



PSICOLOGIA

Argumento



periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento

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

The experiences of women with a history of gestational trophoblastic disease (GTD)

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

KARINE PAIVA MULLER ^[a] 

PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

^[a] UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS E SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA), DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

ALÉXIA VICTÓRIA PEREIRA PADILHA ^[b] 

PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

^[b] UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS E SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA), DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

LUCIANA SUÁREZ GRZYBOWSKI ^[c] 

PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

^[c] UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS E SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA), DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

^[a] Mestre em Psicologia e Saúde, e-mail: karinepaivamuller@gmail.com

^[b] Especialista em Urgência e Emergência, e-mail: alexiavpereira@gmail.com

^[c] Doutora em Psicologia, e-mail: lucianasg@ufcspa.edu.br

Como citar: MULLER, K. P.; GRZYBOWSKI, L. S.; PADILHA, A. V. P. Vivências de mulheres com histórico de doença trofoblástica gestacional. *Psicologia Argumento*. 44(124). 1398-1412, 2026.
<https://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.44.124.AO04>

Resumo

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

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

Abstract

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

Keywords: maternity; gestational trophoblastic disease; women.

Resumen

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

Palabras clave: maternidad; molestia trofoblástica gestacional; mujeres.

1. Introdução

Nos dias atuais, apesar de a maternidade ter deixado de ser o sonho principal de muitas mulheres, ela ainda faz parte do projeto de vida de muitas delas. Fatores como a troca afetiva, o desenvolvimento pessoal, a transmissão de legado e o reconhecimento social parecem contribuir para a decisão de ter filhos, enquanto as responsabilidades do exercício parental, os problemas financeiros, as ambições pessoais e de carreira, as dificuldades na educação dos filhos e os desafios da gestação estão associados à escolha de não ter ou adiar esse projeto (Biffi & Granato, 2017; Gil-Bello, 2018; Demarchi et al., 2017). Consolida-se, assim, na contemporaneidade, a valorização do companheirismo no vínculo conjugal e a ausência de obrigações quanto à reprodução (Merli, 2012). A opção por ter filhos pode denotar o enfraquecimento, ao menos temporário, das ambições pessoais como: adiar planos de carreira ou deixar de consumir alguns bens materiais desejados. A partir do momento que há também uma expansão do papel da mulher na sociedade e uma alteração da identidade feminina da mulher contemporânea, a parentalidade pode ser uma escolha, apesar das pressões sociais e diferenças contextuais (Nunes, 2011).

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

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

Entre as diversas possibilidades que podem levar à interrupção desse plano da maternidade está a descoberta da doença trofoblástica gestacional (DTG), que é uma condição genética anormal e rara da gravidez, que pode ocorrer em mulheres de todas as idades que se encontram em período reprodutivo sem que haja explicações da causa (Ferreira, 2008). Dentre as DTGs existentes, a Mola Hidatiforme (MH) é o tipo mais comum, pois ocorre um erro no momento da fecundação, podendo ser Completa ou Parcial. Na mola completa (MHC) o óvulo “perde” seus cromossomos no momento da fecundação, e é fecundado por um espermatozoide com 23 cromossomos que se duplica. Em função disso tem-se um óvulo com 46 cromossomos de origem paterna, não se desenvolvendo um embrião por falta de cromossomos da mãe; desenvolvendo-se, assim, uma placenta “doente” pelo excesso de cromossomos paternos. Na mola parcial (MHP) o óvulo mantém seus 23 cromossomos e é fecundado por dois espermatozoides ou por um que se duplicou. Em decorrência disso, forma-se um embrião vivo, mas geneticamente anormal (triploidia androgenética), incompatível com a vida. Geralmente, o embrião não resiste e morre, porém existem casos em que a gestação tem continuidade com o embrião vivo intra útero, até o fim do segundo trimestre de gravidez, quando é feita a interrupção, pois a mulher corre risco de complicações de saúde (pré-eclâmpsia, hemorragia, coagulopatia), se a gestação seguir. Ambos os tipos de MH são consideradas doenças benignas com resolução espontânea em 80% (na MHC) a 95% (na MHP) dos casos, entretanto, em cerca de 5 a 20% dos casos há

chance de evolução para neoplasia (Belfort et al., 2007). As formas com evolução neoplásica são chamadas de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) e englobam a Mola Invasora (Andrade, 2009), o coriocarcinoma, o tumor trofoblástico do sítio placentário e o tumor trofoblástico epitelióide. Todas as formas de NTG apresentam alto percentual de cura (80% a 100%), desde que sejam diagnosticadas precocemente e tratadas de forma adequada, preferencialmente em CR. A gravidez molar (GM) pode ser assintomática, sendo o diagnóstico feito nas primeiras ultrassonografias (Diestel et al., 2001).

Mulheres que recebem o diagnóstico de GM, submetem-se ao estresse da perda da gravidez, do procedimento cirúrgico, possível tratamento com quimioterapia e atrasos no plano reprodutivo. Além disso, elas precisam enfrentar a perda de uma gravidez e, ao mesmo tempo, lidar com uma doença que pode se tornar fatal (Muza et al., 2013; Anjos & Zago, 2006; Silva & Nardi, 2014; Wechsler, Reis, & Ribeiro, 2016; Torloni, 2007). Devido a estressores, após a mulher receber o diagnóstico de DTG, existe um fator potencial de desenvolver problemas como ansiedade e depressão (Petersen et al., 2005; Granero, Bonfim, & Santos, 2018; Tenório, Avelar, & Barros, 2019). No âmbito dos relacionamentos interpessoais, o diagnóstico de DTG ocasiona impacto para a mulher, para seu parceiro e seus familiares. Mulheres afetadas pela DTG, têm que lidar com questões emocionais significativas e mudanças radicais, tanto na vida individual quanto na vida de casal, havendo redução significativa da dor emocional quando há suporte do companheiro e de filhos, caso tenham (Mattei et al., 2020; Stafford et al., 2011).

Dessa forma, existe relevância na forma da comunicação com as pacientes e como a informação é concedida (França et al., 2022), influenciando nos impactos emocionais. Ademais, França et al. (2022) pontuam que cuidados multidisciplinares, envolvendo intervenções educacionais e psicossociais, podem ajudar os pacientes a compreender a DTG, promovendo uma melhor adesão ao tratamento e/ou acompanhamento e ajuste psicológico à doença.

Partindo do cenário de poucas investigações, o presente artigo objetiva compreender as vivências de mulheres com histórico de DTG. Conhecer as diferentes dimensões dessa experiência, com seus obstáculos e sucessos, proporciona maior visibilidade a esta doença, ampliando e qualificando as intervenções no campo da saúde e entre os profissionais de equipes multidisciplinares que atendem essas mulheres, para dessa forma possam orientar corretamente as pacientes, assim como seus familiares no enfrentamento da DTG.

2. Método

2.1 Delineamento

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

2.2 Participantes

Participaram do estudo 8 mulheres com diagnóstico, atual ou passado, de DTG, considerando-se os critérios de amostra intencional (Oliveira, 2001). A escolha das participantes se deu por conveniência e por meio de indicação da equipe médica, sendo recrutadas as mulheres que estão ou estiveram em acompanhamento no CR de DTG, na Maternidade Mário Totta da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS. Escolheu-se mulheres com diagnóstico de DTG há, no mínimo, 45 dias, com características sociodemográficas homogêneas. Foram excluídas deste estudo mulheres com limitações cognitivas, dificuldades de comunicação e menores de 18 anos.

2.3 Instrumentos

As participantes responderam uma ficha de dados sociodemográficas e de saúde, que visou coletar informações sobre as características contextuais, sua condição de saúde e histórico da DTG. Posteriormente, foi realizada uma entrevista semiestruturada, desenvolvida pelas autoras dessa pesquisa (Muller; Grzybowski, 2021), na qual se investigou o conhecimento sobre a doença, as mudanças percebidas após o diagnóstico, a perda gestacional,

o tratamento e/ou acompanhamento da DTG, os recursos de enfrentamento deste percurso e os aspectos facilitadores e dificultadores desta trajetória, bem como expectativas e planos futuros.

2.4 Procedimento para coleta de dados

Após aprovação nos Comitês de Ética, as mulheres foram contatadas via telefone e convidadas a participar da pesquisa. Foram explicados os objetivos e os procedimentos da investigação, de forma detalhada. Todas as participantes que aceitaram, optaram pela participação no formato virtual, considerando o cenário da COVID-19 que teve aumento de casos em janeiro de 2022. Assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a ficha de dados sociodemográficos e de saúde foram enviados previamente à realização da entrevista, no formato *Google Forms*. Após assinatura e concordância registrada no TCLE, a participante tinha acesso ao preenchimento da ficha de dados sociodemográficos e de saúde, através da mesma plataforma. Na sequência, foi marcado dia e horário para entrevista. A entrevista foi conduzida pela pesquisadora e uma bolsista de iniciação científica, via *Google Meet*, com duração aproximada de 50 minutos e gravação por dispositivo externo.

2.5 Procedimento de Análise de dados

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

2.6 Questões Éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da da ISCMPA e da UFCSPA (CAAE: 51680221.1.0000.5335). As participantes foram identificadas por nomes fictícios, a fim de preservar o anonimato. Todas assinaram virtualmente o TCLE e foram orientadas a guardar tal documento. Também se deixou claro que as entrevistas seriam gravadas por dispositivo externo, para fomentar o sigilo.

3. Resultados e Análise das informações

Nesta seção, serão apresentados os resultados e a análise das informações derivadas da ficha de dados sociodemográficos e de saúde, bem como das entrevistas com as participantes. Para a identificação das mulheres, optou-se por nomes de flores. A Tabela 1 faz um compilado das principais informações que caracterizam as entrevistadas.

Tabela 1 - Dados Sociodemográfico e de Saúde

	Girassol	Violeta	Lírio	Margarida	Rosa	Cravo	Hortênci	Orquídea
Idade atual	39	39	30	34	32	25	53	37
Idade da primeira GM	37	35	28	32	29	23	25	36

Escolaridade	Tec. Comp.	Sup. Incomp.	Sup. Comp.	Sup. Comp.	Sup. Comp.	Sup. Incomp.	Sup. Comp.	Pós Grad.
Profissão	Téc. de Enf.	Prof.	Anal. de Qualid.	Eng.	Nutric.	Assist. MKT	Assist. Social	Área da Beleza
Situação conjugal	casada	casada	casada	casada	casada	casada	casada	casada
GM	1	3	1	1	2	1	1	1
Tipo de GM	MHP	2 MHC e 1 MHP	MHP	MHP	2 MHP	MHP	MHP	MHC
Tratamento quimioterápico		x				x		x
Histerectomia	x							
Abortos prévios a GM					x			x
Filhos prévios a GM	1							

Fonte: Muller; Padilha; Grzybowski, 2022

Observando as características das participantes da pesquisa, percebe-se mulheres com idade média de 36,1 anos, com desvio padrão de 4,872 anos, todas casadas e com um nível de escolaridade elevado, sendo que sete possuem, no mínimo, nível superior e uma possui nível técnico. As profissões são variadas, além de a ocupação atual sofrer alterações após diagnóstico da doença, desde a carga horária semanal à profissão exercida. A maioria das mulheres dessa pesquisa tinham tido somente um diagnóstico de DTG (6 participantes), no entanto, duas delas tiveram mais de uma GM, sendo que uma teve um aborto espontâneo prévio antes das duas GM. Há o histórico de perda gestacional, não ocasionada pela doença, com outra participante. Destaca-se, também, que três participantes precisaram realizar quimioterapia e uma precisou realizar a histerectomia. Somente uma delas possuía filho, nascido antes da GM.

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

3.1 Tema 1. A constelação da maternidade

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

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

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

Outra situação abordada pelas participantes foi a perda gestacional. A perda do feto ou aborto é uma possibilidade recorrente, assim como doenças que inviabilizam o seguimento da gestação, havendo quebra de expectativas e alterando um curso normal para uma situação de crise (Silva & Nardi, 2014; Wechsler, Reis, & Ribeiro, 2016). Ao descobrir, através de ecografia, que a gestação não iria evoluir, as mulheres relataram essa perda como algo muito marcante, impactando-as negativamente. Nesse contexto, questões relativas à desqualificação da perda gestacional intensificaram a dor deste momento, conforme relatos: “A perda gestacional não é reconhecida, como nós mulheres não tivemos o bebê nos braços as pessoas dizem: daqui há um tempo que vai ter de novo, não chora, não fica triste. A dor dessa perda é como uma dor inválida, as pessoas não reconhecem, então fica-se muito sozinha, é difícil de encarar a perda (Violeta)” e “As pessoas dizem que não chegou a gerar nada, mas para mim foi a perda de um filho. Era um sonho, vivi por três meses, eu idealizei, foi bem difícil, como eu disse: é um luto (Girassol)”. Um dos aspectos que pode dificultar esse momento é o não reconhecimento da perda gestacional enquanto uma perda por parte das pessoas, por entenderem que os pais ainda não construíram um vínculo importante com o filho e que o sofrimento decorrente dela não seria tão intenso, pois a relação perdida poderia ser facilmente substituída (Barth, Vescovi, & Levandowski, 2020).

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

Além disso, essas mulheres trouxeram os sentimentos relacionados às perdas gestacionais, de forma penosa e dolorosa: “Fiquei muito abalada emocionalmente, nunca imaginei que eu fosse me sentir assim. Achei que eu fosse ficar triste, mas nunca que fosse algo que fosse tão forte, que houvesse um sentimento tão forte materno (Orquídea)” e “Emocionalmente fiquei destruída (Margarida)”. Hortência traz o arrependimento que sente por não ter se despedido e conhecido seu filho, tendo em vista que sua GM evoluiu até as 20 semanas, demonstrando a importância do momento da despedida do seu bebê morto para a resignificação dessa perda: “Eu fiquei com a sensação que eu tinha que ter visto, eu não me despedi, era um menino, ficou faltando”. Fica explícito nos depoimentos que o aborto ou a morte fetal acontecem, na maioria das vezes, sem qualquer aviso prévio, levando ao aumento do choque sentido pelos pais perante a notícia da perda. Com essa interrupção os pais são impedidos de vivenciarem o sonho da maternidade, e esse sonho é transformado em pesadelo (Miranda, 2016).

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

Observa-se, assim, que o projeto da maternidade também sofreu transformações entre as participantes ao longo do processo da doença. Para maioria, persistiu a expectativa de poder gestar através de novas tentativas. Porém, outras participantes vislumbram diferentes caminhos para concretizar esse sonho, como a fertilização *in vitro* ou a adoção: “Se for preciso fazer fertilização *in vitro* já havia consultado uma médica. Ter mais essa opção para gestar, pois hoje em dia tudo é resolvido (Orquídea)” e Girassol acredita que para ela “Não é difícil adotar, eu aceitaria super bem, mas meu sonho era que eu pudesse gestar”. Maux & Dutra (2009) explicam sobre a resignificação da maternidade para aquelas mães que não conseguiram gestar de forma natural. Para elas ser mãe é prover de cuidados e afeto, ter a sensação plena de realização, ou seja, materná-lo, independe dela ter gerado através de FIV ou do processo de adoção.

3.2 Tema 2. O percurso da doença

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

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

Ratificando o que os autores mencionam, fica perceptível que dentre as participantes, houve dificuldade em compreender a doença, como é exposto: “Não sabia o que era essa doença. Eu não consigo compreender essa doença. Para mim ela é um mistério (Margarida)”. A falta de informações dos profissionais da saúde que prestaram os primeiros atendimentos para essas mulheres, gerou angústia e preocupação. Relatos afirmam que alguns médicos não têm conhecimento aprofundado sobre a doença e outros desconhecem totalmente, não conseguindo explicar do que se tratava, sendo necessário encaminhar para um Centro de Referência (CR). Nenhuma das participantes tinha conhecimento prévio do que era a DTG, precisando buscar informações em outros meios, para além da equipe de saúde. Tal desconhecimento fez com que Orquídea, fosse buscar informações na internet, o que aumentou negativamente o impacto do diagnóstico, “Na internet a gente vê um monte de barbaridade, a minha fantasia foi lá em cima”. Percebe-se que as pacientes que tiveram mais de uma GM, atualmente conseguem ter uma melhor compreensão da doença, em função das diferentes formas que a doença se apresentou e pelo tempo que ficam em acompanhamento no CR. Violeta manifesta isso contando que: “As 3 vezes que eu tive foram diferentes. Hoje eu entendo o que é a DTG”.

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

No que tange ao enfrentamento da doença, cada uma dessas mulheres vivenciou da sua maneira, destacando aspectos que facilitaram e dificultaram o percurso. Características da equipe obstétrica, tais como a reação do (s) médico (s) e as atitudes terapêuticas que foram empregadas no momento da notícia, bem como traços de personalidade e estratégias de enfrentamento utilizadas durante este período podem facilitar ou dificultar o processo de ajustamento psicológico diante desta perda (Torloni, 2007). Nesta pesquisa, observou-se que o que auxiliou positivamente foi a participação em grupos de apoio no espaço virtual (“O que ajudou a enfrentar foi o grupo do Facebook, pois tem outras mulheres na mesma situação ou parecida (Rosa)”), as orientações corretas e a assistência da equipe especializada do CR (“O que me ajudou muito na época foi a Dra. Anjo e a Dra. Paz, que me mostravam todas aquelas fotos de bebês na sala do hospital e me diziam: olha quantos casos de sucesso nós temos, tu vai ficar bem (Hortência)”), o acompanhamento psicológico (“Eu comecei novamente a terapia com uma psicóloga, foi bem importante (Orquídea)”) e a fé (“Foi a minha fé, o meu entendimento, em relação sobre ciclos da vida, sobre espiritualidade como um todo (Margarida)”). Por outro lado, muitos fatores contribuíram para tornar o percurso mais difícil. As participantes relatam a exaustão diante de um tratamento longo (“A sensação foi de algo muito longo, cansativo (Orquídea)”), a(s) vivência(s) da(s) perda (s) gestacional(is) (“Foi não ter tido o meu filho, eu acho se fosse para passar por todo esse sofrimento e ter o filho depois compensa, mas tu passar por tudo isso e tu não ter o teu filho (Cravo)”), o enfrentamento do processo de luto (“Depois que eu melhorei fisicamente da cirurgia, meu marido

não conseguia mais entender os meus choros, a minha depressão, a minha tristeza. Mas essa dor, é do luto que eu estava passando e que ninguém estava entendendo (Girassol)”, a recidiva da doença nas 3 gestações (“O mais difícil no meu caso foi a repetição, me questionava o porquê comigo (Violeta)”). Percebe-se, assim, que o diagnóstico, o tratamento e/ou acompanhamento da DTG obrigam as mulheres e os parceiros a enfrentar uma série de desafios psicológicos, que vão desde a perda inesperada da gravidez devido à doença desconhecida até o período prolongado de tratamento e/ou acompanhamento, representando fontes significativas de sofrimento (Mattei et al., 2020).

Nesse cenário também é fundamental discorrer sobre mudanças de vida referidas pelas participantes, em virtude dos exames, do tratamento quimioterápico e das consultas médicas recorrentes no hospital. Bifulco (2014) refere que a mulher passa a ter a percepção de estar perdendo o seu lado sadio, sua autonomia, sua integridade física e psíquica. A área mais citada e que sofreu maior impacto e mais alterações na vida das participantes é a laboral. Orquídea, Lírio, Girassol, Cravo e Violeta trocaram de profissão, e muitas tiveram que reduzir sua carga de trabalho em função da frequência que iam ao hospital, dos efeitos colaterais da quimioterapia causa e/ou tempo de espera para receber a medicação. Sabe-se que o trabalho não representa somente uma fonte de renda, mas uma força de segurança, um meio de alcançar aspirações pessoais e uma questão de identidade, sendo fonte de satisfação, realização pessoal (Souza, 2014). Cravo relembra o tempo que desprendia de outras atividades profissionais quando era necessário fazer a aplicação da quimioterapia, “Eu tinha que esperar muito, eu passava de 4 a 6 horas no hospital, às vezes só para esperar tomar uma injeção de quimioterapia”. Outra alteração percebida foi no caso de Margarida, que passou por uma reformulação na sua dieta alimentar e nos seus hábitos diários: “Eu desconstruí a minha alimentação, voltei a comer ovo, voltei a comer peixe que eu não comia mais”, evidenciando a extensão dos impactos e as mudanças necessárias.

3.3 Tema 3. Impactos emocionais

A descoberta e o diagnóstico de DTG acarretaram impactos emocionais profundos para essas mulheres participantes do estudo. Em função disso, sentimentos diversos emergiram, inclusive desenvolvendo adoecimento e psicopatologias. Inicialmente, após saber e confirmar o diagnóstico, afloraram muitas emoções negativas, tais como: medo, pavor, tristeza, culpa, insegurança e desejo de isolamento social são alguns sentimentos que as participantes trazem em suas falas: “Eu não queria ver ninguém. (Rosa)”, “No começo eu chorava todos os dias, eu me questionava por que comigo, me peguei muito triste. Eu queria saber por que eu me sentia tão culpada, parecia que eu tinha feito algo (Girassol)”, “Fiquei destruída, chorei bastante. Não sabia o que ia acontecer, medo de ter que fazer quimioterapia. (Margarida)” e “Para mim receber esse diagnóstico foi muito aterrorizante (Hortência)”. A literatura refere que elas podem sentir angústia psicológica, social, sexual e tensão física. Após receber o diagnóstico de DTG, existe um fator potencial, de cunho emocional, para o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Algumas pacientes chegam a apresentar confusão em torno do diagnóstico, pois ao mesmo tempo em que são informadas da gravidez também descobrem que possuem uma doença complexa, sujeita a uma evolução com potencial maligno. A GM representa tanto físico quanto emocionalmente um passeio de montanha-russa por meio sentimentos (Granero, Bonfim, & Santos, 2018; Petersen et al., 2005; Tenório, Avelar, & Barros, 2019). Em consequência da multiplicidade de emoções, Cravo, Girassol, Violeta, Orquídea desenvolveram psicopatologias, que surgiram a partir do diagnóstico da DTG, evidenciando que nesse período os sintomas depressivos e os altos níveis de ansiedade são desencadeados em função da perda gestacional e da confirmação da doença. Nessa pesquisa, as mulheres que aparentavam ter maiores impactos emocionais foram as que passaram por quimioterapia e a que necessitou realizar a histerectomia. No entanto, em maior ou menor grau, todas tiveram impactos psicológicos significativos.

Para clarear, amenizar e reorganizar tantos sentimentos e dúvidas advindas do diagnóstico, o atendimento da equipe multiprofissional especializada foi de suma importância. Essa questão vai ao encontro com que França et al. (2022) alude, ou seja, que existe relevância na forma da comunicação, do acompanhamento e/ou tratamento e do apoio emocional recebido de uma equipe multidisciplinar especializada. Corroborando a isso, todas as participantes

deste estudo ressaltam a importância do conhecimento aprofundado da doença, a diferença que faz o atendimento com profissionais capacitados, bem como terem um atendimento com um olhar afetuoso, empático, atento e de forma singular, “Foi essencial a troca de equipe para uma especializada, isso me fez bem (Orquídea)”, “As médicas do CR são maravilhosas, são preocupadas (Hortência)”. Nesse sentido, também destacaram a importância do apoio emocional através dos grupos de sala de espera no CR, orientado por uma psicóloga da equipe técnica e os atendimentos psicológicos individuais, “Foi fundamental o acompanhamento com a psicóloga, porque toda a vez era como se fosse um campo de batalha, eram muitas emoções (Violeta)”.

3.4 Tema 4. Repercussões nos relacionamentos

Em relação às repercussões nos relacionamentos, percebe-se que houve implicações no âmbito conjugal, parental e social. O relacionamento com o companheiro durante esse período passou por transformações, tanto negativas, como o aumento de conflitos e situações de abandono; quanto positivas, com apoio, cuidado e compreensão. Momentos conturbados nas relações conjugais, com brigas e, até separação do casal podem ocorrer durante o acompanhamento e/ou tratamento da DTG. Mattei et al. (2020), em seu estudo realizado na Itália, mencionam que mulheres afetadas pela DTG e seus parceiros têm que lidar com questões emocionais significativas e mudanças em seu equilíbrio psicológico, que os obriga a encontrar novas acomodações na vida individual e de casal. O que é confirmado nos discursos: “Um dos principais divisores da mola foi o término do meu relacionamento, eu fui deixada para trás e tive que seguir a quimioterapia sozinha. Além de ter perdido um filho e ter que dar conta da doença, que é rara, tive que lidar com a perda do amor da minha vida em função da separação (Cravo)” e “Eu e o meu marido começamos a brigar, a gente se distanciou na vida sexual e na relação (Orquídea)”. Em contraponto, outros casais se uniram mais, para juntos buscarem forças para enfrentar essa situação. Eventos inesperados que ocorrem em famílias funcionais tendem a levar a uma tentativa de resolver e enfrentar a crise, sendo esta vista como uma oportunidade, inclusive, de resolver outros problemas do casal (Pittman, 1990). Evidencia-se isso nas explicações: “Passar por esse momento de perda deixou a gente mais unido e forte. Eu acho que pela perda do bebê (Margarida)” e “Aquele momento serviu para nos unir, foi meu parceiro nos meus cuidados (Hortência)”.

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

Por fim, também houve implicações na vida social dessas mulheres. Amigos, familiares e outras pacientes, na mesma condição, se tornaram uma importante rede de apoio. Esse suporte evidencia o significado que a rede de apoio tem, na perda gestacional, no enfrentamento e na superação da doença. A preocupação e a disponibilidade dessas pessoas são verbalizadas por todas as participantes como sendo muito importantes. Rosa conta que procurou Violeta, que teve 3 vezes GM e segue tentando uma nova gestação, pois foi ela quem lhe trouxe força e inspiração para passar por esse momento difícil. Já Orquídea, relembra o quanto os colegas de trabalho foram receptivos e empáticos com ela quando recebeu o diagnóstico e no retorno às suas atividades: “Os colegas do trabalho foram receptivos, acolhedores no meu afastamento e no meu retorno”. Para Hortência, o primordial foi o apoio da sua mãe, conforme relata: “A minha mãe foi incansável, ficou presente o tempo todo, sendo uma companheira fiel”. Fica evidente aqui o apoio da rede familiar e de trabalho, assim como a constituição de uma nova rede, advinda do compartilhamento da experiência de adoecimento com outras pacientes.

4. Considerações Finais

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

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

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

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

5. Contribuições dos autores:

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

Declaração de disponibilidade de dados

O presente artigo tem como foco principal contribuições de natureza teórica ou metodológica, sem a utilização de conjuntos de dados empíricos. Dessa forma, conforme as diretrizes editoriais da revista, o artigo está isento de depósito em repositórios de dados.

Referências

- Andrade, J. M. de. (2009). Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 94-101. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200008>.
- Anjos, A. C. Y. dos, & Zago, M. M. F. (2006). A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(1), 33-40. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100005>.

- Barth, M. C., Vescovi, G., & Levandowski, D. C. (2020). Percepção de casais que vivenciaram perda gestacional sobre o apoio social. *Psicologia Argumento*, 38(102), 772-791. <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27079>.
- Bifulco, V. A. (2014). O luto do portador de doença crônica incurável: O modelo da psico-oncologia. In F. S. Santos, A. L. Schliemann, & J. P. C. Solano (Eds.), *Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto* (pp. 223-231). São Paulo: Atheneu.
- Belfort, P., et al. (2007). *Neoplasia trofoblástica gestacional: Controvérsias* (1. ed.). Rio de Janeiro: Rubio Editora.
- Biffi, M., & Granato, T. M. M. (2017). Projeto de ter filhos: Uma revisão da literatura científica nacional e internacional. *Temas em Psicologia*, 25(1), 207-220. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100014&lng=pt&nrm=iso.
- Braun, V., & Clarke, V. (2017). Análise temática. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>.
- Caetano, A.-B. de J. R. (2020). Preocupações maternas em primíparas durante os primeiros 6 meses de pós-parto (Tese de doutorado). Universidade do Porto, Porto. <https://hdl.handle.net/10216/129636>.
- Camarneiro, A. P. F., Maciel, J. C. S. C., & Silveira, R. M. G. da. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: Um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 109-117. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388241158015>.
- Carneiro, H. L. B., Rodrigues, A. A., & Alves, M. S. (2017). A silenciosa dor dos pais de filhos natimortos e neomortos. *Revista Humanidades*, 6(1), 59-71. https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a139.pdf.
- Demarchi, R. F., et al. (2017). Percepção de gestantes e puérpera primíparas sobre maternidade. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(7), 2663-2673. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23438>.
- Diestel, M. do C. F., et al. (2001). Aspectos psicossociais da doença trofoblástica gestacional: Importância dos “grupos de ajuda”. *Acta Oncológica Brasileira*, 21(1), 183-186.
- Ferreira, É. G. V. (2008). Avaliação da qualidade de vida e aspectos psicológicos em pacientes com doença trofoblástica gestacional (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista, Botucatu. <http://hdl.handle.net/11449/99253>.
- França, A. C. G., et al. (2022). Emotional and clinical aspects observed in women with gestational trophoblastic disease: A multidisciplinary action. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742681>.
- Gil-Bello, R. M. (2018). El imaginario de la maternidad durante el embarazo. *Matronas Profesionales*, 19(1), 4-10. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-173295>.
- Granero, G. S., Bonfim, I. H. F. B., & Santos, Á. da S. (2018). O impacto e a dimensão psicológica da doença trofoblástica gestacional: Um estudo de caso. *REFAS*, 6(4), 801-807. <https://www.redalyc.org/journal/4979/497957635003/html/>.
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. da. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 35(4), 1120-1138. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>.
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Mattei, V. di, et al. (2020). Psychological aspects and fertility issues of GTD. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 34, 30160-30167. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.10.007>.

- Maux, A. A. B., & Dutra, E. (2009). Do útero à adoção: a experiência de mulheres férteis que adotaram uma criança. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(2), 13-21. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000200004>.
- Merli, L. F. (2012). Quando a parentalidade surge antes da conjugalidade (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-07022013-101626/es.php>.
- Miranda, A. C. (2016). Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivencia uma morte fetal (Dissertação de mestrado). Universidade de Évora, Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/19521>.
- Muza, J. C., et al. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003.
- Nunes, S. A. (2011). Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal estar. *Psicologia Clínica*, 23(2), 101-115. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200007.
- Oliveira, T. M. V. (2001). Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Revista Administração On-line*, 3(2), 1-16. https://www.researchgate.net/publication/263926559_Amostragem_nao_probabilistica_adequacao_de_situacoes_para_uso_e_limitacoes_de_amostras_por_conveniencia_julgamento_e_quotas.
- Petersen, R. W., et al. (2005). The impact of molar pregnancy on psychological symptomatology, sexual function and quality of life. *Gynecologic Oncology*, 97(2), 535-542. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15863157/>.
- Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Pontes, V. V. (2016). *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação*. Salvador: EDUFBA. <https://doi.org/10.7476/9788523220099>.
- Silva, A. C. de O., & Nardi, A. E. (2014). Luto decorrente de abortamento e óbito fetal. In F. S. Santos, A. L. Schliemann, & J. P. C. Solano (Eds.), *Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto* (pp. 137-145). São Paulo: Atheneu.
- Souza, P. M. R. A. de. (2014). *O significado do trabalho na perspectiva de mulheres, em diferentes faixas etárias, que trabalham em empresas privadas no Rio de Janeiro* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro). Disponível em https://www.coppead.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/07/Patricia_Souza.pdf.
- Stafford, L., et al. (2011). Long-term psychological morbidity, sexual functioning, and relationship outcomes in women with gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecological Cancer*, 21(7), 1256-1263. <https://doi.org/10.1097/igc.0b013e3182259c04>.
- Tenório, P. J., Avelar, T. C. de, & Barros, É. N. de. (2019). Gravidez molar: do sonho ao luto. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 193-206. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Teodózio, A. M., Barth, M. C., Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2020). Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: estudo qualitativo. *Subjetividades: Relatos de Pesquisas*, 20(2), e9834. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9834>.
- Torloni, M. R. (2007). Óbito fetal. In F. F. Bortoletti (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar* (pp. 297-299). São Paulo: Manole.

Wechsler, A. M., Reis, K. P., & Ribeiro, B. D. (2016). Uma análise exploratória sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes. *Psicologia Argumento*, 34(86), 273-288. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835179?lang=ezz>.

Editoras Responsáveis: Débora Patricia Nemer Pinheiro e Thainara Granero de Melo.

Recebido/Received: 17.10.2024 / 10.17.2024

Aprovado/Approved: 17.01.2026 / 01.17.2026