UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

MARIA FERNANDA SANTOS CAMPOS GONÇALVES

LUTOS DIVERSOS E OS IMPACTOS EMOCIONAIS NA GESTAÇÃO COM DIAGNÓSTICO DE MOLA HIDATIFORME: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Rio de Janeiro
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

MARIA FERNANDA SANTOS CAMPOS GONÇALVES
https://lattes.cnpq.br/5886104053897321

LUTOS DIVERSOS E OS IMPACTOS EMOCIONAIS NA GESTAÇÃO COM DIAGNÓSTICO DE MOLA HIDATIFORME: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia de Especialização apresentada ao Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Atenção Integral a Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, apresentado como parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista em Saúde Materno Infantil.

Orientadora: Profª. Ma. Luciana Ferreira Monteiro
http://lattes.cnpq.br/1308112206329994

Rio de Janeiro
2023

G635 Gonçalves, Maria Fernanda Santos Campos
Lutos diversos e os impactos na gestação com diagnóstico de mola hidatiforme: uma revisão de literatura/ Maria Fernanda Santos Campos Gonçalves -- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2023
40 f. ; 31 cm.
Orientadora: Prof. Luciana Ferreira Monteiro

Monografia (Especialização) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Rio de Janeiro, 2023.
Referências bibliográficas: f. 36
1. Doença trofoblástica gestacional.2. Mola hidatiforme. 3.Psicologia. 4.Psicanálise. 5.Aspectos emocionais. 6.Luto materno. 7. Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil. Monografia. I. Monteiro, Luciana Ferreira. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. V. Título.
CDD-

UFRJ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Maternidade Escola – ME
Divisão de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE
Secretaria Acadêmica - Seca

LUTOS DIVERSOS E OS IMPACTOS EMOCIONAIS NA GESTAÇÃO COM DIAGNÓSTICO DE MOLA HIDATIFORME: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Maria Fernanda Santos Campos Gonçalves

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde** Materno-Infantil.

Aprovada por:

Luciana Ferreira Monteiro
Profª. Ma. Luciana Ferreira Monteiro

Márcia Velasco
Profª. Ma. Márcia Herculano Velasco

Geiza Martins Barros
Profª. Dra. Geiza Martins Barros

Nota: 10.0
Conceito: aprovada

Rio de Janeiro, 17 de novembro de 2023.

Dedico este trabalho aos meus filhos, que me ensinam todos os dias que *fazer-se Mãe* é algo que, nem sempre, cabe na literatura.

AGRADECIMENTO

Agradeço inicialmente a Deus e principalmente à Nossa Senhora, Mãe das Mães e intercessora ao Pai. Lembro da minha mãe me dizendo, desde bem pequenina, que me chamo Maria por conta dela. Creio muito na ciência, mas não há nada nesse mundo que me faça desacreditar do poder da oração. Tantas vezes Nossa Senhora me levantou e sem ela, entendo que nada eu seria.

Agradeço à minha família, todos, sem exceção, em especial ao meu marido Fábio, meus filhos Pedro e "segundinho" (que ainda está na barriga e não tem nome), meus pais e meus irmãos, que são suporte e paciência para todos os momentos.

Agradeço imensamente à minha orientadora, firme e dedicada, Prof[a]. Luciana Monteiro, para quem eu mandei áudios infinitos e que foi suporte nas inúmeras inseguranças.

Toda minha gratidão a cada professor do AISMI, cada um, sem exceção, todos excelentes! Em especial a alguns que marcaram o meu coração, Marisa Schargel, Geiza Martins, Marlos Melo, Berenice Torres, Ana Paula Esteves e Helder Leite, que foram essenciais.

Aos meus amigos AISMI, em especial Fernanda Maciel, minha companheira ao longo desses anos, aquela que estava sempre junto e foi incansável nos homéricos engarrafamentos da ponte Rio Niterói, conselheira que levo para a vida.

À querida Jessica Venel, amiga que me acompanha há anos, leitora voraz dos meus trabalhos, apoio e crítica a respeito das normas da ABNT.

Meu sincero agradecimento a Prof[a]. Márcia Herculano Velasco, que topou desde o primeiro momento ser banca e interlocutora do meu trabalho. Nos encontramos na minha graduação, me lembro com carinho de suas aulas maravilhosas sobre psicologia hospitalar e agora tenho a honra de nos encontrarmos novamente. Seu trabalho e pesquisa com a Mola Hidatiforme foram essenciais para que eu pudesse escrever esse TCC.

Por fim, ao Prof. Dr. Antônio Braga, referência mundial em Doença Trofoblástica Gestacional, pessoa que temos o prazer de conhecer e conviver na Maternidade Escola da UFRJ. Seu saber e sua luta inabalável por pesquisar, publicar e divulgar a DTG é um presente a qualquer pesquisador e motivo de orgulho para a ciência.

"Há um órgão em mim, que se chama Minha ***Mãe****"*

(Ana Suy)

RESUMO

Objetivo: Trata-se este estudo de uma revisão bibliográfica que tem como objetivo analisar o que a ciência nos aponta sobre os sentidos do luto e como podemos gerar discussão a respeito deste processo em uma gestação molar. Critérios de seleção: Artigos, teses e dissertações disponíveis em português ou inglês, gratuitos, publicados nos últimos cinco anos e que foram encontrados completos. Esses estudos devem abordar temas como: luto materno, impactos emocionais da gestação molar e da perda gestacional, que contribuam para esmiuçar como um diagnóstico de Mola Hidatiforme afeta gestantes que o enfrentam. Trabalhos voltados para COVID-19, estudos que não contemplavam o acima citado e encontrados duplicados foram excluídos. Resultados e Discussão: Foram construídos os seguintes núcleos de sentido – Luto Perinatal comparado ao Luto pela Gestação Molar, Fatores Psicológicos e Reações emocionais à Mola Hidatiforme, Mecanismos de Enfretamento ao Luto e Suporte às Gestantes com Mola Hidatiforme. Conclusão: Dentre os sintomas relacionados ao luto vivenciados na perda gestacional da Mola Hidatiforme, foram evidenciados com maiores frequências os estados ansiosos e depressivos. Os Centros de Referência são os locais que irão fornecer tratamento adequado à enfermidade e os profissionais da saúde, principalmente da Psicologia, podem contribuir como suporte aos impactos da perda.

Palavras-chave: Doença trofoblástica gestacional. Mola hidatiforme. Psicologia. Psicanálise. Aspectos emocionais. Luto materno.

ABSTRACT

Objective: This study is a bibliographical review that aims to analyze what science tells us about the meanings of grief and how we can generate discussion about this process in a molar pregnancy. Selection criteria: Articles, theses and dissertations available in Portuguese or English, free of charge, published in the last five years and found complete. These studies should address topics such as: maternal grief, emotional impacts of molar pregnancy and pregnancy loss, which contribute to understanding how a diagnosis of Hydatidiform Mole affects those who face it. Work focused on COVID-19, studies that did not include the aforementioned and found to be duplicates were excluded. Results and Discussion: The following meaning cores were constructed – Perinatal Grief compared to Molar Pregnancy Mourning, Psychological Factors and Emotional Reactions to Hydatidiform Mole, Mechanisms for Coping with Grief and Support for Pregnant Women with Hydatidiform Mole. Conclusion: Among the symptoms related to mourning experienced in the pregnancy loss of Hydatidiform Mole, anxious and depressive states were most frequently evident. Reference Centers are places that will provide adequate treatment for the illness and health professionals, especially Psychology, can contribute to support the impacts of the loss.

Keywords: Gestational trophoblastic disease. Mola hidatiform. Psychology. Psychoanalysis. Emotional aspects. Maternal grief.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
1.1 Objetivo geral 13
1.2 Objetivos específicos 13
1.3 Justificativa 14
2 MARCO TEÓRICO 15
2.1 Mola hidatiforme e gestação 15
2.2 Tratamento e acompanhamento pós molar 16
2.3 Aspectos sociais da Doença Trofoblástica Gestacional e a importância dos centros de referência 17
2.4 Impactos emocionais para a gestante molar 18
2.5 Luto perinatal e outros lutos para a paciente com diagnóstico de mola hidatiforme 19
2.6 O papel da psicologia e da psicanálise no cuidado à gestante em tratamento de mola hidatiforme 22
3 METODOLOGIA 25
4 RESULTADOS 27
5 DISCUSSÃO 29
5.1 Luto perinatal comparado ao luto pela gestação molar 29
5.2 Fatores psicológicos e reações emocionais à mola hidatiforme 30
5.3 Mecanismos de enfrentamento ao luto e suporte às gestantes com mola hidatiforme 32
6 CONCLUSÃO 34
REFERÊNCIAS 36

1 INTRODUÇÃO

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), é um espectro de proliferações celulares decorrentes da placenta. Sua forma mais comum e benigna é a mola hidatiforme (MH) (Braga *et al.*, 2019). A DTG caracteriza-se por uma anomalia gestacional que ocorre a partir de uma fertilização aberrante (Montenegro; Rezende Filho, 2018). Os dados apontam que 80% das gestações com DTG, são de mola hidatiforme (Lima *et al*., 2016).

A incidência e os fatores etiológicos de uma gestação molar são difíceis de caracterizar. No Brasil, a MH não é uma doença de notificação compulsória e seu produto conceptual não segue para a patologia como análise de abortamento. Assim, fica somente aos Centros de Referência (CR) a responsabilidade pelo tratamento da doença (Campos *et al*., 2022).

Os problemas no agrupamento de dados confiáveis podem ser atribuídos a diversas causas, como inconsistências nas definições de casos, incapacidade de caracterizar adequadamente a população de risco, ausência de banco de dados centralizados, falta de grupos de controle com os quais seja possível comparar fatores de risco e raridade da doença (Lurain, 2010).

Neste sentido, estudos epidemiológicos reportam amplas variações regionais na incidência de mola hidatiforme. Segundo Braga *et al.* (2019), a MH tem uma frequência de 1 caso para cada 1000 gestações na América do Norte e na Europa. No Brasil, a incidência desta doença é cerca de 2 a 3 vezes maior. Uma gestação molar inicia-se normalmente apresentando os mesmos aspectos de uma gravidez comum, incluindo um teste positivo para o hormônio gonadotrofina coriônica humana, conhecido como hCG. Verifica-se a necessidade de exames para compreender o diagnóstico e muitas vezes a mulher continua em tratamento por mais de um ano, até que receba alta completa da doença (Andrade, 2009).

Após o resultado positivo para MH, recomenda-se esvaziamento uterino imediato, prevenindo assim o desenvolvimento de quadros mais graves da doença, como a Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) (Maestá; Braga, 2012). É imprescindível um acompanhamento pós molar e medidas contraceptivas são fundamentais para evitar uma nova gestação, onde o hCG placentário não permitiria a diferenciação de um hCG de origem tumoral (Braga *et al.*, 2014).

Sobre os estudos que correlacionam DTG e os impactos emocionais, vale ressaltar a escassez de pesquisas, principalmente na área da psicologia. A medicina se debruçou em falar da fisiologia por trás dessa enfermidade, porém ainda precisamos caminhar muito naquilo que

concerne ao psiquismo. Outro aspecto, porém, não menos importante, é o fato de a sociedade conhecer pouco sobre tal condição (Monchek; Wiedaseck, 2012) e de não termos mensurados os impactos sociais decorrentes da doença e de seu tratamento.

Além do conhecimento dos fatores físicos, psíquicos e sociais por parte dos profissionais de saúde, contudo não apenas destes, se faz necessário uma perspectiva de cuidado que considere o sujeito a partir de um olhar integral. Nesse aspecto, o Ministério da Saúde (2010) considera a necessidade da ampliação e do fortalecimento da saúde como produção social, econômica e cultural e não somente ausência de doença.

Na inviabilidade de uma gestação, Watanabe *et al*., (2000) sugere que inúmeras possibilidades podem se apresentar, como: abortamento completo ou incompleto, abortamento retido, gestação anembrionada, gestação ectópica e doença trofoblástica gestacional. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), perdas gestacionais após a 22ª semana de gestação não se configuram como abortamentos, mas colocam as gestantes em posição semelhante de luto.

A literatura demonstra que a mola hidatiforme muitas vezes se confunde com o abortamento incompleto ou retido (Lurain, 2010). Denota-se então que na experiência da maternidade, infelizmente, nem todas as gestações garantem a chegada de um bebê ao mundo e a MH é uma delas. Na medida em que a MH se trata de uma patologia gestacional incomum, mas com características bem específicas, pois submete a mulher a duas condições de perdas concomitantes: a perda da gestação e a perda do ideal de saúde, alguns lutos se impõem. (Velasco, 2013).

Isto posto, Freud (1917) aponta que o sujeito em seu processo de luto vivencia algo como uma dedicação exclusiva às memórias do que foi perdido, perdendo interesse em outros aspectos da vida. Muza *et al*., (2013) nos expõe que a perda de qualquer ordem gera o sentimento de luto. Neste estudo, o enlutamento vivido por gestação molar se destaca.

Sobre os processos de perda gestacional, Aciole e Bergamo (2019) alegam que existem muitas dificuldades no confronto do luto e que por isso é importante ofertar escuta às famílias que vivem esse momento. O papel do profissional da Psicologia nos atendimentos a gestantes é de extrema importância para promoção de saúde dessas mulheres (Antoniazzi; Siqueira; Farias, 2019).

Neste sentido, cabe ressaltar que o cuidado recebido por aqueles que atuam na saúde, após uma perda gestacional, pode ter efeitos e influências duradouras aos pais que vivem um enlutamento (Ellis *et al*., 2016). Nesta perspectiva, os serviços de saúde podem ser considerados uma parte extremamente importante dos recursos sociais e grande apoio na condução de casos de luto materno.

Conhecer os impactos diversos, as demandas e os processos de luto daquelas que sofrem uma gestação molar é de extrema importância para que os profissionais se capacitem para atuar na condução dos casos, pensem formas de suporte e enfrentamento não só para mulheres, mas para as famílias e à sociedade como um todo.

Sendo assim, esta revisão bibliográfica tem como objetivo discutir as implicações do luto e os impactos emocionais para as mulheres acometidas por MH, sendo orientada a responder à seguinte questão norteadora: "Como os psicólogos e psicanalistas podem atuar no suporte emocional das gestantes de mola hidatiforme, assistindo-as para um processo de luto possível?"

Observa-se também a necessidade de dar visibilidade a este assunto, ainda pouco estudado e é neste sentido que esse estudo se justifica. Trata-se de uma questão específica da saúde reprodutiva da mulher, porém desconhecida pela grande maioria delas.

Por fim, cabe ressaltar que meu primeiro encontro com a Mola se deu no consultório. Atendi uma gestante, diagnosticada com gestação molar, que acabara de sofrer um procedimento de aspiração manual intrauterina (AMIU). Entre inúmeras questões e preocupações apresentadas, algo saltou aos meus ouvidos no discurso daquela paciente. Havia um questionamento de como ficaria sua vida após esse diagnóstico, que foi tão difícil emocionalmente. Como psicanalista e atravessada por aquela fala, me senti convocada a pesquisar sobre como uma Gestação Molar pode afetar a gestante em seus mais variados contextos. É dessa e de outras indagações que este trabalho pretende tratar.

1.1 Objetivo geral

Analisar o que a ciência nos aponta sobre os sentidos do luto e como podemos gerar discussão a respeito deste processo em uma gestação molar.

1.2 Objetivos específicos

Além do objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o perfil da doença, o tratamento, o acompanhamento pós gestação molar e o papel dos centros de referência em MH;

- Conhecer, a partir daquilo que a literatura científica nos elucida, os impactos emocionais do diagnóstico de Mola Hidatiforme para a gestante;
- Investigar o papel do psicólogo/psicanalista nesse contexto e como a escuta clínica pode estar à serviço de uma condição como a MH.

1.3 Justificativa

Este estudo se justifica na medida em que contorna uma questão rara e pouco conhecida. Segundo França *et al.,* (2022), apesar da importância dos aspectos emocionais para uma gestante com diagnóstico de MH, poucos estudos foram produzidos, principalmente aqueles direcionados à perda da gestação e possibilidade da evolução da doença. Também neste sentido, raros materiais são encontrados sobre os benefícios das intervenções psicoterapêuticas em gestantes com MH.

A Maternidade Escola da UFRJ, como referência no Brasil e na América Latina em gestação molar, conta com profissionais éticos e gabaritados no assunto. Assim, como aluna da pós-graduação em Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Infância, busco nesta instituição respaldo e material para a pesquisa.

Outrossim, falar de DTG, principalmente em sua aparição mais presente, a Mola Hidatiforme, corrobora com a necessidade de se tratar assuntos que envolvam a maternidade, gestação, o luto, a mulher e a família na contemporaneidade, que são imprescindíveis e peças-chave da nossa existência enquanto sociedade.

2 MARCO TEÓRICO

Para que sejam abordadas as temáticas às quais este estudo se propõe, se faz necessário realizar, à priori, uma pesquisa acerca da Mola Hidatiforme, suas nuances e como um diagnóstico de MH pode impactar psicossocialmente uma gestante. Importante, na mesma medida, dar luz aos processos de luto que envolvam perdas gestacionais, principalmente em se tratando de uma gestação molar.

2.1 Mola hidatiforme e gestação

Segundo Ferraz *et al*. (2018), a doença trofoblástica gestacional corresponde a uma anomalia relacionada à gestação. Representada por uma proliferação celular heterogênea originada a partir do epitélio trofoblástico placentário, abrange algumas formas de apresentação, inclusive malignas. A mola hidatiforme é a forma benigna da DTG. É representada pela mola hidatiforme completa (MHC) ou mola hidatiforme parcial (MHP).

Andrade (2009) aponta que nas molas parciais os embriões encontrados, normalmente são inviáveis ou podem apresentar malformações que impedem a continuidade da gestação. Na mola completa não há a presença de embrião. Na MHC verificam-se vesículas na totalidade placentária e ausência de cordão/membrana. Na MHP percebem-se focos de vesículas hidatiformes na placenta, além de material fetal (Braga *et al.,* 2014).

Sobre os fatores de risco para MH, consideram-se os extremos da vida reprodutiva (pacientes menores de 15 anos e com mais de 45), além de pacientes com histórico anterior de doença gestacional molar (Silveira, 2019). Contudo, ainda que a enfermidade se apresente em faixas etárias extremas, a maior frequência se observa em gestantes entre 20-30 anos, por verificarmos um maior número de gravidezes nessa lacuna de idade (Garner *et al*., 2003).

Historicizando o caminho da MH, cabe sinalizar que, na década de 70, as molas hidatiformes eram frequentemente acompanhadas de sangramento vaginal grave e outras complicações, pois os mecanismos de detecção precoce ainda eram muito incipientes (Lurain, 2010). Segundo Braga *et al*. (2014), o diagnóstico de MH sofreu um grande impacto após o emprego de exames de ultrassonografia (USG). Assim, no primeiro trimestre, a MHC fica facilmente visível pela USG e na MHP, após a 12ª semana de gestação, já se faz possível perceber o feto acompanhado de placenta com áreas hiperecogênicas, tipo “flocos de neve”.

Sobre os sintomas, inicia-se, em geral, assim como uma gestação comum e verifica-se o aumento dos níveis de gonadotrofina coriônica humana (hCG). Vale destacar, que nos casos de mola hidatiforme, o hCG pode ser produzido de forma excessiva. Altos valores de hCG, por vezes incompatíveis com a idade gestacional, sugerem a suspeição para MH, além de ajudar no diagnóstico da enfermidade (Ferraz *et al*., 2018).

Ainda neste sentido, uma característica comum da gestação molar e que ocorre em 80-90% dos casos é um sangramento vaginal entre a 6ª e a 16ª semana. Outros fenômenos também podem surgir como o aumento do volume uterino, hiperêmese e hipertensão induzida pela gestação no primeiro ou segundo trimestre. Cabe, também salientar, que alguns pacientes podem apresentar um quadro assintomático da doença (Ferraz *et al*., 2018).

O diagnóstico de mola hidatiforme entre 10 e 12 semanas é fundamental para evitar agravos clínicos. Complicações graves são raras se a doença é detectada antecipadamente. Por outro lado, nas mulheres que recebem o diagnóstico tardio, as estatísticas apontam 25% de probabilidade de desenvolverem a doença com gravidade. Após a descoberta de uma gestação molar, faz-se importante buscar um centro de referência, local onde a gestante será acompanhada por uma equipe multidisciplinar e com abordagem direcionada aos espectros da enfermidade, além do tratamento adequado para o caso (Maestá; Braga, 2012).

2.2 Tratamento e acompanhamento pós molar

A maneira mais eficaz de evitar resultados adversos é o diagnóstico precoce e a evacuação uterina imediata. Mesmo a MH sendo uma condição benigna da DTG, as pacientes com esse quadro precisam de acompanhamento cuidadoso e periódico, a fim de evitar a evolução da doença para neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), que se trata de uma apresentação maligna.

Ferraz *et al*., (2018) apontam que existem quatro estratégias que, se bem realizadas, garantem um tratamento seguro para as pacientes com diagnóstico de MH. A primeira delas seria o encaminhamento da paciente para um centro de referência (CR), onde receberia o tratamento adequado e direcionado. Na sequência, seria importante avaliar o quadro clínico da gestante, com exames preparatórios para o procedimento cirúrgico, como histórico clínico, dosagem de hCG, ultrassonografia e exames físicos antes do esvaziamento do material uterino.

A utilização de técnica adequada de esvaziamento uterino também seria uma das estratégias que garantem o cuidado da doença, devendo o médico estar tecnicamente capacitado

para a escolha do método mais apropriado e a gestante hemodinamicamente estável (Lurain, 2010). Por último, após o esvaziamento uterino é importante assegurar que a paciente faça uso de contraceptivos hormonais (oral, transdérmico, injetável ou implante), além de métodos de contracepção, que garantam que não engravidará até a normalização dos exames de hCG, geralmente por um período de pelo menos seis meses (Ferraz *et al*., 2018).

Sobre o seguimento pós molar, Andrade (2009) aponta que é de grande importância assistir a gestante após tratamento de mola hidatiforme. Este processo visa detectar precocemente os casos em que há persistência da enfermidade.

Ainda sobre o tema, Monchek e Wiedaseck (2012) indicam que, após a evacuação uterina, os níveis de hCG devem ser minuciosamente acompanhados para verificar se houve a remoção de todo tecido trofoblástico, bem como para avaliar o desenvolvimento de NTG. À princípio, os níveis séricos de gonadotrofina coriônica humana são medidos semanalmente até que fiquem indetectáveis por três semanas. Posteriormente, esses mesmos marcadores séricos são analisados mensalmente por mais seis meses, até que não sejam também detectados. Sobre a normalização do hCG, 84% das pacientes apresentam regressão completa do hormônio dentro de 12 a 14 semanas.

2.3 Aspectos sociais da DTG e a importância dos centros de referência

De acordo com Braga *et al*., (2019) nos países em desenvolvimento, como o Brasil, por conta do atraso na detecção da enfermidade, não é incomum que pacientes desenvolvam complicações clínicas, potencialmente fatais, como a morte materna. Não existem registros oficiais que tratem sobre as taxas de mortalidade em pacientes com DTG, porém atualmente o Grupo de Estudos da Rede Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional desenvolve um estudo nacional colaborativo que tem como intuito compreender a morbidade e mortalidade de pacientes com NTG, além de realizar inúmeras pesquisas nos últimos anos com compromisso de avançar nos aspectos e cenários da doença.

Os fatores sociais e econômicos, bem como as barreiras de acesso aos serviços de saúde, precisam ser observados em se tratando de MH. Muitas vezes, as gestantes chegam aos centros de referência em um estágio avançado da doença por dificuldades inúmeras, como locomoção até um centro referenciado, falta de recursos financeiros, entre outras questões econômicas e sociais (Silva *et al*., 2023). Neste sentido, encontra-se uma falta de material que diga respeito da repercussão social na vida da gestante molar.

Silva *et al*., (2023) ainda nos elucidam que o Brasil, apostando em uma política equânime e de cobertura universal, implementou a regionalização dos serviços de saúde. No entanto, classificar o espaço geográfico, a partir de critérios específicos para que as pessoas recebam atendimento direcionado à doença não garante a equidade do tratamento de DTG, pois nem todas as regiões possuem um centro de referência especializado em doença trofoblástica gestacional. Consequentemente, pessoas com diagnóstico de MH são muitas vezes direcionadas a centros de referência muito distantes de suas moradias.

Uma pesquisa feita no Estado de São Paulo avaliou a relação entre a distância percorrida a partir do distrito de saúde e a apresentação clínica da doença. A partir dos dados coletados, pacientes do distrito de saúde fora da cobertura do CR, apresentaram, na admissão, características que corroboram com maior risco para MH e NTG. Sobre o estudo, cabe destacar "Longas distâncias (maiores que 80 km) parecem influenciar negativamente o estado clínico da doença trofoblástica gestacional na apresentação, indicando barreiras no acesso a centros especializados" (Silva *et al*., 2023, p. 385).

A Febrasgo (2017) indica que muitas mulheres recebem tratamento inadequado para DTG. Inúmeras cirurgias, por vezes desnecessárias, podem comprometer a vida reprodutiva para sempre. Estudos apontam que pacientes tratadas fora dos centros de referência podem ter risco de morte ou mutilação de útero aumentados em 10 vezes.

Para o tratamento e acompanhamento da DTG, uma listagem de fácil acesso pode ser encontrada no site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia indicando locais, subdivididos por regiões no Brasil.

Brasil, em 1960, sob a chefia do Professor Jorge de Rezende na Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, criou-se no Rio de Janeiro, o primeiro centro especializado em seguimento de DTG, fundado e orientado pelo professor Paulo Belfort.

2.4 Impactos emocionais para a gestante molar

Os artigos em geral discorrem sobre as características da doença, somente como uma condição ginecológica e pouco se fala sobre o que uma mulher pode sofrer emocionalmente. A DTG ainda é algo pouco divulgado e, portanto, uma gestante molar, pode se sentir perdida e solitária (Monchek; Wiedaseck, 2012).

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (2022), a MH é um acometimento que, apesar do prognóstico favorável, as pacientes podem apresentar sentimentos ambivalentes, como culpa,

vergonha e pensamentos de incapacidade reprodutiva. A possibilidade da realização de um procedimento cirúrgico, a necessidade de contracepção hormonal e a possibilidade de uma NTG, impactam negativamente potencializando sintomas de ansiedade.

Ercole, Melo e Alcoforado (2014) nos trazem que, situações estressoras podem surgir para mulheres que atravessam uma doença trofoblástica gestacional. Depressão e ansiedade foram os sintomas mais encontrados nas pesquisas, a partir das respostas aos questionários e das consultas de atendimento psicológico. Questões relacionadas ao funcionamento sexual da mulher e o medo de passar novamente por uma gestação molar aparecem com frequência nos estudos. Há uma insegurança quanto à capacidade reprodutiva; algumas se sentem tristes e desmotivadas, impactando assim na relação com os parceiros e no desejo acerca da sexualidade.

Sobre os impactos emocionais, quadros depressivos, sentimentos de dúvida, perda das expectativas, isolamento, medo quanto à possibilidade de uma nova gestação, inseguranças sobre uma possível recorrência do quadro e incertezas sobre capacidade de gestar, são sintomas percebidos e relatados por gestantes de mola. Mulheres que já são mães de outros filhos saudáveis e vivos, tendem a olhar a doença por um outro viés, na medida em que encontram outros motivos para suportar e se recuperar de uma DTG (Stafford *et al.*, 2011).

Uma chance de ajuda emocional às gestantes que passam por uma condição como a de gestação molar é o conhecimento acerca da doença. Uma explicação detalhada da história natural da mola, que pode ser feita pelos profissionais da saúde, além de textos elaborados em linguagem leiga, servem de auxílio para a compreensão do que se trata a MH (Garner *et al*., 2003).

A conduta de dizer às pacientes de forma franca e clara, com educação ampla a respeito da DTG e da conduta, mostrando-se como suporte, respondendo dúvidas e questionamentos, impacta na aderência ao tratamento prolongado que a condição exige e auxilia no confronto aos aspectos psicológicos e emocionais (Diestel *et al*., 2001).

2.5 Luto perinatal e outros lutos para a paciente com diagnóstico de mola hidatiforme

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001) aponta a que a perda gestacional (PG) é entendida como sinônimo de óbito fetal. A morte do feto antes da completa expulsão do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. Nesta temática, Tenório, Avelar e Barros (2019) propõem que a gestação, considerada uma parte de extrema importância na vida de uma pessoa e de sua

família, quando ocorre de forma incomum ou indica uma perda, envolve um enlutamento, além de um processo de elaboração que precisa ser feito.

Freud (1917), em seu texto Luto e Melancolia, compreende o luto como um afeto normal e não patológico. No luto, alega o autor, o mundo se torna pobre e vazio, diferente da melancolia, onde esse esvaziamento é do ego. Também adverte que o trabalho de luto, em alguma medida se conclui, deixando espaço para novas vivências. Segundo Freud, cabe destacar:

> O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica (Freud [1917], 1996, p. 249).

Neste sentido, Iaconelli (2007) nos elucida que a morte fetal ou do recém-nascido rompe com a ordem natural da vida e a sociedade a compreende como algo que deve ser evitado ou não falado. A autora ainda assinala que, a chegada de um bebê, pressupõe um processo de espera. Subentende-se uma antecipação do que seria aquele bebê a partir de fantasias, identificações e expectativas, que acabam por permitir que algo da ordem da ambiência psíquica possa ser construído para sua chegada. Ou seja, o bebê já existe no discurso, antes mesmo de estar no mundo.

Em um diagnóstico de MH, apesar da proximidade com o impacto emocional do abortamento espontâneo, inúmeros fatores precisam ser considerados. No sentido em que o luto corresponde a um processo e não um estado, na gestação molar a mulher confronta questões que em outras perdas gestacionais não se apresentam. Além do luto pela perda gestacional, existe o luto pela saúde, luto por ter que adiar novas gestações e por fim o luto familiar, na medida em que a família pode encontrar dificuldades de entender do que se trata a doença (Tenório; Avelar; Barros, 2019).

Os resultados apontam que apesar da relativa baixa frequência de gravidezes molares, faz-se extremamente necessário pensar este corpo grávido, que todavia em raríssimos casos vai dar à luz a um bebê. Um lugar de perda, de confronto com vida e morte se instala. Algumas gestantes desconhecem por completo a enfermidade. Assim, diversos lutos precisam ser elaborados por esta mulher. O luto da expectativa, o luto da ausência de um bebê e do enfrentamento de uma doença que pode evoluir para quadros mais severos (Petersen *et al.*, 2005).

Maldonado (2013) indica que o filho é uma experiência familiar e não só da gestante. Dito isto, na assistência pré-natal faz-se importante pensar na "família grávida". O impacto

emocional de uma gestação que foge ao percurso esperado pode afetar a todos e não só aquela que gesta. Tenório, Avelar e Barros (2019) afirmam que, a família exerce um papel extremamente importante na vivência do luto, podendo ser auxílio nos enfrentamentos de crise e períodos de dificuldade. No entanto, no caso da MH e sua complexidade, a gestante pode se sentir pouco suportada e viver um luto não reconhecido.

Casellato (2015) apresenta que, reconhecer a perda seria admiti-la como verdadeira ou real. Lutos não reconhecidos observam- se por sua ambiguidade, por ignorarmos sua existência ou ainda por nos defendermos da emoção ou consequências que sua existência provoca. A autora ainda aponta que o termo "luto não reconhecido" é empregado quando o luto não pode ser expresso ou socialmente suportado.

Esse não reconhecimento acontece mesmo em casos de perdas gestacionais usuais, onde há um bebê que muitas vezes precisa passar por um sepultamento, dando uma concretude à sua existência e morte. Na MH há uma situação paradoxal que ocorre com frequência: há uma gestante, há uma gestação, mas não existiu nunca um bebê de fato. Esse paradoxo dificulta o reconhecimento do luto pela família e pela sociedade.

Barbosa (2018) em seu estudo qualitativo composto por amostras de cinco casais acompanhados pelo Centro de Referência em DTG da Maternidade Escola da UFRJ, ressalta que os casais, por conta das peculiaridades da enfermidade podem se perceber desautorizados a viver o luto perinatal. Relatos de frustração e tristeza aparecem em ambos, o que justificaria uma atenção diferenciada e multiprofissional na condução de tais casos.

Ainda sobre o luto acerca da perda gestacional, Camarneiro, Maciel e Silveira (2015) apontam que se trata de um problema de saúde pública, por ser causa de grande repercussão emocional na mulher e no seu entorno. Sentimentos negativos e ambivalentes são experimentados de forma profunda, como dor física e psicológica, tristeza, raiva, desespero, impotência, frustração e revolta.

A gravidez, como um período transformador, é um local de grande vulnerabilidade emocional. Camacho *et al.,* (2019) compreendem que as mudanças psíquicas comuns da gestação são um fator preponderante para a saúde mental da mulher e dos membros de sua família. O período gestacional seria um momento marcado por tensão, fantasias e ansiedade, além do simbolismo e do papel concretizado de ser mãe.

Quando a possibilidade de morte se faz presente, inauguram-se conflitos psíquicos, que correspondem à inversão da expectativa, que seria de vida (Bortoletti; Silva; Tirado, 2007). Diante do exposto, Nishioka (2019) indica que falar sobre morte, finitude e temas sensíveis

relativos ao luto com gestantes que enfrentam esta causa pode ser de grande importância para pensarmos o cuidado com a vida e com novas gestações que possam surgir.

2.6 O papel da psicologia e da psicanálise no cuidado à gestante em tratamento de mola hidatiforme

Zygouris (2011) em seu livro "Psicanálise e Psicoterapia", tece uma crítica ao que chamou de "psicanálise pura" e faz uma aposta na possibilidade de o analisando questionar o dispositivo. A autora propõe que a psicanálise também é uma forma de psicoterapia (analítica) e que as fronteiras entre a psicanálise e a psicoterapia vêm se tornando movediças. Nenhuma psicanálise ou psicoterapia suprimem a possibilidade de que venhamos a nos deparar com sofrimentos ao longo da vida, mas podem servir de suporte para que isto não se instale, como autora sugere, em uma "patologia".

Neste sentido, Miodownik (1998) nos traz que na psicanálise, os objetivos terapêuticos não são pré-determinados e o fluxo do tratamento é livre associativo. Na psicoterapia haveria objetivos conscientemente escolhidos pelo terapeuta. Em ambas as modalidades se busca o alívio do sofrimento humano e formas de enfrentamento de causas difíceis.

Guggenheim (2019), em seu texto sobre o trabalho do psicanalista nos atendimentos a gestantes em uma instituição hospitalar, nos elucida que a psicanálise nos brindou com textos muito importantes a respeito da sexualidade feminina e daquilo que seria "tornar-se mulher", algo que se coloca para além da biologia puramente e estaria na ordem do que é subjetivo, onde cada um encontra ao seu modo um fazer.

A autora ainda aponta que, se compreende que a escuta psicanalítica não é uma moral, mas uma experiência ética. Cabe também destacar que Freud (1985), em sua teoria do aparelho psíquico, apresenta o lugar do inconsciente, como algo que ultrapassa a noção racional de indivíduo e inaugura um espaço subjetivo de constituição psíquica.

Sobre a temática do sujeito para a Psicanálise, Lacan (1966) indica que o "eu" é produzido a partir da imagem do Outro. O bebê, quando se vê no espelho, precisa de alguém que o nomeie. O que o autor chama de sujeito seria aquele que se encontra dividido entre o que é da ordem da razão e o que se apresenta como conteúdo inconsciente.

No contexto hospitalar, o objetivo seria ouvir o sujeito em sua dimensão inconsciente, mesmo em um lugar onde o corpo biológico é tão privilegiado. Ali, conflitos emocionais surgem simultaneamente com a doença. Segundo Guggenheim (2019), cabe destacar:

> A psicanálise escuta as gestantes de um lugar específico. O lugar no discurso proposto por Lacan e já definido por Freud. Não é uma postura fácil de ser sustentada em meio a uma rotina de enfermarias e ambulatórios no serviço público. Há falta de espaços físicos para consultórios apropriados, há as interrupções devido aos procedimentos necessários, como exames curativos e outros. Mas esses fatos são contornados e o trabalho integra as contingências que surgem e se realiza plenamente (Guggenheim, 2019, p. 113).

Na temática da condição saúde e doença, Lacan (1966), em "O lugar da Psicanálise na medicina", nos diz que quando o doente procura o médico, ele não espera simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, pois o sujeito está totalmente implicado em conservá-la. Talvez encontremos algum caminho com a afirmação de Pacheco Filho (2002), que aponta:

> A Psicanálise se interessa pela riqueza descritiva que as abordagens fenomenológicas trazem do humano. Mas busca caminhar para mais além do fenômeno e do aparente. E mostrou que a verdadeira explicação do fenômeno humano, muitas vezes, não se encontra na consciência (Pacheco Filho, 2002, p. 32).

Ávila (1995) propõe que a medicina seria uma prática social regulada institucionalmente que tem como objetivo tratar e curar. O papel do médico está em oferecer ao doente uma forma de eliminar a dor, anular os sintomas e afastar a morte. Por outro lado, o lugar da psicanálise consiste em permitir que o sujeito se "des-aliene" de um desconhecimento de si próprio e possa entrar em um processo de exploração de sua vida e história, cujo fim seria encontrar possibilidades de compreensão de si.

Sobre trabalhos específicos em gestação molar, poucos estudos com vieses psicológicos foram publicados a respeito dos impactos emocionais da Mola. Além disto, percebe-se uma carência de periódicos que tratem de práticas em psicologia que sejam direcionadas ao enfrentamento desta questão tão peculiar e dolorosa. De outro modo, indicações de psicoterapia e grupos terapêuticos são sugeridas como medidas de suporte e tratamento psicológico (Diestel *et al*., 2001).

Para além do escopo da medicina obstétrica, um caminho multidisciplinar pode ser de grande valia para o tratamento da Mola. A psicologia pode contribuir com um trabalho de escuta e educacional, condução de grupos terapêuticos, suporte emocional e suporte estendido para essas gestantes, além de apoio aos familiares (Stafford *et al*., 2011).

Ainda sobre a pesquisa de Stafford *et al*., (2011), uma análise transversal foi feita com 176 mulheres australianas previamente diagnosticadas com doença trofoblástica gestacional, atendidas em um registro estadual. As estatísticas apontaram que 22% das mulheres observadas apresentaram níveis elevados de depressão e 26% de ansiedade. 52% das pacientes relataram disfunção sexual e 26% indicaram que a DTG afetou de forma negativa a vida sexual.

As gestações de mola são altamente curáveis, mesmo quando evoluem com malignidade, porém mesmo com grandes chances de cura, é importante pensar no impacto da doença na qualidade de vida de longo prazo. Como consequência do stress prolongado, podem surgir questões psicológicas, sociais e sexuais (França *et al*., 2002).

Concorre para isto, o estudo de Petersen *et al*., (2005) onde compreende-se que a busca por grupos de apoio e suporte à gravidez molar funcionam como um lugar de segurança para que as mulheres possam dividir suas experiências com aquelas que viveram a mesma questão, além de ser um local para acessar informações sobre a enfermidade. No entanto, algumas pacientes optam por um processo terapêutico individualizado enfatizando a necessidade de confidencialidade.

Por fim, entende-se que, pensando em cuidado à saúde mental da gestante acometida por MH, a necessidade de apoio de pessoas do grupo familiar, além de amigos próximos, aliado ao acompanhamento com profissional especializado da psicologia, uma equipe multidisciplinar atenta e disponível para trabalhos educativos e de escuta e os grupos de apoio direcionados à DTG são comprovadamente possíveis caminhos de sucesso no tratamento e suporte à paciente com mola hidatiforme.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter exploratório e abordagem qualitativa. O universo da pesquisa abarca os estudos publicados sobre os impactos emocionais de uma gestação molar e o que a literatura nos elucida sobre formas de condução de casos como este. Busca-se principalmente compreender os processos de luto atravessados por aquelas que enfrentam um diagnóstico de mola hidatiforme.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a revisão de bibliográfica (ou da literatura) define-se por uma análise criteriosa dos estudos científicos mais recentes que abordem os assuntos da pesquisa ou que forneçam embasamento teórico e metodológico para que seja desenvolvido um trabalho sobre o tema. É válido salientar, que não se trata somente de um levantamento de referências, mas sim de um desenvolvimento que possa ser interpretado e analisado.

O método científico é o caminho de raciocínio empregado na pesquisa. A ele, devemos um conjunto de procedimentos que precisam ser aplicados para que o objetivo de chegarmos à natureza de um certo problema, seja para estudá-lo ou explicá-lo, seja atendido. Outra perspectiva do método científico, que precisa ser explicitada, é a coleta de dados. Faz-se necessário que o autor se utilize de processos rigorosos de agrupamento de informações no intuito de expor como foram selecionados ou extraídos os materiais contidos no estudo. Neste sentido, a revisão de literatura é uma forma de método cientificamente atestado e amplamente usado (Prodanov; Freitas, 2006).

A busca foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de outubro de 2023. Sendo assim, partimos de uma questão norteadora para direcionarmos a pesquisa, que é: “Como os psicólogos e psicanalistas podem atuar no suporte emocional das gestantes de mola hidatiforme, assistindo-as para um processo de luto possível?” Além disso, esse trabalho almeja contribuir para a prática clínica dos profissionais que atuam com esta demanda e pensar como a MH pode ser local de luto perinatal.

A partir da questão acima referida, a busca dos estudos foi voltada para três temas que iriam respondê-la. 1. Mola Hidatiforme; 2. Luto Perinatal; 3. O papel do Psicólogo/psicanalista nos processos de perda gestacional. Deste modo, sobre o passo a passo para a seleção de artigos, foram realizadas pesquisas na BVS, com os descritores (anteriormente examinados na aba “descritores em ciências da saúde” DeCS - BVS), cruzados da seguinte forma: “doença trofoblástica gestacional” AND “aspectos psicológicos’; “mola hidatiforme” AND “luto materno”; “doença trofoblástica gestacional” AND “luto materno”; “doença trofoblástica

gestacional" OR "mola hidatiforme" AND "psicanálise"; "perda precoce da gravidez" AND "luto materno" AND "aspectos emocionais".

Os critérios de seleção foram: artigos, teses e dissertações disponíveis em português ou inglês, gratuitos, publicados nos últimos cinco anos e que foram encontrados completos. Esses estudos devem abordar temas como: luto materno, impactos emocionais da gestação molar e da perda gestacional, que contribuam para esmiuçar como um diagnóstico de MH afeta aquelas que o enfrentam. Trabalhos voltados para COVID-19, estudos que não contemplavam o acima citado e encontrados duplicados foram excluídos.

A Tabela 1, a seguir, demonstra o processo de busca, seleção e triagem dos artigos.

Tabela 1 – Busca, seleção e triagem dos estudos

Termos de Busca	a+b	a+d	c+d	a "or" c + e	f+d+g	Total	Excluídos
Resultados	28	0	2	0	86	116	-
Publicados entre 2018 e 2023	8	0	0	0	14	22	94*
Em português ou inglês	8	0	0	0	14	22	-
Selecionados após a leitura do título	5	0	0	0	6	11	11***
Encontrados de forma gratuita	4	0	0	0	6	10	1****
Selecionados após a leitura do resumo	4	0	0	0	6	10	1*
Selecionados após leitura de texto completo	4	0	0	0	5	9	-

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Legenda: a. doença trofoblastica gestacional; b. aspectos psicológicos; c. mola hidatiforme; d. luto materno; e. psicanálise; f. perda precoce da gravidez; g. aspectos emocionais. *Fora do período de publicação determinado **Fora do Idioma ***Fora do Tema **** Estudos Pagos.

4 RESULTADOS

Os estudos selecionados para discussão são apresentados no Quadro 1, a seguir, conforme seus objetivos e resultados alcançados.

Quadro 1 – Estudos selecionados (continua...)

Autores/Ano	Objetivos	Resultados
Tenório; Katz; Amorim (2023)	Analisar sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com DTG e mulheres que tiveram aborto	A falta de apoio do parceiro e a baixa escolaridade são fatores de risco para ansiedade e depressão, os sintomas foram elevados em ambos os grupos
França *et al.* (2022)	Avaliar aspectos emocionais e clínicos em mulheres com DTG acompanhadas em um centro de referência por equipe multiprofissional	Depressão e ansiedade foram mais frequentes em mulheres com mais de 40 anos, com menor escolaridade, que evoluíram para NTG, que precisaram de quimioterapia com múltiplos agentes ou histerectomia
Block *et al.* (2021)	Avaliar as consequências psicológicas da DTG a curto prazo	Sentimentos ansiosos foram mais frequentes que os depressivos, 88% dos pacientes tiveram problemas de adaptação de moderados a grave. Pacientes com perda gestacional anterior tiveram menor pontuação de sofrimento dos que o sem perda
Di Mattei *et al.* (2021)	Investigar representações mentais de adoecimento, enfrentamento e sofrimento psíquico em mulheres com DTG	O *coping* evitativo pode levar as mulheres a desenvolverem representações emocionais de doença tipificada por afetos negativos, que consequentemente aumentam os níveis de angústia
Bohn (2023)	Discutir como determinados termos utilizados por profissionais de saúde podem aumentar a culpa e o choque da paciente	O tema deve ser discutido com cuidado com os pacientes e família. Mudar a linguagem para descrever a morte intrauterina e o parto prematuro de forma clara e precisa, ajuda a mitigar o luto privado de direitos, a culpa e o choque, além de tornar mais óbvio o porquê de certas etapas.
Vescovi *et al.* (2022)	Investigar o processo de construção de significados de perda gestacional em 11 casais brasileiros	Percebeu-se uma falta de significado para morte, fortalecimento do vínculo entre o casal e com parentes. A espiritualidade foi a principal estratégia de enfrentamento. O processo de construção de significado foi semelhante ao de outras perdas.
Smith *et al.* (2020)	Explorar as experiências de cuidado em saúde com pais cujos bebês morreram antes, durante e depois do parto para identificar o que pode ser melhorado	Os pais a quem foi dito que estavam a "perder um bebê" em vez de "abortar" estavam mais preparados para as realidades do trabalho de parto, a experiência do nascimento e decidir sobre ver e segurar o bebê. O uso da terminologia adequada é vital para validar a perda e preparar para as experiências do parto e nascimento

Watson *et al*. (2019)	Relatar as experiências pessoais de luto perinatal e o suporte dos profissionais de saúde	A maioria das famílias sentiu que não recebeu informações, apoio e cuidado profissionais suficientes. Mais da metade sofreu estigmas do profissional de saúde e muitos acreditam que eles não estavam preparados o suficiente para cuidar deles.
Wool e Catlin (2018)	Fornecer uma visão geral dos serviços de luto perinatal no sistema de saúde e seus pontos de melhoria	A integração do sistema de atendimento aumenta a qualidade, segurança e satisfação do paciente. Independentemente de onde haja contato no sistema de saúde, o apoio ao luto deve ser dado para um cuidado respeitoso em todas as esferas

Fonte: Compilado pela autora (2023)

5 DISCUSSÃO

Após a leitura na íntegra dos **09** artigos selecionados, os dados foram analisados para gerarmos discussão a partir destes. Dividimos a discussão em seções com os temas considerados mais relevantes dentro dos estudos encontrados.

5.1 Luto perinatal comparado ao luto pela gestação molar

Partindo da pesquisa realizada em outubro de 2023 que compõe a metodologia deste trabalho, cabe sinalizar que ao cruzarmos os descritores da seguinte forma: “mola hidatiforme” e “luto materno”; “doença trofoblástica gestacional e “luto materno”, verificamos que, ao menos nos últimos cinco anos, não aparecem registros de trabalhos na biblioteca virtual em saúde, que, ao usarmos esses temas em conjunto, contribuam para falarmos sobre os lutos daquelas que vivenciam um diagnóstico de DTG.

Sobre perdas gestacionais, Tenório, Katz e Amorin (2023) nos indicam que o aborto espontâneo é a complicação obstétrica mais comum na gestação e cerca de 15% das gestações identificadas apresentam o aborto espontâneo como consequência. Neste sentido, a DTG seria uma complicação obstétrica que culmina em uma perda precoce da gravidez. Os autores ainda apontam que a morfologia e as questões clínicas relacionadas a uma perda gestacional estão bem documentadas na literatura, porém, os impactos emocionais só começaram a ser expostos de forma considerável nas décadas de oitenta e noventa, com a ascensão dos estudos sobre o luto.

A experiência de perder um filho ou de dar à luz a um bebê de forma prematura são vivencias traumáticas por si só. Porém, a morte intrauterina incorre em danos psicológicos adicionais. Muitas vezes, pacientes que perdem seus bebês ainda na gestação sofrem de um luto privado de direitos. Esta perda, não é ou não pode ser abertamente reconhecida, socialmente apoiada ou publicamente lamentada (Bohn, 2023).

Em se tratando da DTG, um duplo luto se impõe. O luto pela perda da gestação e da saúde. Este contexto exige uma adaptação que não inclui somente a perda da gravidez, mas a possibilidade de uma cirurgia, um tratamento quimioterápico, entre outras considerações em saúde (Tenório, Katz e Amorin, 2023).

Vescovi *et al*., (2022) indicam que os pais enlutados por uma perda gestacional estão sub representados nos estudos de luto. Os autores compreendem que uma PG impõe

características únicas que precisam ser investigadas a partir de pesquisas direcionadas a esse público. Apesar de grande impacto psicossocial, existe uma relutância entre os autores em discutir essa questão. Na MH, vale acrescentar que, pouco se encontra na literatura sobre as implicações sociais a respeito desta enfermidade.

Ainda sobre o estudo de Vescovi *et al*., (2022), sugere-se que o senso comum compreende o luto por morte intrauterina como algo menos estressante e de rápida resolução se comparado a outros tipos de luto. Nos processos de luto em MH, reconhecer o lugar da doença e considerar um caminho de enlutamento, em alguma medida torna-se difícil a começar pelo fato de que muitas vezes a própria gestante desconhece sua condição, assim como a família.

Por fim, Tenório, Katz e Amorin (2023) apresentam que a perda da gravidez contribui para um sentimento de desamparo diante do sonho e pode ser uma circunstância cercada por um silêncio profundo, muitas vezes vivida de forma solitária. Assim, poucas análises apontam para a importância de falarmos nas perdas representadas em um diagnóstico de MH. Definitivamente, os lutos específicos de MH não estão contemplados em ampla literatura.

5.2 Fatores psicológicos e reações emocionais à mola hidatiforme

Mulheres diagnosticadas com DTG experimentam uma mudança repentina em suas vidas, passando de um sentimento de alegria, normalmente associado à gravidez, a sentimentos de angústia e preocupação trazidos por um diagnóstico potencialmente fatal (Di Mattei *et al*. 2021).

França *et al*., (2022) assim como Tenório, Katz e Amorim (2023) também afirmam que a dificuldade que muitas gestantes apresentam de entender o diagnóstico, além do prognóstico incerto, contribuem para impactos sociais e psicológicos que seguem junto ao tratamento da doença. Os autores trazem, ainda, que os impactos psicossociais precisam ser observados para que as equipes multidisciplinares possam melhorar a abordagem e as direções do tratamento adotado.

Ainda sobre a pesquisa de França *et al*., (2002) questionários padronizados como qualidade de vida, avaliação de sintomas depressivos, satisfação com a vida e escalas de qualidade de vida da OMS foram aplicados. Porém, mesmo com resultados apontando para sintomas emocionais bastante expressivos, os autores propõem que, para uma avaliação mais detalhada sobre o impacto psicológico da doença, testes qualitativos deveriam ser utilizados,

voltados para avaliar questões como raiva, luto e morte, a possibilidade de gestar novamente e o impacto de não poder ter outro filho em um curto prazo.

Di Mattei *et al.*, (2021) em seu estudo com trinta e oito mulheres com diagnóstico de DTG (18 com mola hidatiforme) foram solicitadas a preencher um questionário de percepção de doença (revisado), uma orientação de enfretamento aos problemas vivenciados, um inventário de ansiedade traço-estado (formulário Y) e o inventário de depressão de Beck (formato resumido). Além disto, informações demográficas e clínicas foram colhidas por meio de autorrelato.

A partir dos dados acima citados, entendeu-se que o *coping* evitativo, que é um processo que envolve a forma como o sujeito administra de forma cognitiva e comportamental, demandas internas ou externas que surgem a partir de uma situação estressora, estava significativamente ligado a sintomas de ansiedade e depressão, bem como com outras reações emocionais da doença. O *coping* evitativo contribuiu para a presença de afetos negativos, que por sua vez aumentaram o nível de angústia.

Outro trabalho que buscou avaliar o impacto psicológico da doença trofoblástica gestacional, na Holanda, tratou-se de um estudo de coorte observacional multicêntrico prospectivo. Tal pesquisa, compôs-se por sessenta pacientes com DTG, incluídos entre 2017 e 2020, sendo aplicados os seguintes instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Termômetro de Angústia, Escala de Impacto de Eventos e Escala de Preocupações Reprodutivas (Blok *et al.*, 2021).

Os resultados da pesquisa de Blok *et al.,* (2021) mostraram que, sintomas ansiosos (27%) se apresentaram menos que sentimentos depressivos (47%). Ainda, 88% dos analisados apresentaram problemas de adaptação moderados a graves. Pacientes sem filhos apresentavam maior preocupação acerca da reprodutividade do que aqueles que já os possuíam. Gestantes com perdas anteriores tiveram maior pontuação em sofrimento do que aqueles que nunca haviam perdido um bebê. Por fim, mulheres com filhos ainda na infância e vivos tiveram índices de sofrimento menores.

Todos os estudos apontaram que os impactos emocionais que mais apareceram nas mulheres que estão enfrentando uma gestação molar são depressão e ansiedade. A falta de apoio do parceiro revelou-se um fator de risco para ansiedade e depressão, enquanto indicadores de baixa escolaridade contribuíram para aumentar o risco de sintomas de depressão em 3,43 vezes após a perda da gestação, segundo Tenório, Katz e Amorim (2023).

O papel social da mulher, historicamente associado à sua capacidade reprodutiva, quando é posto em um lugar que foge completamente à expectativa, pode fazer com que surjam

sentimentos de fracasso, culpa e vergonha. O impacto emocional da perda da fertilidade muitas vezes é relatado como uma experiência devastadora (Tenório; Katz; Amorim, 2023).

O diagnóstico de DTG tem efeito substancial no bem-estar dos pacientes logo após o diagnóstico. Um acompanhamento criterioso por um longo tempo após a doença ainda precisa ser feito. Os aspectos psicossociais envolvidos precisam de uma maior atenção e implementação de medidas de intervenção frente aos transtornos mentais persistentes neste período de luto, evitando sequelas emocionais, problemas reprodutivos futuros e custos adicionais com o cuidado em saúde.

Por fim, cabe destacar que poucos estudos, principalmente recentes contemplam os impactos psíquicos das gestantes acometidas por mola hidatiforme. Quase todos os trabalhos aqui citados são categóricos em dizer que precisamos avançar nas pesquisas à respeito dos abalos emocionais de um diagnóstico de doença trofoblástica gestacional.

5.3 Mecanismos de enfrentamento ao luto e suporte às gestantes com mola hidatiforme

Os profissionais de saúde podem fazer uma diferença positiva na forma como uma perda é vivenciada e no bem-estar geral dos envolvidos nesse processo. Muitas famílias relatam que sentiram que não estavam adequadamente informadas, apoiadas e cuidadas por profissionais de saúde quando tiveram que enfrentar um processo de luto (Watson *et al*., 2019).

Apoios contínuos, principalmente da equipe da psicologia, podem contribuir como suporte para o reconhecimento do impacto da perda, minimizar a incerteza e o isolamento e reduzir o estigma vivido por famílias enlutadas. A prestação de cuidados em luto de forma consistente e de alta qualidade contribuem para criar uma cultura de compaixão e melhorar a experiência do paciente e da família (Wool; Catlin, 2018).

Smith *et al*., (2020) também sinalizam que os serviços de saúde, a partir de uma escuta ativa, precisam usar a nomenclatura de preferência dos pais a respeito da perda. Pais a quem foram usadas terminologias como “perda do bebê” em vez de “abortar” estavam mais preparados quanto à realidade do luto.

Grande parte dos estudos apontaram os Centros de Referência em DTG como os locais que irão fornecer atendimento multidisciplinar adequado às gestantes com todos os tipos de aparição da Doença Trofoblástica Gestacional. Segundo França *et al*., (2022) os CR´s estão habilitados a direcionar o cuidado à recuperação física e emocional da gestante, além da preservação da fertilidade e melhoria da qualidade de vida (França *et al*., 2022).

Blok *et al*., (2021) indicam que os médicos, que geralmente são o primeiro contato da paciente com o processo de entender do que se trata a doença, precisam estar conscientes das consequências emocionais a fim de avaliar o curso psíquico ao longo do tempo e recomendar suporte psicológico personalizado para pacientes que mantêm altos níveis de sofrimento.

Do ponto de vista clínico, os resultados do trabalho de Di Mattei *et al*., (2021) sugerem ser importante promover estratégias de enfrentamento adaptativas, que se ajustem às demandas da paciente. Importante, do mesmo modo, fornecer dados precisos sobre a condição, a fim de promover um melhor ajustamento psicológico aos sentimentos que possam surgir a partir de uma condição tão difícil emocionalmente.

6 CONCLUSÃO

A doença trofoblástica gestacional é uma enfermidade que engloba uma ampla gama de condições decorrentes do desenvolvimento anormal do tecido da placenta. Apesar do diagnóstico normalmente apresentar grandes chances de cura, lidar com todo o impacto emocional que esta condição pode causar, normalmente é algo bem complexo para a mulher.

Apesar da relativa baixa frequência de gravidezes com mola hidatiforme, um processo de enlutamento se impõe, na medida em que, um lugar de perda e de confronto com vida e morte se instala. Assim, alguns lutos precisam ser elaborados. O luto da expectativa de uma gestação, o luto da ausência de um bebê, do enfrentamento de uma doença que pode evoluir para quadros mais severos e das mudanças a respeito da sexualidade e fertilidade. Percebe-se uma carência de periódicos que tratem sobre os lutos presentes em uma questão como a MH.

Algumas gestantes desconhecem por completo a doença, por ser algo pouco divulgado. Neste sentido, a MH pode ser uma doença que afeta a mulher socialmente de forma considerável. Apesar desse dado não ter sido encontrado nos trabalhos, a prática clínica revela que existem inúmeros impactos sociais no trabalho e muitas vezes abusos diversos por conta do fato da mulher precisar se ausentar, ao menos uma vez por semana para o tratamento.

Estudos apontam que condições econômicas difíceis contribuem negativamente no acesso aos cuidados necessários no tratamento. Além disso, gestantes que enfrentam longas distâncias até um Centro de Referência podem desenvolver quadros mais agravados da enfermidade.

Verificou-se ainda, que poucos trabalhos com vieses psicológicos foram publicados a respeito dos impactos emocionais da mola hidatiforme. Pouco material que traga formas de enfrentamento desta questão tão peculiar e dolorosa. Apesar desta escassez de análises que componham esse tema, indicações de psicoterapia e grupos terapêuticos surgem como medidas apoio e tratamento às gestantes com MH.

Para além do escopo da medicina obstétrica, um caminho multidisciplinar pode ser de grande valia para o tratamento da mola. A psicologia pode contribuir com um trabalho de escuta e educacional, suporte emocional pós aspiração intrauterina, suporte para as gestantes e apoio aos familiares.

O fato de a DTG não ser uma condição tão comum, não isenta a necessidade de criarmos medidas de cuidado às mulheres que se encontram atravessadas por ela. Faz-se necessário pesquisarmos mais sobre os impactos psíquicos da doença trofoblástica gestacional e suas

nuances, além de compreendermos o processo de enlutamento da gestante com MH, que sugere algumas especificidades.

Esta revisão de literatura trouxe luz a alguns trabalhos publicados que tratam dos aspectos emocionais e lutos diversos de uma gestação molar, porém temos muito a pesquisar e contribuir para este assunto, pouco abordado pela psicologia, porém não menos importante e urgente.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 805-818, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212 Acesso em: 02 nov 2023.

ANDRADE, J. M. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 31, n. 2, p. 94-191, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/TMVGM4TNZJYxSWZ6FqZFBsQ/?lang=pt# Acesso em: 25 set 2023.

ANTONIAZZI, M. P.; SIQUEIRA, A. C.; FARIAS. C. P. Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. **Pensando famílias**, v. 23, n. 2, p. 191-207, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n2/v23n2a15.pdf. Acesso em: 04 abril 2023.

ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica**. 1995. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995. Disponível em: doi:10.11606/T.47.2018.tde-19042018-103308. Acesso em: 19 out 2023.

BARBOSA, G. S. M. **A vivência conjugal frente ao diagnóstico e tratamento da doença trofoblástica gestacional**. 2018. Monografia (Especialização) – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

BELFORT, P.; BRAGA, A. The changing clinical presentation of molar pregnancy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 6, p. 483-8, 2004.

BERKOWITZ, R. S.; GOLDSTEIN, D. P. Current management of gestational trophoblastic diseases. **Gynecologic oncology**, v. 112, n. 3, p. 654-662, 2009.

BLOK, L. J. *et al*. The psychological impact of gestational trophoblastic disease: a prospective observational multicentre cohort study. **BJOG**, v. 129, n. 3, p. 444-449, 2022. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9292450/ Acesso em 19 out 2023.

BOHN, J. A. When Words Fail: "Miscarriage," Referential Ambiguity, and Psychological Harm, **The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine,** v. 48, n. 3, 2023, p. 265–282. Disponível em https://doi.org/10.1093/jmp/jhad013 Acesso em 14 set 2023.

BORTOLETTI, F. F., SILVA, M. S. C.; TIRADO, M. C. B. A. Assistência psicológica em medicina fetal. *In*: BORTOLETTI, F. F. (Org.). **Psicologia na prática obstétrica**: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2007, p. 61-67.

BRAGA, A. *et al*. Gestational trophoblastic neoplasia after spontaneous human chorionic gonadotropin normalization following molar pregnancy evacuation. **Gynecologic Oncology,** v. 139, n. 2, p. 283-7, 2015.

BRAGA, A. *et al*. Doença trofoblástica gestacional. **Femina**, v. 47, n. 1, 2019. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ01Z-ZJanZ2019.pdf Acesso em 25 set 2023.

BRAGA, A. *et al*. Gestational trophoblastic disease in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, p. 211-212, 2019.

BRAGA, A. *et al*. Doença trofoblástica gestacional. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 3, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf Acesso em: 25 set 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico, 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 25 set 2023.

CAMACHO, K. G. *et al*. Vivenciando as repercussões e transformação de uma gestação: Perspectivas de gestantes. **Ciência y Enfermeiro Concepcion**, v. 16, n. 2, p. 115 -125, 2010.

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

CAMPOS, V. *et al*. Fundamentos do diagnóstico e tratamento da gravidez molar. **Medicina, Ciência e Arte**, v. 1, n. 2, p. 113-130, 2022.

CASELLATO, G. *et al*. **O resgate da empatia**: suporte psicológico ao luto não reconhecido. Summus Editorial, 2015.

DI MATTEI, V. *et al*. Psychological factors influencing emotional reactions to gestational trophoblastic disease: The role of coping mechanisms and illness perception. **European Journal of Cancer Care**, v. 30, e13404, 2021. Disponível em https://doi.org/10.1111/ecc.13404. Acesso em 08 out 2023.

DIESTEL, M. *et al*. Aspectos psicossociais da doença trofoblástica gestacional: a importância dos grupos de ajuda. **Acta Oncológica Brasileira**, v. 22, n.1, p. 245-249, 2002.

ELLIS, A. *et al.* Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 16, p. 1-19, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2. Acesso em: 08 out 2023

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. Disponível em: https://reme.org.br/artigo/detalhes/904. Acesso em: 08 out 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Onde a paciente com mola deve ser tratada**. 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/206-onde-a-paciente-com-mola-deve-ser-tratada. Acesso em: 08 out 2023

FERRAZ, L. *et al.* Doença trofoblástica gestacional. **Saber Científico**, v. 7, n. 1, p. 83-90, 2018. Disponível em: https://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/1245/1087. Acesso em: 08 out 2023

FRANÇA, A. C. G. *et al*. Aspectos emocionais e clínicos observados em mulheres com doença trofoblástica gestacional: Uma ação multidisciplinar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, n. 4, p. 343-351, 2022. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1387894. Acesso em: 22 set 2023

FRANÇA, A. C. G. *et al*. Emotional and clinical aspects observed in women with gestational trophoblastic disease: a multidisciplinary action. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, p. 343-351, 2022.

FREUD, S. Luto e Melancolia [1917]. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. *In*: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Mola Hidatiforme**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mola-hidatiforme/. Acesso em: 14 set 2023.

GARNER, E. *et al*. Psychosocial and reproductive outcomes of gestational trophoblastic diseases. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology,** v. 17, n. 6, p. 959-68, 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14614892/. Acesso em: 14 set 2023.

GUGGENHEIM, E. **Residência em psicologia clínica institucional**: práxis e formação. Curitiba: Juruá, 2019.

HVIDTJØRN, D. *et al*. Life after the loss: protocol for a Danish longitudinal follow-up study unfolding life and grief after the death of a child during pregnancy from gestational week 14, during birth or in the first 4 weeks of life. **BMJ Open**., v. 8, n. 12, e024278, 2018. Disponível em: doi: 10.1136/bmjopen-2018-024278. Acesso em: 14 set 2023.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, p. 614-623, 2007.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**, v. 32, p. 8-14, 2001.

LACAN, J. O estádio do espelho (1966). *In*: LACAN, J. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96-103.

LIMA, L. L. A. *et al.* Correlações clinicorradiológicas em pacientes com doença trofoblástica gestacional. **Radiologia Brasileira**, v. 49, p. 241-250, 2016.

LURAIN, J. R. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 203, p. 531-9, 2010.

MAESTÁ, I.; BRAGA, A. Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 4, p. 143-146, 2012.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Jaguatirica Digital, 2013.

MIODOWNIK, B. Psicanálise e psicoterapia: o vértice do psicanalista. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 32, n. 4, p. 865-884, 1998.

MONCHEK, R; WIEDASECK, S. Gestational trophoblastic disease: an overview. **Journal of Midwifery and Womens Health**, v. 57, n. 3, p. 255-9, 2012.

MONTENEGRO, C.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MUZA, J. C. *et al*. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia**: teoria e prática, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013.

NISHIOKA, L. P. **Gestação molar**: gravidez ou doença? a experiência da perda gestacional em mulheres diagnosticadas com doença trofoblática gestacional. 2019. Monografia (Especialização) – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

PACHECO FILHO, R. A. O conhecimento da sociedade da cultura: a contribuição da Psicanálise. **Psicologia e Sociedade**, v. 9, n. 1-2, 2002.

PETERSEN, R. W. *et al*. The impact of molar pregnancy on psychological symptomatology, sexual function, and quality of life. **Gynecology Oncology.,** v. 97, n. 2, p. 535-42, 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15863157/. Acesso em: 09 out 2023.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SILVA, V. A. R. D. *et al*. geographical health district and distance traveled influence on clinical status at admission of patients with gestational trophoblastic disease. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, n. 07, e384-e392, 2023.

SILVEIRA, L. P. **Aspiração manual intrauterina versus aspiração elétrica no tratamento da gestação molar**. 2019. 62 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, 2019. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7903426. Acesso em 02 nov 2023.

SMITH, L. K. *et al*. Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. **BJOG**, v. 127, n. 7, p. 868-874, 2020. Acesso em doi: 10.1111/1471-0528.16113 Acesso em 08 out 2023.

STAFFORD, L. *et al*. Long-term psychological morbidity, sexual functioning, and relationship outcomes in women with gestational trophoblastic disease. **International Journal of Gynecology Cancer**. v. 21, n. 7, p. 1256-63, 2011. Acesso em 08 out 2023.

TENÓRIO, P. J.; AVELAR, T. C. D.; BARROS, É. N. D. Gravidez molar: do sonho ao luto. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 39, n. 97, p. 193-206, 2019.

TENÓRIO, P. J.; KATZ, L.; AMORIM, M. M. R. Symptoms of anxiety and depression in women with gestational trophoblastic disease compared to women who had a miscarriage: a cross-sectional study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 44, n. 1, 2023. Disponível em 10.1080/0167482X.2023.2210747 https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0167482X.2023.2210747 Acesso em 09 out 2023

VELASCO, M. **Da expectativa de vida à descoberta da morte**: a mulher diante da gestação molar. 2013. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica-Rio, Rio de Janeiro, 2013.

VESCOVI, G. *et al*. Construção de significados na perda gestacional: estudo qualitativo com casais brasileiros. **Psico-USF**, v. 27, p. 411-424, 2022.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WATANABE, L. C. *et al*. Achados ultrassonográficos em pacientes com ameaça de abortamento no primeiro trimestre da gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, p. 275-279, 2000.

WATSON, J. *et al*. Pregnancy and infant loss: a survey of families' experiences in Ontario Canada. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 129, 2019. Disponível em: doi: 10.1186/s12884-019-2270-2. Acesso em: Acesso em 19 out 2023.

WOOL, C; CATLIN, A. Perinatal bereavement and palliative care offered throughout the healthcare system. **Annals Of Palliative Medicine**, v. 8 Supl 1, p.22-29, 2018. Disponível em: doi: 10.21037/apm.2018.11.03. Acesso em 19 out 2023.

ZYGOURIS, R. **Psicanálise e psicoterapia**. São Paulo: Via Lettera, 2011.