

NEOPLASIA TROFOBBLÁSTICA GESTACIONAL

Data de aceite: 02/06/2023

Natallia Coelho da Silva

Centro Universitário Planalto do Distrito
Federal- UNIPLAN
Águas Claras- Distrito Federal
<http://lattes.cnpq.br/0734371573403438>

Pâmella Thaís de Paiva Nunes

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/8867632925389521>

Leila Batista Ribeiro

Enfermeira, Professora, Centro
Universitário do Planalto – UNIPLAN.
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/6643277716864528>

Danilo César Silva Lima

Anápolis-GO
Enfermeiro, Professor Centro Universitário
do Planalto UNIPLAN,
<https://orcid.org/0000-0003-4655-1812>

Jaqueline Kennedy Paiva da Silva

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9077650040271660>

Sheila Melo Corrêa Santos

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/5611849311132346>

Yanne Gonçalves Bruno Silveira

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6390904886657704>

Keitiane Nunes da Silva

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/2481421385113966>

Jullyane Kelle da Silva

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://Lattes.cnpq.br/9925365076164241>

Ludmila Bezerra Dourado

Enfermeira, Hospital Regional Dr Mario
Dourado Sobrinho
Irece-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4576571638836041>

Divinamar Pereira

Enfermeira, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/1248187342060338>

Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira

Biólogo, Professor, UNICEPLAC
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4033741950649548>

RESUMO: Este artigo descreve um estudo que tem como objetivo explorar a Neoplasia Trofoblástica Gestacional e os possíveis diagnósticos de enfermagem relacionados a essa condição durante a gravidez, com base em uma abordagem qualitativa e revisão bibliográfica. A metodologia incluiu a seleção de artigos da base de dados do SCIELO, abrangendo o período de 2013 a 2023, e a escolha de livros com coesão temática. Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados de acordo com a TAXONOMIA NANDA de 2023. Os resultados esperados indicam que a adesão da mãe às intervenções propostas pode ajudar a prevenir partos prematuros e minimizar perturbações na relação mãe-feto. A conclusão ressalta que o estudo contribuiu para uma compreensão clara e precisa da patologia, fundamentando o conhecimento científico sobre os métodos de tratamento e os cuidados de enfermagem adequados para cada paciente. Acredita-se que esse conhecimento possa impactar as abordagens terapêuticas, a gestão dos serviços de saúde e a implementação de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, promovendo uma melhor qualidade de vida para pacientes afetadas por essa condição.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia Trofoblástica, Parto prematuro, Gestação.

GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA

ABSTRACT: Objective: This article describes a study aimed at exploring Gestational Trophoblastic Neoplasia and the possible nursing diagnoses related to this condition during pregnancy, based on a qualitative approach and literature review. The methodology included the selection of articles from the SCIELO database, covering the period from 2013 to 2023, and the choice of books with thematic cohesion. Nursing diagnoses were developed according to the NANDA Taxonomy of 2023. The expected results indicate that the mother's adherence to the proposed interventions can help prevent premature births and minimize disturbances in the mother-fetus relationship. The conclusion emphasizes that the study contributed to a clear and precise understanding of the pathology, substantiating the scientific knowledge about treatment methods and appropriate nursing care for each patient. It is believed that this knowledge can impact therapeutic approaches, healthcare management, and the implementation of public policies focused on women's health, promoting a better quality of life for patients affected by this condition.

KEYWORDS: Gestational Trophoblastic Neoplasia, Premature birth, Pregnancy.

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

RESUMEN: Objetivo: Este artículo describe un estudio que tiene como objetivo explorar la Neoplasia Trofoblástica Gestacional y los posibles diagnósticos de enfermería relacionados con esta condición durante el embarazo, basándose en un enfoque cualitativo y una revisión bibliográfica. La metodología incluyó la selección de artículos de la base de datos SCIELO, abarcando el período de 2013 a 2023, y la elección de libros con coherencia temática. Los diagnósticos de enfermería se elaboraron según la Taxonomía NANDA de 2023. Los resultados esperados indican que la adhesión de la madre a las intervenciones propuestas puede ayudar a prevenir partos prematuros y minimizar las perturbaciones en la relación madre-feto. La conclusión destaca que el estudio contribuyó a una comprensión clara y precisa de la patología, fundamentando el conocimiento científico sobre los métodos de tratamiento y los cuidados de enfermería adecuados para cada paciente. Se cree que este conocimiento puede impactar en los enfoques terapéuticos, la gestión de la atención sanitaria y la implementación de políticas públicas centradas en la salud de la mujer, promoviendo una mejor calidad de vida para las pacientes afectadas por esta condición.

PALABRAS CLAVE: Neoplasia Trofoblástica Gestacional, Parto prematuro, Embarazo.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um ciclo da reprodução humana que quando ocorre sem nenhuma intercorrência, dura cerca de 40 semanas comumente conhecido como 9 meses. Este ciclo se inicia desde o momento da fecundação que em seguida passa pela formação do embrião, tecidos e o desenvolvimento para feto (BITTAR, 2018).

Porém, assim como qualquer outro ciclo da vida humana a gestação apresenta em alguns casos complicações que pode prejudicar o desenvolvimento do feto e até mesmo a vida da gestante. Uma destas complicações é a neoplasia trofoblástica, que é considerada como um grupo de doenças trofoblásticas malignas gestacionais. Dentre este grupo de patologias encontra-se principalmente a mola hidatiforme persistente, mola hidatiforme invasiva, coriocarcinoma e tumor trofoblástico do leio placentário (MONTENEGRO, 2014).

Normalmente a mesma é desencadeada pelo aumento de HCG mesmo após o parto. E pode ser classificada em até quatro estágios de acordo com o grau de acometimento. Esta patologia pode ser observada em 1 gestação a cada 400 mulheres grávidas no Brasil. Mas que na América do Norte e na Europa a mesma apresenta-se cerca de 10 vezes mais frequente (BRAGA, 2014).

Geralmente o diagnostico desta patologia ocorre de maneira precoce devido o acompanhamento continuo do pré-natal. Os principais sintomas observados são hemorragia vaginal, anemia, inchaço abdominal, cistos no ovário e outros de acordo com a forma em que a patologia se apresenta. Porém, apesar dos sinais insidiosos de uma Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), não há formas diretas e eficazes de se prevenir a sua ocorrência (SOARES, 2021).

O tratamento anteriormente era realizado através de cirurgia uterina para a retirada

dos tumores. Porém, atualmente em alguns casos somente o uso de quimioterapia para reduzir o tamanho dos tumores e diminuir a disseminação destes se faz efetiva. A quimioterapia não é efetiva apenas nos casos de tumores no leito placentário. Nestes casos se faz necessário a histerectomia parcial ou total de acordo com a necessidade de cada paciente. Levando-se sempre em consideração se a mesma pretenderá ter uma gravidez futura ou não (MAESTA, 2020).

Através destas informações este estudo se torna relevante, pois apesar desta patologia ser considerada rara em todo o mundo, se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas a fim de que mesmo assim seja capaz de prevenir. E com isso se faz necessário também que os profissionais de enfermagem estejam preparados para desenvolver um plano de cuidados eficiente para auxiliar na melhoria da qualidade de vida das pacientes acometidas. E saibam identificar de maneira precoce possíveis fatores que possam desencadear está patologia em uma gestante. Portanto, este estudo tem como objetivo geral descrever acerca da Neoplasia Trofoblástica Gestacional levantando os possíveis diagnósticos de enfermagem frente a uma gestação com este quadro, construindo uma Assistência de Enfermagem com embasamento científico.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever acerca da Neoplasia Trofoblástica Gestacional levantando os possíveis diagnósticos de enfermagem frente a uma gestação com este quadro, construindo uma Assistência de Enfermagem com embasamento científico.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever todas as características das neoplasias trofoblásticas gestacional;
- Levantar as formas de tratamento e prevenção desta patologia;
- Elaborar um plano de cuidados eficiente para as gestantes acometidas com qualquer tipo de Neoplasia Trofoblástica Gestacional.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e método de revisão da bibliográfica.

Os artigos selecionados foram escolhidos de acordo com a base de dados do SCIELO e compreende entre o período de 2013 a 2023. Os livros foram selecionados de acordo com a coesão do tema. Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados de acordo com a TAXONOMIA NANDA de 2023.

4 | REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Ciclo gestacional

A gestação é um ciclo da reprodução humana que quando ocorre sem nenhuma intercorrência, dura cerca de 40 semanas comumente conhecido como 9 meses. Este ciclo se inicia desde o momento da fecundação que em seguida passa pela formação do embrião, tecidos e o desenvolvimento para feto (BITTAR, 2018).

A fecundação é o exato momento em que o espermatozoide encontra o óvulo feminino. A partir deste encontro começa a divisão celular que é a base primordial para a constituição da vida. Porém, o ovulo fecundado só alcança o útero em 3-4 dias, sendo assim a primeira semana se restringe ao alcance do útero pelo óvulo fecundado e na formação dos blastômeros que penetram a cavidade uterina e constitui a blástula (MONTENEGRO, 2014).

O trofoblasto é formado na segunda semana juntamente com o disco embrionário através do mesoderma. Na terceira semana devido a ramificação do trofoblasto forma-se tecidos conjuntivos e glandulares que irão sustentar o embrião durante toda a gravidez. A partir de então o embrião é denominado como feto até o último dia da vida intrauterina. Pois, a partir da formação destes tecidos primordiais inicia-se o desenvolvimento dos órgãos vitais e com o passar das semanas de toda a constituição do corpo humano (PROVIETTI, 2015).

4.2 Neoplasia trofoblástica gestacional

A neoplasia trofoblástica é considerada como um grupo de doenças trofoblásticas malignas gestacional. Dentre este grupo de patologias encontra-se principalmente a mola hidatiforme persistente, mola hidatiforme invasiva, coriocarcinoma e tumor trofoblástico do leio placentário (MONTENEGRO, 2014).

Porém, de acordo com Andrade (2009) as Doenças Trofoblásticas Gestacional (DTG) são consideradas como um grupo heterogêneo de proliferação celular no epitélio trofoblástico placentário. Podendo se apresentar de forma benigna, onde engloba a mola hidatiforme completa e parcial. As formas malignas são representadas pela mola invasora coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sitio placentário e tumor trofoblástico epitelióide. E o principal denominador destas alterações é a presença da gonadotrofina coriônica humana (HCG).

Almeida (2021) afirma que a mesma quando se desencadeia de forma maligna, pode ser classificada em até quatro estágios de acordo com o grau de complexidade dos tumores. No primeiro estágio a doença é restrita ao leito uterino. No estágio dois a doença pode-se apresentar no leito uterino e nos órgãos genitais. No estágio três a mesma pode apresentar metástase para os pulmões além dos órgãos genitais. E no estágio quatro o mais avançado a mesma atinge outros órgãos como fígado e cérebro da gestante.

4.3 Fisiopatologia dos tumores

As células do corpo humano devem viver sempre em equilíbrio de crescimento e funcional. Estes mecanismos são controlados por substâncias encontradas no interior das células que são capazes de designar o funcionamento de cada uma atribuindo-as a sua função. O crescimento celular varia de acordo com a necessidade do corpo humano e para esse crescimento aumenta-se a massa celular através da duplicação do ácido desoxirribonucleico e a partir de então a divisão. O principal ponto na divisão celular são alguns mecanismos de controle do tamanho que atua diretamente nas células (KIERSZENBAUM, 2018).

Quando as células se multiplicam de forma anormais elas se aglomeram de forma que não respeitam o limite de crescimento e com isso desencadeia o surgimento de massas podendo ser benignas ou malignas no caso dos tumores neoplásicos (INCA, 2020).

4.4 Fisiopatologia da doença trofoblástica gestacional

O trofoblasto é considerado como a camada externa do embrião que após a implantação deste no útero permite a formação da placenta. Geralmente o mesmo penetra no endométrio e se ramifica através de vilosidades coriônicas, onde são produzidas as trocas entre o sangue materno e o fetal. Quando ocorre uma neoplasia trofoblástica gestacional estas vilosidades desenvolvem de maneira anormal. E conseqüentemente desencadeia um crescimento celular excessivo que impede a formação dos vasos sanguíneos. Com isso ao invés de ser formado o tecido placentário normal, ocorre a formação de pequenos tumores que podem ser malignos ou benignos. Quando a patologia se desenvolve de maneira maligna denominada como coriocarcinoma os tumores são sem exceção caracterizado como malignos (GUARA, 2013).

De acordo com Ferreira (2013), independentemente da forma em que a patologia se manifesta. Seja por tumores malignos ou benignos, todas as formas irão impedir o desenvolvimento do feto. Podendo até mesmo causar absorção do mesmo pelo útero.

4.5 Epidemiologia

De acordo com Braga (2014) esta patologia pode ser observada em 1 gestação a cada 400 mulheres grávidas no Brasil. Mas que na América do Norte e na Europa a mesma apresenta-se cerca de 10 vezes mais frequente.

Desmarais (2013) afirma que mesmos as formas benignas desta patologia devem ser tratadas, pois estas podem se desenvolver rapidamente para formas malignas. Sendo que nos Estados Unidos cerca de 20-30% destas neoplasias que se iniciam de forma benigna se desenvolvem para forma maligna. No Brasil são cerca de 5-20%.

4.6 Sinais e sintomas

De acordo com Soares (2021), os sintomas podem variar de acordo com a forma

de acometimento da patologia que depende diretamente do estágio em que se encontram os tumores, podendo ser de estágio I ao IV. Mas de maneira geral todas as formas podem se manifestar com sangramentos vaginais, anemias, inchaços, cistos ovarianos e diversas outras alterações.

Os sintomas mais observados quando a patologia se manifesta de forma Mola Hidatiforme Completa os sangramentos vaginais costumam aparecer no primeiro trimestre. E se apresenta em forma de corrimento marrom ou liberação de coágulos sanguíneos. As anemias são desencadeadas quando os sangramentos são severos e o organismo da gestante não consegue substituir a quantidade de plaquetas perdidas. Os inchaços abdominais ocorrem devido grande aumento do útero. Os cistos ovários e o hipertireoidismo são desencadeados devido à grande produção de HCG. Os vômitos naturais da gravidez tende a aumentar sua quantidade e proporção. O pré-eclâmpsia pode ser desencadeado antes mesmo do primeiro trimestre. É importante ressaltar que estes sintomas também são observados na Mola hidatiforme parcial, porém são considerados menos intensos (BOTELHO, 2014.).

Já nas formas consideradas como Molas invasivas e Coriocarcinoma os sintomas são os mesmos observados anteriormente a diferença é como consequência da metástase pode se observar os sintomas de maneira mais acentuada. Infecção devido a morte cerebral das células que desencadeou o tumor. Massa na região da vagina, alterações nos padrões respiratórios quando ocorre metástase para os pulmões. E sinais de alterações em outros órgãos que possivelmente foram acometidos (MAESTA, 2014).

Quando a patologia se manifesta na forma de tumor trofoblástico placentário ocorre hemorragia e inchaço abdominal. Quando se manifesta em forma de tumor trofoblástico epitelioide observa-se sangramentos e alterações em outros tecidos e órgãos possivelmente atingidos pelas metástases (FERREIRA, 2013).

4.7 Diagnóstico e fatores de risco

O diagnóstico deve ser baseado na história pregressa da gestante, onde será investigado se a mesma já apresentou anteriormente algum tipo de neoplasia ou se já esteve exposta a algum fator de risco. Além de sempre investigar possíveis sinais e sintomas como os já mencionados anteriormente através do exame físico da gestante. Porém, isto não é o suficiente para confirmar ou descartar o diagnóstico. É sempre importante contar com o auxílio de exames laboratoriais que permitam caracterizar de maneira precisa uma neoplasia trofoblástica gestacional (DELMANTO, 2017).

Dentre dos exames laboratoriais para auxílio do diagnostico deve-se sempre ser realizado a dosagem de HCG no organismo através do hemograma. Sendo que como diagnóstico deve-se sempre estar atento a quantidades maiores que 100.00,00 mUI/mL de sangue no primeiro trimestre. Além do exame de ultrassonografia computadorizada, que permite a visualização de tecido eco endometrial hiperecoico, preenchido por imagens hipo-

anecogênicas, irregulares, centrais ou margeando o miométrio, na ausência de embrião-feto. Já 12ª segunda semana da gestação também se pode observar o feto geralmente hidrópico ou placenta com áreas tumorais (SOARES, 2021).

Quando se faz necessário o tratamento cirúrgico para correção desta patologia, pode-se ainda ser realizado o exame de histopatologia com auxílio da dosagem de HCG caso o diagnóstico ainda não tenha sido concluído, ou mesmo que haja dúvidas em relação às suspeitas.

Dentre os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da DTG caracteriza-se principalmente gravidez tardia em mulheres acima de 40 anos de idade. História pregressa de abortamento espontâneo. História pregressa de infertilidade. E também a história pregressa de um DTG em gravidez anterior para a gravidez subsequente (BRAGA, 2020).

4.8 Prevenção

De acordo com Braga (2013) não há uma maneira específica de se prevenir as neoplasias trofoblásticas gestacionais. Mas algumas medidas podem contribuir para a diminuição das chances de desenvolvimento desta patologia. Como por exemplo, planejar uma gravidez entre os 25 e 35 anos para minimizar o estresse da gestação. Manter sempre uma dieta balanceada antes e durante o ato gestacional, sempre com o uso de ácido fólico para auxiliar na complementação alimentar e no bom desenvolvimento dos tecidos e até mesmo do feto.

Entretanto Soares (2021) diz que antes mesmo da gestação a realização de exames pré-concepcionais é fundamental para saber se há possibilidades de desenvolver algum tipo de neoplasia ou não. A realização rigorosa do pré-natal para diagnosticar precocemente ou até mesmo prever a possível ocorrência. Após o parto deve-se examinar de maneira criteriosa a placenta e dosar a quantidade de HCG após o parto.

4.9 Tratamento

De acordo com Maesta (2013), um grupo denominado de Newlands do Charing Cross Hospital em Londres, desenvolveu um protocolo de tratamento para as NTG. Este protocolo é denominado de etoposide, metotrexate, actinomicina-D na fase 1 e ciclofosfamida e vincristina na fase 2 (EMA/CO) e é recomendado como o tratamento de primeira linha. Porém, apesar desta criação alguns médicos especialistas ainda utilizam o etoposide e cisplatina na fase 1 e etoposide, metotrexate e actinomicina-D na fase 2 (EP/EMA) como primeira linha de tratamento. Mas de maneira geral o EP/EMA deve-se ser utilizado como segunda linha.

Almeida (2021) ressalta que não existe tratamento de escolha para pacientes que apresentem resistência a estes protocolos quimioterápicos. Quando a gestante é resistente deve-se reunir a equipe multidisciplinar para que possa criar um tratamento de escolha de acordo com a necessidade de cada paciente. Porém, dentro deste tratamento de escolha

pode-se estabelecer um diferencial nas doses de polioquimioterapia (PQT) para estas.

4.10 Complicações

De acordo com Andrade (2009) independentemente da forma em que está condição se manifesta é importante que os profissionais de saúde estejam atentos a possíveis complicações. Dentre estas destacam-se volume uterino aumentado, hiperemese, pré-eclâmpsia e cistos tecaluteínicos. Monitorar estas complicações é fundamental para prevenir o acometimento e reduzir as chances de abortamento.

5 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

5.1 Diagnostico I

Domínio 11: Segurança/proteção Classe 1: Infecção

Risco de infecção relacionada a defesas primarias e secundarias inadequadas.

Prescrição de enfermagem	Profissional	Horário
Lavagens das mãos antes e depois de qualquer procedimento	Equipe de enf	Atenção
Manter a pele hidratada	Equipe de enf.	Atenção
Monitorar SSVV dentro da unidade hospitalar	Equipe de enf.	08:00; 11:00...
Ter cuidado com técnicas estéreis dentro da unidade	Equipe de enf.	Atenção

Resultados esperados: Espera-se que a paciente não desenvolva um quadro de infecção durante o período de internação.

5.2 Diagnostico II

Domínio 5: Percepção/Cognição Classe 4: Cognição

Controle emocional instável relacionado a conhecimento insuficiente da doença, estressores, perturbação emocional, que se caracteriza por afastamento da situação social, dificuldade para usar expressões faciais.

Prescrição de enfermagem	Profissional	Horário
Encaminhar para psicólogo	Enfermeiro	Imediato
Prestar apoio emocional	Equipe	S.Q.N
Manter paciente seguro	Equipe de enf.	Atenção
Estimular dialogo	Equipe de enf.	Atenção
Esclarecer todos os procedimentos que forem realizados	Equipe de enf.	Atenção

Resultados esperados: Espera-se que paciente se apresente menos apreensivo em relação a patologia e procedimentos realizados.

5.3 Diagnostico III

Domínio 11: Segurança/Proteção Classe 2: Lesão Física

Risco de sangramento com fator de risco relacionado a complicações da gravidez.

Prescrição de enfermagem	Profissional	Horário
Orientar sobre repouso	Equipe de enf.	Atenção
Orientar sobre monitoramento das perdas líquida	Equipe de enf.	Sempre
Orientar sobre a necessidade da abstinência sexual	Equipe de enf.	Sempre
Orientar sobre o uso de apenas medicamentos prescritos pelo médico	Equipe de enf.	Atenção
Orientar sobre a importância do pré-natal	Equipe de enf.	Sempre

Resultados esperados: Espera-se que a paciente consiga evitar os sangramentos desencadeados pela patologia.

5.4 Diagnostico IV

Domínio 2: Nutrição Classe 4: Metabolismo

Risco de glicemia instável com fatores de risco como gravidez.

Prescrição de enfermagem	Profissional	Horário
Orientar sobre alimentação a cada 3 horas	Equipe de enf.	Atenção
Orientar sobre dietas hipogordurosa	Equipe de enf.	Sempre
Orientar sobre os riscos da glicemia instável	Equipe de enf.	Sempre
Orientar sobre as necessidades da gestação	Equipe de enf.	Atenção
Orientar sobre a importância do pré-natal	Equipe de enf.	Sempre

Resultados esperados: Espera-se que a paciente mantenha os níveis de glicemia estáveis durante a gravidez.

5.5 Diagnostico V

Domínio 8: Sexualidade Classe 3: Reprodução

Risco binômio mãe-feto perturbado tem como principal fator de risco complicações na gestação e transporte de oxigênio ao feto comprometido.

Prescrição de enfermagem	Profissional	Horário
Estimular acompanhamento pré-natal	Equipe de enf.	Sempre
Estimular vigia sobre hemorragias	Equipe de enf.	Sempre
Estimular repouso	Equipe de enf.	Sempre
Orientar sobre a importância dos cuidados prescritos	Equipe de enf.	Atenção
Orientar sobre a abstinência sexual	Equipe de enf.	Sempre

Resultados esperados: Espera-se que a mãe possa aderir as intervenções, evitando assim que o bebê nasça prematuro e o binômio mãe-feto seja perturbado.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo foi fundamental para que o mesmo pudesse entender de forma clara e precisa todas as características da patologia abordada. Fundamentando seu conhecimento científico sobre as formas de tratamento e sobre os possíveis cuidados de enfermagem a serem desenvolvidos para cada paciente.

Assim, acredita-se que o conhecimento na área poderá modificar formas de tratamento, de gestão dos serviços de saúde e implementação das políticas públicas de saúde da mulher afim de promover a saúde de pacientes acometidas com este tipo de gestação preservando assim uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. E. D. et al. Crise tireotóxica associada à doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Anestesiologia*, v. 71, n. 6, p. 607-609, 2021.

ANDRADE, J. M. et al. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 2, p. 94-101, 2019.

BITTAR, R. E. et al. Doença trofoblástica gestacional. In: ZUGAIB, M. (Org.). *Zugaib Obstetrícia*. São Paulo: Manole, 2018. p. 567-577.

BOTELHO, N. M.; GOES, A. S. de O.; SILVA, L. M. G. Aspectos clínicos da doença trofoblástica gestacional. *Rev. para. med*, 2014.

BRAGA, A. et al. Doença trofoblástica gestacional - Atualização. In: JUNIOR, J. A. et al. (Org.). *Obstetrícia parte I*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. v. 13, v. 3, p. 903-918.

DELMANTO, L. R. M. G. et al. A curva de regressão da gonadotrofina coriônica humana é útil no diagnóstico precoce da neoplasia trofoblástica gestacional pós-molar?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, n. 11, p. 506-510, 2017.

DESMARAIS, C. C. F. Investigação em 20 anos (1990-2009) da Doença Trofoblástica Gestacional em um Centro de Referência da Região Sudeste do Brasil. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013.

FERREIRA, A. C. et al. Coriocarcinoma: relato de caso e revisão da literatura. Rev. imagem, v. 35, n. 2, p. 71-74, 2013.

GUARÁ, J. P.; OLIVERIA, A. G. C.; DA GLÓRIA MARTINS, M. Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais e importância do seguimento pós molar. Revista de Pesquisa em Saúde, v. 11, n. 3, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 2020.

KIERSZENBAUM, A. L. et al. Histologia e biologia celular: uma introdução à patologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

MAESTA, I. Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, p. 143-146, 2020.

MAESTÁ, I.; BRAGA, A. Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, n. 3, p. 143-146, 2014.

MONTENEGRO, C. A. B. Rezende, obstetrícia fundamental. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PROVIETTI, V. M. et al. Enfermagem obstétrica. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 9, n. 8, p. 8932-8936, 2015.

SOARES, B. C.; RAFAEL, R. de M. R.; DE SOUZA, A. S. A influência na determinação dos níveis do hormônio gonadotrofina coriônica humana no monitoramento de neoplasias trofoblásticas gestacionais. Revista Uniabeu, v. 4, n. 7, p. 38-51, 2021.