58	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Folha de Rosto	folharostofinal.pdf	22/12/2018 22:33:37	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	decl_dado.pdf	30/11/2018 18:56:42	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Outros	autchefia.pdf	30/11/2018 18:56:20	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Outros	isenao_onus.pdf	30/11/2018 18:56:07	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Orçamento	orcam.pdf	30/11/2018 18:55:53	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	suj_estudo.pdf	30/11/2018 18:48:39	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cadastro.pdf	30/11/2018 18:48:28	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	matbiol.pdf	30/11/2018 18:48:05	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito
Cronograma	cromog.pdf	30/11/2018 18:47:43	ANA CAROLINA GOMES FRANCA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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: 3.209.698

PORTO ALEGRE, 20 de Março de 2019

Assinado por:
ELIZETE KEITEL
(Coordenador(a))

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

[Home](#)[Author](#)

Author Dashboard

1 Submitted Manuscripts [>](#)[Start New Submission](#) [>](#)[Legacy Instructions](#) [>](#)[5 Most Recent E-mails](#) [>](#)

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Office, Editorial ● Awaiting Admin Processing	RBGO-2021-0154	Emotional repercussions of gestational trophoblastic disease on patient progression:a multidisciplinary team experience View Submission	23-Apr-2021	23-Apr-2021

[Contact Journal](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2021. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

 [@ScholarOneNews](#) |  [System Requirements](#) |  [Privacy Statement](#) |  [Terms of Use](#)



Ana Carolina França <acarolinagfranca@gmail.com>

ISSTD 2019 Abstract presentation details

3 mensagens

ISSTD 2019 (Gertrud Jeewanjee) <isstd2019@icsevents.com>

6 de setembro de 2019 11:26

Responder a: "ISSTD 2019 (Gertrud Jeewanjee)" <isstd2019@icsevents.com>

Para: Ana Franca <acarolinagfranca@gmail.com>



XX World Congress on Gestational Trophoblastic Diseases October 20 – 23, 2019 Toronto, Canada

Dear Miss. Ana Franca,

On behalf of the ISSTD 2019 Scientific Committee, we are delighted to confirm the details for presentation(s) at the XX World Congress on Gestational Trophoblastic Diseases (ISSTD 2019).

Presentation(s)

Title	CLINICAL COMPLICATIONS FEATURED IN GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE, DURING A 11 YEARS COHORT IN A REFERRAL CENTRE
Paper Number	55
Presentation Type	Poster Presentation
Session Details	Poster Session
Title	SUPPORT GROUP FOR PATIENTS WITH GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE (GTD): EMOTIONAL ASPECTS AND THE EXPERIENCE OF TROPHOBLASTIC DISEASE REFERRAL CENTER (RC)
Paper Number	26
Presentation Type	Poster Presentation
Session Details	Poster Session

If you have not yet registered, please complete your registration by the Regular Registration Deadline of September 15, 2019. All presenters must be registered and attend the Congress. Please contact the [ISSTD Registration & Housing Manager](#) if you require assistance with your registration. An official letter of invitation can be requested during the registration process. ISSTD Members and delegates from low resource countries are eligible for reduced registration rates.

CLICK HERE TO REGISTER NOW

For Registration, Program, Accommodation and Travel details, please visit the [Congress Website](#).

Please consult the [Presentation Guidelines](#) and check back occasionally as they might slightly change over time.

Poster presentation times will be assigned shortly and poster board numbers will be provided onsite.

Should you require further information, please do not hesitate to contact me.

We look forward to welcoming you at the Congress!

Kind regards,
Gertrud

Gertrud Jeewanjee, CMP
Conference Manager
XX World Congress on Gestational Trophoblastic Diseases (ISSTD 2019)

c/o International Conference Services Ltd.
Phone: +1 778-945-9920
Mo-Fr 8:00 to 17:00 (EDT)
Email: isstd2019@icsevents.com

Ana Carolina França <acarolinagfranca@gmail.com>
Para: "ISSTD 2019 (Gertrud Jeewanjee)" <isstd2019@icsevents.com>

6 de setembro de 2019 13:25

Good afternoon,
The poster session will be presented in conventional printed poster or electronic poster?
Kind regards,
Ana Franca

Enviado do meu iPhone
[Texto das mensagens anteriores oculto]

ISSTD 2019 Conference Manager <ISSTD2019@icsevents.com>
Para: Ana Carolina França <acarolinagfranca@gmail.com>

11 de setembro de 2019 08:17

Dear Dr. Franca,

The posters will be presented in printed format.

Kind regards,

Gertrud

[Texto das mensagens anteriores oculto]

CERTIFICADO



Congresso
Brasileiro de
Ginecologia
e Obstetrícia

13 a 16 de novembro de 2019
Centro de Eventos FIERGS
Porto Alegre RS

Certificamos que o trabalho

GRUPO DE APOIO ÀS PACIENTES COM MOLA HIDATIFORME: ASPECTOS EMOCIONAIS E A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇA TROFOBLÁSTICAS

dos autores: ANA CAROLINA GOMES FRANÇA; ANA CAROLINA GOMES FRANÇA; ELZA MARIA HARTMANN UBERTI; FABIANE FARIA GIGUER; RODRIGO BERNARDES CARDOSO, foi apresentado na modalidade Aprovado para Pôster Eletrônico - Obstetrícia, no evento 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia ocorrido de 13 a 16 de novembro de 2019 no Centro de Eventos FIERGS em Porto Alegre/RS.

Porto Alegre, 16 de novembro de 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente da FEBRASGO

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico



CERTIFICADO



Congresso
Brasileiro de
Ginecologia
e Obstetrícia

13 a 16 de novembro de 2019
Centro de Eventos FIERGS
Porto Alegre RS

Certificamos que o trabalho

GRUPO DE APOIO ÀS PACIENTES COM MOLA HIDATIFORME: ASPECTOS EMOCIONAIS E A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇA TROFOBLÁSTICAS

foi apresentado na modalidade Aprovado para Pôster Eletrônico - Obstetrícia, por Ana Carolina Gomes França, no evento 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia ocorrido de 13 a 16 de novembro de 2019 no Centro de Eventos FIERGS em Porto Alegre/RS.

Porto Alegre, 16 de novembro de 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente da FEBRASGO

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico



Realização



CERTIFICADO



58

Congresso
Brasileiro de
Ginecologia
e Obstetrícia

13 a 16 de novembro de 2019
Centro de Eventos FIERGS
Porto Alegre RS

Certificamos que o trabalho: 85952

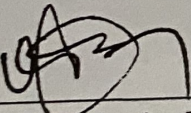
ANÁLISE COMPARATIVA DO MANEJO PERSONALIZADO DA MOLA HIDATIFORME COM REMISSÃO ESPONTÂNEA, NO PERÍODO ENTRE 2010 E 2014, EM DOIS DOS MAIORES CENTROS DE REFERÊNCIA DO BRASIL.

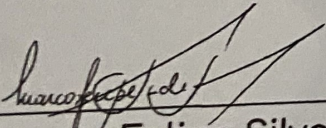
Autores:

Elza Maria Hartmann Uberti; Mariciuo Guilherme Viggiano; Rodrigo Bernardes Cardoso; Aline Schenato;
Gabriel Oliveira dos Santos; Giovanni Ferreira Viggiano; Ana Carolina França;

Foi agraciado com o Prêmio FEBRASGO, classificado em 4º lugar na categoria ESTUDO ORIGINAL: OBSTETRÍCIA, como estímulo à comunidade científica associada, durante o 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado de 13 a 16 de novembro de 2019, em Porto Alegre - RS.

Porto Alegre, 16 de novembro de 2019.


César Eduardo Fernandes
residente da FEBRASGO


Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico



Realização
febrasgo
60 ANOS
♀