

Perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico de mulheres diagnosticadas com doença trofoblástica gestacional

Sociodemographic and clinical-obstetric profile of women diagnosed with gestational trophoblast disease

DOI:10.34117/bjdv8n8-123

Recebimento dos originais: 21/06/2022

Aceitação para publicação: 29/07/2022

Andrezza Silvano Barreto

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Endereço: Av. Silas Munguba, 1700, Itaperi, Fortaleza - Ceará, Brasil
E-mail: andrezzabarreto19@hotmail.com

Emanuelly Vieira Pereira

Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA)
Instituição: Universidade Regional do Cariri (URCA)
Endereço: Av. Silas Munguba, 1700, Itaperi, Fortaleza - Ceará, Brasil
E-mail: emanuely.pereira@urca.br

Ana Virginia de Melo Fialho

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)
Endereço: Av. Silas Munguba, 1700, Itaperi, Fortaleza - Ceará, Brasil
E-mail: virginia.fialho@aluno.uece.br

Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza - Ceará, Brasil
E-mail: claudiarpmvidal@gmail.com

Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza - Ceará, Brasil
E-mail: polianarolim@yahoo.com

Régia Christina Moura Barbosa Castro

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará, Brasil
E-mail: regiabarbosa@hotmail.com

RESUMO

Doença trofoblástica gestacional (DTG) é um grupo heterogêneo de distúrbios associados à gravidez, manifestados por proliferação anômala de tecido trofoblástico. Objetivou-se apresentar o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico de mulheres diagnosticadas com DTG. Trata-se de pesquisa descritiva, retrospectiva, transversal, documental com abordagem quantitativa realizada em um hospital de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. A população foi composta por todas as pacientes diagnosticadas com DTG no período de dezembro de 2017 a 2018, sendo a mostra composta por 110 mulheres. A coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2019. Utilizou-se instrumento composto por dados sociodemográficos, aspectos clínicos e seguimento ambulatorial. Os resultados foram apresentados descritivamente e em tabelas. As participantes encontravam-se com idade mínima 14 e máxima 49, predominantemente com ensino médio completo (38,2%), ocupação do lar (39,1%), parceiro/a sexual (62,7%) e 57,3% eram da região metropolitana ou interiorana. Quanto aos dados obstétricos, as participantes tiveram como média as variáveis gestação de 2,4, parto de 1,12 e aborto de 0,75. Quanto aos sinais e sintomas, 72,7% apresentaram dor em baixo ventre, 91,8% referiram algum tipo de secreção transvaginal, 20% tiveram hiperêmese gravídica, 2,7% desenvolveram pré-eclâmpsia, em 57,3% apresentaram volume abdominal aumentado, 18,2% expeliram as vesículas, 20% desenvolveram cistose ovariana e em 78,2% evidenciaram níveis elevados de β -HCG. Conclui-se que os dados sociodemográficos e clínico obstétricos estão em consonância com a literatura encontrada. O procedimento de resolução da patologia é o indicado pela literatura, evidenciando uma excelente assistência prestada.

Palavras-chave: saúde da mulher, doença trofoblástica gestacional, mola hidatiforme, enfermagem.

ABSTRACT

Gestational trophoblastic disease (GTD) is a heterogeneous group of pregnancy-associated disorders manifested by anomalous proliferation of trophoblastic tissue. The objective was to present the sociodemographic and clinical-obstetric profile of women diagnosed with GTD. This is a descriptive, retrospective, cross-sectional, documentary research with a quantitative approach carried out in a referral hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil. The population consisted of all patients diagnosed with GTD in the period from December 2017 to 2018, and the sample consisted of 110 women. Data collection took place from January to July 2019. An instrument composed of sociodemographic data, clinical aspects and outpatient follow-up was used. The results were presented descriptively and in tables. Participants were at least 14 and 49 years old, predominantly with high school education (38.2%), housework (39.1%), sexual partner (62.7%) and 57.3% were from the metropolitan or interior region. As for obstetric data, the participants had an average of 2.4 pregnancy variables, 1.12 childbirth and 0.75 miscarriage. As for signs and symptoms, 72.7% had lower abdominal pain, 91.8% reported some type of transvaginal secretion, 20% had hyperemesis gravidarum, 2.7% developed preeclampsia, 57.3% had increased abdominal volume, 18.2% expelled vesicles, 20% developed ovarian cystosis and in 78.2% showed high levels of β -HCG. It is concluded that the sociodemographic and clinical obstetric data are in line with the literature found. The procedure for resolving the pathology is indicated in the literature, evidencing an excellent assistance provided.

Keywords: women's health, gestational trophoblastic disease, hydatidiform spring, nursing.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) é um grupo heterogêneo de distúrbios associados à gravidez, manifestados por proliferação anômala de tecido trofoblástico. Engloba características benignas ou pré-malignas, mas também invasivas. As formas malignas da DTG também são denominadas de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) (LOK; FRIJSTEIN; VON TROMMEL, 2020).

A Mola Hidatiforme (MH) é o tipo mais frequente de DTG. As taxas de incidência em todo o mundo divergem. Na Europa, as MHs têm uma incidência de 0,5 e 3,0 por 1000 gestações. Frequências em maior quantidade foram encontradas na Ásia, com taxas entre 1 a 10 por 1000 gestações. Aproximadamente 20% das pacientes com MH após o esvaziamento desenvolvem NTG, que requer a administração de quimioterapia. A variabilidade nas taxas de incidência mundial ocorre, provavelmente, devido à heterogeneidade da caracterização dos casos, inabilidade de descrever a população em risco e a falta de bancos de dados centralizados (SECKL; SEBIRE; BERKOWITZ, 2010; EYSBOUITS *et al.*, 2016; SALERMO, 2012; MONTENEGRO; REZENDE, 2017).

No Brasil, estima-se que a doença ocorra em 1:200-400 gestações. Sua ocorrência parece estar relacionada aos seguintes fatores de risco: aspectos genéticos, extremos de idade materna, histórico reprodutivo de DTG e estado nutricional (FERRAZ *et al.*, 2015; FERRAZ *et al.*, 2018).

A prevenção primária, até o momento, de qualquer DTG consiste em não engravidar. As pacientes que tiveram remissão espontânea da MH apresentam 98% a 99% de chances de desenvolver gravidez normal subsequente. Há risco de 1% a 2% de nova MH, que é em torno de 4 a 50 vezes maior se comparado com a população em geral (BRAGA *et al.*, 2018).

O diagnóstico de gravidez molar é feito com maior frequência pela ultrassonografia. Após a confirmação, o tratamento realizado é a curetagem a vácuo, método que preserva a fertilidade, onde o diagnóstico definitivo de gestação molar é realizado através da análise histopatológica do material obtido através do esvaziamento uterino (CUNNINGHAM *et al.*, 2014).

E em razão da proliferação trofoblástica que pode caracterizar malignidade, as dosagens séricas seriadas de gonadotrofina coriônica humana (b-hCG) após o esvaziamento são usadas para monitoramento. Assim, o acompanhamento ambulatorial com dosagem sérica quantitativa de b-hCG deve ser o padrão de atenção; sendo monitorados após o esvaziamento uterino pelo menos a cada 1 a 2 semanas até que se

tornem indetectáveis. Quando os níveis de b-hCG forem indetectáveis, em geral recomenda-se dosagem mensal durante 6 meses para todas as pacientes com gestação molar (CUNNINGHAM *et al.*, 2014).

Assim, traçar o perfil das pacientes acometidas e monitorar gestantes, diante de uma nova gravidez, bem como identificar grupos de risco que se encontram vulneráveis ao seu desenvolvimento é essencial. É crucial, também, orientá-las a seguirem com especial atenção à realização de ultrassom no primeiro trimestre, a fim de detectar precocemente a evolução normal da gestação. Ao término da gestação, deve-se monitorar os níveis de hCG, após 42 dias, com o intuito de afastar a rara possibilidade de NTG pós-parto (FEITOSA *et al.*, 2020; BRAGA *et al.*, 2018)

Tendo em vista os aspectos citados, como o potencial de malignidade e dificuldade em se obter dados centralizados, a relevância desse estudo está em gerar e disseminar dados sobre DTG para os profissionais de saúde e a comunidade científica, com isso, aprimorar e direcionar o atendimento a esse público, evitando que mulheres jovens compliquem o quadro, e evoluam para o óbito, por essa doença essencialmente ligada à gravidez, mas, muitas vezes, ignorada até mesmo pelos indicadores de mortalidade materna (BRAGA *et al.* 2021).

Assim, objetivou-se apresentar o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico de mulheres diagnosticadas com doença trofoblástica gestacional.

2 MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva, retrospectiva, transversal, documental com abordagem quantitativa, realizada em uma maternidade terciária de referência em diagnóstico e tratamento de DTG, localizado no município de Fortaleza, Ceará, Brasil (POLIT; BECK, 2011).

A população foi composta por todas as pacientes diagnosticadas com DTG no período de dezembro de 2017 a dezembro de 2018. Foram incluídas, inicialmente, 152 mulheres com possível diagnóstico de DTG, onde 39 foram excluídas por não confirmarem o diagnóstico no decorrer da internação, seguimento, ou por reinternação. Foram incluídas 113 mulheres com confirmação de diagnóstico, porém três prontuários estavam indisponíveis no período da coleta, totalizando 110 mulheres.

No primeiro momento, de janeiro a abril de 2019, duas vezes por semana, a identificação da fonte de coleta de dados ocorreu pela leitura dos livros de ocorrência, da equipe de enfermagem da clínica de internação, com a ajuda das enfermeiras plantonistas

e o auxiliar administrativo do setor. Foram identificadas 152 mulheres internadas por possível diagnóstico de DTG.

O segundo momento, ocorreu de maio a julho do mesmo ano, através da coleta de dados nos prontuários das pacientes encontradas, no Serviço Médico e Estatístico (SAME), utilizando um instrumento validado por Dias (2015) composto por dados sociodemográficos (idade, ocupação, escolaridade, comorbidades, estado civil e procedência), ginecobstétricos (menarca, sexarca, gestação, parto, aborto, filhos vivos e/ou natimorto, e realização de pré-natal), aspectos clínicos da doença (caracterização da DTG e tratamento) e seguimento ambulatorial (consultas, procedimentos realizados, malignização, realização de quimioterapia ou uso de outras terapias).

Os dados foram adicionados em planilhas do *Microsoft Office Excel* versão 2013 e depois foram importados ao Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Realizou-se estatística descritiva, utilizando-se medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão) e distribuição de frequências. Os resultados foram apresentados descritivamente e em tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com o parecer 2.310.941 e CAAE: 768454417.9.0000.5050, onde no momento da coleta de dados foi apresentado o parecer nos setores responsáveis.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização sociodemográfica, as participantes encontravam-se na faixa etária de 20 a 34 anos (59,09%, n=65), com idade mínima 14 e máxima 49, e idade média de 27,41 anos. Com ocupação do lar 39,1% (n= 43), 38,2% (n=42) com ensino médio completo, 62,7% (n=69) das participantes tinham companheiros e 57,3% (n= 63) eram da região metropolitana ou interiorana. Quanto aos dados obstétricos, as participantes tiveram como média as variáveis gestação de 2,4, parto de 1,12 e aborto de 0, 75; e a máxima de vezes de cada variável foi 9,8 e 5 respectivamente.

Conhecer o perfil das mulheres possibilita o melhor planejamento das ações de saúde, desde as estratégias de acompanhamento, de tratamento até a reabilitação das pacientes, colaborando para a melhor oferta de serviços adequados às realidades regionais (SILVA *et al.*, 2013).

No estudo de Cavalcante e colaboradores (2021) realizado em Recife com 155 participantes, mostra que a idade mínima das pacientes analisadas foi de 13 anos e a máxima foi de 51 anos, sendo a idade média 27 anos. O estado civil que predominou foi

solteiro (63,4%; n = 83). Quanto à ocupação, a maioria delas são mulheres do lar (62,2%). Os dados corroboram com o atual estudo, exceto a variável do estado civil.

Acerca do perfil obstétrico, Cavalcante e colaboradores (2021) continuam mostrando que a média do número de gestações anteriores das pacientes foi 2, sendo 13 o número máximo de gestações relatadas. Quanto ao histórico de partos, a média foi um. Dentre as participantes, 23% (n = 34) nunca abortou.

Outro estudo sobre o panorama de DTG em uma cidade nordestina de Oliveira e colaboradores (2020), foi realizado a leitura de 238 prontuários com pacientes atendidas de 2013 a 2018 na maternidade estudada. No que se refere ao perfil das mulheres atendidas e acompanhadas com diagnóstico de DTG nesse período, a maioria encontrava-se na faixa etária de 20-24 anos, representando 25,6%, onde as idades de 20 a 34 anos somadas dão 53,7%, corroborando com o atual estudo. Quanto ao estado civil, 71,1% apresentaram estado civil solteira.

Andrade; Muniz; Lange; Schawartz; Guanilo (2013) que avaliou o grau de resiliência dos sobreviventes ao câncer, mostrou que uma amostra constituída por 267 pacientes que finalizaram o tratamento, maior proporção com alta resiliência do estudo referiu ser casado ou ter companheiro, validando os resultados do atual estudo.

Sobre as formas clínicas de DTG apresentadas, a Mola Hidatiforme Completa foi prevalente com 34,5% (n= 38), seguido de diagnósticos gerais relacionados a gravidez molar com 32,7% (n=36), Mola Hidatiforme Parcial com 24,5% (n= 27), tendo 5,4% (n=06) casos de neoplasia trofoblástica gestacional.

A idade materna avançada é um importante fator de risco que concorre para a ocorrência de MHC, onerando as mulheres acima de 40 anos com chance 5 a 10 vezes maior de desenvolver esta doença se comparadas com mulheres jovens. No entanto, devido ao maior número de gravidezes em mulheres jovens, a maior parte das MH ocorre em gestantes entre 20-30 anos (BRAGA *et al.*, 2014).

Em relação aos sinais e sintomas, 72,7% (n= 80) apresentaram dor em baixo ventre, 91,8% (n= 101) referiram algum tipo de perda de secreção transvaginal, 20% (n=22) tiveram hiperêmese gravídica, 2,7% (n= 3) desenvolveram pré-eclâmpsia, em 57,3% (n=63) apresentaram volume abdominal aumentado, 18,2% (n=20) expeliram as vesículas, 20% (n= 22) desenvolveram cistose ovariana e em 78,2% (n= 86) evidenciaram níveis elevados de β -HCG. Quanto aos procedimentos realizados, a prevalência foi a vácuo-aspiração em 97,3% (n= 107) dos casos.

Quanto às complicações relacionadas à doença, em 3,6% (n= 4) houve recidiva, em 10% (n= 11) houve anemia, 4,5 % (n=5) caso de hemorragia e 3,6% (n=4) das mulheres necessitaram de transfusão sanguínea. Acerca do seguimento ambulatorial pós-molar, 96,4% (n=106) das participantes fizeram o seguimento.

Na **tabela 1**, os sintomas relatados na DTG são listados.

Tabela 1- Aspectos clínicos em mulheres com doença trofoblástica gestacional em maternidade terciária, de dezembro de 2017 a dezembro de 2018, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Variáveis	Sim (%)	Não (%)	Não informado (%)
Recidiva da doença	3,6%	92,7%	3,6%
Anemia	10%	80%	10%
Hemorragia	4,5 %	91,8%	3,6%
Hiperêmese gravídica	20%	75,5%	4,5%
Pré-eclâmpsia	2,7%	82,7%	14,5%
Volume uterino aumentado	57,3%	21,8%	20,9%
Emissão de vesículas	18,2%	79,1%	2,7%
Cistose ovariana	20%	78,2%	1,8%
Nível anormal de beta-HCG	78,2%	18,2	3,6%
Dor abdominal ou em baixo ventre	72,7%	26,4%	0,9%
Secreção vaginal	91,8 %	8,2%	-

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

A mola hidatidiforme apresenta amenorréia, sangramento vaginal indolor e passagem espontânea de vesículas semelhantes a uva, altos níveis séricos e gonadotrofina coriônica humana (β HCG) sérica e urinária. Também pode haver hiperêmese gravídica, tamanho uterino inadequado, cisto uni ou bilateral tecaluteínicos e, raramente, características de tireotoxicose e pré-eclâmpsia na primeira metade da gravidez. Alguns dos sintomas também podem ser causados por altos índices de beta-HCG (AGRAWAL; SAGTANI; BUDHATHOKI; POKHAREL, 2015).

No estudo de Cavalcante e colaboradores (2021), quanto aos sintomas clínicos, houve presença de sangramento vaginal como 1º sintoma em 37,4% das pacientes (n = 58) e dor lombar, abdominal ou pélvica em 2,6% (n = 4). Em relação à conduta aplicada em cada uma dessas pacientes, o esvaziamento da mola foi realizado em 107 pacientes (69%) com à vácuo-aspiração.

Já no estudo de Oliveira e colaboradores (2020), no que concerne aos sinais e sintomas indicados pelas mulheres durante a admissão, 43,7% não referiu queixa sintomática, enquanto 31,1% referiu somente sangramento transvaginal. Sobre os tipos de DTG diagnosticados, o 43,8% dos diagnósticos eram do tipo mola completa,

destacando que na maioria dos (156) prontuários não especificavam o tipo de mola encontrada. Relativo ao tipo de procedimento realizado após o diagnóstico ou suspeita de DTG, 44,4% realizou a retirada do material pelo método de vácuo aspiração.

Em uma revisão integrativa realizada por Soares e colaboradores (2017) mostrou que, após diagnóstico de DTG, para esvaziamento uterino, o método mais utilizado é a vácuo-aspiração, diminuindo os riscos de perfuração uterina durante o procedimento.

Todos estudos citados acima corroboraram com os dados da atual pesquisa, no que diz respeito aos sinais e sintomas da DTG, o tipo de DTG diagnosticada e o procedimento realizado para o tratamento.

A forma mais comum de apresentação da Mola Hidatiforme Completa (MHC) é o sangramento vaginal de primeiro trimestre, que está presente em até 90% dos casos. Quando o sangramento é prolongado, pode-se desenvolver anemia nessas pacientes. O tamanho uterino é maior que o esperado para a idade gestacional em pelo menos metade dos casos. A hiperêmese gravídica, a pré-eclâmpsia precoce (antes de 20 semanas) e sinais e sintomas de hipertireoidismo ocorrem em apenas 7% dos pacientes. Devido à hiperestimulação de β -hCG, podem-se desenvolver cistos de ovário teca luteínicos. A eliminação de vesículas via vaginal também pode ocorrer e é muito sugestivo de MHC (HAHN *et al.*, 2018).

Uma atualização em Diagnóstico e Manejo da Doença Trofoblástica Gestacional realizada em 2021 por Ngan e colaboradores mostra que as pacientes geralmente apresentam sangramento vaginal no segundo trimestre. As complicações como hiperêmese gravídica, pré-eclâmpsia e hipertireoidismo são cada vez menos comuns. Se houver passagem vaginal do produto gestacional, vesículas podem ser vistas. Portanto, as gestações molares devem ser diagnosticadas no exame histológico após a evacuação por aborto espontâneo ou suspeita de gravidez molar.

A evacuação por sucção e curetagem, o método preferido de evacuação de uma gravidez molar independente do tamanho uterino se a manutenção da fertilidade for desejada. Como o risco de sangramento aumenta com o tamanho uterino, o sangue para transfusão deve estar disponível quando o útero tiver mais de 16 semanas de tamanho gestacional. Uso criterioso de equipamentos e técnicas de evacuação apropriados, acesso a hemoderivados, monitoramento intraoperatório cuidadoso e reconhecimento precoce e correção de complicações resultam em melhores resultados. Se não houver sangramento persistente, uma segunda evacuação geralmente não é necessária (NGAN *et al.*, 2021).

A hemorragia genital indolor é o sintoma mais prevalente por ocasião do diagnóstico, ocorrendo em, aproximadamente, 80 a 90% dos casos. Ainda assim, apenas 5% das pacientes vão apresentar anemia significativa (MORAES *et al.*, 2014).

Diante desses resultados, é de fundamental importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento acerca das implicações de DTG, não só para conhecê-las de modo a minimizar os riscos, como também saber avaliar e orientar sobre os perigos. Destaco que é importante que os profissionais de saúde incorporem esses novos conhecimentos em sua prática, para que a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal possam ser alcançadas (ALVES; FEITOSA; MENDES; CAMINHA, 2017; BRASIL, 2010).

Quanto à qualidade do cuidado clínico obstétrico, os dados levantados visaram contribuir com uma melhor qualidade da assistência obstétrica e bem-estar a saúde materna e neonatal; onde a produção de conhecimento, auxilia a promover uma assistência à saúde qualificada e segura (NEVES *et al.*, 2020; ROMÃO *et al.*, 2018).

4 CONCLUSÕES

As variáveis sociodemográficas encontradas inclui principalmente mulheres adultas em período reprodutivo, com companheiro, ensino médio completo, do lar e a prevalência de mulheres que residiam na região metropolitana ou interiorana. A principal forma clínica apresentada foi a MHC. O aspecto clínico encontrado nas pacientes quase não houve recidiva, anemia, necessidade de transfusão, pré-eclâmpsia e hiperemese. Já volume uterino aumentado para idade gestacional, cistose ovariana, aumento no β -HCG, dor em baixo ventre e sangramento foram prevalentes. A curetagem à vácuo foi o procedimento realizado para o esvaziamento.

Dentre as limitações do estudo, foi percebido o uso generalizado para nomenclatura da DTG, trazendo desorganização a coleta dos dados, e também sobre os cuidados de enfermagem não serem protagonistas no seguimento ambulatorial das mulheres com DTG.

E mesmo com as limitações, os centros de referência, que são hospitais escolas, em DTG são um campo riquíssimo para ensino, pesquisa e extensão, pois há investimento na pesquisa, participação paciente e agilidade no diagnóstico da patologia. Além disso, há uma grande valia em investir em estudos acerca dos aspectos psicológicos e psicossociais dessas mulheres, pois é uma doença que interfere em todos os aspectos da vida dessa mulher.

REFERÊNCIAS

ALVES, N.C.C.K.; FEITOSA, M. A.; MENDES, M.E.S; CAMINHA, M.F.C. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev Gaúch. Enferm.** N. 38, v. 4, p. 2017-2042, 2017;

ANDRADE, F.P.; MUNIZ, R.M.; LANGE, C. ; SCHWARTZ, E. ; GUANILO, M.E.V. Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência. **Texto contexto - enferm.**, vol.22 no.2 Florianópolis Apr./June 2013;

AGRAWAL, N.; SAGTANI, R.A.; BUDHATHOKI, S.S., *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de gestações molares em um centro de atendimento terciário do leste do Nepal: uma revisão retrospectiva de prontuários. **Ginecol oncol res pract**, N. 2, V. 9, 2015. doi: 10.1186 / s40661-015-0017-y;

BRAGA, A.; SUN, S.Y.; SILVEIRA, E.; UBERTI, E.; MAESTÁ, I.; MADI, J.M., *et al.* Desafios do tratamento da doença trofoblásticagestacional no Brasil. **Femina**, N. 49, V. 8, p. 470-472, 2021;

BRAGA, A.; SUN, S.Y.; MAESTÁ, I.; UBERTI, E. **Doença trofoblástica gestacional**. São Paulo: Federação Brasileiraas Associações de Ginecologiae Obstetrícia (Febrasgo); 2018;

BRAGA, A. *et al.* Doença trofoblástica gestacional – atualização. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, N. 13, V. 3, p. 54-60, 2014;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010;

CAVALCANTE, M.M., *et al.* Perfil epidemiológico das pacientes com doença trofoblástica gestacionalacompanhadas no centro de referência do recife. **Faculdade Pernambucana de Saúde**, Recife, 2021;

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Ginecologia de Williams**. 02. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014;

DIAS, J. A. M. **Seguimento de Mulheres com Doença Trofoblástica Gestacional: Um Estudo Epidemiológico Descritivo**. 2015. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015;

EYSBOUITS, Y.K.; BULTEN, J.; OTTEVANGER, P.B.; THOMAS, C.M.; TEN KATE-BOOIJ, M.J.; VAN HERWAARDEN, A.E., *et al.* Trends in incidence forgestational trophoblastic disease over the last 20 years in a population-based study. **Gynecol Oncol**, N. 140, V. 1, p. 70 - 75, 2016;

FEITOSA L.M. *et al.* Análise do perfil clínico e epidemiológico de mulheres com gravidez molar atendidas em um centro de referência de mola do Nordeste brasileiro entre

janeiro de 2011 a janeiro de 2019. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, e4989119767, 2020 . (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9767>

FERRAZ, L.; LOPES, P.F.; AMIM-JUNIOR, J.; REZENDE-FILHO, J.; MONTENEGRO, C.A.B.; BRAGA, A. **Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar**. *Jornal Brasileiro de Medicina- JBM*, v.103, p. 6-12, 2015.

FERRAZ, L *et al.* DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: COMO DIAGNOSTICAR E TRATAR?. *Saber Científico*, Porto Velho, v. 7, n. 1, p. 83 – 90, jan./jun. 2018;

HAHN, L. *et al.* DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. *Acta MEDICA*, V. 39, N. 2, 2018;

LOK, C; FRIJSTEIN, M. ; VAN TROMMEL, N. Clinical presentation and diagnosis of Gestational Trophoblastic Disease. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v. 74, p. 42-52, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.12.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/best-practice-and-research-clinical-obstetrics-and-gynaecology/vol/74/suppl/C>. Acesso em: 17 jul. 2022;

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Rezende: Obstetrícia*. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017;

MORAES, V.P.; MARCOLINO, L.A.; SÁ, R.A.M.; SILVA, E.P. ; AMIM JÚNIOR, J.; REZENDE FILHO, J.F. ; BRAGA, A. Complicações clínicas da gravidez molar, N 5, V 42, Setembro/Outubro, 2014;

NEVES, I.A.R.; MAIA, M.C.W.; DO CANTO, D.F.; DE SOUZA, V.S.; SANTARÉM, M.D.; Oliveira, JLC. Qualidade e segurança na assistência obstétrica: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UFPE on line**. N. 15, :e245809, 2020 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245809>;

1. NGAN, H.Y.S., *et al.* Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. **Int J Gynecol Obstet**. N. 155 (Suplemento 1), 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13877;

OLIVEIRA, H.G.S., *et al.* Panorama da doença trofoblástica gestacional numa capital do Nordeste. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (ISSN 2178-2091), v. 12, n. 9, 2020;

POLIT, D.F.; BECK, C.T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7. ed. Tradução de Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artmed, 2011;

ROMÃO, R.S.; FUZISSAKI, M.A.; PRUDÊNCIO O.S., *et al.* Qualidade da Assistência Obstétrica Relacionada ao Parto Por Via Vaginal: Estudo Transversal. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, N 8, :e 2907, 2018. [Access 01 de junho]; DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2907>;

SILVA, P. F., *et al.* Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Revista Brasileira de Cancerologia, v. 59, ed. 3, p. 361-367, 2013;

SECKL, M.J.; SEBIRE, N.J.; BERKOWITZ, R.S. Gestational trophoblastic disease. **LANCET**, [s. l.], v. 9742, n. 376, p. 717-729, 2010;

SALERNO, A. The incidence of gestational trophoblastic disease in Italy: a multicenter survey. **J Reprod Med**, n. 57, v. 5 e 6, p. 204- 206, 2012;

SOARES, M.K.P.; FACUNDO, S.H.B.C.; BRANCO, J.G.O., *et al.* Tratamentos na doença trofoblástica gestacional: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. N.7, e. 1838, 2017. [Access 17 jul, 2022]; Available in:<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1838>