



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE-ESCOLA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE PERINATAL



GABRIELA SERPA MEDINA BARBOSA

**A VIVÊNCIA CONJUGAL FRENTE AO DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA  
GESTACIONAL**

RIO DE JANEIRO  
2018

GABRIELA SERPA MEDINA BARBOSA

**A VIVÊNCIA CONJUGAL FRENTE AO  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA  
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**

Monografia de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal

Orientador: Ana Cristina Barros da Cunha

Co-orientadores: Antônio Rodrigues Braga Neto;

Luciana Ferreira Monteiro;

Tuila Martins Melo Barbosa.

Rio de Janeiro, 2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MATERNIDADE-ESCOLA



Gabriela Serpa Medina Barbosa

A vivência conjugal frente ao diagnóstico e tratamento da Doença Trofoblástica Gestacional

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Aprovado em 28 de junho de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto

Dra. Lilian Padron da Silveira

Dra. Juliana de Miranda Castro Arantes

## APRESENTAÇÃO

A Doença Trofoblástica Gestacional, popularmente conhecida como Gravidez Molar, constitui um grupo de doenças da placenta conhecidas como Mola Hidatiforme Completa e Mola Hidatiforme Parcial, que são capazes de evoluir para formas invasoras e/ou malignas, que constituem a Neoplasia Trofoblástica Gestacional. Portanto, devido à sua complexidade, a Gestação Molar submete as mulheres e sua família a duas experiências existenciais distintas: a da perda gestacional e a da possibilidade de que a gestação molar evolua para um câncer, o que exige que a mulher se submeta a um rígido protocolo de tratamento.

A escassa literatura e a prática clínica nos mostram que a família é um importante suporte e rede de apoio para enfrentar tal situação, sendo o cônjuge um importante componente dessa rede. O apoio do parceiro pode ser particularmente relevante para o ajustamento psicológico e qualidade de vida da paciente. Dessa forma, diante dos possíveis desdobramentos emocionais que envolvem a mulher com DTG e seu parceiro, o presente trabalho se debruçou especificamente nas repercussões da doença para a vivência conjugal, não somente as repercussões desta para a mulher ou para o homem em separado. Assim, o objetivo do estudo foi analisar como casais vivenciam o diagnóstico da DTG e seu tratamento a partir da investigação das percepções e sentimentos de cada membro da díade conjugal.

Esta investigação se deu através de pesquisa qualitativa realizada na Maternidade-Escola da UFRJ, que se constitui Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional do Estado do Rio de Janeiro. O artigo científico resultante deste Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) foi submetido à Revista Psicologia USP, a qual se propõe a divulgar trabalhos científicos originais e inéditos dentro do escopo da psicologia e da saúde.



## RESUMO

O diagnóstico da Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) pode resultar em sofrimento psíquico para a díade conjugal, pois o casal vivencia a experiência da perda da expectativa de uma gravidez e a possibilidade da gestação molar, inicialmente benigna, evoluir para um câncer. O objetivo desse estudo foi analisar como casais vivenciam o diagnóstico da DTG e seu tratamento a partir da investigação das percepções e sentimentos de cada membro da díade conjugal. Trata-se de estudo qualitativo composto por amostra de 5 casais, cujas mulheres encontravam-se em tratamento no Centro de Referência em DTG da Maternidade-Escola da UFRJ. Observou-se que a vivência diante do diagnóstico e tratamento da DTG é experimentada pelos casais como um evento traumático, devido às particularidades presentes na dinâmica conjugal frente a este diagnóstico. Conclui-se que sensibilizar a equipe assistencial para fornecer suporte e estabelecer uma boa comunicação com o casal-paciente é essencial para o enfrentamento da doença.

Palavras-chaves: Doença Trofoblástica Gestacional; Gravidez Molar; Conjugalidade; Díade Conjugal.

## ABSTRACT

The diagnose of Gestational Trophoblastic Disease (GTD) may result in consequences a psychological distress for the couple, as they experience both the loss of the expectance in a pregnancy and the possibility of a molar pregnancy, which can be benign, evolving into cancer. The goal of the present study was the analysis of how couples deal with the GTD diagnose and the treatment stemming from investigating the perceptions and feelings from the two parts of the couple. It is a descriptive qualitative approach whose corpus was composed by five couples whose women were being treated at the Centro de Referência em DTG from the Maternidade-Escola da UFRJ. It has been observed that the couples' experience from the

diagnose and treatment from GTD was a traumatic event, due to the particularities from the couple dynamics during the experience. It was concluded that a higher sensibility from the team assisting the couple was not only expected but crucial while handling this disease, so that they can provide support and stablish a good communication with the couple-patient.

Keywords: Gestational Trophoblastic Disease; Molar Pregnancy; Conjugal Relationship; Marital Dyad.

## **RESUMEN**

El diagnóstico de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) puede resultar en sufrimiento psíquico para la díada conyugal, pues la pareja vive la experiencia de la pérdida de la expectativa de un embarazo y la posibilidad de la gestación molar, inicialmente benigna, evolucionar hacia un cáncer. El objetivo de este estudio fue analizar cómo las parejas experimentan el diagnóstico de la ETG y su tratamiento a partir de la investigación de las percepciones y sentimientos de cada miembro de la diade conyugal. Se trata de un estudio cualitativo compuesto por muestra de 5 parejas, cuyas mujeres se encontraban en tratamiento en el Centro de Referencia en ETG de la Maternidade-Escola de la UFRJ. Se observó que la vivencia ante el diagnóstico y tratamiento de la ETG es experimentada por las parejas como un evento traumático, debido a las particularidades presentes en la dinámica conyugal frente a este diagnóstico. Se concluye que sensibilizar al equipo asistencial para proporcionar apoyo y establecer una buena comunicación con el matrimonio-paciente es esencial para el enfrentamiento de la enfermedad.

Palabras claves: Enfermedad Trofoblástica Gestacional; Embarazo Molar; conyugalidad; Díada Conyugal.

## **RÉSUMÉ**

Le diagnostic de la maladie trophoblastique de gestationnelle (MTG) peut mener à la souffrance psychique de la dyade conjugal puisque le couple vie l'expérience de la perte de

l'expectative d'une gestation et la possibilité d'une grossesse molaire, au début bénigne, devenir un cancer. L'objectif de cet étude était d'analyser comment les couples ressentent un diagnostic de MTG et son traitement par l'enquête des perceptions et sentiments de chaque membre de la dyade conjugal. C'est un étude quantitatif avec un échantillon de 5 couples dont les femmes étaient traitées au Centre de Référence en MTG à la Maternité-École de l'UFRJ. Il a été observé que l'expérience face au diagnostic et traitement de MTG est vécue par le couple comme un événement traumatisant en raison des traits présents dans la dynamique conjugal face à cette diagnostic. Il a été conclu que sensibiliser l'équipe d'assistance à fournir un soutien et à établir une communication satisfaisante avec le couple-patient sont essentiels pour faire face à cette maladie.

Mots-clés: Maladie Trophoblastique Gestationelle; Grossesse molaire; Relation conjugale; Dyad conjugale.



## INTRODUÇÃO

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), popularmente conhecida como Gravidez Molar, constitui um grupo de doenças da placenta conhecidas como Mola Hidatiforme Completa e Mola Hidatiforme Parcial, que são capazes de evoluir para formas invasoras e/ou malignas nomeadas Mola Invasora, Coriocarcinoma, Tumor Trofoblástico do Sítio Placentário e Tumor Trofoblástico Epitelióide (Andrade, 2009). A Gravidez Molar, mais conhecida como Mola, é uma gravidez anormal que tem características genéticas e histopatológicas que podem ser classificadas como: Mola Hidatiforme Completa e Mola Hidatiforme Parcial. O primeiro tipo é o mais comum e não há embrião; já na Mola Hidatiforme Parcial há o desenvolvimento inicial de um embrião, sendo um tipo mais raro da doença (Andrade, 2009).

Na maioria dos casos, a Gravidez Molar começa com os mesmos sinais e sintomas de uma gestação normal. Todas as gestações produzem um hormônio chamado Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG), que é o responsável por alguns dos sintomas iniciais da gestação e que pode ser medido por testes de identificação da gravidez. Mulheres com gravidez molar podem ter atraso menstrual, náuseas e vômitos (por vezes mais intensos do que em mulheres com uma gravidez normal) e um aumento do volume do ventre mais rápido do que o previsto para a idade gestacional. O diagnóstico da Gravidez Molar é confirmado com a realização de ultrassonografia que mostra, em casos de Mola Hidatiforme Completa, o útero preenchido por pequenas áreas redondas, escuras em formatos que lembram cacho-de-uva e, em casos de Mola Hidatiforme Parcial, a placenta espessada com saco gestacional e/ou embrião vivo ou morto (Braga, Grillo & Silveira, 2014).

A primeira conduta médica adotada após a confirmação do diagnóstico da Gestação Molar é o esvaziamento uterino através de procedimento cirúrgico e adotado sob anestesia



geral. O esvaziamento uterino leva à queda gradual dos níveis de hCG sanguíneo até atingir os níveis normais não gravídicos (menor que 5mUI/mL). Após o esvaziamento uterino, a maioria das pacientes evoluirão para a cura sem a necessidade de nenhum outro tratamento. Entretanto, uma parcela das pacientes não normaliza os níveis de hCG, tornando necessário outros tratamentos a fim de prevenir consequências mais sérias da doença, como a Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), ou seja, quando o tecido placentário anormal torna a crescer e torna-se um câncer (Braga et al., 2014).

Por conta desta possível evolução da doença é importante o seguimento contínuo e sistemático das pacientes mediante dosagens periódicas de hCG a fim de monitorar e tratar a evolução da doença. Inicialmente este monitoramento se dá através de dosagens semanais do hormônio; posteriormente, conforme os níveis de hCG permaneçam decaindo no mínimo 10% do valor dosado na semana anterior, até que se obtenha um valor normal, a partir do qual as dosagens passam a ser quinzenais e mensais, por no mínimo seis meses, até a alta ambulatorial. Esse seguimento pode cursar com remissão espontânea ou com evolução para a NTG, o que implica na necessidade de tratamento quimioterápico para atingir a remissão da doença e garantir a cura (Braga et al., 2014).

Devido à sua complexidade, a Gestação Molar submete as mulheres e sua família a duas experiências existenciais distintas: a da perda gestacional e a da possibilidade de que a gestação molar evolua para uma neoplasia, o que exige que a mulher se submeta a um rígido protocolo de tratamento para câncer. Tanto para a mulher como para o seu parceiro, essas duas experiências representam forte impacto emocional, que pode ter desdobramentos importantes, uma vez que a família se coloca como suporte para ajudar a paciente a se reorganizar diante de tal adversidade (Velasco, 2013).

Especificamente no casal cuja mulher é acometida pela DTG, se instaura uma ambiguidade na dinâmica conjugal, porque de um lado eles vivenciam o simbolismo da vida que uma gravidez representa e do outro a possibilidade iminente de morte diante da evolução da DTG para um câncer. Para Velasco (2013), a Gestação Molar representa para a mulher e seu parceiro uma dupla perda: a perda da gravidez e a perda da saúde ao defrontar-se com o risco de morte em virtude da possibilidade de um câncer.

Importante ressaltar que o período da gravidez   uma experiência não apenas feminina, mas também familiar e social, podendo levar a maiores níveis de integra o e aprofundamento do casal ou, por outro lado, ao rompimento de uma estrutura conjugal mais frágil (Maldonado, 1986). No caso específico da Gesta o Molar, acredita-se que a ambivalência vivenciada tem impacto sobre a conjugalidade, posto que a gravidez não   uma experiência que afeta exclusivamente a saúde mental da mulher acometida. Também o parceiro pode sofrer com as repercussões da Gesta o Molar, visto que a possibilidade de um câncer remete a fantasias de morte do conjuge, com repercussões diretas nas transforma es psíquicas própria da gesta o e no dilema vivenciado pela ruptura dos planos de futuro e pelas mudanças acarretadas na din mica de vida do paciente e sua família (Melo, Campello, Ferreira, Rocha, Silva & Santos, 2012).

Destaca-se o caráter multidimensional do conceito de conjugalidade, para o qual não há consenso sobre quais dimensões e variáveis compõem uma rela o conjugal (Mosmann, Wagner & F eres-Carneiro, 2006). Para Mosmann et al. (2006), a rela o conjugal envolve duas das mais significativas dimensões da vida: a aliança e a sexualidade. A primeira diz respeito   rela o de troca, tanto de bens materiais quanto afetivos e simbólicos, que ocorre entre os membros da díade conjugal; enquanto que a segunda   vista de maneira mais ampla como as formas de demonstra o de afeto aceitáveis em público e em ambiente privado, não se restringindo a rela o sexual em si. Considera-se, ainda, a conjugalidade como a din mica



relacional própria de cada díade conjugal, a qual é vivenciada de formas distintas a depender de fatores pessoais, interpessoais, transgeracionais, econômicos, sociais e culturais (Diniz, 2011). Nesse estudo, adotou-se essa perspectiva conceitual de conjugalidade para compreender como os casais vivenciam o diagnóstico da DTG e seu tratamento, com base na identificação e análise das percepções e sentimentos de cada sujeito da relação conjugal. Nessa direção, a Gestação Molar pode ser um fator de grande impacto com potencial traumático para ambos os membros do casal e que afetaria fortemente a sua din mica conjugal. Ainda que, segundo Diniz (2011), existam infinitas possibilidades de combina es entre os fatores que representam a vivência conjugal e resultam na constru o de trajetórias conjugais diferenciadas, um fen meno como a DTG e, conseqüentemente, a possibilidade de câncer, se constituirá como um evento traumático na vida da paciente, seu parceiro e seus familiares.

  inquestionável o impacto sobre o funcionamento conjugal de um diagnóstico de uma DTG e sua possível evolu o para uma NTG. Portanto, a mulher e sua família experimentarão forte impacto emocional com desdobramentos importantes que resultarão, segundo Velasco (2013), na interrup o dos vínculos afetivos, amorosos e sociais. Os poucos estudos sobre os aspectos psicológicos e o impacto emocional da Gesta o Molar (Velasco, 2013; Ferreira, Maestá & Michelin, 2008) consideram que há impacto significativo na vida das mulheres com DTG, o que gera inúmeras rea es emocionais, além de mudanças em suas crenças sobre a vida e seu contexto existencial. Ressalta-se que são poucos os estudos sobre o impacto da DTG sobre o parceiro, assim como sobre o funcionamento conjugal do casal. Em geral, os estudos enfocam os desfechos da DTG para a vida sexual do casal com rela o   gravidez subsequente a gesta o molar (Garner, Goldstein, Berkowitz & Wenzel, 2003) sem que seja investigado a sexualidade como uma dimensão da conjugalidade.

Conforme a escassa literatura e a prática clínica nos mostram, a família é um importante suporte e rede de apoio para enfrentar tal situação, sendo o cônjuge um importante componente dessa rede. O apoio do parceiro pode ser particularmente relevante para o ajustamento psicológico e qualidade de vida da paciente (Velasco, 2013; Schimer, Miranda & Villaça, 2014). Dessa forma, diante dos possíveis desdobramentos emocionais que envolvem a mulher com DTG e seu parceiro faz-se fundamental estudos que enfoquem especificamente as repercussões da doença para a vivência conjugal, não somente as repercussões desta para a mulher ou para o homem em separado. Com base nisso, o objetivo desse estudo foi analisar como casais vivenciam o diagnóstico da DTG e seu tratamento a partir da investigação das percepções e sentimentos de cada membro da díade conjugal.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, que devido ao caráter analítico e sistemático torna possível a objetivação de um conhecimento baseado em opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sobre um fenômeno (Mynaio, 2012). No caso da vivência do casal, avaliou-se as percepções e sentimentos de cada membro da díade conjugal, frente à DTG para, assim, investigar a repercussão do diagnóstico e tratamento da mesma para a dinâmica conjugal. Para Mynaio (2012), o estudo qualitativo permite compreender a perspectiva dos atores sobre o fenômeno por eles próprios vivenciados, o que, por sua vez, concretiza a possibilidade da construção de um conhecimento científico genuinamente pautado na intersubjetividade dos participantes, no caso cada membro da díade conjugal. Considera-se, assim, que o método analítico qualitativo permitirá proceder uma análise do fenômeno para o casal, a partir da construção subjetiva que cada um dos membros da díade conjugal faz da sua vivência da DTG.



Participou do estudo uma amostra de conveniência de 5 casais, cujas mulheres se encontravam em seguimento no Centro de Referência em DTG da Maternidade- Escola da UFRJ (ME-UFRJ) por diagnóstico de Gestação Molar. Os critérios de inclusão na amostra foram: 1) mulheres com diagnóstico confirmado de DTG cujos parceiros as acompanhassem durante o tratamento; 2) casais com idades superiores a 18 anos; 3) casais que se encontravam em relação conjugal estável (mais de um ano). Foram excluídos todos os casos de Gestação Molar em que não se teve acesso aos dois membros da díade conjugal e não atenderam aos critérios de inclusão.

Os casais eram usuários do centro acima citado, que faz parte dos serviços ambulatoriais da ME-UFRJ. A ME-UFRJ é considerada uma unidade de Saúde Materno Infantil ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que é referência para gestação de risco e seguimento de casos de DTG, este último conta com atendimento de uma equipe multiprofissional coordenada pelo Professor Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto. Quando é necessário o tratamento quimioterápico para as pacientes que evoluíram para NTG, as mesmas são encaminhadas por meio do SUS para o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), mantendo acompanhamento em ambas as instituições.

Os participantes ao serem convidados para a pesquisa foram apresentados aos objetivos e procedimentos do estudo, seguido da solicitação para assinatura em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAEE nº 71260817.6.0000.5275 em 02.08.2017). No momento das entrevistas, enfatizou-se os cuidados éticos relativos ao sigilo das informações prestadas e à autorização para registro em áudio das entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas. Cada membro da díade conjugal foi entrevistado individualmente com base em um roteiro semiestruturado de entrevista elaborado especialmente para a pesquisa composto pelas seguintes perguntas disparadoras, que foram exploradas durante a entrevista: 1) “Poderia me

contar como você e seu companheiro(a) descobriram esta gestação (contexto)?”; 2) “Como você recebeu o diagnóstico de Mola? Descreva esta experiência (sentimentos e percepções)”;

3) “Como era sua relação conjugal antes do diagnóstico de Mola (planos do casal, mudanças pessoais e interpessoais, vida financeira, hábitos socioculturais, vida sexual)?”; e 4) “Quais mudanças ocorreram na sua relação conjugal após o diagnóstico de Mola?”. Para garantir a privacidade do casal, todas as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e realizadas na sala do Serviço de Psicologia da ME-UFRJ, localizada no segundo andar do ambulatório.

Um total de 10 participantes foram entrevistados, sendo 5 mulheres com DTG e seus parceiros. Os relatos verbais dos entrevistados foram analisados adotando-se metodologia de análise de conteúdo de L. Bardin (1977). Esta metodologia consiste em decifrar o significado presente no discurso do emissor com base na criação de categorias, as quais constituem aglomerados de palavras ou frases de sentidos semelhantes que revelam a análise textual do que foi obtido por meio da entrevista (Bardin, 1977). Dessa forma, foram extraídas as seguintes categorias de análise: a) “Notícia do diagnóstico”, que se refere às percepções e sentimentos de cada membro da díade conjugal diante da confirmação do diagnóstico da DTG; b) “Repercussões do tratamento”, que se refere aos sentimentos e pensamentos de cada cônjuge vivenciados durante o período do tratamento da doença (por quimioterapia e/ou acompanhamento regular no centro de referência para DTG); e c) “Aspectos da vivência conjugal”, que se refere às percepções de cada cônjuge sobre as mudanças ocorridas na relação conjugal a partir do diagnóstico da doença relativas à vida financeira, planos de futuro, hábitos e rotina do casal, comunicação entre o casal e repercussões para a vida conjugal (nas dimensões da conjugalidade de aliança e sexualidade). Cada categoria foi processada em termos de presença e frequência de ocorrência nos relatos verbais buscando-se relações de interpretação entre elas e o referencial teórico apresentado anteriormente.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 10 participantes foram entrevistados, sendo 5 mulheres com DTG e seus parceiros. A idade média dos homens era de 35 anos (A.V= 27-47 anos) e das mulheres era de 32 anos de idade (A.V.= 24-38 anos). Os casais se declararam casados com média de 8 anos de relacionamento conjugal estável (A.V= 1-12 anos). A maioria tinha ensino médio completo (n=05), além de ensino superior completo (n=02) ou incompleto (n=03). A maior parte deles (4 homens e 3 mulheres) exerciam atividade remunerada.

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) deflagra uma condição de grave vulnerabilidade psíquica devido ao impacto psicológico da notícia de uma perda gestacional juntamente com o diagnóstico de uma doença no lugar da confirmação de uma gravidez, seguida da possibilidade do agravamento da doença e sua evolução para um câncer, a Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG). Tal vulnerabilidade afeta diretamente no funcionamento conjugal, com sérias repercussões para a saúde mental dos conjugues. Nesta direção, a presente pesquisa buscou investigar como casais vivenciam o diagnóstico da DTG e seu tratamento discutindo os desdobramentos que esta doença pode ter na dinâmica conjugal. Para tal, os resultados encontrados serão discutidos com base no referencial teórico apresentado anteriormente, o qual considera o período da gravidez como uma experiência não apenas da mulher, mas também do parceiro, podendo levar a maiores níveis de integração e aprofundamento do casal ou ao rompimento conjugal quando existe fragilidade na estrutura conjugal (Maldonado, 1986). Considerou-se ainda para esta discussão o conceito de conjugalidade proposto por Mosmann et al. (2006), destacando as dimensões aliança e sexualidade para a compreensão da vivência da DTG e suas repercussões para a dinâmica conjugal.

“Notícia do diagnóstico da DTG”





O discurso dos casais obtidos por meio das entrevistas, possibilitou reconhecer que tanto a mulher como seu parceiro experimentavam a vivência da DTG como um evento traumático de grande adversidade para suas vidas. A DTG representava para eles a interrupção do sonho de uma gravidez, tanto quanto a possibilidade da morte e perda da saúde da mulher, pela possibilidade da evolução para uma neoplasia (Velasco, 2013). A partir disso foi possível observar a presença de aspectos como a frustração diante da perda, o medo da morte e de engravidar novamente e a preocupação com o diagnóstico, principalmente no que concerne a possibilidade de um câncer. Isto porque, segundo Melo et al. (2012), o câncer é representado como um evento traumático na vida do paciente e seus familiares, remetendo às fantasias que envolvem a doença e a iminência da morte. Estes aspectos foram representados pela categoria “Notícia do diagnóstico” e permitiu constatar que todos os casais sofreram, em alguma medida, o impacto do diagnóstico da DTG e suas repercussões.

Percebe-se que esse impacto repercutiu em ambos os membros da díade conjugal, tanto no homem (*“E também uma coisa que várias pessoas perguntaram ‘E o neném? Como tá?’ Aí eu falava assim: ‘aconteceu isso.’ Ah, a minha esposa também abortou. Não o problema da mola.”*- Homem Casal 01), como na mulher (*“Aí o médico que me atendeu falou ‘Eu preciso que você procure a doutora hoje urgente porque você tá com suspeita de mola’ e aí eu já fiquei preocupada, nunca ouvi falar nisso. Então pensei: ‘nossa, tô com um troço brabo.’ Aí não tinha nada, não tinha criança na minha barriga que era o que a gente queria ver.”* Mulher Casal 01).

A notícia do diagnóstico resultou em sentimentos e percepções semelhantes para ambos os sexos com medos da morte (*“E realmente eu vi que era um câncer terminal e que eu ia morrer na semana que vem.”* Mulher Casal 02) e de engravidar novamente (*“Foram seguidas frustrações, foi a frustração de ter perdido, aí depois descoberto a mola. A mola não, teve a frustração da perda do filho, depois ela saber que tava com mola (...) A gente, nem... tem a*

*possibilidade da gente nem querer mais. Existe essa possibilidade. Eu fico com medo.*” Homem Casal 02), além da frustração de uma nova perda gestacional, especialmente porque todos casais relataram que a gestação foi planejada.

No que se refere à perda gestacional, vale pontuar que essa perda e, conseqüentemente seu luto, é vivenciada pela sociedade como algo que deve ser evitado, optando-se na maioria das vezes pela negação e racionalização deste evento a partir da evitação do contato com a angústia emergente (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013). Diante de um diagnóstico concomitante de perda de um filho e a presença de uma doença que pode evoluir para um câncer, podemos dizer que há a possibilidade de desautorização do luto perinatal nesses casos. Segundo Bartilotti (2007), o luto perinatal pode proporcionar uma desorganização no entendimento dos papéis do feminino e masculino no que se refere a um sentimento de ineficiência e inadequação com relação à capacidade de gerar um filho. O fato dos 5 casais terem referido a frustração diante da perda e o medo de engravidar novamente como um dos principais temores frente a DTG, explicita a dificuldade ocasionada pelo luto perinatal, assim como referido por Bartiolotti (2007).

No tocante ao medo da morte e à preocupação com o prognóstico da doença, especialmente de que ela evolua para a NTG, também todos os 10 participantes vivenciaram isto, se referindo às fantasias relacionadas a palavra câncer e ao estigma social da doença. Isto porque

[...] o diagnóstico do câncer tem usualmente um efeito devastador. Ele ainda traz a ideia de morte, embora atualmente ocorram muitos casos de cura. Traz o medo de mutilações e desfiguramento, dos tratamentos dolorosos e das muitas perdas provocadas pela doença. Esta situação de sofrimento conduz a uma problemática psíquica com características específicas (Carvalho, 2002, p. 160).

Além do medo da morte, a vivência da DTG é permeada pelo fantasma do câncer e o significado simbólico que ele representa, baseado na ideia de mutilação, tal como ilustrado



nesse relato: *“Porque a gente tinha medo de evoluir para isso daí, quimio. Ela é vaidosa, sabe que existe a quimio sem ter tanto efeito colateral, tem mais não é aquele visível como o da quimio, de cair cabelo, ficar abatida.”* (Homem Casal 03) Para a mulher o medo da morte também se associou a representação do câncer e os sentimentos de pavor que ele encerra, como se observa nesse relato: *“Era daí para pior. Era ladeira abaixo. E eu entrei em pânico. Ai quando eu fui para a AMIU eu perguntei para a doutora e ela disse ‘não, não chega a tanto. O índice de câncer é pequeno. Apesar de existir, é pequeno. Você já está numa doença rara. Mas o câncer dessa doença ainda é mais raro, mais difícil’. Ai, me deu aquela apreensão. Mas eu fiquei um pouco mais calma.”* (Mulher Casal 03).

Tais exemplos ilustram bem o medo instaurado a partir do diagnóstico de uma doença como a DTG, que pode evoluir para um câncer e, conseqüentemente, resulta em uma angústia muito semelhante devido ao longo tratamento com resultados inicialmente imprevisíveis.

#### “Repercussões do tratamento”

De maneira geral, os casais vivenciaram um processo de grande estresse em suas vidas frente à notícia da perda gestacional e diante das alternativas de tratamento e de evolução da DTG. Mulheres em tratamento para DTG vivenciam a angústia provocada pela espera na diminuição dos níveis do hCG (Velasco, 2003), sem que tenhamos estudos que revelem como ocorre esta vivência para o homem. Nossos achados revelam pela análise da categoria “Repercussões do tratamento”, que existem diferenças nas percepções e sentimentos entre o homem e a mulher. Isto porque, cada membro da díade experimenta de forma particular esta vivência, uma vez que a mulher sofre diretamente em seu corpo as conseqüências do tratamento da DTG ou de uma NTG; enquanto o homem experimenta a perda da saúde de sua companheira, o que indiretamente tem reflexos na sua vida. Embora ambos vivenciem uma perda gestacional, estas vivências serão particulares para cada membro da díade conjugal. A

mulher e o homem nesta condição experimentam estas repercussões de maneira singular, mas com percepções e emoções semelhantes que têm reflexos na dinâmica relacional de cada casal.

Tanto para os casais que se encontravam em tratamento quimioterápico como para aqueles que apenas permaneciam em seguimento do controle do hormônio hCG no Centro de Referência, a preocupação principal com o tratamento se relacionava com os efeitos colaterais da quimioterapia: *“E aí, ele [o doutor] começou a conversar e umas das vezes ele, quando decidiu mesmo que ela iria fazer a quimioterapia, ele explicou que não seria aquela quimioterapia agressiva (...) aquilo mudou um pouco a nossa perspectiva de uma coisa mais drástica, né? Porque a gente achou que seria aquela questão agressiva né. Que a pessoa passa muito mal ”*(Homem Casal 01).

Segundo Carvalho (2002), o paciente e sua família, neste caso o cônjuge cuja parceira tem DTG, apresentam problemáticas comuns que atravessam a clínica da oncologia, mesmo em diferentes momentos da enfermidade ou a possibilidade de evoluir para um câncer, tais como: a) problemática intrapsíquica, que consiste na presença de ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e esperança; b) problemática social, que se apresenta em forma de isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia; e c) problemática relacionada ao câncer, que diz respeito ao processo da doença, mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, relação problemática com o médico. A forma como cada casal expressou sua preocupação com o tratamento da DTG e sua evolução para um câncer exemplifica a vivência de uma ou mais das problemáticas descritas acima. O relato *“E eu não sei se isso é normal, eu procurei não pensar muito na doença não. Procurei tratar ela como se ela tivesse curada, sabe. Sem vim aquele pensamento que ela não tá bem, ela vai ficar bem. Eu nunca pensei em outra possibilidade, em nada. Ela vai ficar boa e agora vamos tocar a vida, se não eu não ia*



*conseguir trabalhar e nem fazer nada. Eu tipo que desliguei isso da cabeça, tratei ela como uma pessoa normal que não tivesse nada, não sei.*" (Homem Casal 02) exemplifica a problemática intrapsíquica.

No entanto, 4 de 5 mulheres relataram ainda se sentirem esgotadas e estressadas com a rotina do tratamento (*"Chega quinta-feira eu estou meio chateada, aí na sexta, sábado e domingo eu já vou dando uma melhorada. Na segunda, na terça já vai batendo e na quarta eu já acordo no chão. Já sei que vou para cá, que eu vou tirar sangue, eu odeio agulha, odeio exame de sangue, odeio que fiquem me furando..."* Mulher Casal 03), além de relatarem grande ansiedade pelo fim do tratamento (*"Tá difícil, tá difícil. A gente tá fazendo contagem regressiva (...)Aí é mais uma semana esperando, cada semana que passa são quinze dias que contam. Que aí é terça, quarta, a bomba infusora e a semana mais uma sessão de quimio, eu não aguento mais."* Mulher Casal 02), explicitando também a presença da problemática intrapsíquica na vivência destas mulheres.

A ansiedade pelo fim do tratamento também apareceu nos homens, mas apenas para aqueles cujas mulheres se encontravam em tratamento quimioterápico (*"A palavra que tá me trazendo encucamento, não é a palavra doença, é a palavra tempo. Quanto tempo ela vai se curar."* Homem Casal 01). Ainda com relação aos homens, 4 de 5 deles demonstraram grande preocupação em ser suporte e apoio para a esposa durante o tratamento, seja acompanhando nas consultas médicas (*"Sim, sim. Eu estou sempre com ela. Todas as vezes eu venho."* Homem Casal 03) ou no apoio com as atividades domésticas (*"Só que eu estou preservando muito a saúde dela. A gente podendo se precaver, fazer pouco esforço, ficar um pouco em casa, ficar normal. Graças a deus não sou aquele marido exigente de 'ah faz isso, faz aquilo'... Não."* Homem Casal 05). Tais sentimentos e percepções masculinas enaltecem a importância da atenção psicológica para os parceiros, uma vez que eles também são "sofredores nos seus medos e angústias, no seu despreparo frente à doença, na sobrecarga nas

suas funções e tantos outros transtornos, tem sido considerada como essencial, nas pesquisas da área.” (Carvalho, 2002, p. 159).

Diante disso, nossos achados revelam que a conjugalidade dos casais com DTG sofre impacto dessa doença, uma vez que, além do diagnóstico de uma possível evolução para um câncer, se instaura com a perda gestacional um rompimento dos sonhos e expectativas de constituir ou ampliar a família. A participação do cônjuge na vivência deste fenômeno é determinante, uma vez que, segundo Andrade, Panza e Vargens (2011), um fator importante para promover auxílio ao enfrentamento da doença e uma melhor condução das questões inerentes à vivência do câncer é a presença de redes sociais de apoio. Estas redes são geralmente compostas por familiares, amigos e até mesmo por profissionais que atuam na assistência direta a estes pacientes. No caso do câncer em mulheres, a presença deste tipo de suporte é fator indispensável durante o processo de diagnóstico e tratamento, pois só assim elas se sentem acolhidas e mais seguras para seguir em frente (Andrade et al., 2011).

#### “Aspectos da vivência conjugal”

Especificamente sobre a categoria “Aspectos da vivência conjugal” percebe-se que houve impacto da DTG em fatores como a vida financeira e os planos do casal, já que 4 de 5 casais relataram perceber mudanças nestes setores de sua vida conjugal, como ilustrado nestes relatos: *“E financeiro, acaba mexendo um pouco porque negócio de passagem, a gente não sabe se lá no Inca vai ser dia sim dia não, eu creio que não vai ser preciso, mas se for ... tem a passagem daqui, até minha alimentação mudou bastante.”* (Mulher Casal 05) e *“A gente estava até planejando uma viagem, dentro do Brasil mesmo. Ir para Búzios, descansar um pouco mesmo e até um ano depois, quando fizesse um ano em janeiro, a gente ia viajar, um ano de casamento. Só que eu falei pra ela: devido a essas circunstâncias, agora com o diagnóstico, agora vai ter que ir para o Inca, tudo muda.”* (Homem Casal 05).



Levando em consideração as duas dimensões de conjugalidade propostas por Mosmann et al. (2006), aliança e sexualidade, os resultados encontrados confirmam que a relação conjugal sofreu impacto direto da DTG. Sobre a dimensão da sexualidade, 4 de 5 casais relataram perceber mudança em suas relações de afeto, tanto pela mulher como pelo homem, como explicitado nos relatos *“Com certeza, eu tenho vergonha. Eu me sinto envergonhada, com o lenço eu não consigo. Com o lenço eu me sinto feia, entendeu? Já estava acima do peso, né? Agora inchada então.”* (Mulher Casal 02) e *“Nossa vida sexual era normal, depois disso eu fiquei mais, não procurei muito contato assim de ... teve relações algumas vezes, mas não muitas.”* (Homem Casal 02).

Entretanto, apesar das mudanças percebidas pelos casais, notou-se que a aliança entre a maioria dos casais se fortaleceu mesmo diante das dificuldades. Parte dos membros da díade conjugal (6 de 10 participantes) relataram perceber apoio e compreensão do seu parceiro na vivência da DTG, o que representou um fator diferencial para enfrentar a situação. Isto ainda resultou em uma aproximação de 4 dos 5 casais após o diagnóstico (*“E hoje, eu vi que todos os votos no altar que fizemos, eu presenciei esse votos, na saúde e na doença; eu vi que eu tirei um bilhete na loteria casando com ele, porque se fosse outra pessoa eu acho que , não sei se ... Talvez se fosse outra pessoa que eu tivesse casado, eu não sei se ia aguentar.”* Mulher Casal 04) e *“E a doença em si, ela é ruim, mas fez aproximar todo mundo em prol dela. Com relação a mim com ela, teve mudanças. Ela mudou mais do que eu, porque eu com relação a ela eu sempre fui dessa forma que eu sou agora: brigo quando ela faz coisa errada, faço carinho quando ela faz coisa certa... Mas com relação a ela, ela parou de ficar brigando por qualquer coisa, ela passou a escutar mais.”* (Homem Casal 04).

No entanto, apesar de perceberem a compreensão e apoio dos seus cônjuges, também 6 dos 10 membros de cada díade conjugal relataram perceber a comunicação entre o casal mais conflituosa, como ilustra estes relatos: *“Só o que mudou muito foi conversa um pouco, mudou*

*um pouco, tá um pouco mais difícil de falar, entendeu? É aquilo que eu te falei, tá muito a flor da pele. Eu sou um cara passivo, mas nesses últimos dias tem sido muito difícil. Nesses últimos dias ela tem ficado mais difícil.”* (Homem Casal 02) e *“Às vezes eu sinto falta dele conversar comigo e entender o que eu tô passando. Na segunda mesmo a gente teve uma discussão que eu fiquei de boca aberta com ele. Eu tava explicando pra ele que não depende de mim. Eu não tenho controle sobre os horários e ele não queria entender, a gente começou a discutir.”* (Mulher Casal 02). Segundo Shimer et al. (2014):

[...] a comunicação entre casais em que um dos cônjuges tem o diagnóstico de câncer é um aspecto que contribui para a qualidade de vida e torna-se uma forma de enfrentamento dessa fase, pois é através dela que os casais expressam seus desejos, sentimentos, angústias e medos, sendo um dos aspectos centrais da conjugalidade (p. 107).

Como percebemos, apesar de relatado que a comunicação era conflituosa, os membros da díade conjugal não deixaram de se comunicar e passaram a flexibilizar o diálogo através da compreensão do que o outro dizia.

Um fato interessante foi percebido dentro desta mesma categoria no que concerne apenas ao gênero masculino: 4 de 5 homens apresentaram em seus discursos uma fala de racionalização dos sentimentos, possivelmente com intuito de não preocupar a esposa e como recurso para enfrentar esta situação de grande vulnerabilidade psíquica e labilidade emocional. Os relatos a seguir ilustram essa racionalização de sentimentos, recurso utilizado por estes homens para lidar com a demanda psicológica que a DTG impunha: *“Eu não tento ser um cara muito fraco, pra ela não achar que eu não tô nem aí. E não tento ser um cara muito forte pra ela falar assim ‘É insensível, né.’ Eu tento ser, às vezes eu não consigo ser o meio termo, né.”* (Homem Casal 01) e *“Se fechar um pouco, ficar mais racional. E tudo que falava com ela ou com a mãe dela, rebatia muito em mim, como se eu fosse um para raio, tudo voltava pra mim. Então na época foi complicado mesmo, muito difícil.”* (Homem Casal 03).





Segundo revisão sistemática de Costa, Cenci e Mosmann (2016) sobre conflitos conjugais e estratégias de resolução “homens têm, predominantemente, comportamentos de retirada, inflexão, esquivas, autoritarismo, crítica excessiva e culpabilização das esposas, escuta superficial, seletiva, defensiva e armada e dificuldades para expressar emoções” (p. 331). Nesse sentido, a racionalização identificada no discurso destes homens corrobora com o padrão do gênero masculino no que se refere às estratégias de resolução de conflitos conjugais. Embora isso seja um recurso do próprio gênero para o exercício da conjugalidade, não se pode negar que este recurso impede a expressão emocional do homem e conseqüentemente pode dificultar a elaboração do luto pelas perdas vivenciadas.

De certo o adoecimento pela Doença Trofoblástica Gestacional e seu tratamento têm influência e repercussão na relação conjugal, desde o momento do diagnóstico, quando o casal recebe a notícia da perda gestacional e as complexas informações sobre a doença, quanto no decorrer do tratamento quando se dá a angustiante espera pela normalização dos níveis do hCG da mulher ou o tratamento quimioterápico nos casos de NTG. Percebe-se ainda que apesar da conjugalidade ficar afetada, as mudanças na vivência conjugal foram percebidas pelos cônjuges de maneira positiva ou negativa, a depender da experiência particular de cada mulher e cada homem que compõem as díades conjugais participantes deste estudo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Cabe ressaltar que, os casais podem ainda se perceber desautorizados a viver o luto perinatal, o que dificulta ainda mais a elaboração da desorganização psíquica ocasionada pelo sentimento de ineficiência em gerar um filho, o que repercute em frustração e medo de engravidar novamente. Por sua vez, o estigma social do câncer, que carrega a fantasia de um efeito devastador da doença, traz a ideia de morte, mesmo que exista a possibilidade real de cura para os casos de NTG. Isso tudo é vivenciado permeado pelo medo de desfiguramento

provocado pelos efeitos colaterais da quimioterapia, associado a um sofrimento específico e particular representado por uma problemática psíquica própria da clínica da oncologia. Por fim, o prognóstico do tratamento e seus efeitos colaterais também permeiam a vivência subjetiva da DTG, sempre atravessada por preocupações e medos específicos desta clínica. Tais reações psicológicas justificam uma atenção e assistência diferenciadas para o casal com DTG, a ser oferecida por uma equipe multiprofissional preparada para atender estes casais provendo um cuidado integral.

Os relatos de frustração e tristeza diante da perda gestacional referidos pelo casal demonstram o investimento subjetivo de ambos os membros da díade conjugal na expectativa para a chegada de um filho. Percebe-se então, que desde a descoberta da gestação já se forma uma tríade familiar composta pela mãe, pai e bebê, tal qual afirma Maldonado (1986), e, portanto, deve-se considerar a gravidez como uma experiência familiar. Desta maneira, apesar deste estudo ter como objeto de investigação o casal e sua dinâmica relacional, destaca-se a necessidade de prestar atenção psicológica individual especificamente para os homens, que tem suas companheiras diagnosticadas com DTG e podem ficar alijados do tratamento direto da doença. É importante oferecer também aos homens um espaço de escuta e cuidado centrados em suas necessidades particulares, assim como já vem sendo oferecido às mulheres em seguimento e tratamento no Centro de Referência para DTG da Maternidade-Escola da UFRJ.

Constata-se que, diante da sensação de possibilidade iminente de morte e perda da saúde da mulher com diagnóstico da DTG, os membros da díade conjugal podem se ver desautorizados a vivenciar o luto perinatal e acabar por adoecer psiquicamente, caso não encontrem uma equipe de saúde atenta a esta particularidade dessa experiência de adoecimento. Por fim, destaca-se como limitação principal do estudo aspectos de ordem metodológica, uma vez que considera-se que o uso da observação participante durante as



consultas com os profissionais de saúde poderia ajudar na investigação de como ocorre o suporte aos casais com DTG, especificamente ao que se refere a valorização da elaboração do luto da perda gestacional. Frente a isso, sugere-se a realização de futuros estudos que que investiguem diretamente a vivência masculina diante do diagnóstico de DTG de suas companheiras e também que analisem os desdobramentos de uma possível interdição do luto perinatal experimentados por casais com diagnóstico de DTG, considerando toda a complexidade deste tipo de perda perinatal juntamente com as dificuldades do estigma do câncer.

## **CONCLUSÃO**

É inquestionável que a vivência conjugal frente ao diagnóstico e tratamento da DTG é experimentada como um evento traumático e angustiante para o casal. Carregado de ambiguidade afetiva e simbólica devido a uma gravidez impossível e a possibilidade iminente de morte, do filho e de si próprios, ambos os membros da díade conjugal sofrem e podem adoecer nesse processo de luto, que pode ainda ser interditado devido questões culturais e sociais. O luto de uma perda gestacional, em especial de uma gravidez que sequer veio a se representar como tal, juntamente com as dificuldades de lidar com uma doença carregada do estigma do câncer, faz com que a mulher com DTG e seu parceiro vivenciem, de formas particulares, um dilema existencial que exige atenção psicológica. É essencial a construção de uma prática clínica sensível as questões tanto físicas como psicológicas das pacientes e seus parceiros, que sofrem conjuntamente e se deparam com o despreparo frente à doença, com a sobrecarga nas suas funções e tantos outros medos e preocupações inerentes a este complexo quadro clínico.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, J.M. (2009). Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Brasil Ginecologia Obstetrícia*, 31(2), 94-101. <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/7675>
- Andrade, G.N., Panza, A.R., Vargens, O.M.C. (2011). As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10 (1), 82-88. <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/10609/pdf>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bartilotti, M.R.M.B. (2007). *Intervenção psicológica em luto perinatal*. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole.
- Braga, A., Grillo, B., Silveira, E., et al. (2014). Mola – Manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional. *Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional*, (1), 1-12. [https://ufrj.br/noticia/docs/2015/MOLA\\_BRAGA.pdf](https://ufrj.br/noticia/docs/2015/MOLA_BRAGA.pdf)
- Carvalho, M.M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13 (1), 151-166. <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/108170>
- Costa, C.B., Cenci, C.M.B., Mosmann, C.P. (2016). Conflito conjugal e estratégias de resolução: uma revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicologia*, 24 (1), 325-338. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413389X2016000100017](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000100017)
- Diniz, G. (2011). *Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero*. In: Féres-Carneiro, T. Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia. São Paulo: Casa do Psicólogo, nº 1, p. 11-26.
- Ferreira, E.G.V., Maestá, I., Michelin, O.C, et al. (2008). Avaliação da qualidade de vida e aspectos psicológicos em pacientes com doença trofoblástica gestacional. *Femina*, 36 (2), 117-120. <https://pdfs.semanticscholar.org/9d8b/1bb0af96c0f6c17ebb85cad8bb3bfbf5afa4.pdf>

- Garner, E., Goldstein, D., Berkowitz, R., Wenzel, L. (2003). Psychosocial and reproductive outcomes of gestational trophoblastic diseases. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 17 (6), 959-968. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693403000932>
- Maldonado, M. T. P. (1986). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Melo, M.C.B., Barros, E.N., Campello, M.C.V.A., Ferreira, L.Q.L., Rocha, L.L.C., Silva, C.I.M.G., Santos, N.T.F. (2012). O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicologia em Revista*, 18 (1), 73-89. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167711682012000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682012000100007)
- Mosmann, C., Wagner, A., Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: mapeando conceitos. *Paidéia*, 16 (35), 315-325. <http://www.redalyc.org/html/3054/305423756003/>
- Minayo, M.C.S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 621-626. [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007&script=sci\\_abstract&tlng=en](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007&script=sci_abstract&tlng=en)
- Muza, C.J., Sousa, N.E., Arrais, R.A., Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15 (3), 34-48. <http://www.redalyc.org/html/1938/193829739003/>
- Schimer, L.M, Miranda, F.V, Villaça, I. (2014). Mulheres tratadas de câncer do colo uterino: uma análise da questão conjugal. *Rev. SBPH*, 17 (1), 99-120. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582014000100007)
- Velasco, M.H. (2013). *Da expectativa de vida à descoberta da morte: a mulher diante da gestação molar*. (Dissertação de mestrado). PUC-RJ, Rio de Janeiro.



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

# Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

**Submitted to**

Psicologia USP

**Manuscript ID**

PUSP-2018-0055

**Title**

A vivência conjugal frente ao diagnóstico e tratamento da Doença Trofoblástica Gestacional

**Authors**

Barbosa, Gabriela

Cunha, Ana

Monteiro, Luciana

Braga Neto, Antonio

Barbosa, Tuila

**Date Submitted**

22-Mar-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. 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](#)