



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JAQUELINE ALVES PIRES**

**VIVÊNCIA DE MULHERES COM GESTAÇÃO MOLAR**

**SALVADOR  
2021**

**JAQUELINE ALVES PIRES**

**VIVÊNCIA DE MULHERES COM GESTAÇÃO MOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem na Atenção a Saúde da Mulher”, na Linha de Pesquisa “Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais”.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Telmara Menezes Couto  
**Coorientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ridalva Dias Martins

SALVADOR  
2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P667 Pires, Jaqueline Alves.  
Vivência de mulheres com gestação molar/Jaqueline Alves  
Pires/Jaqueline Alves Pires. – Salvador, 2021.  
62 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Telmara Menezes Couto; Coorientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ridalva Dias Martins.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de  
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.  
Inclui referências.

1. Mola hidatiforme. 2. Doença trofoblástica gestacional. 3. Gravidez  
Molar. 4. Complicações na gravidez. 5. Enfermagem. I. Universidade  
Federal da Bahia. II. Título.

CDU 618.2-083

## JAQUELINE ALVES PIRES

### VIVÊNCIA DE MULHERES COM GESTAÇÃO MOLAR

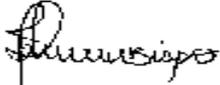
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais”.

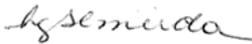
**Aprovado em 15 de abril de 2021**

### BANCA EXAMINADORA

Telmara Menezes Couto - Orientadora   
Doutora em Enfermagem  
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Ridalva Dias Martins - Coorientadora   
Doutora em Enfermagem  
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Tania Cristiane Ferreira Bispo - 1ª Examinadora   
Pós-doutora em Saúde Coletiva  
Professora no curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia

Lilian Conceição Guimarães de Almeida - 2ª Examinadora   
Doutora em Saúde Coletiva  
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Jordana Brock Carneiro - Suplente   
Doutora em Enfermagem e Saúde  
Enfermeira Obstétrica da Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as mulheres que participaram deste estudo.

**Mulheres fortes e resilientes!**

## AGRADECIMENTOS

A Ele, que não me deixou só em nenhum momento, esteve e sempre estará comigo. Te agradeço, **Deus**.

Agradeço a minha **família**, por todo cuidado, suporte e por sempre acreditarem em mim.

A minha orientadora, **Telmara Couto**, obrigada pela generosidade, conselhos, direcionamentos e principalmente, obrigada pelas oportunidades. Gratidão a minha coorientadora **Ridalva**, pelo suporte.

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. **Lilian Almeida**, por sua atenção e excelentes contribuições.

Aos **amigos** de perto e de longe, pelo incentivo e conselhos nos momentos e nas horas certas. Amigos que sempre estiveram na torcida pelo meu sucesso, em especial, **Ionara Virgens** e **Georgina Barbosa**.

A eles, **Jéssica Larissa** e **Ricardo Maia**, pela generosidade, atenção e palavras motivadoras. Que bom que vocês existem!

As queridas bolsistas, **Rafaela, Keile e Ritiele**, integrantes do grupo VID@. Em meio a tantas tarefas da graduação e pesquisa, estiveram presentes ajudando em um dos momentos mais importantes do meu estudo. Que bom que pude contar com vocês!

Ao grupo **GESTAR**, em especial as integrantes Keury, Gleice, Dianne e Patricia que contribuíram em momentos importantes na construção deste trabalho.

Agradeço a Dr<sup>ª</sup>. **Márcia Silveira** pela colaboração, acolhimento e gentileza. Agradeço também a Dr<sup>ª</sup>. **Olivia Lúcia**, por compartilhar informações e materiais que contribuíram com este trabalho.

Aos **colegas de turma**, pessoas que muito contribuíram com o meu aprendizado nos últimos dois anos de mestrado.

“Sozinhos, pouco podemos fazer; juntos, podemos fazer muito”  
(Helen Adams Keller)

## RESUMO

PIRES, Jaqueline Alves. **Vivência de mulheres com gestação molar**. 2021. 62f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

Considerada uma complicação da gravidez e classificada como uma síndrome hemorrágica da primeira metade da gestação, a mola hidatiforme ou gravidez molar é uma problemática de baixo índice no Brasil e no mundo. Ao ser diagnosticada com tal patologia, a mulher pode vir a sofrer com os impactos que essa doença é capaz de causar para sua saúde, sobretudo no âmbito psicológico. O presente estudo objetiva conhecer a vivência de mulheres com gestação molar. Trata-se de um projeto de pesquisa descritivo, com abordagem qualitativa, vinculado a um projeto matriz intitulado “Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher”. O referido projeto está vinculado ao Grupo de Estudos Sobre a Saúde da Mulher no Período Gravídico Puerperal da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. O trabalho foi desenvolvido no ambulatório de referência para mola hidatiforme de uma maternidade escola no município de Salvador, Bahia, Brasil. As colaboradoras foram 16 mulheres com história de mola hidatiforme. Os dados foram obtidos através de entrevistas individual com o auxílio de um formulário semiestruturado. As falas foram gravadas por meio de um gravador digital e transcritas na íntegra. A organização e análise dos dados se deu através da análise de conteúdo orientada por Bardin. A pesquisa atende aos requisitos éticos que regulamentam o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos e possui aprovação do comitê de ética em pesquisa sob o parecer de número 3.426.869. Emergiram do estudo oito categorias: Descoberta da gravidez e da gestação molar; Falta de conhecimento sobre a gestação molar; Entraves no atendimento; Busca pelo conhecimento sobre a gestação molar; Sentimentos relacionados ao diagnóstico de gestação molar; Construção de rede de apoio e as subcategorias: Apoio da família, amigos e religião e Apoio dos profissionais de saúde; Percepções sobre o tratamento; Percepções sobre si após a gestação molar. A pesquisa permitiu conhecer a vivência de mulheres com diagnóstico de mola hidatiforme. Para tanto, as participantes apontaram a descoberta da gravidez molar como um momento que gera intensa expectativa e frustração, em decorrência da interrupção da gestação. As mulheres apresentaram desconhecimento acerca da gravidez molar, isso contribuiu para o surgimento de questionamentos quanto ao desenvolvimento do feto. Ademais, as mulheres vivenciaram entraves no atendimento nos serviços de saúde, os quais estiveram relacionados ao agendamento de consultas para acompanhamento da gravidez molar; dificuldades na marcação da curetagem, no deslocamento e demora no serviço de regulação. Destaca-se a importância de pesquisas científicas de cunho qualitativo que explorem os entraves emocionais e psicológicos que as mulheres podem apresentar diante uma gravidez molar, a fim de oferecer mudanças nos atendimentos institucionais considerando esta condição de saúde a partir dos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

**Palavras-chave:** Mola Hidatiforme. Doença Trofoblástica Gestacional. Gravidez Molar. Complicações na Gravidez. Enfermagem.

## ABSTRACT

PIRES, Jaqueline Alves. **Experience of women with molar pregnancies**. 2021. 62f. Dissertation (Master in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

Considered a complication of pregnancy and classified as a hemorrhagic syndrome of the first half of pregnancy, hydatidiform mole or molar pregnancy is a problem with a low rate in Brazil and in the world. When diagnosed with such a pathology, women may suffer from the impacts that this disease is capable of causing to their health, especially in the psychological sphere. This study aims to understand the experience of women with molar pregnancy. This is a descriptive research project, with a qualitative approach, linked to a matrix project entitled "Obstetric syndromes with hemorrhagic potential and their implications for women's health". This project is linked to the Study Group on Women's Health in Pregnancy and Childbirth at the School of Nursing at the Federal University of Bahia. The work was carried out at the reference clinic for hydatidiform mole of a teaching maternity hospital in the city of Salvador, Bahia, Brazil. The collaborators were 16 women with a history of hydatidiform mole. Data were obtained through individual interviews with the help of a semi-structured form. The speeches were recorded using a digital recorder and transcribed in full. The organization and analysis of data took place through content analysis guided by Bardin. The research meets the ethical requirements that regulate the development of research involving human beings and is approved by the research ethics committee under opinion number 3,426,869. Eight categories emerged from the study: Discovery of pregnancy and molar pregnancy; Lack of knowledge about molar pregnancy; Obstacles to service; Search for knowledge about molar pregnancy; Feelings related to the diagnosis of molar pregnancy; Construction of a support network and the subcategories: Support from family, friends and religion and Support from health professionals; Perceptions about the treatment; Perceptions about self after molar pregnancy. The research allowed knowing the experience of women diagnosed with hydatidiform mole. Therefore, the participants pointed out the discovery of molar pregnancy as a moment that generates intense expectations and frustration, as a result of the interruption of pregnancy. Women were unaware of molar pregnancy, which contributed to the emergence of questions about the development of the fetus. Furthermore, the women experienced obstacles in the care provided at the health services, which were related to scheduling appointments for monitoring molar pregnancy; difficulties in scheduling the curettage, in displacement and delay in the adjustment service. We highlight the importance of qualitative scientific research that explores the emotional and psychological barriers that women can present with a molar pregnancy, in order to offer changes in institutional care considering this health condition based on biological, psychological and social factors.

**Keywords:** Hydatidiform Mole. Gestational Trophoblastic Disease. Molar Pregnancy. Pregnancy Complications. Obstetric Nursing.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CR	Centro de Referência
DTG	Doença Trofoblástica Gestacional
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GESTAR	Grupo de estudos sobre a saúde da mulher no período gravídico-puerperal
GM	Gravidez Molar
HCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
MH	Mola Hidatirfome
MHC	Mola Hidatiforme Completa
MHP	Mola Hidatiforme Parcial
NTG	Neoplasia Trofoblástica Gestacional
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
US	Ultrassonografia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
2.1	MOLA HIDATIFORME: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS .....	12
2.2	NOTA HISTÓRICA ACERCA DA MOLA HIDATIFORME .....	14
3.3	A MOLA HIDATIFORME NO CONTEXTO DOS PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES .....	17
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	20
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	24
4.1	DESCOBERTA DA GRAVIDEZ E DA GESTAÇÃO MOLAR .....	24
4.2	FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE A GESTAÇÃO MOLAR .....	26
4.3	ENTRAVES NO ATENDIMENTO .....	27
4.4	BUSCA PELO CONHECIMENTO SOBRE A GESTAÇÃO MOLAR .....	30
4.5	SENTIMENTOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO MOLAR .....	32
4.6	CONSTRUÇÃO DE REDE DE APOIO .....	34
<b>4.6.1</b>	<b>Apoio da família, amigos e religião</b> .....	34
<b>4.6.2</b>	<b>Apoio dos profissionais de saúde</b> .....	35
4.7	PERCEPÇÕES SOBRE O TRATAMENTO .....	37
4.8	PERCEPÇÕES SOBRE SI APÓS A GESTAÇÃO MOLAR .....	38
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	42
	<b>APÊNDICE A</b> - Formulário para coleta de dados .....	50
	<b>APÊNDICE B</b> - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) .....	51
	<b>APÊNDICE C</b> - Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa científica por menores de 18 anos .....	53
	<b>APÊNDICE D</b> - Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) .....	55
	<b>APÊNDICE E</b> - Características sociodemográfica das participantes da pesquisa .....	56
	<b>APÊNDICE F</b> - Características obstétrica das participantes da pesquisa .....	57
	<b>ANEXO A</b> - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa .....	58
	<b>ANEXO B</b> - Centros de referência brasileiros para pacientes com mola hidatiforme ..	60

## 1 INTRODUÇÃO

Acometendo mulheres em todo o mundo, a Mola hidatiforme (MH) ou gravidez molar (GM) se configura em uma fertilização anômala infrequente, benigna e pouco conhecida pela população. É uma doença que se desenvolve durante a gestação resultado de uma proliferação trofoblástica anormal que impossibilita o desenvolvimento normal do embrião (BRAGA et al., 2019; GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018; FERRAZ et al., 2015a). São reconhecidos dois tipos de gravidez molar: completa (MHC) e parcial ou incompleta (MHP), sendo considerada uma síndrome hemorrágica da primeira metade da gestação. Encontra-se agrupada em um grupo mais amplo conhecido genericamente como Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) que compreende, além da MH, as formas invasoras com comportamento maligno (BRAGA et al., 2019; LIMA et al., 2016; BRASIL, 2012).

No Brasil, calcula-se que a ocorrência seja de um caso de gravidez molar em cada 200 a 400 gestações (BRAGA et al., 2019; LIMA et al., 2016; FERRAZ et al., 2015a). Em países desenvolvidos os estudos apresentam uma taxa da doença de 1:1.000 a 1.500 gestações, já nos países asiáticos e latino-americanos a realidade é outra, visto que as pesquisas relatam altas taxas, 1:120 a 1:500 gestações, apresentando uma incidência três a seis vezes maior quando comparada a América do Norte ou Europa (BRAGA et al., 2019; FERRAZ et al., 2015a).

Embora essa anomalia placentária, em geral, apresente baixas taxas, é preciso se atentar para os fatores de risco associados à sua ocorrência. Os principais são: idade materna, mulheres acima de 35 anos e discretamente em mulheres com idade abaixo de 20, histórico reprodutivo de gravidez molar, estado nutricional, além da história pregressa de abortos espontâneos (BRAGA et al., 2019; LIMA et al., 2016; FERRAZ et al., 2015a).

Ao receber o diagnóstico de MH a mulher e seus familiares vivenciam um misto de situações que podem impactar ainda mais na sua saúde. Essas mulheres estão mais vulneráveis ao sofrimento psíquico, pois experienciam situações extremamente delicadas, perda da gestação, atraso no plano reprodutivo, possível tratamento com quimioterapia e a possibilidade que a gestação molar evolua para uma forma maligna. Com isso, não se pode deixar de pensar nos possíveis impactos que a mulher pode vir a vivenciar quando esta é diagnosticada com MH (GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018; SOARES et al., 2017).

Nesse contexto, considerando a dimensão psicológica e o impacto para a mulher e sua família, é de suma importância aprofundar nos estudos acerca dessa patologia e

imprescindível conhecer as histórias de mulheres que vivenciaram tal patologia para que a partir daí se busque estratégias que contribuam para o enfrentamento da mesma.

Desde que me debrucei nas pesquisas e leituras acerca do assunto percebi o quanto é relevante pesquisar as histórias das mulheres que experienciaram a MH, visto que estas, além da perda gestacional, convivem com a expectativa de normalizar a gonadotrofina coriônica humana (HCG), medo da doença desconhecida e período do tratamento, fator este que altera de modo significativo sua rotina. Nessa perspectiva, acredito que conhecer é o primeiro passo para se pensar em estratégias que auxiliem a mulher nesse processo.

A aproximação com a temática surgiu desde que ingressei no mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A partir daí a motivação maior surgiu com a participação na construção de um projeto matriz intitulado “síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher”, quando as minhas leituras e estudos sobre a temática se intensificaram. O aprofundamento na temática fez-me buscar espaços que pudessem contribuir com a construção do presente estudo, como por exemplo, uma maior aproximação com o Centro de Referência para MH da Bahia.

Nesse contexto, delineou-se como questão de pesquisa: como se deu a vivência de mulheres com gestação molar? Na perspectiva de atender a esta inquietação, o estudo tem como objetivo conhecer a vivência de mulheres com gestação molar.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 MOLA HIDATIFORME: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS

A fisiopatologia dessa anomalia se manifesta de diferentes modos. A MHP pode passar despercebida e ser confundida com uma das outras causas de hemorragia do primeiro trimestre. Na MHP nota-se a presença do embrião ou feto apresentando inúmeras malformações juntamente com a presença de vesículas. Do ponto de vista genético, a MHP ocorre quando um oócito haplóide (23X) é fertilizado por dois espermatozoides, gerando ovo triploide ou quando a fertilização por espermatozoide contendo carga genética diploide por falha em um dos processos da meiose, resultando em um zigoto com conteúdo genético nuclear de 69 cromossomos. Sua evolução é geralmente benigna, tendo um percentual de progressão maligna muito baixo (GARCIA RAMIREZ; RANGEL; TORRES MANTILLA, 2018; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017; FERRAZ et al., 2015b).

A MHC tem origem genética exclusivamente paterna, pois na maioria dos casos é resultante de uma fertilização de um oócito sem material genético, de forma acidental durante a meiose, por um espermatozoide haploide (23X ou 23Y) que duplica seus cromossomos, resultando em um ovo diploide. Nesse tipo de mola é evidente a ausência de feto, cordão e membranas, ou seja, não ocorre a formação de tecido embrionário ou de seus anexos e, macroscopicamente é caracterizada por uma massa composta de vesículas conteúdo líquido claro. É mais frequente e apresenta maior risco de evolução para uma doença persistente e maligna (GARCÍA et al., 2019; CORRÊA et al., 2018; ZUGAIB, 2019).

Já a mola invasora (MI) tem sua origem através da gestação molar completa ou parcial e é caracterizada pela presença de vilosidades coriônicas hidrópicas, com proliferação trofoblástica que invadem o miométrio. Essa malignidade pode acarretar perfuração do útero, hemorragia e infecção (MORAES; RIBEIRO, 2018; FERRAZ et al., 2018; CORRÊA et al., 2018; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Com relação aos aspectos clínicos, o que se observa é que os primeiros sintomas se assemelham a de uma gestação normal, apresentando ausência da menstruação, enjoos, seios aumentados, podendo estes manifestar-se de forma mais intensa que o esperado. Revisão de literatura realizada por Hahn et al. (2018), na qual foi realizada uma consulta dos principais artigos científicos dos últimos 20 anos sobre a epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da DTG e da NTG mostrou que o sangramento vaginal do primeiro trimestre é a

forma mais comum de MHC, ressaltando que as mulheres acometidas por essa doença podem desenvolver anemia se o sangramento for prolongado. Zugaib (2019), afirma que o sangramento pode vir acompanhado de dores abdominais que se localizam geralmente no hipogástrico.

Para além do sangramento, observa-se altura uterina maior que a idade gestacional esperada, hiperêmese gravídica, pré-eclâmpsia antes das 20 semanas e sintomas de hipertireoidismo, assim como a possibilidade de se desenvolver cistos de ovário teca luteínicos e eliminação de vesículas por via vaginal, o que é sugestivo de MHC. No que diz respeito a MHP, caracterizam-se de modo que as pacientes pouco apresentam sintomatologia, podendo ser mascarada por uma síndrome hemorrágica da primeira metade, a exemplo do abortamento incompleto ou retido por conta da presença do sangramento transvaginal, principal sintoma apresentado pelas mulheres acometidas (HAHN et al., 2018; FERRAZ et al., 2018; GARCIA RAMIREZ; RANGEL; TORRES MANTILLA, 2018; CORRÊA et al., 2018; CASTRO et al., 2016).

Em virtude dos avanços, o diagnóstico de gravidez molar tem sido cada vez mais precoce. Basicamente o diagnóstico consiste em avaliar: o exame clínico da mulher, a ultrassonografia obstétrica, principal método biofísico que permite analisar a cavidade uterina e identificar as anormalidades provocadas pela doença, como: edema hidrópico difuso que consiste em múltiplos ecos anecogênicos dentro da massa da placenta e demonstrar espaços císticos focais dentro da mesma, semelhante a um “queijo-suíço”. Assim como a dosagem sérica da hCG ( $> 100.000$  mUI /ml), marcador biológico da MH medido quantitativamente na urina e no sangue, sendo fundamental para avaliar a extensão da patologia, além do risco associado de complicações, visto que os níveis elevados têm mostrado correlação com a gravidade dessa anomalia (CORRÊA et al., 2018; FERRAZ et al., 2015a).

É importante a realização do exame histopatológico para identificar o tipo histológico de MH. Para o diagnóstico de malignidade, além dos já citados, é realizada biópsia e seguimento pós-molar. A partir daí, após estabelecer o diagnóstico, a paciente deve ser encaminhada a um centro de referência no tratamento da DTG, onde se iniciará as condutas terapêuticas (GARCIA RAMIREZ; RANGEL; TORRES MANTILLA, 2018; CORRÊA et al., 2018; FREIS, et al., 2016).

Nesse sentido, o tratamento das duas apresentações benignas e da MI são semelhantes, porém apresentam algumas especificidades. Primeiramente a mulher é

submetida a uma avaliação clínica para depois ser realizada a aspiração uterina. De preferência esta deve ocorrer pela técnica de vácuo aspiração, de modo a se evitar a curetagem por conta do risco de perfuração do útero (FERRAZ et al., 2018; CORRÊA et al., 2018; ZUGAIB, 2019).

Após a realização do procedimento, o nível da hCG constitui o parâmetro mais importante para o acompanhamento das pacientes. É recomendado que a dosagem ocorra de forma semanal até que haja três dosagens consecutivas negativa. Em seguida pode ser mensurada mensalmente por 6 a 12 meses. É importante que a mulher utilize um método contraceptivo eficiente, afim de evitar uma gravidez durante o período do tratamento (MORAES; RIBEIRO, 2018; GARCIA RAMIREZ; RANGEL; TORRES MANTILLA, 2018; HAHN et al., 2018).

No caso de evolução para Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), realiza-se uma busca por metástases, uma vez que a mesma pode apresentar agravos severos levando a paciente a um tratamento quimioterápico, tendo o metotrexato ou actinomicina-D para pacientes com baixo risco, para pacientes de alto risco utiliza-se quimioterápicos com múltiplos agentes. A histerectomia é realizada em casos que o tratamento quimioterápico não apresenta resposta (FERRAZ et al., 2018; HAHN et al., 2018; CORRÊA et al., 2018).

No que concerne ao prognóstico dessa anomalia, estudo de Ferraz et al. (2018), que discorre acerca do diagnóstico e tratamento, traz que a evolução nas técnicas de esvaziamento uterino, precisão na dosagem da hCG, a elaboração de agentes antineoplásicos mais eficientes, além dos Centros de Referência (CR) para o tratamento da MH contribuíram para a melhora do prognóstico da doença no decorrer dos anos. Diante disso, observa-se a importância o seguimento pós-molar das mulheres acometidas pela MH, garantindo um acompanhamento multiprofissional capaz de promover tratamento adequado, o qual dura de seis meses a um ano, período em que a mulher realiza três dosagens com intervalo semanal do hCG com resultado normal e depois uma vez por mês, assim mantidas por seis meses, para as pacientes que apresentaram involução espontânea da doença, e por 12 meses após o final do tratamento, nas pacientes tratadas por NTG (FEBRASGO, 2017b).

## 2.2 NOTA HISTÓRICA ACERCA DA MOLA HIDATIFORME

Originada do latim, a palavra *mola* significa massa, volume de matéria e hidatiforme, *Hydatis*, cisto, vesícula cheia de líquido, o que caracteriza de fato como essa anomalia se

apresenta. Na história, a doença é conhecida desde que um dos discípulos de Hipócrates, Diocles de Caristos, fundamentado na teoria dos quatro humores, fazia menção a mulheres que apresentavam sangramento após “inchaço uterino”, isso porque acreditava que o consumo de água pantanosa contaminada era a causa de tal situação (MARTINEZ, 2017; REZENDE FILHO, 2016; BELFORT; BAPTISTA, 2010).

Na era cristã, século V, Aetio de Amida foi o primeiro a citar acerca de grávidas que no início da gravidez expeliam pequenas vesículas oriundas do útero as quais eram acompanhadas de sangramento. Assim, essas pequenas vesículas foram nomeadas como *hydrops uteri*, por apresentar semelhanças às hidátides, larva da tênia. No século XVII, especificamente em 1685, Paul Portal passou a utilizar a técnica de curetagem uterina para realizar a retirada dessas vesículas, as quais Françoise Mauriceau acreditava ser originada pelo excesso de relações sexuais (REZENDE FILHO, 2016).

No que diz respeito a nomenclatura, em 1754 William Smelie foi o responsável pelos termos mola e hidátide utilizado por ele para descrever as vesículas, que em 1782 Goze passou a propagar afirmando ser uma invasão parasitária. Apenas em 1827 que as vesículas hidatiformes passaram a ser conhecidas como uma degeneração edematosa das vilosidades coriais (MARTINEZ, 2017; REZENDE FILHO, 2016).

Passados mais de 60 anos, Max Sanger traz ao conhecimento a forma maligna da mola, que posteriormente em 1895 teve a sua natureza histológica descrita corretamente por Félix Jacob Marchand, que denominou de coriocarcinoma. As formas clínicas dos coriomas, como ficou conhecida a mola hidatiforme até a década de 1980, foi descrita por James Ewing em 1919 como mola hidatiforme, mola invasora e o coriocarcinoma (REZENDE FILHO, 2016). Se tratando dos avanços com relação a detecção da gravidez molar, em 1928 os estudiosos Selmar Aschheim e Bernhard Zondeck descobriram uma substância que denominaram de prolán, atualmente conhecida como gonadotrofina coriônica humana (HCG), fazendo a mola hidatiforme ser reconhecida como uma doença que apresenta elevação dos níveis de HCG (REZENDE FILHO, 2016).

Enquanto isso, os avanços com a HCG no Brasil teve como responsável o professor Ericsson Linhares que desenvolveu importantes estudos acerca da dosagem da HCG na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, assim como na Maternidade da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Já em 1972, a professora Judith Vaitukaitis foi a responsável pela criação de testes para dosagem de HCG, modernizando os testes de

gravidez e facilitando a forma do acompanhamento das mulheres com gestação molar (REZENDE FILHO, 2016).

No que diz respeito ao comportamento biológico da gravidez molar, se sabia que mulheres que apresentavam curso benigno entre seis a oito semanas, evoluíam para a cura da mola hidatiforme, outras apresentavam evolução clínica complicada, com sintomatologia exuberante e o surgimento de metástases. Assim, para se diferenciar essas formas evolutivas a única maneira era através da dosagem sistemática de HCG nessas mulheres. Foi então que em 1981 Schlaerth elaborou uma curva de eliminação normal de HCG, utilizada até hoje (REZENDE FILHO, 2016).

Quando a mulher era diagnóstica com a transformação maligna da mola a mesma era submetida a uma histerectomia, única alternativa utilizada na década de 1950. Passados seis anos, Min Chiu Li, Donald Spencer e Roy Hertz, pesquisadores do National Cancer Institute de Bethesda, Maryland (EUA), descobriram uma substância capaz de curar todos os casos de MH em sua forma maligna. Tal substância, denominada amethopterina, mas atualmente conhecida como metotrexate foi considerada o primeiro quimioterápico do mundo (REZENDE FILHO, 2016).

Em 1958, no que concerne aos avanços no tratamento e diagnóstico da MH, dois pesquisadores asiáticos divulgaram em um de seus artigos uma nova técnica de esvaziamento uterino que utilizava a vácuo aspiração elétrica, embora o artigo não trazia casos de MH. Mesmo assim, a técnica passou a ser indicada para retirada de material molar do útero, o que veio a substituir com o passar do tempo a curetagem, técnica desenvolvida por Recamier. Ainda em 1958 se iniciou a discussão sobre a aplicação da ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia, fato que Ian Donald trouxe em um artigo publicado no Lancet. Mas apenas em 1968 que Robinson, Garret e Kossoff utilizaram os benefícios da ultrassonografia para o diagnóstico da gravidez molar, revolucionando o diagnóstico e o tratamento precoce (REZENDE FILHO, 2016).

Kenneth Bagshaw, em 1960 foi o primeiro na oncologia a utilizar quimioterapia com múltiplos agentes para o tratamento dos casos mais graves, obtendo excelentes resultados, visto que apenas o methotrexate, capaz de curar os casos de baixo risco, não era eficiente com os casos mais graves (REZENDE FILHO, 2016). Diante dos avanços ao longo da história, ainda em 1960, John Brewer, cria o primeiro Centro de Referência (CR) para acompanhar mulheres com gravidez molar no mundo. No Brasil, em novembro de 1959 foi criada na 33ª enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, o primeiro centro

especializado em seguimento de doença trofoblástica, o qual era chefiado pelos professores Jorge de Rezende e Paulo Belfort. Vale ressaltar que foram estes, juntamente com o patologista José Maria Barcellos, os responsáveis pela primeira publicação de um livro acerca da temática no país. Partindo para a região nordeste, especificamente na Bahia, o professor Carlos Aristides Maltez em 1968 criou o registro de tumores coriais, objetivando registrar todos os casos ocorridos na Bahia (FEBRASGO, 2017a; REZENDE FILHO, 2016; BELFORT; BAPTISTA, 2010).

A respeito dos CR no atendimento das portadoras de doença trofoblástica, observa-se o quanto são fundamentais, pois é o que garante tratamento e acompanhamento adequado as portadoras. A criação desses CR surgiu da vasta experiência advinda do primeiro CR da Santa Casa do Rio de Janeiro, servindo de modelo para criação de vários outros pelo país (FEBRASGO, 2017a; REZENDE FILHO, 2016).

O segundo CR foi criado pelos Doutores Bruno Maurizio Grillo e Lívio Antônio Gulin em 1965 em Curitiba, Paraná. Funciona no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná e é conhecido como Núcleo de Atendimento às Pacientes portadoras de Tumores Trofoblásticos Gestacional (FEBRASGO, 2017a; BELFORT; BAPTISTA, 2010).

O CR da Bahia, localiza-se na Maternidade Climério de Oliveira da Faculdade de Medicina da Bahia. O primeiro caso foi registrado em 27 de maio de 1999, nessa época não se tratava de um centro de referência, os atendimentos dos casos ocorriam de forma esporádica. Só depois de dois a três anos de atendimento regular o CR foi se estruturando. Desde o início foi coordenado pela Dr<sup>a</sup>. Olivia Lúcia Nunes Costa, até a mesma se aposentar no ano de 2019. Atualmente é coordenado pela Dr<sup>a</sup>. Márcia Silveira.

Com o passar dos anos outros CR foram sendo criados pelo Brasil, visando atender a demanda local. Estes centros constituem a pedra angular do atendimento e estímulo referentes à doença. No Brasil, existem cerca de 43 CR distribuídos nas 5 regiões (Anexo B).

Nesse cenário, é notório que ao longo da história grandes avanços ocorreram nas publicações científicas e em técnicas mais eficientes no tratamento da doença. Tais avanços contribuíram para o entendimento da fisiopatologia, assim como para um diagnóstico mais precoce e um tratamento adequado. Para além disso, a criação dos CR foi fundamental, pois proporciona a mulher um tratamento específico com uma equipe multiprofissional.

### 2.3 A MOLA HIDATIFORME NO CONTEXTO DOS PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

Os programas, estratégias e políticas voltadas à mulher dentro da perspectiva das ações em saúde, no decorrer da história, estiveram em sua maior parte associadas ao processo reprodutivo como elemento central. O campo de conhecimento da gestação avançou sobretudo, no que diz respeito ao parto e nascimento (LIMA, 2019; AMARAL, 2018; CASSIANO et al., 2014). Entretanto, o estudo da gestação patológica e a dimensão do cuidado na qual a doença trofoblástica gestacional (DTG) se enquadra, ainda é recente dentro das ações de saúde da mulher.

O interesse pela DTG no Brasil já havia sido aguçado por pesquisadores que estudavam casos clínicos isolados e em especial o uso da quimioterapia em carcinosoma após o caso da paciente Ethel Langoria (1956). A expectativa da possibilidade de cura desta patologia grave impulsionava estes estudos (MUKHERJEE, 2012). Contudo, todas estas ações ainda estavam dissociadas de uma política nacional de atenção à saúde das mulheres; tornavam-se, portanto, estratégias isoladas (BELFORT, BAPTISTA, 2010).

Quando surge o Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI) na década de 1970, uma das primeiras ações centradas na saúde da mulher no Brasil, suas estratégias não extrapolavam os cuidados primários de saúde e constituíam subprogramas como o planejamento familiar, os cuidados pré-natais, o programa nacional de imunização, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, o controle das doenças diarreicas e o controle das infecções respiratórias agudas, todos apoiados pela educação em saúde (HARTZ et al., 1997). Porém, ainda que neste programa os cuidados pré-natais estivessem inseridos, a abordagem referente à gravidez patológica, em especial a gravidez molar não estava inserida.

Apesar dos avanços individuais de estudos acerca da DTG e da criação dos centros de referência, como aponta a nota histórica acima; ao visitarmos os documentos da época da elaboração das bases de ação programática para a assistência integral à saúde da mulher (1983), documento este que seria a base para a criação do Programa de Atenção integral à saúde da mulher em 1984 (PAISM), observamos que, ainda que se falasse em integralidade, o foco do programa estava em ser uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de "atenção integral à saúde das mulheres" que rompesse com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (OSIS, 1998; BRASIL, 1984).

Neste momento histórico, quando da criação do PAISM a maior preocupação estava, sobre as patologias de maior incidência e mais evidentes. Entre as diretrizes gerais era

orientado que o sistema de saúde deveria estar capacitado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais relevantes nesse grupo; onde a gestação molar não se incluía (BRASIL, 1984). O programa surge então como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina, avançando na perspectiva da integralidade e da equidade das ações ao tempo em que propunha uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal (MATTOS et al., 2013; OSIS, 1998).

No ano de 2004 o Ministério da Saúde lança os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) indicando a ampliação do foco de atenção, dando maior ênfase ao cuidado integral as mulheres em situações diversas e amplos contextos sociais, culturais e históricos. Incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Contudo, a política não avança na perspectiva do cuidado à gestação patológica e mais uma vez a DTG encontra-se à margem das orientações em saúde a nível nacional (BRASIL, 2004).

Somente em 2012, com a publicação do manual técnico para a gestação de alto risco, que é apresentado em documento oficial do Ministério da Saúde do Brasil orientações gerais para o cuidado a mulher acometida com a doença trofoblástica gestacional e neoplasia trofoblástica gestacional. Segundo o manual, a frequência de casos é de 1 para 2.000 gestações. O documento apresenta em suas linhas as condutas acerca do diagnóstico clínico, a propedêutica auxiliar, diagnóstico e condutas gerais (BRASIL, 2012).

No ano de 2016, foi criada a Comissão Nacional Especializada em Doença Trofoblástica Gestacional da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2017a). Vale ressaltar que boa parte das publicações acerca desta patologia esteve voltada historicamente para as federações nacionais e internacionais de ginecologia e obstetrícia médica. Muito há que se avançar no estudo clínico da gestação de alto risco, sobretudo no que diz respeito a introdução das patologias na gravidez no contexto dos programas, políticas e estratégias de atenção à saúde das mulheres.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de pesquisa descritivo, com abordagem qualitativa, vinculado a um projeto matriz intitulado “Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher”. O referido projeto está vinculado ao Grupo de Estudos Sobre a Saúde da Mulher no Período Gravídico Puerperal – GESTAR da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Será financiado com recursos próprios, porém as pesquisadoras envolvidas estão em busca de financiamento.

A escolha pelo estudo descritivo justifica-se pelo fato deste permitir a descrição, registro, análise e interpretação dos fenômenos (GIL, 2017). Neste sentido, possibilitará, a partir das falas de mulheres, delinear os acontecimentos no contexto da vivência de mulheres com história de mola hidatiforme.

A abordagem qualitativa foi utilizada no estudo, pois se configura enquanto método que busca evidenciar os aspectos profundos da complexidade humana, permitindo uma análise sobre as tendências de comportamento, atitudes e hábitos, principalmente em se tratando de uma temática complexa a qual o presente trabalho se propõe (LAKATOS; MARCONI, 2017). A partir desse método, foi possível conhecer os aspectos que permeiam a história de mulheres que vivenciaram a mola hidatiforme.

O trabalho foi desenvolvido no ambulatório de referência para mola hidatiforme de uma maternidade escola no município de Salvador, Bahia, Brasil. Esse ambulatório faz parte dos Centros de referência brasileiro para pacientes com mola hidatiforme que estão distribuídos nas 5 regiões do Brasil. A instituição, onde funciona o ambulatório foi inaugurada em 30 de outubro de 1910 a qual se tornou a primeira do Brasil destinada ao atendimento obstétrico-ginecológico com finalidade específica de maternidade escola. Em 1968 foi incorporada a uma universidade pública e vinculada a Faculdade de Medicina da referida universidade, servindo como campo de prática para diversas especialidades e formando diversos profissionais da saúde (EBSERH, 2020; EBSERH, 2015).

Com seus 110 anos de história, abrigou o primeiro centro de reprodução humana do país e possui o primeiro banco de leite humano de Salvador. Dispõe também de leitos para cirurgia geral, UTI neonatal, unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINCo), unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (UCINCa), obstetrícia clínica, obstetrícia cirúrgica e pediatria clínica. A instituição se propõe a prestar serviços de urgência, emergência, internamento e ambulatorial (EBSERH, 2020).

É uma instituição certificada como Hospital de Ensino e Hospital Amigo da Criança. Atualmente é uma instituição que atua no ensino, pesquisa e assistência, a qual está vinculada ao Ministério da Educação e filiada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Encontra-se em fase de ampliação, objetivando a ampliação dos atendimentos, passando de 79 para 160 leitos (EBSERH, 2020; EBSEH, 2015).

As participantes foram mulheres com vivência de mola hidatiforme acompanhadas pelo ambulatório de referência para mola hidatiforme da referida instituição a qual atende mulheres que desenvolveram gestação molar, provenientes da unidade hospitalar ou referenciadas. Foram incluídas, independentemente da idade, mulheres que tinham histórico de gestação molar parcial ou completa e excluídas as que apresentaram formas invasoras com comportamento maligno e/ou algum tipo de transtorno mental, impossibilitando sua participação.

A aproximação com o campo se deu a partir de visitas de observação para se conhecer o fluxo de entrada e saída no que concerne ao atendimento, conhecer a rotina e dinâmica de trabalho das(as) profissionais que atendem inicialmente a essa mulher que é acompanhada pelo serviço, bem como visitas formais, acompanhada por uma das médicas do ambulatório. Já a aproximação inicial com as participantes se deu através da articulação com as profissionais do ambulatório.

Como o presente estudo possui aprovação do comitê de ética da instituição em questão, as profissionais foram informadas acerca da proposta e objetivo do projeto no sentido de solicitarmos a colaboração para a indicação de usuárias que se enquadrariam nos critérios de inclusão. Feito isso, entramos em contato com as possíveis participantes, afim de marcar um encontro para apresentar a pesquisa e convidá-las para a mesma. Vale ressaltar que todas as entrevistas foram marcadas no mesmo dia em que a mulher tinha consulta no ambulatório, isso por questões logísticas, visto que a maioria das mulheres residiam em cidades do interior do estado e pela situação pandêmica provocada pelo novo coronavírus.

Os dados foram obtidos no período de julho a outubro de 2020 através de entrevistas realizadas de modo individual pela pesquisadora com duração máxima de 20 minutos e gravadas em mídia digital mediante consentimento em uma das salas do ambulatório da maternidade com o auxílio de um formulário semiestruturado (Apêndice A) com características sociodemográficas (idade, raça/cor, local de residência, grau de escolaridade, situação conjugal, ocupação, renda individual e familiar) e obstétricas (número de gestação, parto e aborto, problema de saúde preexistente, tipo de mola e recidiva) tendo a possibilidade

de acrescentar outras durante o processo. Todas as entrevistas foram realizadas seguindo as medidas recomendadas pelo ministério da saúde: distanciamento de no mínimo um metro, o uso da máscara de proteção facial e utilização de álcool em gel, afim de obedecer às orientações estabelecidas.

As mulheres foram esclarecidas previamente acerca do termo técnico mola hidatiforme e seus tipos, bem como o objetivo do estudo. Tal entrevista foi norteadas com a seguinte pergunta: Como foi para você vivenciar uma gestação molar?

As falas foram gravadas por meio de um gravador digital e transcritas na íntegra por meio do programa do *Microsoft Office Word*® pela pesquisadora e bolsistas integrantes do grupo de pesquisa. Todo conteúdo captado das gravações e transcrições foram arquivados em pastas virtuais em computador pertencente ao Grupo de Estudos Sobre a Saúde da Mulher no Período Gravídico Puerperal - GESTAR, as quais estarão disponíveis durante o período de cinco anos, podendo ser requerido em qualquer momento pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O processo de organização e análise dos dados ocorreu com o suporte da análise de conteúdo orientada por Bardin que se fundamenta na orientação e interpretação dos diálogos, estimando a individualidade. Dessa forma, o produto de coleta que emergiram das entrevistas foram dispostos em dois grupos: pré-análise; exploração do material (BARDIN, 2016).

A pré-análise diz respeito a fase de organização, pretendendo sistematizar as ideias primitivas de modo a direcionar uma lógica nos elementos apresentados. Essa sistematização perpassa pela seleção dos documentos para análise, formulação das hipóteses e preparação de indicadores para subsidiar a interpretação. A escolha das informações se dará após leitura “flutuante”, sendo uma fase fundamental para a elaboração do material (BARDIN, 2016).

O segundo grupo diz respeito a exploração do material sendo classificada como a etapa da análise. Essa, só deverá ser iniciada após finalizado o todo processo do grupo de pré-análise. A exploração é uma etapa extensa que deve garantir a codificação, momento em que são formuladas as categorias e incorporadas por significados de modo a subsidiar a apreensão dos discursos, enumeração que deverá atender as normas estabelecidas pela pesquisadora (BARDIN, 2016).

O estudo, que integra o já mencionado projeto matriz, encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade onde o estudo foi realizado, sob o parecer de número 3.426.869 (Anexo A). Para a submissão para este comitê, atendeu-se aos requisitos éticos, contidos nas resoluções, do Conselho Nacional de Saúde, 466/2012 e

510/2016 que regulamentam o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando os princípios da bioética: beneficência, não maleficência e autonomia (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

As colaboradoras foram informadas acerca dos objetivos do estudo, da garantia de confidencialidade das informações, de modo que as publicações não permitirão sua identificação. Nesse sentido, para preservar o anonimato, as mulheres foram identificadas por um código formado pela letra E (entrevistada) seguida da numeração em sequência representando a ordem de realização das entrevistas (E1 a E16).

Com relação a beneficência esforços foram realizados em prol de maximizar os benefícios. Portanto, pretendeu-se com a pesquisa conhecer a vivência de mulheres com história de mola hidatiforme, de modo a contribuir para o seu reconhecimento por parte da(o)s profissionais de saúde e a sua utilização no intuito de favorecer subsídios para a promoção da qualidade da assistência, não só nessa maternidade, mas também em outros serviços de saúde, além de estratégias de apoio às mulheres que experienciam tal patologia.

No sentido de garantir a não maleficência, apesar destes serem considerados baixos, as participantes foram informadas que a gravação das entrevistas seria realizada de modo individual, em espaço privativo, com o intuito de garantir a sua privacidade. Caso houvesse algum desconforto no momento, por compartilhar suas vivências e informações pessoais, a entrevista seria interrompida e, se for preciso, a psicóloga do ambulatório iria intervir. Na impossibilidade de se retomar a entrevista, esta será reagendada para um outro dia, se assim desejar a participante.

No que tange a autonomia, tiveram a liberdade de escolha, o que corresponde à capacidade de decidirem sobre si mesmo com base nas alternativas que lhes foram apresentadas. Assim, buscando respeitar esse princípio, foi assegurada a livre decisão de participar ou não do estudo sem que haja prejuízos, assim como o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa.

Após as orientações acerca dos riscos, benefícios como outros esclarecimentos, as mulheres que decidiram participar voluntariamente do estudo, foram instruídas a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) em duas vias, sendo que uma ficou com as participantes e a outra arquivada no Grupo GESTAR, por um período de 5 anos, sendo após esse prazo destruída juntamente com o produto das entrevistas. Vale salientar que as participantes menores de 18 anos, bem como suas responsáveis assinaram um termo diferente do TCLE. As responsáveis, assinaram o termo de consentimento livre e

esclarecido para participação em pesquisa científica por menores de 18 anos (Apêndice C) e as menores, o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) (Apêndice D).

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo 16 mulheres com diagnóstico de mola hidatiforme. A maioria das participantes se encontravam na faixa etária de 15 a 19 anos. Quatro residiam em Salvador e as demais em cidades do interior do estado da Bahia. 14 se declararam da raça negra, ou seja, pretos e/ou pardos. Quanto ao grau de escolaridade, sete participantes possuíam o ensino médio completo, oito ensino fundamental incompleto e apenas uma não tinha completado o ensino médio. Dez eram solteiras, porém sete moravam junto com seus companheiros, quatro casadas e duas em união estável. Com relação a ocupação, apenas sete relataram exercer atividade remunerada (comerciante, cuidadora de criança, manicure, vendedora e autônoma) as demais eram donas de casa e estudantes. A respeito da renda familiar, seis possuíam um valor de um a dois salários mínimos (Apêndice E).

No que se refere as características obstétricas, dez participantes relataram a experiência de gestar e parir um ou mais filhos, mas seis já tiveram na primeira gestação uma gravidez molar. Sobre a vivência de gestação molar das participantes seis tiveram mola parcial e dez completa. O tempo em que as participantes estavam fazendo o tratamento variou entre um e cinco meses. Nenhuma das participantes relatou recidiva da gestação molar (Apêndice F).

A partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, com vistas a responder o objetivo proposto do estudo, oito categorias e subcategorias, foram criadas, organizadas e nomeadas de acordo com as falas das participantes e estão relacionadas a vivência com a gestação molar.

##### **4.1 DESCOBERTA DA GRAVIDEZ E DA GESTAÇÃO MOLAR**

A descoberta de uma gestação é um momento em que a mulher vivencia um misto de sentimentos e sensações. É singular e marcante, período de diversas transformações biológicas e psíquicas que preparam o organismo para gerar um novo ser, porém tudo muda diante de um diagnóstico de uma enfermidade. As mulheres descrevem todo processo que vivenciaram desde a descoberta da gravidez até o momento em que receberam o diagnóstico da gestação molar:

*Fiz o teste de gravidez e um exame de sangue, ambos deram positivos. Apresentava todos os sintomas de gravidez, enjoos, cheguei a pensar que era gêmeos, pois estava de dois meses e a barriga estava grande. Quando fiz o primeiro ultrassom o médico me falou que era uma gravidez molar. (E5)*

*Estava com um mês de gestação, foi algo planejado, só que comecei a sentir dores e a sangrar, não era normal [...] procurei o médico e ele solicitou uma transvaginal que mostrou o saco gestacional, mas sem embrião visível [...] na segunda transvaginal o médico confirmou a gestação molar. (E7)*

*Sabia que estava grávida e já tinha iniciado o pré-natal, só que apresentei sangramento e procurei o médico da minha cidade [...] descobri que era uma gestação molar através do ultrassom. (E9)*

A gestação uma das três fases críticas de transição no ciclo vital da mulher, além da adolescência e do climatério, pois é complexa com aspectos subjetivos e singulares (MALDONADO, 2017). Além de ser um fenômeno único e abarcar acontecimentos marcantes, inicia um período de transição importante de reestruturação na vida com experiências significativas que também envolve o parceiro e a família (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017; GOMES; SANTOS, 2017).

Para Lemos e Cunha (2015), a gravidez exige da mulher um processo de ajustamento, aceitação da realidade da gravidez, a simbolização do bebê e o desenvolvimento do vínculo com este, dentre outros aspectos. A maternidade é fortemente idealizada e cercada de muitas expectativas, sendo o futuro condicionado ao nascimento de um filho (PONTES, 2016). Porém tudo muda diante de um problema nesse processo, o diagnóstico de mola hidatiforme ou gestação molar.

Essa anomalia pode ocorrer em qualquer fase da vida reprodutiva de uma mulher. É de ordem genética, acomete as células do tecido trofoblástico e considerada uma das causas mais comuns de sangramento na primeira metade da gestação (BRAGA et al., 2019; BRASIL, 2012). Logo nas primeiras consultas do pré-natal se identifica algumas anormalidades, seja pelo exame clínico e outros exames de rotina ou mesmo as relatadas pela própria mulher, como: sangramento vaginal e de intensidade progressiva, com ou sem eliminações de vesículas com aspecto de “cachos de uva”, sintoma mais frequente, hiperêmese, dor pélvica e útero aumentado para idade gestacional, quadro clínico característico de uma gestação molar (MATTOS et al., 2020; CORRÊA et al., 2018; LOBO ANTUNES et al., 2017). Sinais e sintomas relatados pelas mulheres entrevistadas neste estudo.

A partir daí, a mulher vivencia no corpo e no emocional os efeitos produzidos pelo diagnóstico, pois é o momento em que descobri a inexistência do feto ou impossibilidade do curso da gestação, além da notícia do potencial maligno da doença (TENORIO; AVELAR; BARROS, 2019). Estudo com mulheres que passaram por perda gestacional, os autores observaram que ao receberem o diagnóstico de GM as mulheres se sentiram sentenciadas a morte, demonstraram tristeza diante da perda, buscando explicações para tentar justificar e explicar tal situação inesperada, sem contar no medo de algo pior ocorrer (LEMOS; CUNHA, 2015; VELASCO, 2013).

As expectativas, sonhos e planejamentos que o casal deposita no nascimento de um filho são dissolvidos diante do diagnóstico. A perda de um filho antes do nascimento gera um grande impacto emocional para a mulher, já que esta vivencia intensamente as repercussões em seu corpo e psicológico (LEMOS; CUNHA, 2015). Por fim, a gravidez provoca uma cascata de emoções, a perda de um filho em consequência de uma doença no início da gestação aumenta consideravelmente a intensidade desse momento que acaba se tornando complexo, exigindo dos profissionais de saúde maior atenção à essas mulheres (AGUIAR; ZORNIG, 2016; CREMASCO; SCHINEMANN; PIMENTA, 2015).

#### 4.2 FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE A GESTAÇÃO MOLAR

O desconhecimento que permeia as causas da doença abre espaço para o surgimento de dúvidas por parte das mulheres acerca da GM:

*Até então eu não conhecia [...] pensava que estava com uma outra doença mais grave.*  
(E2)

*Quando eu descobri foi um choque porque eu nunca tinha ouvido falar e nunca soube de alguém que tenha tido.* (E14)

*Eu nem sabia o que era uma gestação molar, pensava que era aquela gravidez que não tem feto nenhum, gravidez psicológica.* (E15)

Por se tratar de uma doença rara e de baixa incidência, um caso em cada 200 a 400 gestações (BRAGA et al., 2019) a GM ainda hoje é uma patologia desconhecida por muitas mulheres. Segundo Oliveira et al. (2020), o fato dessa enfermidade não ocorrer com frequência a torna desconhecida pela população, até mesmo pelos próprios profissionais de saúde.

Estudo transversal, de natureza qualitativa realizada na região nordeste com 15 mulheres, mostrou que o desconhecimento foi unânime entre todas as participantes, quando estas foram indagadas sobre suas compreensões acerca da GM, sem deixar de mencionar a dificuldade observada em nomear a doença e atribuir algum tipo de significado a mesma (TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019). Esta dificuldade de compreensão também é percebida na pesquisa de campo realizada com mulheres acompanhadas no ambulatório de GM de um Centro de Referência localizado no Estado do Rio de Janeiro, na qual o desconhecimento por grande parte da população, o que gera receio de ser algo contagioso, colaborou expressivamente para uma reação de estranheza. Revelou ainda que as mulheres entrevistadas, assustadas com o diagnóstico, associaram de imediato a GM a um câncer, uma doença que não possui cura, algo que lhes causariam morte (VELASCO, 2013).

Três elementos foram identificados no trabalho de Tenório, Avelar e Barros (2019), que pode estar relacionado com a dificuldade de compreensão apresentadas pelas mulheres: comunicação da equipe de saúde, contexto em que essa comunicação ocorre e dificuldade de elaboração da doença diante de sua complexidade. Diante disso, observamos o quanto a comunicação é uma ferramenta fundamental a ser utilizada pela equipe de saúde para facilitar a construção e compreensão do entendimento das mulheres acerca do seu diagnóstico de GM.

Nesse sentido, Krieger (2017), afirma que o diálogo efetivo entre equipe, pacientes e familiares é o meio que favorece a compreensão do paciente sobre sua situação clínica e maior adesão ao tratamento. Porém quando não ocorre esse diálogo efetivo os sentimentos negativos e a fantasia acerca do desconhecido é potencializado (VOLLES; BUSSOLETTO; RODACOSKI, 2012).

#### 4.3 ENTRAVES NO ATENDIMENTO

O processo de descoberta, que por si só já é doloroso, é agravado pelas dificuldades no acesso aos serviços de saúde, sem contar a morosidade da regulação, o que pode comprometer a saúde das mulheres. O caos que vive o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi experienciado pelas participantes do estudo.

*Passei três semanas tentando marcar minha triagem, achei que não conseguiria marcar, se não conseguisse isso complicaria ainda mais o meu caso [...] sem contar no cansaço por conta das viagens toda semana para o acompanhamento, isso gera gastos (E1)*

*Foi muito trabalhoso realizar esse procedimento (curetagem), por isso fiz no sistema privado [...] quando cheguei para fazer a segunda curetagem no SUS uma médica não queria me atender, alegou que o meu caso não era uma emergência. Ainda tem a dificuldade no deslocamento para realizar o acompanhamento (E5)*

*Me deixaram internada duas semanas esperando a regulação [...] até achei que não ia sair, entrei em desespero porque a regulação é uma coisa que você tem que aguardar. (E7)*

Trabalho exploratório com 16 familiares de pessoas com doenças raras revelou que o acesso aos serviços sociais e de saúde são considerados uma necessidade prioritária pelos participantes. O mesmo estudo desvelou ainda que após a confirmação do diagnóstico, os indivíduos se deparam com problemas econômicos, de deslocamento e viagens frequentes aos serviços de referência, dificultando ainda mais o acesso (LUZ; SILVA; DEMONTIGNY, 2016). Embora tal estudo tenha sido realizado com familiares de pessoas portadoras de outras doenças denominadas raras, observa-se que os entraves no acesso inicial aos serviços são muito semelhantes aos enfrentados pelas mulheres acometidas pela GM do atual estudo e mostra que o sistema de saúde está habitualmente organizado para atender as doenças mais frequentes na população.

Segundo Schmalfluss, Matsue e Ferraz (2019), as dificuldades relacionadas à internação de mulheres em situação de perda fetal se inicia no acesso ao serviço e perdura até a alta hospitalar, realidade apresentada por muitas instituições. O acesso à saúde no Brasil é desigual e a situação é ainda mais crítica para a mulher negra, pobre e de baixa escolaridade. Realidade também da maioria das mulheres deste estudo.

O acesso igualitário às ações e serviços de saúde, no Brasil, é garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080 de 1990, entretanto, quando surge a necessidade de atendimento, a busca pelos serviços de saúde se torna um processo desgastante, sobretudo para as mulheres negras. Segundo Brasil (2005), as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, atenção ginecológica e assistência obstétrica, além do maior risco de contrair e de morrer precocemente de determinadas doenças.

Para Silva et al. (2020), o acesso e a adesão para a população negra têm diversos fatores limitantes, tais como fatores sociais e econômicos, barreiras estruturais e atuação dos profissionais, que resulta em uma oferta inadequada dos serviços de saúde. Um dos desafios a serem vencidos na atenção integral à saúde das mulheres, em especial às mulheres negras, é justamente levar em conta a diversidade e as necessidades específicas dessas populações (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, 2016).

Para além das dificuldades no acesso aos serviços de saúde, algumas mulheres compartilharam acerca da morosidade no diagnóstico, conforme falas a seguir:

*O médico identificou algo estranho, mas não explicou o que era [...] me encaminhou para outro médico, mas ele não queria me atender precisou chamar a assistente social. Um outro médico me disse que no meu útero tinha uma criança. Até ser diagnosticada percorri um longo caminho, cada um dizia uma coisa. (E4)*

*Não sabia em quem acreditar porque cada diagnóstico era diferente [...] passei por diversos médicos, teve até um que disse que eu estava com câncer, que teria que retirar o útero e que não poderia ter mais filhos [...] isso aconteceu comigo em janeiro e só fui encaminhada para referência em junho. (E5)*

*A ginecologista disse que eu poderia ter um mioma e talvez precisasse retirar o útero. Procurei uma outra ginecologista e ela me orientou a procurar o centro obstétrico do hospital geral da minha cidade, foi lá que informaram o que eu tinha. (E6)*

A suspeita de GM ocorre geralmente no primeiro trimestre por meio do exame clínico no qual a mulher apresenta hemorragia transvaginal, acompanhada ou não de eliminação de vesículas, útero aumentado para idade gestacional, assim como beta-HCG acima do valor normal (CORRÊA et al., 2018; BRASIL, 2013). A maioria é diagnosticada precocemente devido à realização de ultrassonografia (US), para identificar desenvolvimento normal da gravidez ou intercorrência, juntamente com a dosagem da  $\beta$ -HCG no início da gravidez. Com o material obtido no esvaziamento uterino é realizado o estudo anatomopatológico para identificar o tipo de mola (MATTOS et al., 2020; BRAGA et al., 2019; MAESTÁ; BRAGA, 2012).

Essa detecção precoce pode ser atribuída às consultas realizadas durante o pré-natal, momento em que se identifica algum tipo de anormalidade. A realização de um pré-natal de qualidade contribui para resultados mais favoráveis, por meio de exames e consultas periódicas as quais permitem detectar possíveis alterações materna e fetal (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; BAPTISTA et al., 2015).

Ainda que algumas mulheres tenham tido a vivência de um diagnóstico precoce, outras se depararam com profissionais de saúde que tiveram dificuldades de entender o quadro clínico apresentado. Tal situação levou as mulheres a percorrerem um longo e torturante percurso até o diagnóstico. Segundo Iriart et al. (2019), é comum essa peregrinação dos pacientes na busca por um diagnóstico, muitas vezes errado e/ou tardio, o que resulta no agravamento do estado de saúde.

Pacientes diagnosticadas com GM devem ser imediatamente encaminhadas para um centro de referência. Contudo, em alguns casos isso não ocorre em tempo hábil (CORRÊA et al., 2018; MAESTÁ; BRAGA, 2012). Para Velasco (2013), essa realidade contribui para que a mulher apresente episódios de ansiedade, estresse e temor por sua vida, pois consideram que, pela demora no diagnóstico, correm risco de vida.

As dificuldades de entender o quadro clínico das mulheres pode ser explicado pela falta de conhecimento sobre a doença. Isso é um fator existente entre os profissionais que durante a formação acadêmica ouviram falar pouco ou quase nada sobre o assunto. Sem contar nos profissionais que atuam em cidades do interior que se quer sabem da existência de serviço especializado nas capitais (IRIART et al., 2019). Essa falta de conhecimento é um grande entrave, visto que isso impacta consideravelmente na vida dos indivíduos acometidos por uma doença rara, os quais padecem com diagnósticos tardios e com o desconhecimento das melhores abordagens terapêuticas (MEDICINA S/A, 2020).

Embora os trabalhos de Iriart et al. (2019) e Medicina S/A (2020), tenham abordado sobre os desafios do cuidado para doenças genéticas raras, percebe-se que as dificuldades relatadas em ambos, por um diagnóstico, são muito semelhantes com as encontradas nas falas das mulheres deste estudo.

#### 4.4 BUSCA PELO CONHECIMENTO SOBRE A GESTAÇÃO MOLAR

Vivenciar uma doença rara e até então desconhecida pelas mulheres as motivaram a buscar informações e orientações sobre a enfermidade com profissionais, internet e com mulheres que em algum momento da vida vivenciaram uma GM.

*Falei com os padrões da minha irmã que são médicos, me orientaram a procurar um hospital e que eu precisaria de tratamento e acompanhamento. Procurei também na internet e achei um grupo no facebook com mulheres e profissionais que compartilham suas experiências com a mola. (E11)*

*Quando fiz a curetagem estava mais tranquila, pois já sabia de tudo. A pesquisa que fiz na internet foi muito difícil [...] não gostei das imagens que vi. (E15)*

*Procurei me informar com outra profissional de saúde [...] conversei com pessoas conhecidas que já tinham vivenciado esse mesmo problema [...]. (E16)*

Diante das circunstâncias as participantes buscam informações dentro de suas possibilidades e com isso constroem o saber acerca da patologia. Isso evidencia um perfil de mulheres autônomas no sentido de que buscam a informação, se empoderam e se instrumentalizam como podem para enfrentar o problema. Na intenção de preencher as lacunas existentes pelo desconhecimento da doença as mulheres têm encontrado na internet uma importante ferramenta na busca por informação e compreensão acerca da gestação molar.

Sobre isso, estudo desenvolvido com 15 mulheres que vivenciaram a GM evidenciou que as informações obtidas na internet, recebidas pelos profissionais de saúde e pelo meio social foram importantes para a construção das significações e percepções da doença (TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019). Em uma pesquisa transversal descritiva com 1.828 indivíduos a qual objetivou avançar no entendimento sobre o perfil do usuário e as tendências de busca por informações de saúde na internet, observou-se que os participantes consideram a internet uma das principais fontes de informação em saúde e as mulheres são as que mais buscam informações (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Embora a internet seja uma ferramenta considerada útil é preciso cautela na utilização da mesma. Pesquisadores sinalizam que não se pode deixar de lado a importância de se confirmar a veracidade do que é pesquisado na rede e da compreensão das mulheres, uma vez que as informações podem gerar duplo sentido interpretativo e expor a informações dúbias e inconsistentes (GEDIEL; DIAS; DE PAULA, 2017; MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

A interpretação errônea dos conteúdos pode contribuir para o aumento da ansiedade e do medo sobre o diagnóstico e tratamento. Afirmam ainda que é comum se deparar com sites que enfatizam os quadros clínicos mais graves e os aspectos negativos que nem sempre correspondem às especificidades de cada caso. Além da frequente relação que fazem entre GM e câncer, o que favorece a construção de uma compreensão que não condiz com os altos índices de cura quando o acompanhamento é realizado de forma adequada (SANTOS et al., 2014; BRAGA et al., 2014a).

Por outro lado, Schliemann, Alves e Matheus (2014), mostraram que a internet é um espaço que contribui na elaboração de perdas, pois permite o compartilhamento e apoio social de outras pessoas em situação semelhante. O compartilhamento de experiências, seja presencial ou virtual, é visto por alguns autores como incentivo para seguir adiante (LUZ; SILVA; DEMONTIGNY, 2016).

Com a criação da internet o acesso à informação foi facilitado e a difusão de conteúdos também, por isso, segundo Moretti, Oliveira e Silva (2012), a certificação de sites é uma estratégia a ser considerada, no sentido de garantir qualidade nas informações fornecidas. Nesse sentido, a internet tem-se revelado um aporte relevante de informação em saúde para população (OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013; BASTOS; FERRARI, 2011), porém não é a única fonte disponível para obtenção de conhecimento sobre a saúde.

#### 4.5 SENTIMENTOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO MOLAR

As falas revelam a vivência da gestação molar permeada por sentimentos e sensações que acarretou em sofrimento psicológico para as mulheres, caracterizado pelo medo, pânico, nervosismo, tristeza, ansiedade e depressão, além do luto pela perda do bebê, conforme demonstram as falas:

*Eu entrei em pânico, fiquei ansiosa, assustada e com muito medo [...] preocupada com o que podia acontecer comigo. Eu estava entrando no início de uma depressão. (E3)*

*[...] eu já tinha passado por dois abortos e passar por uma gestação molar foi difícil [...]saber que perdi mais um me fez sentir a dor da perda. (E6)*

*Quando eu descobri que o feto estava morto eu chorei, fiquei triste, sem querer me alimentar [...] tinha um ser dentro de mim que eu achava que podia estar vivo, mas que estava morto, enfim um sentimento que não tem explicação. (E8)*

A gravidez, em sua essência, carrega elementos que transcendem as sensações e emoções da mulher. Além das mudanças corporais, uma gama de sentimentos estão presentes e latentes nesse período, em uma gestação patológica os sentimentos e medos que podem vir a surgir tornam-se ainda mais importantes de serem observados (MALDONADO, 2017; CARVALHO et al., 2015).

As mulheres deste estudo relataram sentimentos e sensações semelhantes aos vivenciados por mulheres em outras pesquisas. No trabalho de Tenório, Avelar e Barros (2019), realizado com 15 mulheres em um centro de referência para DTG, as autoras observaram que os aspectos emocionais mais latentes entre as participantes foram: medo, ansiedade, nervosismo e susto. Para além disso, Santos (2015), acrescenta sentimento de culpa, raiva e a existência de fantasias acerca de se ter causado a morte do filho.

Se tratando da dimensão psicológica, observa-se que existe um sofrimento psíquico inevitável. Estudos discorrem que o estado emocional, um diagnóstico potencialmente fatal e a vida sexual e reprodutiva podem ser afetados de tal modo, que em alguns casos, a mulher acaba apresentando quadros depressivos e de ansiedade, além da dor pela perda (GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018; DI MATTEI et al., 2015).

Após a perda gestacional, a qual inclui um conjunto de sentimentos, emoções e atitude, a mulher vive momentos difíceis de estresse e de grande fragilidade psicoemocional, pois a vivência do luto é um processo lento e doloroso. Lidar com a dor da perda configura-se complexo e difícil, isso pode causar uma gama de perturbações emocionais na mulher, como: angústia, sensação de vazio, frustração, sentimento de tristeza e impotência (LEMOS; CUNHA, 2015).

A partir da concepção psicanalítica de Sigmund Freud e Melanie Klein, Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013), concluem que o luto é um desafio psíquico com o qual o sujeito tem de lidar, um processo de reconstrução e reorganização diante de uma perda. A adaptação a nova realidade é difícil de vivenciar, mas experienciar o processo do luto é fundamental. Embora o luto seja sofrido é um processo necessário e saudável para a manutenção da saúde mental, por isso o reconhecimento do luto e uma assistência acolhedora podem contribuir para que a mulher vivencie o luto de forma efetiva (SOARES; CASTRO, 2017; SANTOS, 2015). Nessa perspectiva, Granero, Bonfim e Santos (2018), chamam atenção para a importância de se viver o luto, pois afirmam que o luto mal resolvido pode desencadear episódios de forte emoção e melancolia ao se lembrar da perda, o que demanda atenção por parte dos profissionais de saúde inseridos nesse contexto (CAMARNEIRO et al., 2015; SANTOS, 2015).

Muitos aspectos devem ser observados pelos profissionais de saúde, principalmente os aspectos psicológicos. Corroborando com isso, estudo realizado em Milão com 37 pacientes diagnosticadas com DTG evidenciou que o acompanhamento da mulher por uma equipe multidisciplinar, a fim de apoiar também os aspectos psicológicos, é fundamental (DI MATTEI et al., 2015). A intervenção psicológica faz-se necessária, pois contribui para o enfrentamento e compreensão do diagnóstico e tratamento, assim como na vivência do luto gestacional, diminuindo o nível de ansiedade, estresse, medos e fantasias das pacientes frente a doença (BRAGA et al., 2019).

Nessa perspectiva, a equipe multidisciplinar dos centros de referência deve estar atenta as alterações emocionais apresentadas pelas pacientes, sobretudo a enfermagem que

possui papel importante no cuidado a estas mulheres com diagnóstico de GM, pois sua orientação e conscientização acerca da doença diminui o risco de reincidência (BEZERRA; SANTOS; SILVA, 2014; DIESTEL et al., 2001).

#### 4.6 CONSTRUÇÃO DE REDE DE APOIO

Todas as mulheres do estudo declaram ter recebido apoio por parte dos familiares, amigos e religião e dos profissionais que prestaram assistência durante o tratamento. Apoio que necessário para que elas tivessem forças para enfrentar todas as etapas da doença, como podemos observar nas subcategorias a seguir:

##### 4.6.1 Apoio da família, amigos e religião

As participantes revelam apoio advindo da família, amigos e/ou religião. Suporte que foi fundamental para que enfrentassem a GM:

*Meu esposo, minha filha mais velha e a minha comadre estiveram do meu lado o tempo todo [...] quando temos apoio de pessoas próximas isso nos fortalece, deixa a gente mais confiante!* (E1)

*Minha sobrinha me ajudou bastante, ficou comigo no hospital nos dias em que meu esposo e minha irmã não puderam. Os amigos também me deram muita força e palavras positivas.* (E11)

*A minha família me apoiou em tudo. Estava confiante em Deus [...] as irmãs da minha igreja me ajudaram liberando palavras de incentivo e compartilharam histórias de mulheres que tiveram gestação molar e conseguiram vencer.* (E16)

É importante encorajar e oferecer apoio emocional a mulher, permitindo que estas expressem livremente seus sentimentos. Percebe-se que a força e apoio empregados as mulheres, seja por familiares, amigos ou religião, servem para que as mesmas desenvolvam habilidades de enfrentamento da doença.

O apoio advindo da família, do parceiro ou mesmo na participação em grupos de ajuda são fundamentais para a recuperação da saúde de qualquer mulher com DTG (FEBRASGO, 2017c). Para Lemos e Cunha (2015), as mulheres precisam de acolhimento, atenção e suporte de toda rede de apoio que possuem, pois encontram-se fragilizadas emocionalmente. A sensibilidade e o apoio de uma rede acolhedora composta por familiares

e amigos é fundamental para a mulher manter sua saúde física e mental após a experiência da perda (SOARES et al., 2020).

Nesse sentido, a família pode ser vista como um porto seguro (QUEIROZ, 2017) a qual possui papel importante na elaboração do luto e a mesma, enquanto rede de apoio, se reorganiza na busca de promover acolhimento e compreensão, contribuindo no enfrentamento de crises e auxiliando as mulheres a como agir e reagir frente a situações adversas durante a experiência da GM (TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019). Porém esse porto seguro também precisa de atenção, visto que os familiares enlutados manifestam dificuldades para enfrentar tal situação, estes do mesmo modo necessitam de um espaço para ser ouvidos e compreendidos (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

O apoio na religião também foi identificado no estudo, mostrando o quanto o aspecto religioso foi importante no enfrentamento da GM. Um dos papéis da religião é justamente proporcionar apoio e refúgio, por isso os indivíduos tendem a encontrar alívio e conforto em suas crenças (OZÓRIO et al., 2020; CHAVES; GIL, 2015). Estudo de Thiengo et al. (2019), constatou que as práticas religiosas são capazes de proporcionar experiências na saúde física e mental através de práticas religiosas, as quais fornecem força e consolo. Afirma ainda que a religião, espiritualidade ou fé são estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse e os problemas da vida.

Embora as participantes dessa pesquisa não tenham relatado experiências com grupos de apoio, estudos abordaram sobre esse tipo de suporte com o qual as mulheres podem contar. No trabalho de Diestel et al. (2001), por exemplo, os encontros realizados com as pacientes acometidas com GM facilitaram o entendimento da patologia, possibilitou acolhimento de demandas emocionais e maior adesão ao tratamento. Nessa mesma perspectiva, Tenório, Avelar e Barros (2019), enxergam os grupos de apoio, nos hospitais com CRs, como uma excelente estratégia que pode contribuir no acolhimento dos aspectos emocionais, na divulgação de informações e no compartilhamento de experiências entre as mulheres com GM.

#### **4.6.2 Apoio dos profissionais de saúde**

Os achados deste estudo revelam que, para além do apoio familiar, de amigos e na religião revelado nas falas das participantes, o apoio por parte dos profissionais de saúde também constituiu a rede de apoio dessas mulheres:

*A médica e as enfermeiras estiveram comigo o tempo todo, como se fossem da minha família. Eu não me preocupei com nada [...]. (E4)*

*A psicóloga ligou perguntando como estava me sentindo também, mesmo por telefone, foi super atenciosa. (E11)*

*Fui bem acolhida, os profissionais me deram atenção, se preocuparam comigo e me tranquilizaram bastante. (E13)*

Nesse itinerário das mulheres com GM os profissionais assumiram diversos papéis. A participação destes nesse processo mostrou-se fundamental, por isso eles devem estar atentos as necessidades apresentadas por cada mulher, visto que isso impacta significativamente na vivência das mesmas.

Para Pontes (2016), o estabelecimento de uma boa relação entre a mulher e os profissionais de saúde é essencial pois favorece a confiança e apoio necessários o que se traduz em um acolhimento de qualidade, tendo como base o respeito pelas emoções, necessidades e valores culturais. Nesse contexto, Gomes e Santos (2017), enfatizam a importância dos profissionais atenderem tanto as necessidades físicas, bem como as psicossociais.

Diante disso, cabe aos profissionais de saúde compreender como as mulheres enfrentam as perdas advindas da GM para que possam proporcionar uma assistência humanizada e holística, em que a singularidade de cada mulher seja respeitada, além de um suporte emocional adequado, contribuindo para a construção de uma assistência qualificada (TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019; LEMOS; CUNHA, 2015).

Como evidenciado nos relatos das mulheres e nos estudos citados, percebemos que o apoio emocional pode ser uma ferramenta fundamental no processo de enfrentamento da GM. O importante é encontrar suporte, em algo ou alguém, seja da família, amigos próximos, psicoterapia, uso de fármacos, sites ou comunidades na internet sobre a doença, ex-pacientes, na religião, ou mesmo nos profissionais de saúde, na tentativa de minimizar o sofrimento pela perda, favorecer a elaboração do luto saudável, adesão ao tratamento e um melhor prognóstico (TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019; AMERICAN CANCER SOCIATY, 2016; LEMOS; CUNHA, 2015).

#### 4.7 PERCEPÇÕES SOBRE O TRATAMENTO

As participantes refletem sobre a relevância e importância do tratamento e que no início pensaram em desistir por não compreenderem ao certo como se daria o processo. Segue falas que reflete essas percepções apresentadas pelas mulheres:

*[...] Pensei em não fazer o tratamento por achar que seria algo que me machucaria, mas quando cheguei aqui foi o contrário disso, foi tudo tranquilo. (E3)*

*O tratamento não é uma coisa difícil, é simples, colhe o sangue para acompanhar se o beta-HCG está diminuindo. (E13)*

*No início pensei em desistir do tratamento por conta do meu psicológico, mas agora entendo que o tratamento é preciso e muito importante. (E14)*

A percepção das mulheres no início acerca do tratamento é limitada e imbuída de medo pelo desconhecido, apresentando certa resistência na adesão ao acompanhamento. Por não entenderem o processo muitas mulheres acabam abandonando ou mesmo não iniciando tratamento, o que pode contribuir para um prognóstico insatisfatório.

Em um trabalho observacional retrospectivo com 55 mulheres diagnosticadas com DTG no Estado de Goiás, verificou-se que a taxa de adesão ao seguimento ambulatorial foi baixa e a necessidade do uso de quimioterápicos pelas pacientes apresentou-se alta (MENDONÇA; SOARES; VIGGIANO, 2016) quando comparado aos encontrados na literatura, revelando um prognóstico preocupante para as que não concluem o seguimento pós-molar (BRAGA et al., 2014a; ZUGAIB, 2019). Segundo Ferraz et al. (2015), o desafio maior a ser enfrentado é garantir a adesão ao acompanhamento.

Entre os diversos fatores relacionados à baixa adesão, destacam-se o desconhecimento acerca da patologia, limitação socioeconômica e o tempo prolongado de seguimento. Além das distâncias territoriais entre os centros de referências e as residências das mulheres, o que contribui para que ocorra o abandono do seguimento pós-molar e piora no prognóstico (DINIZ, 2019; CORRÊA et al., 2018; BRAGA et al., 2014a).

Por isso o seguimento pós-molar é de extrema importância. É neste processo que se identifica persistência da doença, risco de uma nova gravidez molar e de infertilidade (MATTOS et al (2020). O acompanhamento da dosagem sérica quantitativa de beta-HCG é o recurso indispensável para avaliar o controle de cura e o desenvolvimento da forma maligna da doença, visto que possui papel relevante como marcador tumoral (HAHN et al., 2018; FEBRASGO, 2018).

Quando as mulheres compreendem como funciona o tratamento dificilmente abandonam o mesmo e seguem corretamente todas as etapas do processo, como evidenciado nas falas das mulheres deste estudo. A adesão ao seguimento é essencial e os CRs possuem papel fundamental nisso, visto que que melhoram a participação da mulher na continuidade do tratamento e antecipam diagnósticos de NTG pós-molar. Pesquisa realizada em dez CRs brasileiros mostrou que 77,6% das pacientes completaram o seguimento de forma adequada (BRAGA et al., 2014a). Resultado semelhante também foi encontrado no estudo de Mendonça, Soares e Viggiano (2016), em que os autores identificaram que 49, 1% das mulheres atendidas no CR de Goiânia completaram o acompanhamento ambulatorial.

A abordagem multidisciplinar executada nos CRs pode ter sido um dos grandes facilitadores para esse comportamento. Para além disso, para que o tratamento seja efetivo, é demandado muita paciência e tolerância por parte da mulher (FEBRASGO, 2017b), postura que depende de como cada uma tem enfrentado a GM, porém espera-se que com o tempo estas passem a enxergar o seguimento pós-molar como um grande aliado em sua total recuperação.

#### 4.8 PERCEPÇÕES SOBRE SI APÓS A GESTAÇÃO MOLAR

As mulheres compartilham suas percepções sobre elas mesmas após experienciar a GM. Verbalizam que a vivência trouxe fortalecimento, amadurecimento e valorização do ser mulher. Proferem o quanto se sentem vencedoras e diferentes na forma de pensar e agir a partir do que vivenciaram.

*Depois que eu passei por tudo isso senti que sou forte e capaz de ter outro filho, porque tenho forças para isso, foi uma situação que me fortaleceu. Quando o médico falou que eu tinha que tirar meu útero senti o valor que é para uma mulher poder ter um filho. (E5)*

*Eu olho pra mim eu vejo uma pessoa diferente depois da gestação molar, amadureci um pouco, mudei bastante meus pensamentos, meu jeito de ser, de agir também. É uma experiência que vai ficar para vida toda. (E8)*

*Eu sou guerreira (choro) Deus me colocou em uma situação dessas porque sabia que eu conseguiria lutar e vencer, não é à toa que estou aqui, não sou mais a mesma pessoa! (E13)*

É perceptível nas falas que as participantes conseguiram extrair aprendizados em meio a dor a partir de algo que lhes causaram sofrimento. Conseguiram atribuir um novo sentido a vida, ressignificando a experiência vivida com a GM.

A ressignificação de uma enfermidade é uma realidade totalmente possível, isso quando o indivíduo escolhe, em seu próprio tempo, dar um novo sentido aos acontecimentos, criando condições para superar as adversidades e seguir em frente (PSICANÁLISE CLÍNICA, 2019; BARROS, 2012).

Quando o sofrimento é vivido ao máximo pelo indivíduo, a vivência dolorosa estimula a mudança e desperta novas habilidades, como o interesse pela pintura e escrita (Klein, 1996). Podem também ampliar sua capacidade de apreciar a realidade, tornando-se pessoas mais sábias e tolerantes (GRANERO; BONFIM; SANTOS, 2018).

Embora as mulheres do estudo não tenham sido acometidas pela forma maligna da doença, percebe-se que as percepções e as formas de enfrentamento são semelhantes as vivenciadas por mulheres com diagnóstico de uma neoplasia maligna. Apesar da dor e do desespero, o diagnóstico de um câncer nos leva a um autoconhecimento e, sem perceber, descobrimos uma força interior, que nos estimula a lutar pela sobrevivência. Assumir uma atitude positiva frente a tantos desafios é algo decisivo (REDE CANCER, 2015).

Passar do sofrimento à ressignificação não é algo que ocorre de imediato, demanda tempo. Os significados atribuídos a experiência são únicos e próprios de cada mulher (TENÓRIO; AVELAR; BARROS, 2019). As mulheres deste estudo percorreram um longo caminho de autoconhecimento, recuperação da autoestima e valorização de si mesmas. Nesse processo, perceberam o quanto são capazes de superar as mais variadas situações que a vida as pode apresentar. Estudo de Faria-Schutzer et al. (2014), com mulheres que vivenciaram perda fetal, revelou que apesar da aparente desesperança, autoestima abalada e o não reconhecimento de si mesmas as mulheres buscaram, a partir da dor, atribuir novos sentidos à própria vida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer a vivência de mulheres com diagnóstico de mola hidatiforme. Para tanto, as participantes apontaram a descoberta da gravidez molar como um momento que gera intensa expectativa e frustração, em decorrência da interrupção da gestação. Todas apresentaram desconhecimento acerca da gravidez molar, isso contribuiu para o surgimento de questionamentos quanto ao desenvolvimento do feto. Por conta disso, buscaram informações e orientações sobre a enfermidade, principalmente na internet.

As mulheres vivenciaram entraves no atendimento nos serviços de saúde, os quais estiveram relacionados ao agendamento de consultas para acompanhamento da gravidez molar; dificuldades na marcação da curetagem, no deslocamento e demora no serviço de regulação. Refletiram sobre a relevância e importância do tratamento, compartilharam suas percepções sobre elas mesmas após a GM, além dos sentimentos e sensações que as levaram a um sofrimento psicológico. Ademais, declararam ter recebido apoio durante o tratamento.

Quanto à expectativa/frustração da descoberta da gravidez e desconhecimento sobre a gestação molar, a(o)s profissionais de saúde da rede de Atenção Básica, podem reforçar orientações para as mulheres após diagnóstico de gravidez molar durante as consultas e/ou atividades educativas, a fim de sanar as possíveis dúvidas e realizar encaminhamentos para avaliações com o serviço de psicologia. Tudo isso contribui para que a mulher compreenda o quanto o tratamento é importante e não abandone o mesmo.

Em relação aos entraves no atendimento, se faz necessário, investimentos no setor saúde em serviços especializados no atendimento das mulheres com diagnóstico de gravidez molar, a fim de evitar morosidade nos atendimentos e procedimentos prestados, além de agilidade na regulação.

Alguns sentimentos foram relatados pelas participantes como, medo, pânico, nervosismo, tristeza, ansiedade, depressão, além do luto pela perda do bebê. Nesse sentido, é fundamental que a mulher seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar a qual forneça acolhimento e apoio também dos aspectos psicológicos.

Por fim, todas as mulheres, durante o tratamento, receberam apoio advindo da família, amigos, religião e profissionais de saúde. Apoio fundamental para que elas enfrentassem todas as etapas da doença. Os profissionais de saúde, identificados neste trabalho também como parte da rede de apoio, necessitam estar preparados para o acolhimento, orientação e assistência às mulheres acometidas pela MH.

A respeito de tudo que foi exposto, conclui-se que esses resultados podem contribuir para o planejamento de estratégias e ações que colaborem com a qualidade da assistência prestada e que atendam as reais necessidades das mulheres diagnosticadas com MH.

Esta temática requer uma abordagem acadêmica problematizadora, desde os cursos de graduação. Isso possibilita um olhar mais humanizado para os desafios que as mulheres podem apresentar diante de um diagnóstico de gravidez molar. Além de capacitações de profissionais para o atendimento especializado e enfoque para as demandas emocionais em decorrência da descontinuidade da gravidez.

Destaca-se a importância de pesquisas científicas de cunho qualitativo que explorem os entraves emocionais e psicológicos que as mulheres podem apresentar diante de uma gravidez molar, a fim de oferecer mudanças nos atendimentos institucionais considerando esta condição de saúde a partir dos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Este estudo tem como limitações o fato de ter sido desenvolvido em um contexto pandêmico em decorrência do novo coronavírus. Tal situação dificultou a coleta de dados e o número de participantes no estudo. Outra limitação encontrada diz respeito a trabalhos disponíveis que abordem a GM para além da perda gestacional. Faz-se necessário novos estudos que discorram sobre outros elementos que permeiam essa doença.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Giovanni Gurgel; BERGAMO, Daniela Carvalho. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde debate**, v. 43, n. 122, p.805-818, 2019.
- AGUIAR, Helena Carneiro; ZORNIG, Sílvia. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 264-281, ago. 2016.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Life after cancer**. 2016.  
<https://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/be-healthy-after-treatment/life-after-cancer.html>. Acesso em: 01 de fev. 2021.
- BAPTISTA, Rosilene Santos et al. Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros. **Enferm. glob.** n. 40, p. 112-127, 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. p. 125-198.
- BARROS, Maria Cristina M. **Do sofrimento à resignificação: o cuidado integrativo a pacientes com doenças crônicas**. 2012. Disponível em: <https://alubrat.org.br/do-sofrimento-a-ressignificacao-o-cuidado-integrativo-a-pacientes-com-doencas-cronicas/>. Acesso em: 17 de mar. 2021.
- BASTOS, Bárbara Guimarães; FERRARI, Deborah Viviane. Internet e educação ao paciente. **Arquivos Int. Otorrinolaringol. (Impr.)** São Paulo, v. 15, n. 4, p. 515-522, 2011.
- BEZERRA, Milena da Rocha; SANTOS, Valdenice Dias; SILVA, Rita de Cássia Velozo. **Um olhar para a assistência às mulheres com gestação molar**. 2014. Trabalho de Conclusão de curso (especialização) Curso em Enfermagem Obstétrica, Escola de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2014.
- BELFORT, Ilka Kassandra Pereira; KALCKMANN, Suzana; BATISTA, Luís Eduardo. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 631-640, 2016.
- BELFORT, Paulo; BAPTIST, Angela Maria. A história da neoplasia trofoblástica gestacional no Brasil. **FEMINA**, v. 38, n. 8, p. 381-387, 2010.
- BRAGA, Antonio et al. Epidemiological report on the treatment of patients with gestational trophoblastic disease in 10 Brazilian referral centers: results after 12 years since International Figo 2000 Consensus. **J Reprod Med**, v. 59, n. 5-6, p. 241-247, 2014a.
- BRAGA, Antonio et al. Doença trofoblástica gestacional: atualização. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 54-60, 2014b.
- BRAGA, Antônio et al. Doença trofoblástica gestacional. **FEMINA**, v. 47, n. 1, p. 6-17, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programáticas I. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 17 de out. 2019.

\_\_\_\_\_. Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

\_\_\_\_\_. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 17 de out. 2019.

\_\_\_\_\_. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. BENEVIDES, Maria Auxiliadora da Silva et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CHAVES, Lindanor Jacó; GIL, Claudia Aranha. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 20, n. 12, p. 3641-3652, 2015.

CAMARNEIRO, Ana Paula Forte; MACIEL, Juraci Conceição Silveira Cardoso; SILVEIRA, Rosa Maria Garcia. Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra. v. serIV, n. 5, p. 109-117, 2015.

CARVALHO, Isaiane da Silva et al. O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 70-77, 2015.

CASTRO, Felipe José Amaral et al. Mola hidatiforme: um relato de caso. **Rev. Educ. Saúde**, v. 4, n. 1, p. 103-107, 2016.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicol inf.**, São Paulo, v. 17, n. 17, p. 87-105, 2013.

CORRÊA, Isabela Borges et al. Comorbidades associadas a mola hidatiforme: como diagnosticar e tratar. **Rev. Patol. Tocantins**, v. 5, n. 3, p. 68-74, 2018.

CREMASCO, Maria Virginia Filomena; SCHINEMANN, Dhyone; PIMENTA, Susana de Oliveira. Mães que perderam filhos: uma leitura psicanalítica do filme rabbit hole. **Psicol., Ciênc Prof. (Impr)**. v. 35, n. 1, p. 54-68, 2015.

DIESTEL, Maria do Carmo Fajardo et al. Aspectos psicossociais da doença trofoblástica gestacional: importância dos grupos de ajuda. **Acta Oncol. Bras.** v. 21, n. 1, p. 183-186, 2001.

DI MATTEI, Valentina Elisabetta et al. An investigative study into psychological and fertility sequelae of gestational trophoblastic disease: The impact on patients' perceived fertility, anxiety and depression. **PLoS ONE**. v. 10, n. 6, p. 1-13, 2015.

DINIZ, Marisa Victória. **Compreendendo a cultura on-line das mulheres portadoras de doença trofoblástica gestacional (DTG)**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-Graduação do Departamento de Obstetrícia, São Paulo, 2019.

EBSERH. Empresa brasileira de serviços hospitalares. **Carta de serviço ao cidadão**. Maternidade Climério de Oliveira-MCO. 2015. Disponível em: Acesso em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/215335/2545070/Carta+de+Servi%C3%A7os+ao+Cidad%C3%A3o/57b1bb40-2d09-46d8-bee8-d80e77dfbf8c?version=1.0>. Acesso em: 15 de nov. 2020.

EBSERH. Empresa brasileira de serviços hospitalares. **Histórico**. Universidade Federal da Bahia. Maternidade Climério de Oliveira-MCO. Brasília, 2020. Disponível em: Acesso em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mco-ufba/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 31 de mar. 2021.

FARIA-SCHUTZER, Débora Bicudo et al. Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 113-132, 2014.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Cuidados com a dosagem da gonadotrofina coriônica humana no seguimento de pacientes com Doença Trofoblástica Gestacional**. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/414-cuidados-com-a-dosagem-da-gonadotrofina-coriônica-humana-no-seguimento-de-pacientes-com-doença-trofoblástica-gestacional>. Acesso em: 08 de mar. 2021.

FEBRASGO. Doença trofoblástica gestacional: uma história para ser contada. 2017a. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/204-doença-trofoblástica-gestacional-uma-historia-para-ser-contada>. Acesso em: 23 de nov. 2019.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Como sei que estou curada da mola?** 2017b. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/209-como-sei-que-estou-curada-da-mola>. Acesso em: 14 de mar. 2021.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Mola e gravidez na adolescência: um problema brasileiro.** 2017c. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/207-mola-e-gravidez-na-adolescencia-um-problema-brasileiro>. Acesso em: 16 de mar. 2021.

FERRAZ, Leda et al. Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar. **J bras. med.**, v. 103, n. 2, p. 6-12, 2015a.

FERRAZ, Leda et al. Mola hidatiforme parcial recorrente evoluindo para neoplasia trofoblástica gestacional. **FEMINA**, v. 43, n. 1, p. 45-52, 2015b.

FERRAZ, Leda et al. Doença trofoblástica gestacional: como diagnosticar e tratar? **Saber Científico**, v. 7, n.1, p. 83-90, 2018.

FREIS, Alexander et al. Twin pregnancy with one fetus and one complete mole: a case report. **Geburtshilfe Frauenheilkd**, v. 76, n. 7, p. 819-822, 2016.

GARCÍA, Enrique et al. Gestación gemelar con mola hidatidiforme completa y feto vivo coexistente tras una fecundación in vitro. **Prog Obstet Ginecol**, v. 62, n. 1, p. 47-50, 2019.

GARCIA RAMIREZ, Carlos Alberto; RANGEL, Eulalia; TORRES MANTILLA, Hugo Alexander. Factores de riesgo, diagnóstico histológico y concentraciones de beta-hCG en pacientes con mola hidatiforme. **Medicas UIS**, Bucaramanga, v. 31, n. 1, p. 39-46, 2018.

GEDIEL, Ana Luisa; DIAS, Mylene Mayara Santos; DE PAULA, Thayane Fraga. A internet como ferramenta de aprendizagem e difusão cultural e linguística das mulheres surdas. **Observatorio**, Palmas, v. 3, n. 4, p. 407-426, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, Gabriella Farias; SANTOS, Ana Paula Vidal. Assistência de enfermagem no puerpério. **Rev. Enferm. Contemp**. v. 6, n. 2, p. 211-220, 2017.

GRANERO, Gabriela Souza; BONFIM, Irma Helena Ferreira Benate; SANTOS, Álvaro da Silva. O impacto e a dimensão psicológica da doença trofoblástica gestacional: um estudo de caso. **REFACS** (online), v. 6, n. 4, p. 801-807, 2018.

HAHN, Luísa et al. Doença trofoblástica gestacional: diagnóstico e tratamento. **ACTA MEDICA**, v. 39, n. 2, p. 136-150, 2018.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 132p.

IRIART, Jorge Alberto Bernstein et al. Da busca pelo diagnóstico às incertezas do tratamento: desafios do cuidado para as doenças genéticas raras no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 24, n. 10, p. 3637-3650, 2019.

KLEIN, Melanie. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KRIEGER, Mabel Viana. **Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes.** (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEMOS, Luana Freitas Simões; CUNHA, Ana Cristina Barros da. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.

LIMA, Keury Thaisana Rodrigues dos Santos. Companion experiences in the labor process. 2019. Dissertation (Master in Nursing and health) School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

LIMA, Lana de Lourdes Aguiar et al. Correlações clinicorradiológicas em pacientes com doença trofoblástica gestacional. **Radiol Bras.** v. 49, n. 4, p. 241-250, 2016.

LOBO ANTUNES, Isabel et al. Negative  $\beta$ hCG and molar pregnancy: the hook effect. **Acta Med Port.** v. 30, n. 9, p. 656-658, 2017.

LUZ, Geisa dos Santos; SILVA, Mara Regina Santos; DEMONTIGNY, Francine. Necessidades prioritárias referidas pelas famílias de pessoas com doenças raras. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, e0590015, 2016.

MAESTÁ, Izildinha; BRAGA, Antonio. Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 143-146, 2012.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor.** São Paulo: Ideias & letras, 2017.

MARTINEZ, Lilliam Mercedes. Características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatiforme ingresada en el servicio de aro i, heodra en el periodo de enero 2013 a mayo 2016. 2017. Tese (Especialista en Ginecología y Obstetricia), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Leon. 2017.

MATTOS, Ana Carolina Gomes Barroso Ferreira et al. Diagnóstico, tratamento e seguimento da mola hidatiforme: uma revisão bibliográfica. **REAC/EJSC.** v. 13, e5184, 2020.

MEDICINA S/A. **Desconhecimento impacta diagnóstico de pacientes com doenças raras.** 2020. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/diagnostico-precoce/>. Acesso em: 16 de fev. 2021.

MELO, Emiliana Cristina; OLIVEIRA, Rosana Rosseto; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev Esc Enferm USP**. v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015.

MENDES, Anabela Pereira. Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 71, n. 1, p. 170-177, 2018.

MENDONÇA, Julianna Barroso Rizzo; SOARES, Leonardo Ribeiro; VIGGIANO, Maurício Guilherme de Campos. Adesão ao seguimento ambulatorial de pacientes com doença trofoblástica gestacional atendidas em um centro de referência. **Reprod. clim.** v. 31, n. 2, p. 82-85, 2016.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge. **Rezende obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MORAES, Fabio Roberto Ruiz; RIBEIRO, Thais Alves. Uso da radioterapia na neoplasia trofoblástica gestacional. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 4, p. 47-50, 2018.

OLIVEIRA, Fábio; GOLONI-BERTOLLO, Eny Maria; PAVARINO, Érika Cristina. A internet como fonte de informação em saúde. **J. Health Inform.** v. 5, n. 3, p. 98-102, 2013.

OLIVEIRA, Leonardo Hernandes de Souza et al. Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. **Physis**, v. 27, n. 4, p. 1309-1332, 2017.

OSIS, Maria José Martins Duarte. The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998.

OZÓRIO, Claudiana da Conceição et al. O paciente com câncer: experiências de vida após o diagnóstico. In: Fórum Acadêmico da Faculdade Vértice - Univértix, 13., 2020, Minas Gerais. **Anais eletrônicos...** Minas Gerais: Matipó, 2020. Disponível em: <https://fave.univertix.net/wp-content/uploads/2020/11/A171-O-PACIENTE-COM-CANCER-EXPERIENCIAS-DE-VIDA-APOS-O-DIAGNOSTICO.pdf>. Acesso em: 04 de fev. 2021.

PONTES, Vívian Volkmer. **Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, 254 p.

PSICANÁLISE CLÍNICA. **Ressignificar: significado prático**. 2019. Disponível em: <https://www.psicanaliseclinica.com/ressignificar/>. Acesso em: 17 de mar. 2021.

QSR INTERNATIONAL. Nvivo10 for Windows. 2014. Disponível em: <http://download.qsrinternational.com/Resource/NVivo10/NVivo-10-Overview-Portuguese.pdf>. Acesso em: 24 de nov. 2020.

QUEIROZ, André Luis. **Expectativas e necessidades de mulheres submetidas à quimioterapia por gravidez molar**: proposta de tecnologia educativa de orientação. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde) Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Diretoria de Ensino e Pesquisa, Amazônia, 2017.

REDE CÂNCER. **Personagem**: apesar da dor, o início de uma nova história. Força para recomeçar. INCA. 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rrc-05-personagem-forca-para-recomecar.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

REZENDE FILHO, Jorge. Visão panorâmica da gravidez molar. In: Doença trofoblástica gestacional. Memória apresentada à Academia Nacional de Medicina para concorrer à cadeira número 67. Rio de Janeiro, 2016.

SBDTG. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. Mola: manual de informações sobre doença trofoblástica. Rio de Janeiro, 2014.

SANTOS, Daniela Patrícia Beja Duarte. **A elaboração do luto materno na perda gestacional**. Dissertação (Mestrado integrado em Psicologia) Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. Lisboa, 2015.

SCHLIEMANN, Ana Laura; ALVES, Iara Boccato; MATHEUS, N.M. Pode a internet ajudar na elaboração do luto? In: SANTOS, Franklin Santana; SCHLIEMANN, Ana Laura; SOLANO, João Paulo Consentino (Org.). **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu. 2014.

SCHMALFUSS, Joice Moreira; MATSUE, Regina Yoshie; FERRAZ, Lucimare. Mulheres em situação de perda fetal: limitações assistenciais de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 365-368, 2019.

SILVA, Luzenilda Sabina; PESSOA, Franciele de Borba; PESSOA, Douglas Tadeu Cardoso. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Rev. eletrônica Fac. Montes Belos** (Online), v. 8, n. 1, p. 1-16, 2015.

SILVA, Nelma Nunes da et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 4, e20180834, 2020.

SOARES, Larissa Gramazio et al. Mães de anjos: (re)vivenciando a morte do filho como estratégia de enfrentamento. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 1, e20190030, 2020.

SOARES, Letícia Gomes de Azevedo; CASTRO, Marcelo Matta. Luto: colaboração da psicanálise na elaboração da perda. **Rev. Psicol Saúde e Debate**. v. 3, n. 2, p. 103-114, 2017.

SOARES, Mônica Kallyne Portela et al. Tratamentos na doença trofoblástica gestacional: uma revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 7, p. 1-9, 2017.

TENÓRIO, Paula Jaeger; AVELAR, Telma Costa de; BARROS, Érika Neves de. Gravidez molar: do sonho ao luto. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 193-206, 2019.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare enferm.** v. 24, e58692, 2019

VARELA, Sara Tato et al. Mola completa coexistente con feto vivo normal: caso clínico y revisión de la literatura. **Progresos de Obstetricia y ginecología**, v. 58, n. 6, p. 287-290, 2015.

VELASCO, Márcia Herculano. **Da expectativa de vida à descoberta da morte**: a mulher diante da gestação molar. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2013.

VOLLES, Camila Christine; BUSSOLETTO, Greici Maestri; RODACOSKI, Giseli. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 212-231, 2012.

ZANATTA, Edinara; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato; ALVES, Amanda Pansard. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017.

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Zugaib Obstetrícia**. 4. ed. Barueri: Manole, 2019.

**APÊNDICE A - Formulário semiestruturado para coleta de dados**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Vivência de mulheres com gestação molar**

**Formulário para coleta de dados**

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
Formulário de número _____		
Iniciais do nome:	Idade:	
Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena		
Local de residência:		
Grau de escolaridade:		
Situação conjugal: ( ) Casada ( ) Solteira ( ) União estável ( ) Divorciada ( ) Viúva		
Ocupação:		
Renda familiar:	Renda individual:	
<b>CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS</b>		
Número de gestações:	Número de abortamentos:	Número de partos:
Problema de saúde existente: Sim ( ) qual? _____ Não ( )		
Mola hidatiforme: Parcial ( ) Completa ( )		
Recidiva: Sim ( ) quantas vezes? _____ Não ( )		
<b>QUESTÃO NORTEADORA</b>		
Como foi para você vivenciar uma gestação molar?		

**APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A participante:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Vivência de mulheres com gestação molar” que tem como pesquisadora a enfermeira e mestranda Jaqueline Alves Pires e como coordenadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Telmara Menezes Couto. Esse trabalho tem como objetivo conhecer a vivência de mulheres com gestação molar. As participantes do estudo serão mulheres atendidas/acompanhadas no ambulatório de referência da instituição onde a pesquisa será realizada.

Ocorrerá entrevista com duração média de 40 minutos. Será utilizado um gravador, sob condição da sua aprovação, para posterior transcrição das falas, visto que, trata-se de uma das fases necessárias para análise dos resultados, sendo importante o uso das informações. O local da entrevista acontecerá em sala disponibilizada pela instituição.

Sua participação é voluntária, sem nenhuma recompensa financeira, e você terá liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo, não sendo necessárias explicações. Você será esclarecida acerca do termo técnico mola hidatiforme, bem como o objetivo desse estudo.

Os resultados encontrados serão analisados, organizados e classificados para publicações futuras. As informações serão utilizadas para os fins da pesquisa e sua identidade será preservada, sendo garantido total sigilo sobre você. Apenas as pesquisadoras terão conhecimento do conteúdo das entrevistas.

A pesquisa poderá oferecer riscos, como constrangimento ou desconforto, mas não compromete a sua dignidade. Os procedimentos adotados obedecem aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Você terá benefícios por sua participação, pois se pretende, a partir dos resultados, contribuir para a qualidade da assistência por parte da(o)s profissionais

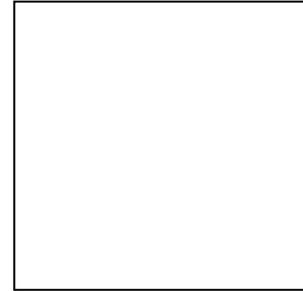
de saúde prestada à vocês. Assim, as pesquisadoras se comprometem em divulgar os resultados obtidos.

Qualquer dúvida ou problema que ocorrer em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras.

Salvador, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura da participante



Impressão Digital

\_\_\_\_\_  
Jaqueline Alves Pires  
(Pesquisadora)

**Contatos:**

Coordenadora da pesquisa: Telmara Menezes Couto

Telefone: (71) 99188-3257

E-mail: telmaracouto@gmail.com

Pesquisadora: Jaqueline Alves Pires

Telefone: (71) 98773-7033

E-mail: jaquelinealvespires@hotmail.com

**APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa científica por menores de 18 anos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA  
POR MENORES DE 18 ANOS**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ autorizo a adolescente  
\_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ anos de  
idade de quem sou \_\_\_\_\_(relação de parentesco) a participar da pesquisa  
intitulada “vivência de mulheres com gestação molar” que tem como pesquisadora a  
enfermeira e mestrandia Jaqueline Alves Pires e como coordenadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Telmara  
Menezes Couto. Esse trabalho tem como objetivo conhecer a vivência de mulheres com  
gestação molar.

A entrevista terá uma duração média de 40 minutos. Será utilizado um gravador/celular, sob condição da sua aprovação, para posterior transcrição das falas, visto que, trata-se de uma das fases necessárias para análise dos resultados, sendo importante o uso das informações.

A participação é voluntária, sem nenhuma recompensa financeira, e você terá liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo, não sendo necessárias explicações. Você será esclarecida acerca do objetivo desse estudo.

Os resultados encontrados serão analisados, organizados e classificados para publicações futuras. As informações serão utilizadas para os fins da pesquisa e a identidade da jovem será preservada, sendo garantido total sigilo sobre ela. Apenas as pesquisadoras terão conhecimento do conteúdo das entrevistas.

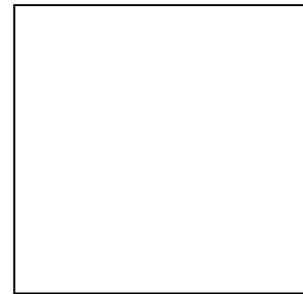
A pesquisa poderá oferecer riscos, como constrangimento ou desconforto, mas não compromete a dignidade da adolescente. Os procedimentos adotados obedecem aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as Resoluções nº 466/12

e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A adolescente terá benefícios por sua participação, pois se pretende, a partir dos resultados, contribuir para a qualidade da assistência por parte da(o)s profissionais de saúde prestada as mulheres acometidas com mola hidatiforme. Assim, as pesquisadoras se comprometem em divulgar os resultados obtidos.

Qualquer dúvida ou problema que ocorrer em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras.

Salvador, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) responsável



Impressão Digital

\_\_\_\_\_  
Jaqueline Alves Pires  
(Pesquisadora)

**Contatos:**

Coordenadora da pesquisa: Telmara Menezes Couto

Telefone: (71) 99188-3257

E-mail: telmaracouto@gmail.com

Pesquisadora: Jaqueline Alves Pires

Telefone: (71) 98773-7033

E-mail: jaquelinealvespires@hotmail.com

**APÊNDICE D - Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM****TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “vivência de mulheres com gestação molar” que tem como objetivo conhecer a vivência de mulheres com gestação molar. Seus pais permitiram que você participe, mas você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita através de entrevista com duração média de 40 minutos. Será utilizado um gravador/celular, sob condição da sua aprovação, pois faz parte de uma das fases para análise dos resultados. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Quando terminarmos a pesquisa os resultados encontrados serão analisados e organizados para publicações futuras, mas sem identificar as participantes.

A pesquisa poderá oferecer riscos, como constrangimento ou desconforto, mas não compromete a sua dignidade. Você terá benefícios por sua participação, pois se pretende, a partir dos resultados, contribuir para a qualidade da assistência por parte da(o)s profissionais de saúde prestada as mulheres acometidas com mola hidatiforme. Qualquer dúvida que ocorrer em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Jaqueline Alves Pires, (71) 987737033, e Telmara Menezes Couto, (71) 99188-3257.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “vivência de mulheres com gestação molar”. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE E - Características sociodemográfica das participantes da pesquisa**

Ordem	Idade	Local de residência	Raça/cor	Escolaridade	Situação conjugal	Ocupação	Renda Familiar
E1	45	Cardeal da Silva	Preta	EFI	União estável	Comerciante	1-2 salários mínimos
E2	42	Salvador	Branca	EFI	União estável	Manicure	> 2 salários mínimos
E3	15	Alagoinhas	Parda	EFI	Solteira (Mora junto c/ comp.)	Dona de casa	1-2 salários mínimos
E4	25	Quijingue	Parda	EFI	Casada	Lavradora	< 1 salário mínimo + BF
E5	30	Tanque novo	Branca	EMC	Casada	Dona de casa	1-2 salários mínimos + BF
E6	42	Salvador	Parda	EMC	Casada	Babá	1-2 salários mínimos
E7	17	Rio Real	Parda	EFI	Solteira (Mora junto c/ comp.)	Estudante	1-2 salários mínimos
E8	15	Salvador	Preta	EFI	Solteira	Estudante	1-2 salários mínimos + BF
E9	17	Cansanção	Preta	EFI	Solteira	Estudante	< 1 salário mínimo + BF
E10	26	Ourolândia	Parda	EMC	Solteira (Mora junto c/ comp.)	Dona de casa	< 1 salário mínimo
E11	29	Mata de São João	Parda	EMC	Solteira (Mora junto c/ comp.)	Vendedora	> 2 salários mínimos
E12	18	São José do Miriti	Preta	EFI	Solteira (Mora junto c/ comp.)	Estudante	< 1 salário mínimo + BF
E13	32	Alagoinhas	Parda	EMC	Solteira	Dona de casa	1-2 salários mínimos
E14	18	Alagoinhas	Parda	EMI	Solteira (Mora junto c/ comp.)	Babá	< 1 salário mínimo
E15	22	Amargosa	Preta	EMC	Solteira (Mora junto c/ comp.)	Dona de casa	> 2 salários mínimos + BF
E16	49	Salvador	Preta	EMC	Casada	Autônoma	1-2 salários mínimos

**Legenda:**

EFI: Ensino fundamental incompleto

EMC: Ensino médio completo

EMI: Ensino médio incompleto

Mora junto c/ comp.: Mora junto com companheiro

BF: Bolsa família

**APÊNDICE F - Características obstétrica das participantes da pesquisa**

<b>Ordem</b>	<b>G.P.A*</b>	<b>Tipo de gestação molar</b>	<b>Recidiva</b>	<b>Tempo de tratamento</b>
E1	8 / 4 / 4	Parcial	Não	4
E2	1 / 0 / 1	Completa	Não	2
E3	2 / 1 / 1	Parcial	Não	2
E4	4 / 1 / 3	Completa	Não	3
E5	2 / 1 / 1	Completa	Não	2
E6	4 / 1 / 3	Completa	Não	3
E7	3 / 1 / 2	Parcial	Não	3
E8	1 / 0 / 1	Parcial	Não	4
E9	1 / 0 / 1	Completa	Não	5
E10	1 / 0 / 1	Completa	Não	4
E11	2 / 1 / 1	Completa	Não	1
E12	1 / 0 / 1	Completa	Não	1
E13	1 / 0 / 1	Parcial	Não	4
E14	2 / 0 / 2	Parcial	Não	4
E15	3 / 1 / 2	Completa	Não	4
E16	2 / 1 / 1	Completa	Não	1

\*G.P.A: Gestação, Parto, Aborto

## ANEXO A - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher

**Pesquisador:** Telmara Menezes Couto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15213819.1.0000.5543

**Instituição Proponente:** Maternidade Climério de Oliveira/UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.426.869

#### Apresentação do Projeto:

A hemorragia é a maior causa evitável de morte materna no mundo e inclui hemorragia antes, durante e após o parto. Ocorre entre 10 a 15% das gestações e podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico sendo responsável por 25 a 30% de todos os óbitos maternos. As mais importantes situações hemorrágicas gestacionais são classificadas como hemorragias da primeira e segunda metade da gestação e a hemorragia pós-parto. O padrão de causas de morte materna no Brasil é semelhante em todas as regiões e períodos. Entre as principais causas de mortes maternas diretas que ocupam 66% dos óbitos entre mulheres, a hemorragia surge em segundo lugar apresentando cerca de 10 a 15% no total dos óbitos. Em primeiro lugar destacam-se ainda as síndromes hipertensivas 20% seguindo em 3ª a infecção puerperal 7% e o aborto com 5% dos óbitos maternos ocupando o 4º lugar. Estas mortes estão diretamente relacionadas ao cuidado prestado, bem como ao tempo de resposta nas intercorrências. O atendimento oportuno e adequado antes, durante e após o parto pode salvar a vida de muitas mulheres. A taxa de mortalidade e a melhoria da saúde materna são dois importantes indicadores de desenvolvimento em uma região e foram definidos como objetivos a serem atingidos dentro da proposta sobre saúde e desenvolvimento sustentável adotados pela comunidade internacional em 2015. A morte materna associada à hemorragia é frequente nos países em desenvolvimento, nos quais as mulheres estão mais expostas a riscos e também a condições econômicas desfavoráveis. A redução dessas mortes é um objetivo fundamental para o

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

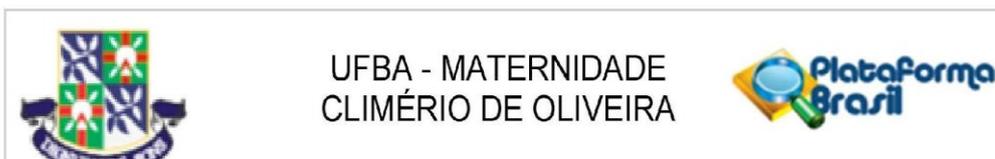
**CEP:** 40.055-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.426.869

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	28/06/2019 23:21:16	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador.pdf	27/06/2019 21:40:02	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.pdf	27/06/2019 21:39:34	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_coleta_dados.pdf	27/06/2019 21:39:08	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	solicitacao_de_campo.pdf	27/06/2019 21:38:42	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_equipe.pdf	27/06/2019 21:37:06	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_concordancia_daianne.pdf	27/06/2019 21:36:35	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_gleice.pdf	27/06/2019 21:35:07	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_concordancia_jaqueline.pdf	27/06/2019 21:34:47	Telmara Menezes Couto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.pdf	27/06/2019 21:33:11	Telmara Menezes Couto	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/06/2019 19:50:25	Telmara Menezes Couto	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	30/05/2019 17:27:44	Telmara Menezes Couto	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/05/2019 17:14:13	Telmara Menezes Couto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/05/2019 17:08:36	Telmara Menezes Couto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 30 de Junho de 2019

Assinado por:  
Eduardo Martins Netto  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.055-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br

## ANEXO B - Centros de referência brasileiro para pacientes com mola hidatiforme

### ▪ Região Norte

CR do Acre – HC do Acre (Rio Branco): Dra. Elaine Leal

CR do Amapá – Hospital da Mulher Mãe Luzia (Macapá): Dra. Nirce Carvalho

CR em Amazonas (Manaus): Dra. Monica Bandeira

CR no Pará – Santa Casa de Misericórdia (Belém): Dra. Gabriela Queiroz

CR de Roraima – Hospital Geral de Roraima (Boa Vista): Dra. Cynthia Macedo

CR em Rondonia - Hospital de Base Ary Pinheiro (Porto Velho): Dra. Rita de Cássia Alves

CR em Tocantins (Palmas): Dr. João de Deus

### ▪ Região Nordeste

CR em Alagoas – HU/UFAL (Maceió): Dr. Manoel Calheiros

CR na Bahia – Maternidade Climério de Oliveira da FMB/UFBA: Dra. Olivia Lucia Costa

CR no Ceará – Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC (Fortaleza): Dra. Cecília Ponte

CR no Maranhão – Maternidade Marly Sarney (São Luis): Dra. Marília Martins

CR no Rio Grande do Norte - Maternidade Januário Cicco/UFRN (Natal): Dra. Maria do Carmo

CR na Paraíba:

- HU Lauro Wanderley - UFPB (João Pessoa): Claudio Sergio Paiva
- Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (Campina Grande): Dra. Melania Amorim

CR em Pernambuco HU/UFPE (Recife): Dr Elias Melo

CR no Piauí – Maternidade Dona Evangelina Rosa/UFPI (Teresina): Dr. José Arimatéa Santos Jr.

CR em Sergipe HU/UFS (Aracaju): Dra. Marina Nogueira

- **Região Centro-Oeste**

CR no DF – HR da Asa Norte (Brasília): Dr. Paulo Kalume

CR em Goiás – HC/UFG. Ambulatório de Mola. (Goiânia): Dr. Mauricio Viggiano

CR em Mato Grosso – HU/UFMT (Cuiabá): Rejane Martins Ribeiro Itaborahy

CR no Mato Grosso do Sul - HR do MS (Campo Grande): Dra. Sueli de Souza

- **Região Sudeste**

CR no Espírito Santo – Santa Casa (Vitória): Dr. Antonio Chambô Filho

CR em Minas Gerais – HC/UFMG (Belo Horizonte): Dr. Gabriel Costa Osanan

CRs no Rio de Janeiro:

- Maternidade Escola de Laranjeiras da UFRJ (Rio de Janeiro): Antonio Braga
- Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF (Niterói): Dr. Antonio Braga

CRs em São Paulo:

- HC da FMB/UNESP (Botucatu): Izildinha Maestà
- CAISM/Unicamp-SP (Campinas): Daniela Yela
- HU/Faculdade de Medicina de Jundiaí (Jundiaí): Dra. Karayna Gil Fernandes
- HC/FMRP/USP (Ribeirão Preto): Jurandyr Andrade
- Hospital Guilherme Álvaro (Santos): Eduardo Silveira
- HC/EPM/UNIFESP (São Paulo): Sue Yazaki Sun
- HC/USP (São Paulo): Koji Fushida e Dr Lawrence Lin

- **Região Sul**

CR no Paraná – HC/UFPR (Curitiba): Dr. Bruno Maurizio Grillo, Dr. Sérgio Padilha

CRs no Rio Grande do Sul

- De Patologias do Trofoblasto - UCS (Caxias do Sul): Dr. José Mauro Madi
- Santa Casa - CDT (Porto Alegre): Elza Uberti

CR em Santa Catarina – Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis): Dra. Fabiana Rebelo

\* Serviços gratuitos, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS)