

HRJ

v.3 n.16 (2022)

Recebido: 08/02/2022

Aceito: 08/03/2022

A inserção da psicologia no ambulatório da doença trofoblástica gestacional em um hospital do Distrito Federal

Alliny Michelly Santos Vale¹
Anamaria Gomes Reis Pinheiro ²
Monique Guerreiro de Moura³

¹Psicóloga Residente do Programa Multiprofissional em Atenção ao Câncer da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS.

²Psicóloga, Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental, Preceptora do Programa Multiprofissional de Saúde do Adulto e do Idoso da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS.

³Psicóloga, Mestra em Ciências da Saúde, Tutora do Programa Multiprofissional de Saúde do Adulto e do Idoso da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS.

Endereço para correspondência: fuh.vale@gmail.com

RESUMO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) constitui um grupo de doenças placentárias podendo ser classificadas como mola hidatiforme completa (MHC) e parcial (MHP), que são capazes de evoluir para formas invasoras e/ou malignas. Diante dessa anomalia na gestação, a mulher é exposta a duas situações potencialmente traumáticas: o aborto e essa doença. Nesse caso, o serviço de acompanhamento psicológico é delineado por intervenções que facilitam a expressão dos sentimentos e reelaboração da situação vivenciada. Relatamos a experiência da inserção do serviço de psicologia no ambulatório de Mola de um hospital regional do Distrito Federal, referência no atendimento da doença, que propõe intervenções focadas nas demandas das usuárias deste serviço. Percebemos a relevância do papel da psicologia orientada para o acolhimento das pacientes e a importância do trabalho multidisciplinar em consonância com o princípio da integralidade do SUS.

Palavras-chave: Doença trofoblástica gestacional; Perda Gestacional; Gestação Molar; Psicologia

The insertion of psychology in the gestational trophoblastic disease outpatient clinic in a hospital in the Federal District

ABSTRACT

Gestational trophoblastic disease (GTD) is a group of placental diseases that can be classified as Complete Hydatidiform Spring (CMH) and Partial (PMH), which are able to evolve into invasive and/or malignant forms. Faced with this anomaly during pregnancy, women are exposed to two potentially traumatic situations: abortion and this disease. In this case, the psychological follow-up service is delineated by interventions that facilitate the expression of feelings and elaboration of the situation experienced. We report the experience of the insertion of the psychology service in the Mola outpatient clinic of a regional hospital at

Federal District, reference in the care of the disease, which proposes interventions focused on the demands of the users of this service. We realize the relevance of the role of psychology oriented to the psychological support of patients and the importance of multidisciplinary work in line with the principle of integrality of SUS.

Keywords: Gestational Trophoblastic Disease; Gestational Loss; Molar Pregnancy; Psychology

INTRODUÇÃO

As mulheres são consideradas como figura central na perpetuação da espécie, uma vez que o seu organismo possui o aparato biológico para a gestação da vida. A capacidade de gestar e procriar fez com que, ao longo da história, coubesse naturalmente às mulheres tornarem-se mães, acarretando, ao mesmo tempo, a ideia de que deveria também ser natural o desejo pela maternidade.

A construção histórica do feminino considera que o discurso filosófico foi precursor ao transformar as mulheres, a partir do olhar masculino, em um objeto. A partir desse olhar do patriarcado, começaram a ser consideradas “criaturas irracionais, sem pensar próprio, pouco criativas, sem espírito estético, dependentes do seu corpo”¹, o que justificaria nessa perspectiva, uma subordinação e estabeleceria desigualdade em papel social.

É fato que a figura feminina vem ganhando novo *status* na sociedade moderna, porém, há desafios importantes e pertinentes à diferenciação entre masculino e feminino. Um exemplo é a diferenciação segundo a caracterização biológica a, o que significa dizer que nessa perspectiva, o corpo justificaria a diferença entre os sexos e, socialmente, a relação desigual de poder entre homens e mulheres².

Esse pensamento, que se baseia na origem da humanidade e na diferença sexual, estruturou teorias acerca do corpo feminino e delimitou para as mulheres o cerne reprodutivo. Tal discurso, coadunado ao da medicina, reforçou a ideia da procriação como sendo de caráter natural da identidade feminina até a modernidade³.

Historicamente, a gravidez constitui-se em uma experiência que propicia mudança no exercício de um papel social, e, portanto, uma nova forma de as mulheres compreenderem a

própria identidade. Esse é um período em que os corpos femininos sofrem uma série de alterações, mas também ocorrem impactos emocionais, com repercussões cujas intensidades dependem de fatores como o desejo das mulheres pela maternidade e a compreensão de cada uma quanto ao próprio papel social, por exemplo. Tanto a gravidez quanto o parto são tratados como momentos marcantes, constituindo-se assim um período de transição importante na vida das mulheres⁴, independente de tais experiências terem sido positivas ou traumáticas.

A cultura é um fator importante na constituição da relação das mulheres consigo mesmas e com a maternidade. De acordo com a perspectiva Histórico-Cultural, cultura se refere às criações artificiais da humanidade, sendo o produto da interferência dos seres humanos na natureza, o que traz resultados não naturais nas ideias, linguagem e formas de pensar e agir⁵. Assim, as significações artificiais do conceito de maternidade fazem com que as mulheres-mães se apropriem das objetivações humanas naquele contexto social, para que possam se constituir como mães e produzam a ideia de maternidade ao mesmo tempo.

Entretanto, durante os diferentes períodos da gravidez pode haver intercorrências que culminam na interrupção da gestação. Tal fato, por si só, pode ser um elemento gerador de grande sofrimento psíquico, repercutindo negativamente nos projetos de vida das mulheres e de suas famílias. Diante uma perda gestacional, não há tempo para que os pais se preparem para a mudança provocada pela perda e, portanto, lidar com essa situação torna-se complexo, desencadeando, em sua maioria, sentimentos como angústia, frustração, tristeza, desapontamento, raiva, culpabilização, ambivalência, ansiedade e vergonha⁶. Ressalta-se aqui, a dificuldade de se vivenciar este luto, que é pouco validado socialmente e com espaço reduzido para elaboração, tornando-se um luto não reconhecido.

Diversos fatores podem ocasionar a perda gestacional. O aborto espontâneo é a causa mais frequente dessa ocorrência, podendo, como supracitado, se desdobrar em prejuízos

físicos e principalmente emocionais. Dois dos fatores agravantes que repercutem no adoecimento mental é a forma com que ocorre o aborto e a dificuldade em vivenciar o luto, que por sua vez podem aparecer imediatamente após a perda gestacional, mas também em potenciais futuras gestações e puerpérios⁷. Além do aborto espontâneo, outros fatores também desencadeiam as perdas gestacionais, tais como a doença trofoblástica gestacional, foco desse trabalho.

A Doença Trofoblástica Gestacional

Para a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a doença trofoblástica gestacional (DTG) constitui um grupo de doenças placentárias conhecidas como mola hidatiforme completa (MHC) e parcial (MHP), que são capazes de evoluir para formas invasoras e/ou malignas. Essas, por sua vez, são nomeadas neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) e possuem as seguintes formas clínicas: mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelioide⁸.

A DTG é uma anomalia na gestação, uma vez que o seu mecanismo de fecundação é modificado. Em uma gravidez normal o óvulo da mulher contendo a carga genética feminina é fecundado por um espermatozoide que contém os cromossomos, ou seja, a carga genética masculina, e a partir dessa união (46 cromossomos) origina-se o embrião e a placenta. No caso de uma gravidez molar, podem ocorrer duas alterações. Na primeira delas, há fecundação de um óvulo anucleado por um espermatozoide que se duplica ou ainda por dois espermatozoides. Neste caso, sem a participação da carga genética feminina, culmina na formação de uma placenta anormal sem tecido fetal, constituindo assim a Mola Hidatiforme Completa (MHC) com cariótipo 46,XX ou 46,XY⁹. Na segunda alteração, a Mola Hidatiforme Parcial (MHP), o óvulo mantém os seus cromossomos, porém, é fecundado por

dois espermatozoides ou apenas por um que carrega o dobro da carga genética masculina, formando um ovo com 69 cromossomos (69, XXX, 69, XXY ou 69, XYY), do qual resulta um cariótipo triploide e uma placenta que, em alguns casos, apresenta áreas normais.⁹ Nesse último, a placenta pode continuar a desenvolver-se normalmente, porém, o embrião morre até o terceiro mês de gestação.

Mais conhecida como gravidez molar ou apenas mola, essa anomalia gestacional acomete 1 a cada 200-400 mulheres grávidas brasileiras, perfazendo, portanto, uma condição comum¹⁰. Qualquer mulher sadia durante sua vida reprodutiva pode ter mola. Apesar de ser comum, é pouco conhecida, o que resulta em baixa divulgação e, conseqüentemente, em pouca informação.

A incidência de gestação molar varia entre países, havendo indícios de que haja relação entre essa patologia e a nutrição¹¹. A incidência, a nível mundial, é de 1 em 1.000 gravidezes, podendo ser observadas prevalências para uma gravidez molar as idades de início e de fim de capacidade reprodutiva (<15 ou >45) e histórico de gravidez molar anterior¹².

A identificação da mola acontece, inicialmente, por meio de exame de dosagem da fração beta da gonadotrofina coriônica (Beta-HCG) na corrente sanguínea da gestante, que apresenta um aumento acentuado desse hormônio. A confirmação, então, ocorre através de exame de imagem, em que é possível perceber a placenta em numerosas vesículas, que, reunidas, têm aparência de “cachos de uva” ou “sagu”. Uma vez identificada a presença da mola, é indispensável sua remoção. O procedimento utilizado atualmente é a curetagem com vácuo-aspiração, um método seguro, fácil e eficiente⁹. Além disso, é fundamental que a paciente seja encaminhada para um Centro de Referência de Mola, existente em quase todas as capitais do país.

Na maioria dos casos, a gravidez molar costuma ser benigna e possui remissão espontânea, sem necessidade de tratamento medicamentoso. Nesses casos, é necessário

somente o acompanhamento pela equipe especializada pelo período de 12 meses. Porém, em 20% dos casos, essas células tumorais podem se espalhar e invadir outros órgãos, resultando em metástases. Neste caso, são considerados tumores malignos e necessitam de tratamento quimioterápico¹⁰.

As formas malignas das doenças placentárias, segundo o INCA, estão classificadas nos tumores de células germinativas (TCGs). Os TCGs se originam das células germinativas primordiais que são pluripotentes e dão origem aos tecidos embrionários e extraembrionários. As causas ainda são desconhecidas e é difícil generalizar o comportamento do tumor. Os casos são avaliados individualmente, levando-se em consideração a idade do paciente, a localização do tumor, sua histologia e os níveis séricos dos marcadores biológicos. No caso, das doenças trofoblásticas gestacionais o principal marcador biológico é o Beta-HCG. Tal marcador é o mais sensível parâmetro para o controle da atividade tumoral¹³.

A Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), conhecida também como Tumor Trofoblástico Gestacional (TTG), é um tumor raro, tanto pela sua frequência, quanto pelos altos índices de cura atingidos com os tratamentos disponíveis. O seguimento pós-molar com evolução para NTG ocorre em 15% a 40% dos casos, sendo diagnosticada pela curva de regressão anormal do beta-hCG, ou em valores estacionários (curva em platô) ou em elevação (curva em ascensão). Diante disso, o estadiamento é feito conforme o sistema FIGO 2000, que determinará os grupos prognósticos de NTG⁹. A NTG é um dos poucos tipos de câncer que quase sempre podem ser curados por quimioterapia independente do estadiamento. As drogas mais comumente utilizadas são o metotrexato (MTX) e actinomicina D (ACTD)¹⁴.

Levando-se em consideração a escassez de estudos sobre a DTG; o baixo conhecimento da sociedade sobre esta - mais especificamente na área da psicologia - e, buscando acolher o alto nível de sofrimento psíquico das pacientes acompanhadas neste ambulatório, este estudo faz-se necessário e se propõe a dar visibilidade a essa temática

geradora de grande mobilização emocional. Objetiva-se relatar a vivência e inserção de profissional da Psicologia durante a implantação do serviço especializado no ambulatório de mola em um hospital referência do Distrito Federal.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se constitui em um relato de experiência vivenciado no Programa Multiprofissional de Atenção ao Câncer da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, SES-DF. A modalidade de ensino foi instituída pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 e definida pela Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de Janeiro de 2007, como uma pós-graduação *lato sensu* voltada aos profissionais de saúde, em formato de ensino em serviço, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS, no atendimento às necessidades sociais e epidemiológicas da população¹⁵. Tal relato de experiência foi realizado em um Hospital Regional do Distrito Federal classificado como hospital referência no atendimento da Doença Trofoblástica Gestacional. Este trabalho aborda a implementação e execução do serviço de psicologia no ambulatório de ginecologia para o tratamento da mola. Baseada em uma perspectiva qualitativa, utilizou-se de métodos descritivos e observacionais, onde foram realizadas observações, reuniões, discussões e atendimentos da equipe de psicologia, em paralelo com a equipe médica, durante o período de 7 (sete) meses (04/2021 – 10/2021).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O projeto de inserção da Psicologia no ambulatório de mola foi desenvolvido com o objetivo de estruturar o serviço de acolhimento e suporte emocional e psicológico para as mulheres com a DTG. O serviço propõe o auxílio à compreensão do adoecimento, favorecendo melhores estratégias de enfrentamento, objetivando a qualidade de vida das usuárias do serviço e de seus familiares.

O serviço psicológico é oferecido pela equipe de psicologia do referido hospital, constituída por 01 (uma) psicóloga de referência da unidade de Maternidade e Ginecologia, que supervisiona os casos. Ao longo do ano, em regime de escala, os atendimentos foram realizados por 05 (cinco) residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde do Adulto e do Idoso e 01 (uma) residente do Programa Multiprofissional em Atenção ao Câncer.

Uma vez que a equipe foi estruturada, a etapa seguinte foi avaliar como se daria a inserção de profissionais de Psicologia no ambulatório, até então composto apenas pela equipe médica. Primeiramente, nessa etapa de implantação foram realizadas ações de aproximação e conhecimento do campo de trabalho, dos seus profissionais e das atividades por eles desenvolvidas. Para tanto, foram realizados encontros presenciais e virtuais com a equipe médica, bem como observações dos seus atendimentos a fim de compreender a doença e estruturar um procedimento operacional padrão (POP) para a equipe da psicologia.

Esta unidade de atendimento às usuárias diagnosticadas com mola funciona desde 1995 em um espaço físico localizado no setor de ambulatórios do Hospital Regional, atendendo todo o Distrito Federal e o entorno. Os atendimentos ocorrem duas vezes por semana. As pacientes comparecem ao hospital às sextas-feiras para a coleta de sangue para o exame Beta-HCG e retornam, às segundas-feiras, para apresentar os resultados à equipe médica e obter as orientações que se fizerem necessárias. É neste momento que o serviço de Psicologia está disponível. Às sextas-feiras, também são atendidas as pacientes que estão em acompanhamento com controle mensal e/ou que passam por descompensação clínica, em especial, as que estão submetidas ao tratamento quimioterápico.

Inicialmente, a proposta de trabalho da psicologia foi idealizada com grupos de sala de espera presenciais. Dada à inviabilidade por conta da pandemia de Covid-19 e das restrições impostas por esta, pensou-se, como alternativa, em grupos de intervenção *online*.

Nessa proposta, as pacientes seriam encaminhadas pela equipe médica através de uma lista de contato das usuárias acompanhadas no ambulatório e seria feita uma triagem pelos próprios psicólogos durante as intervenções do grupo online. Em seguida, seria realizado o contato telefônico, oferecido o serviço e agendado o atendimento presencial em caso de aceite. Destas, seriam realizados 4 atendimentos com abordagem breve e focal e, caso necessário, seriam feitos encaminhamentos para psicoterapia na própria rede pública ou locais parceiros.

Entretanto, devido às restrições impostas pela pandemia de Covid-19 no que diz respeito ao distanciamento social e, aliada a baixa adesão das usuárias pelo meio eletrônico, seguiram-se as ações psicoeducativas de maneira individualizada. A proposta envolveu sessões individuais de acolhimento às pacientes recém-encaminhadas ao ambulatório. Ao final dos atendimentos médicos, as pacientes eram encaminhadas ao atendimento psicológico, cujas intervenções envolviam o acolhimento, a escuta especializada e o suporte emocional, além da avaliação da compreensão acerca do adoecimento e da disponibilidade de uma rede de apoio operacional. Também compõe os objetivos do atendimento psicológico, tornar viável o favorecimento do vínculo paciente-equipe de saúde, dentre outros aspectos envolvidos na elaboração e enfrentamento do adoecimento.

Todos os atendimentos realizados foram registrados em prontuário eletrônico e em planilha de controle, sendo propostas também discussões de caso com a equipe multiprofissional. A fim de atender as demandas sociais emergentes durante os atendimentos, a equipe de serviço social do hospital também era acionada.

Ainda que os atendimentos das pacientes ocorressem, predominantemente, no ambulatório, por vezes também se fez necessário o acolhimento e acompanhamento nas enfermarias. Isso porque durante a quimioterapia ou espera de procedimentos cirúrgicos (tais como histerectomia, por exemplo), as pacientes necessitavam de internação hospitalar e, portanto, recebiam também o suporte psicológico.

Durante o período de abril a outubro de 2021, foram realizados os acolhimentos de 35 (trinta e cinco) novas pacientes do ambulatório de mola e, dessas, 6 (seis) pacientes realizaram mais de 2 (duas) sessões psicológicas. Na última semana de outubro, foi realizado o primeiro grupo presencial no auditório da instituição, com a participação de 5 (cinco) novas usuárias do serviço.

As principais temáticas abordadas nos atendimentos psicológicos estavam relacionadas ao impacto da comunicação de notícias difíceis; o sentimento de culpa e o luto pela perda gestacional. Também foram observadas dúvidas sobre a doença, incertezas durante acompanhamento; medos relacionados a eventuais futuras gestações; impacto do acompanhamento na rotina social e laboral; medo de recidivas e da morte.

A partir dos atendimentos realizados, foi possível perceber que nesse cenário, as mulheres são expostas a situações potencialmente traumáticas que vão além das mudanças físicas. As repercussões emocionais se traduziam na presença de choro, sentimento de tristeza, de incapacidade, de vazio estando associadas ao luto pela perda gestacional. A perda do filho, que muitas vezes é almejado, configura também a perda da idealização da constituição de família⁷. Impossibilitadas de levarem adiante as gravidezes, as mulheres podem experimentar sentimentos de incapacidade, tristeza e culpa.

A experiência da perda gestacional associada à doença trofoblástica gestacional, repercute no confronto das mulheres com a possibilidade do câncer, doença que possui forte estigma social. Aqui, então, as mulheres se veem diante de um luto não reconhecido que comumente não é socialmente validado e do medo do adoecimento e da morte. Outro fator agravante quanto à vivência desse processo é a dificuldade de compreensão, por parte da rede de apoio dessas, sobre o luto pelo filho não nascido, juntamente à percepção de que as mulheres precisam enfrentar o tratamento da DTG, com as incertezas quanto ao seu sucesso e quanto à viabilidade de uma nova gestação.

A duração do acompanhamento ou do tratamento repercute nos impactos emocionais mais comuns, como o adiamento da maternidade, que era sentido por algumas das usuárias como um determinante para a interrupção do sonho de ter filhos. Pela idade avançada ou pelo medo de recidiva da doença, algumas mulheres experimentavam o sentimento de frustração, nos casos em que se tratava de uma gestação desejada. Algumas pacientes, entretanto, apresentaram sentimentos de alívio ao ter a gestação interrompida. Nestes casos, por se tratar de gravidezes não planejadas ou de baixo suporte social e econômico, as mulheres traziam um discurso mais conformado com a situação da perda gestacional, embora manifestassem sofrimento devido às incertezas inerentes à fase de acompanhamento da doença.

O enfrentamento do luto pela perda gestacional comumente é pouco validado, dada à discussão do que, ou a partir de quando, é considerada a vida do feto. No entanto, para a gestante e a sua rede social envolvida, o luto existe, uma vez que a partir da confirmação da gestação, já existem expectativas quanto ao nascimento da criança.

O luto pela perda gestacional precisa ser validado. Para tanto, é necessário que ele seja discutido com naturalidade, perpassando pela discussão dos sentimentos e significados da maternidade experienciados para cada mulher que vivencia a “falha” na gestação daquele bebê. Diante da perda gestacional há uma busca por um novo equilíbrio psicológico e a rede de apoio informal torna-se um facilitador diante da dor. Sendo assim, a atuação do psicólogo torna-se fundamental no sentido de auxiliar a elaboração dos sentimentos vivenciados, favorecer um diálogo efetivo que possibilite uma melhor compreensão sobre o quadro de saúde, proporcionar intervenções psicoeducativas acerca da doença, manejar sintomas ansiosos e depressivos e intervir de maneira a encorajar as pacientes a acionarem as suas redes de apoio.

Em se tratando de rede de apoio, é importante destacar a relevância da disponibilidade dos profissionais de saúde para informar e acolher as pacientes. Alguns profissionais ainda

podem apresentar despreparo na prática assistencial, possivelmente devido à dificuldade de reconhecimento do seu papel no manejo diante a situação de perda gestacional. A compreensão que a equipe tem de si mesma, é importante na medida em que os sentimentos e emoções estão presentes no ambiente e são intercambiáveis com os das pacientes¹⁶. Portanto, além do trabalho individualizado com as mulheres, considerando suas especificidades, o profissional da psicologia pode atuar junto à equipe multiprofissional facilitando a reflexão sobre a prática e possibilitando a perspectiva da complexidade do fenômeno.

No decorrer dos atendimentos, surgiram narrativas que podem ser relacionadas a um desconhecimento, especificamente sobre a DTG, pelos profissionais de outros serviços de obstetrícia ao encaminhar as pacientes para o ambulatório de mola, quando confirmado o diagnóstico. Por meio dos relatos das pacientes, observou-se que a dificuldade em comunicar o diagnóstico de mola, bem como de esclarecer sobre o tema, pode gerar um aumento significativo de estresse e ansiedade, além de formação de crenças disfuncionais, dúvidas e fantasias acerca da doença e do tratamento.

Foi possível notar que a relação entre as pacientes no ambulatório consistia em uma rede de apoio importante para estas, visto que o compartilhamento das vivências proporcionava acolhimento emocional e disseminação de informações sobre a doença. Também é papel do profissional de Psicologia favorecer vínculos desse tipo, posto que se torna mais um facilitador durante o enfrentamento da doença.

As dificuldades socioeconômicas também se apresentaram como tema nas intervenções realizadas. Isso porque, devido à necessidade do acompanhamento ambulatorial sistemático, algumas pacientes relataram dificuldades em manter a rotina de trabalho. A doença, em alguns casos, foi observada como posição central na vida dessas mulheres, principalmente nos casos daquelas que evoluíram com a forma maligna da doença. Diante

disso, as pacientes relataram a perda do interesse em atividades sociais, da autonomia e das limitações advindas do tratamento quimioterápico.

Por fim, os desafios que se apresentaram durante o período supracitado vão desde a própria implementação do serviço da psicologia no ambulatório a delimitação das atribuições do profissional de Psicologia no trabalho multidisciplinar; a ausência de espaço físico próprio para o atendimento; a disposição estrutural dos profissionais dentro da instituição, por vezes, alocados em diferentes áreas do hospital e carga horária fragmentada entre os serviços; e a própria escassez da rede de saúde mental da região que dificultava os encaminhamentos necessários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto que o espaço de fala e escuta proporciona a elaboração e o alívio do sofrimento psíquico, percebeu-se que a implantação do Serviço de Psicologia em parceria com a equipe médica do ambulatório foi considerada valiosa. Tal reconhecimento deveu-se aos *feedbacks* das usuárias do serviço e a melhor compreensão dessas acerca da doença, o que pode repercutir positivamente na adesão ao tratamento.

Além disso, foi possível notar uma melhor resposta emocional da equipe frente aos casos em se tratando do compartilhamento de sentimentos como alegria, alívio diante altas e sentimentos de impotência diante de terapêuticas limitadas e/ou piora clínica de pacientes. O profissional de Psicologia além de favorecer a relação paciente-equipe, possibilita o suporte emocional da própria equipe.

O trabalho multidisciplinar favorece um acolhimento integral contemplando as esferas biopsicossociais e espirituais das usuárias em um momento capaz de gerar profundas mudanças físicas e emocionais. A experiência em residência multiprofissional de saúde permite, portanto, que estratégias de promoção como essas pudessem ser viabilizadas

compreendendo o cuidado de maneira sistêmica. Entretanto, não foi possível neste estudo, mensurar dados ou estabelecer correlações com demais trabalhos de implementação de serviços de psicologia ambulatoriais. Para futuras pesquisas, pode-se atentar para análise do relato das pacientes e familiares contemplando assim um olhar ampliado para as usuárias e sua rede de apoio.

REFERÊNCIAS

- 1- Machado CJ dos S, Santiago IMFL e Tedeschi, LA. *As mulheres e a história: uma introdução teórico metodológica*. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2012. 144 p. ISBN 978-85-8147-030-6. Disponível em: <https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/bitstream/prefix/1046/1/as-mulheres-e-a-historia-uma-introducao-teorico-metodologica-losandro-antonio-teseschi.pdf>
- 2- Beauvoir SD. *Um amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1949.
- 3- Mattos RC. Influências sobre a escolha da mulher por tornar-se mãe: um estudo de revisão sistemática. Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo; 2017. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2017/07/PAP_Rafaela-Cardoso-de-Mattos_2017.pdf.
- 4- Velasco HV. *Da expectativa de vida à descoberta da morte: a mulher diante da gestação molar*. 2013. [Dissertação]. Departamento de Psicologia da PUC-Rio, Rio de Janeiro; 2013.
- 5- Vygotsky LS. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
- 6- Ferraro AP. *O sofrimento psíquico e suas implicações diante da perda gestacional*. Secretaria de Estado da Saúde - Programa de Aprimoramento Profissional. Marília; 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/997290/pap_ferraroap_2019.pdf

- 7- Tenorio PJ, Avelar TC, Barros EN. Gravidez molar: do sonho ao luto. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.* [periódico na internet]. 2019 [acessado 2021 Out 03]; 39(97). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a05v39n97.pdf>
- 8- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). *O que é Mola?*. 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/208-o-que-e-mola>
- 9- Braga A, Sun SY, Maestá I, Uberti E. *Doença trofoblástica gestacional*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 23/Comissão Nacional Especializada em Doença Trofoblástica Gestacional). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ01Z-ZJanZ2019.pdf>
- 10- Belfort P, Batista AM. A história da neoplasia trofoblástica no Brasil - *Femina*. 2010 Ago [acessado em 2020 Dez 18]; 38(8). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1591.pdf>
- 11- Braga A, Grillo B, Silveira E, et al. *Mola – Manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional*. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. Rio de Janeiro. 1ª ed. 2014. p.1-12. Disponível em: https://s1.static.brasilecola.uol.com.br/be/e/file/Manual_Mola.pdf
- 12- Artavia AE, Vaglio RF e Del Valle TS. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias Update in gestational trophoblastic pathology: hydatidiform mole and neoplasias. *Revista Médica Sinergia*. 2019 [v. 4 (5)]. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms195e.pdf>.
- 13- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tumores de células germinativas. Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil/tumores-de-celulas-germinativas/profissional-de-saude>

14- Oncoguia. *Quimioterapia para Doença Trofoblástica Gestacional*; 2017. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/quimioterapia-para-doenca-trofoblastica-gestacional/5079/732/>

15- Brasil. Portaria Interministerial No 45, de 12 de Janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Médica Multiprofissional em Saúde. Elencando suas principais atribuições. Diário Oficial da União. 2021, 18 jul.

16- Pereira MUL. et al . Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos. *Rev. Paul. Pediatr.* São Paulo, dez. 2018 [v.36, n. 4] [p. 422-427]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n4/0103-0582-rpp-2018-36-4-00013.pdf>