

# EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

**Palavras-Chave:** doença trofoblástica gestacional, ansiedade, depressão

**Autoras:**

**ADRIELLE CAROLINA FERREIRA SILVA- UNICAMP**

**NATÁLIA GIOVANELLI GASPAR- UNICAMP**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> DANIELA ANGERAME YELA GOMES (orientadora)- UNICAMP**

---

## INTRODUÇÃO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) pode ser classificada como mola hidatiforme, mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico de sítio placentário, e tumor trofoblástico epitelióide, sendo a mola hidatiforme considerada uma forma benigna e as demais, formas malignas que compõem a neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). Apesar de apresentar baixa incidência, é necessário analisar os efeitos psicossociais decorrentes da DTG que afetam as mulheres em um momento de maior vulnerabilidade.

## OBJETIVOS

Identificar os efeitos psicossociais da doença trofoblástica gestacional sobre as mulheres, avaliando a qualidade de vida da mulher diagnosticada com DTG e comparar com mulheres sem DTG e avaliar a ocorrência de ansiedade e de depressão na mulher diagnosticada com DTG e comparar com mulheres sem DTG.

## SUJEITOS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal com 99 mulheres sendo 48 mulheres com DTG (grupo de estudo) acompanhadas no Ambulatório de DTG do Departamento de Tocoginecologia do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e 51 mulheres sem DTG (grupo controle) para avaliar o perfil psicossocial, com a utilização do Questionário de Qualidade de Vida Short Form – 36 (SF-36), do Inventário de Depressão de Beck (BDI), da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e de um questionário elaborado especialmente para esse estudo. As variáveis analisadas foram: qualidade de vida, depressão, ansiedade, tipo de DTG, tipo de tratamento utilizado, status da DTG, idade, cor, paridade, cesáreas, abortos, número de gestações, quantidade de filhos vivos, escolaridade, renda familiar, trabalho, estado civil, índice de massa corpórea (IMC), planejamento da gestação, tempo transcorrido desde o diagnóstico, histórico de DTG familiar e compreensão da mulher quanto à DTG.

## ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados coletados foram revisados, codificados e digitados. O banco de dados foi estruturado utilizando-se o programa Excell for Windows. Foi calculada a frequência, médias e desvio padrão das variáveis contínuas. Foi utilizado o Teste Exato de Fisher e o teste de qui quadrado para comparar as variáveis qualitativas e o Teste de Mann Whitney para comparar as variáveis contínuas. Valor P considerado significativo foi <0.05.

## RESULTADOS

A média etária das mulheres entrevistadas foi de 30.86±6.95 anos no grupo controle e 28.94±6.51 anos no grupo de estudo (DTG), (p= 0.099). Em relação à classificação do IMC, foi encontrada uma maior frequência de sobrepeso e obesidade grau 2 no controle e de normal no DTG, sendo a média de IMC 28.98±4.62 kg/m<sup>2</sup> no grupo controle e 24.79±5.04kg/m<sup>2</sup> no grupo de estudo (DTG), (p <0.001).

Em relação às informações reprodutivas das mulheres, verificou-se diferença significativa para ocorrência de abortos, cesáreas, filhos vivos e número de gestações, com maior frequência de abortos>1 (93,75%) no DTG, e maior frequência de cesáreas>1 (39.22%), filhos vivos>1 (60.78%) e número de gestações>2 (80.39%) no grupo controle. A frequência de mulheres em que a gestação havia sido planejada foi de 40.48% no grupo controle e 48.84% no grupo de estudo. (tabela 1)

Tabela 1: Características gestacionais das mulheres com e sem doença trofoblástica gestacional.

	Controle -n=51 N(%)	DTG – n=48 N(%)	P*
Paridade >1	37(72,55)	26(55.32)	0.075
Abortos >1	17(33.33)	45(93.75)	<0.001
Cesáreas >1	20(39.22)	7(14.58)	0.006
Filhos Vivos >1	31(60.78)	14(29.17)	0.002
Número de Gestações >2	41(80.39)	23(47.92)	<0.001
Gestação planejada (Sim)	17(40.48)	21(48.84)	0.438

DTG= doença trofoblástica gestacional. \*Teste de Fisher

Dentre as características socioeconômicas das mulheres, em ambos os grupos a maioria das mulheres eram brancas, sendo 57% do grupo controle e 50% do DTG. No que diz respeito ao estado civil, tanto no grupo controle como no grupo de estudo, a maioria das mulheres era casada, no entanto, quando comparados os grupos, houve diferença significativa (P=0.035), com uma maior frequência de mulheres amasiadas no grupo controle (18.00%) e de mulheres solteiras (41.30%) no DTG. Quanto à religião, verificou-se diferença significativa, com P= 0.005, obtendo-se maior frequência de mulheres evangélicas no grupo controle (47.06%), e maior frequência de mulheres católicas (47.92%) e de outras religiões (12.50%) no grupo de estudo. (tabela 4)

Em relação à escolaridade das mulheres entrevistadas, no grupo controle 20% haviam estudado até o Ensino Fundamental, 55% até o Ensino Médio e 25% até o Ensino Superior, enquanto no DTG, 9.30% haviam estudado até o Ensino Fundamental, 53.49% até o Ensino Médio e 37.21% até o Ensino Superior. Quanto à Renda Familiar Mensal, 4,76% das mulheres do grupo controle e 13.89% do grupo com DTG tinham renda inferior à 1 salário mínimo mensal, 57.14% do controle e 41.67% do DTG tinham renda entre 1 e 3 salários

mínimo, 33.33% do controle e 25,01% do DTG tinham renda entre 3 e 6 salários mínimo e 4, 76% do grupo controle e 19.44% do grupo de estudo tinham renda superior à 6 salários mínimo. Além disso, 71.43% das mulheres do grupo controle e 78.95% das do grupo com DTG trabalhavam de forma remunerada. (tabela 2)

Tabela 2: Características sociodemográficas das mulheres com e sem doença trofoblástica gestacional.

	Controle		DTG		
	N	(%)	N	(%)	
<b>Cor (N=98)</b>					P= 0.692*
Branca	27	54.00	24	50.00	
Não- Branca	23	46.00	24	50.00	
<b>Estado Civil (N=96)</b>					P= 0.035*
Solteira	15	30.00	19	41.30	
Casada	26	52.00	26	56.52	
Amasiada	9	18.00	1	2.17	
<b>Religião (N=99)</b>					P= 0.005*
Católica	12	23.53	23	47.92	
Evangélica	24	47.06	9	18.75	
Outras	2	3.92	6	12.50	
Não Possui	13	25.49	10	20.83	
<b>Escolaridade (N=83)</b>					P= 0.268*
Fundamental	8	20.00	4	9.30	
Médio	22	55.00	23	53.49	
Superior	10	25.00	16	37.21	
<b>Renda Familiar Mensal (N=57)</b>					P=0.410*
< 1 SM	1	4.76	5	13.89	
1-3 SM	12	57.14	15	41,67	
3-6 SM	7	33.33	9	25.01	
>6 SM	1	4.76	7	19.44	
<b>Trabalho (N=80)</b>					P=0.438*
Sim	30	71.43	30	78.95	
Não	12	28.57	8	21.05	

DTG= doença trofoblástica gestacional. \*Teste de Fisher

Em relação à qualidade de vida avaliada através dos domínios que compõem o SF-36, verificou-se diferença significativa entre os grupos controle e o grupo de estudo (DTG) nos domínios capacidade funcional ( $P=0.020$ ) e estado geral de saúde ( $P=0.012$ ), com maiores valores no DTG. As mulheres com diagnóstico de DTG apresentaram menores médias nos domínios Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental, não apresentando, porém, diferença significativa nesses domínios quando comparadas ao grupo controle. (tabela 5). Não houve diferença significativa entre os graus as médias obtidas de depressão (controle de  $8.14\pm 8.46$  e DTG de  $9.85\pm 8.79$ ;  $p=0.304$ ) e de ansiedade (grupo controle de  $10.63\pm 9.92$  e o grupo DTG de  $12.44\pm 11.50$ ;  $p=0.381$ ), no entanto, houve uma maior frequência de ausência de depressão ou depressão mínima no grupo controle e maior frequência de depressão leve a moderada no grupo de estudo. (tabela 3)

Tabela 3: Avaliação da qualidade de vida, depressão e ansiedade de mulheres com e sem doença trofoblástica gestacional

	Controle (n=51)	DTG (n=48)	
	Média±DP	Média±DP	P*
<b>Domínios SF-36</b>			
Capacidade Funcional	72.06±23.77	81.98±21.36	<b>0.020</b>
Limitação por Aspectos Físicos	54.41±44.08	68.75±40.11	0.130
Dor	68.18±26.99	74.29±24.30	0.272
Estado Geral de Saúde	54.80±22.05	65.08±16.48	<b>0.012</b>
Vitalidade	58.73±20.24	56.04±20.37	0.336
Aspectos Sociais	73.04±26.97	68.75±24.46	0.317
Aspectos Emocionais	58.17±42.61	63.89±43.40	0.478
Saúde Mental	62.43±23.35	60.25±21.33	0.530
<b>Índice de Ansiedade de Beck</b>	10.63±9.92	12.44±11.50	0.381
<b>Índice de Depressão de Beck</b>	8.14±8.46	9.85±8.79	0.304

DTG= doença trofoblástica gestacional, DP = desvio-padrão

\*Teste de Mann Whitney

## DISCUSSÃO

A maioria das mulheres do grupo de estudo (82.61%) haviam sido diagnosticadas com Mola Hidatiforme, a qual constitui a forma benigna da doença, sendo que 58.14% das mulheres com DTG haviam sido diagnosticadas há mais de 6 meses e 60% já estavam em fase de remissão completa, fatores estes que, associados às limitações decorrentes de uma gestação, podem ter contribuído para um melhor prognóstico, e, portanto, para os melhores escores obtidos pelo grupo de estudo nos domínios Capacidade Funcional e Estado Geral de Saúde, nos quais observou-se diferença significativa, mas também nos domínios Dor e Limitação por Aspectos Físicos, avaliados através do Questionário SF-36.

Ademais, houve diferença significativa entre a frequência de filhos vivos nos grupos de mulheres com e sem DTG, sendo maior neste último, o que pode contribuir para os melhores escores obtidos pelo grupo controle nos domínios Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental, apesar de não ter sido notada diferença significativa nestes, assim como demonstraram os resultados de outros dois estudos, no

qual foi observada uma associação entre melhor qualidade de vida e a presença de filhos, o que pode ter relação com uma menor preocupação relacionada à reprodutividade.[1,2]

Há poucos estudos que avaliam a qualidade de vida em mulheres com doença trofoblástica gestacional. Em geral estes estudos apontam que os domínios mais comprometidos da qualidade de vida são os domínios sociais e emocionais. [3-6] Em nosso estudo embora não encontramos diferenças com o grupo controle (gestantes) observamos que as mulheres com DTG tem piores escores nos domínios sociais e de saúde mental, sugerindo maior interferência de questões relacionadas aos aspectos psicossociais na qualidade de vida dessas mulheres em relação aos aspectos funcionais.

Foi frequente entre as mulheres com DTG a presença de ansiedade leve e de depressão de leve a moderada, o que está de acordo com resultados de um estudo que utilizou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), no qual observou-se a presença de possível caso de ansiedade e de depressão em, respectivamente, 55% e 18% das participantes do estudo.[1]

Mais da metade das mulheres que recebem diagnóstico de DTG tem um potencial risco de desenvolver distúrbios psiquiátricos em especial depressão e ansiedade. [5] Assim a literatura preconiza que estas mulheres devem receber suporte médico e psicoterápico. Em nosso estudo, encontramos médias obtidas no BDI e no BAI semelhantes entre as mulheres do grupo controle e do grupo de estudo. Isto pode ser justificado pelo acompanhamento multiprofissional que estas mulheres são submetidas além do fato que a maioria das mulheres avaliadas apresentam forma benignas da DTG e estavam com a doença em remissão.

A literatura disponível sobre o tema é limitada, de modo que muitos dos estudos existentes buscaram comparar os impactos psicológicos e sociais nas distintas faixas etárias, tipos de diagnóstico ou tempo de remissão da doença. Apesar da baixa incidência e das altas taxas de cura para a Doença Trofoblástica Gestacional, as consequências psicossociais da doença nas mulheres diagnosticadas podem permanecer a longo prazo mesmo nas mulheres com diagnóstico benigno, por tratar-se de um evento estressante caracterizado pela quebra de expectativa de uma gravidez e, portanto, da maternidade, a qual constitui parte do projeto de vida de muitas mulheres. Assim, mesmo que as mulheres não tenham planejado a gestação na qual foram diagnosticadas com a doença, o adiamento de uma futura gestação até a remissão completa dos níveis de gonadotrofina e o questionamento sobre a futura reprodutividade e sobre o potencial de a doença evoluir para uma forma maligna também afetam essas mulheres. Ressalta-se a importância de uma abordagem que considere os possíveis efeitos na saúde mental e na qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com a doença.

## CONCLUSÕES

As mulheres com doença trofoblástica gestacional quando acompanhadas em um centro de referência que oferece um acompanhamento multidisciplinar tendem a apresentar melhores escores de qualidade de vida e menor prejuízo à saúde mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Petersen RW, Ung K, Holland C, Quinlivan JA. **The impact of molar pregnancy on psychological symptomatology, sexual function, and quality of life.** *Gynecol Oncol.* 2005; 97(2):535-42.
- [2] Blok LJ, Frijstein MM, Eysbouts YK, Custers J, Sweep F, Lok C, Ottevanger PB. **The psychological impact of gestational trophoblastic disease: a prospective observational multicentre cohort study.** *BJOG.* 2021 Jul 27.
- [3] Wenzel L, Berkowitz RS, Newlands E, Hancock B, Goldstein DP, Seckl MJ, et al. **Quality of life after gestational trophoblastic disease.** *J Reprod Med.* 2002; 47(5):387-94.
- [4] Ferreira EG, Maestá I, Michelin OC, de Paula RC, Consonni M, Rudge MV. **Assessment of quality of life and psychologic aspects in patients with gestational trophoblastic disease.** *J Reprod Med.* 2009 Apr;54(4):239-44.
- [5] Di Mattei V, Mazzetti M, Perego G, Rottoli S, Mangili G, Bergamini A, Cioffi R, Candiani M. **Psychological aspects and fertility issues of GTD.** *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021 Jul;74:53-66.
- [6] Ferreira EG, Maesta I, Michelin OC, Consonni M, Rudge MV. **Assessment of quality of life and psychologic aspects in patients with gestational trophoblastic disease.** *J Reprod Med* 2009;54(4):239e44.