



IMPLEMENTAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO MARANHÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Rafael Gomes da Silva*

Ivete Furtado Ribeiro Caldas**

Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho***

Marcos Aurélio Araújo Freitas****

Anderson Bentes de Lima*****

RESUMO

Objetivo: Apresentar a experiência da implementação do Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional no Sudoeste do Maranhão. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-observacional com enfoque qualitativo do tipo relato de experiência. A implementação incluiu reuniões com gestores de saúde e equipes hospitalares para avaliar a viabilidade de um centro especializado na região. As ações foram orientadas por diretrizes do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Foram incluídas pacientes diagnosticadas com doença trofoblástica gestacional, na região, e excluídas aquelas em tratamento avançado em outros centros. **Resultados:** Desde 2022, o ambulatório atendeu 35 pacientes, com duas encaminhadas ao Hospital São Rafael, centro de referência oncológica, na região sudoeste maranhense. A criação do centro solucionou desafios como a falta de protocolos e filas de espera, garantindo diagnóstico preciso, acompanhamento baseado em melhores práticas e prevenção de complicações graves. **Conclusão:** O Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional, no Sudoeste do Maranhão, tem servido para a otimização da assistência especializada à saúde da mulher, através de protocolos atualizados, garantindo um atendimento oportuno, diagnóstico preciso e monitoramento adequado, contribuindo para promoção, proteção e recuperação da saúde das pacientes acolhidas.

Palavras-chave: Ginecologia. Assistência Integral à Saúde. Gravidez de alto risco. Mola Hidatiforme. Doença Trofoblástica Gestacional.

INTRODUÇÃO

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) engloba um grupo heterogêneo de proliferações celulares atípicas originadas a partir do epitélio trofoblástico placentário, com apresentações clínicas benignas, representadas pela mola hidatiforme completa (MHC) e parcial (MHP). No entanto, pode-se apresentar por formas malignas, como pela mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide, agrupados sob o epíteto de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG)^(1,2).

Atualmente, no Brasil, a taxa de incidência da DTG é de 1:200-400, representando uma condição preocupante à saúde materna,

principalmente, se categorizada como de apresentação clínica maligna. Essa doença, quando não tratada em centros de referência, apresenta alta morbimortalidade, sobretudo, em casos avançados. O manejo ideal de doenças raras, como a doença trofoblástica gestacional (DTG), requer cuidados centralizados para garantir decisões terapêuticas consistentes. A centralização envolve desde o monitoramento de hCG, com orientação terapêutica até a referência completa da paciente, demandando equipes multidisciplinares, diretrizes claras, banco de dados, suporte de sociedades internacionais e financiamento contínuo para manter a estrutura e promover melhores desfechos⁽³⁻⁵⁾

Diante disso, é válido pontuar que o tratamento adequado para DTG dependerá de

¹Extrato da Dissertação: "Implantação do Centro de Referência Clínico-Cirúrgico de Doenças Trofoblásticas no Sul do Maranhão", apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cirurgia e Pesquisa Experimental na Universidade Estadual do Pará (UEPA), em dezembro de 2024.

*Médico. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Professor Adjunto. UEMASUL. E-mail: rafaelgomesgo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9844-5835>.

**Fisioterapeuta. Doutorado em Neurociências e Biologia Celular. Professora Adjunta. UEPA. E-mail: ivetecaldas@uepa.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2095-101X>.

***Médica. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Doutorado em Ciências da Saúde. E-mail: marimaricarvalho@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6679-5016>.

****Estudante universitário. Graduando em medicina. E-mail: marcosfreitas.20200005210@uemasul.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4031-4867>.

*****Farmacêutico. Doutorado em Biotecnologia. Professor Adjunto. UEPA. E-mail: andersonbentes@uepa.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0534-2654>.

critérios histológicos, clínicos e cirúrgicos, pois a depender do tipo de DTG, haverá abordagens distintas e preteridas. Sabe-se que a realização de tratamento cirúrgico, consistindo na remoção da mola hidatiforme, na grande maioria das mulheres, acometidas por essa condição, leva à cura do quadro. No entanto, em 20% dos casos pode haver necessidade da quimioterapia (QT), a partir da qual pode-se atingir a cura, melhorando o prognóstico nessa doença⁽⁵⁾.

A morbimortalidade advinda, dessa doença, tende a diminuir quando a paciente é tratada e acompanhada em centros de referência especializados⁽⁴⁾. Desta forma, há uma tendência de outros serviços ao redor do mundo de encaminhar as pacientes com mola hidatiforme aos centros de referência, que dispõem de infraestrutura e de equipe multiprofissional, para realização de um tratamento e seguimento eficientes, o que, inclusive, foi constatado por experiências em grandes centros, como no Mount Sinai Hospital e no Princess Margaret Cancer Center, ambos nos Estados Unidos⁽⁶⁾.

Apesar dos avanços na conscientização acerca da importância da implementação desses centros de referência, essa não é a realidade de muitos municípios brasileiros, especialmente, em regiões com maiores desigualdades sociais. Estudos mostram que, quando as pacientes com DTG em geral, em específico, àquelas que evoluíram para neoplasia trofoblástica, são tratadas fora dos Centros de Referência, os riscos de morte ou de mutilação uterina aumentam em 10 vezes⁽⁷⁾.

Além disso, o seguimento pós-molar é de extrema importância no acompanhamento dessas pacientes e, por isso, faz-se necessário garantir a adesão à vigilância hormonal da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG), condição para definir pela remissão ou evolução da doença para neoplasia trofoblástica. Sabe-se que, nos países subdesenvolvidos, ou que imperam grandes distâncias territoriais, essa adesão se torna um desafio, provocando a desistência de pacientes ao acompanhamento.⁴ Vale citar que apenas metade das portadoras da DTG comparece em todas as consultas médicas do seguimento pós-molar, o que vem a representar um agravante a ser considerado no manejo dessa doença⁽⁷⁾.

Ante o exposto, esse estudo tem por objetivo

relatar a experiência sobre a implementação de um Centro de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional, em um município no Sudoeste do Maranhão (CRDTG). A ideia de implementá-lo surge para enfatizar a importância do atendimento especializado e otimização do fluxo de atendimento às pacientes com doença trofoblástica gestacional (DTG). A aplicação de diretrizes claras e baseadas em evidências, como as publicadas por organizações como pelo Ministério da Saúde e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) pode ajudar no manejo adequado dessa doença, influenciando, inclusive, na correta indicação de tratamentos cirúrgicos^(8,9).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-observacional, com enfoque qualitativo, do tipo relato de experiência. Os critérios de inclusão compreenderam pacientes diagnosticadas com doença trofoblástica gestacional atendidas na região Sudoeste do Maranhão. Foram excluídas aquelas que não eram residentes da região ou aquelas que já estavam em tratamento oncológico avançado em outros centros. As atividades foram guiadas pelo referencial metodológico baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, voltadas à estruturação de serviços de referência para o manejo de doença trofoblástica gestacional.

Esse estudo surgiu a partir da atuação e dos esforços do médico ginecologista e obstetra para implementação de um centro de referência que regulamentasse o fluxo de atendimentos às gestantes acometidas por doença trofoblástica gestacional, no município de Imperatriz.

A implementação do CRDTG deu-se em junho de 2022. Para a apresentação de dados, nesse artigo, as pacientes com DTG foram acompanhadas de junho de 2022 a junho de 2024. Compreendeu-se a partir das seguintes etapas: I. Identificação das necessidades do serviço; II. Planejamento com outras instâncias, governamentais e institucionais, para implementação da unidade; III. Viabilização das condições físicas, institucionais e materiais; IV. Dimensionamento da equipe de referência.

Inicialmente, realizou-se uma reunião entre

Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão e representantes do Ministério da Saúde e da Direção Clínica da Maternidade, acerca do fluxo de seguimento das gestantes com doença trofoblástica, na região sudoeste maranhense. Posteriormente, outra reunião entre a direção da Maternidade de Alto Risco de Imperatriz e o médico ginecologista-obstetra ocorreu para apresentação da proposta e para a implementação do CRDTG.

A Maternidade de Alto Risco de Imperatriz é pública e de referência que atende casos de alta complexidade oriundos de 42 municípios, do Sul do Maranhão, e de outros estados vizinhos, como

Tocantins e Pará.

Quanto à estrutura física o CRDTG dispõe do consultório 3 (Figura 1), no setor ambulatorial da Maternidade de Alto Risco de Imperatriz, onde o espaço do ambulatório possui uma área de 14m². Com relação à equipe multiprofissional é composta por: 1 médico ginecologista-obstetra, 1 médico residente em ginecologia e obstetrícia, 1 médico infectologista, 1 médico endocrinologista, 1 médico patologista, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 enfermeiro, 2 técnicos em enfermagem, 1 assistente social, 1 psicólogo, 2 recepcionistas, 1 ultrassonografista e pelos profissionais de laboratório.

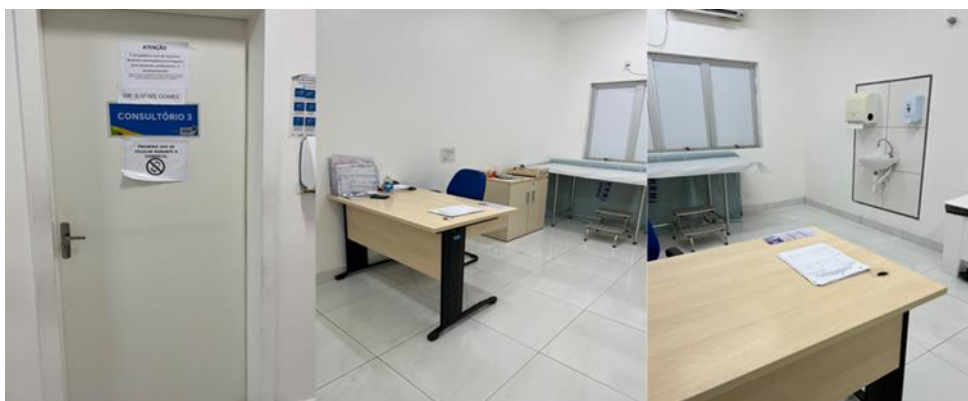


Figura 1. Estrutura física do Centro de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional (CRDTG)

Os recursos materiais disponíveis são: balança, maca, mesa, cadeiras, glicosímetro, detector cardíofetal, cardiotocógrafo, aparelho de ultrassonografia, esfigmomanômetro e estetoscópio.

As pacientes diagnosticadas, com doença trofoblástica gestacional, em todos os níveis de atenção à saúde, são encaminhadas e acolhidas na recepção do Centro de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional, na Maternidade de Alto Risco de Imperatriz. O serviço de enfermagem realiza a triagem, registra os sinais vitais e encaminha para consulta com o médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

O médico, por sua vez, executa a anamnese e exame físico, registra os resultados dos exames laboratoriais e de imagem, em especial, dos níveis de β -hCG, a data da realização da aspiração manual intrauterina, o resultado da análise histopatológica; prescreve e orienta métodos contraceptivos, esclarece dúvidas e determina o intervalo de consultas conforme protocolo do

Ministério da Saúde e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Por fim, solicita novos exames para o seguimento e procede encaminhamentos, a depender do quadro clínico, que a paciente possa demandar (psicologia, assistência social, nutrição, fisioterapia, endocrinologia, ultrassonografia, infectologia).

Ressalta-se que o presente relato de experiência não possui registro no sistema do Comitê de Ética em Pesquisa / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) em virtude da dispensa prevista na Resolução CNS nº 510 de 2016, art. 1º, inciso VII.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implementação do ambulatório tem proporcionado a garantia de um atendimento especializado e ágil para pacientes com doença trofoblástica gestacional, contribuindo para a

promoção da saúde e prevenção de complicações graves. Levando-se ainda em consideração as complexidades do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como filas extensas, demora na marcação de consultas e exames, e dificuldades no retorno aos atendimentos, com o CRDTG objetivou-se melhoria no fluxo de atendimento e tomada de decisões, além de reduzir o risco de iatrogenias, proporcionando um ambiente de atendimento eficiente e sem filas de espera.

Antes da criação do CRDTG, o município carecia de um fluxograma organizado de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, o que afetava diretamente o bem-estar das pacientes. A partir desse contexto de desorganização institucional, as portadoras de doença trofoblástica gestacional enfrentavam dificuldades para o diagnóstico e tratamento adequados, no sistema regional de saúde, porquanto havia uma confusão nos níveis de atenção à saúde pública sobre o que fazer, para onde encaminhar e como acompanhar as pacientes diagnosticadas com DTG.

Esse fato agravava-se porque, em muitas vezes, as pacientes recebiam apenas tratamentos de esvaziamento uterino, sem um diagnóstico preciso, sendo erroneamente tratadas como casos de aborto hidrópico e que acabavam por evoluir para neoplasia trofoblástica, perdendo um tempo valioso na implementação correta e célere do tratamento, resultando em sequelas físicas e psíquicas irreversíveis e, às vezes, evoluindo à óbito.

Por sua vez, o tratamento cirúrgico inadequado, como histerectomias, quando mal indicado, para tratar a DTG, especialmente a mola hidatiforme, pode propiciar consequências graves e duradouras para as pacientes^(2,10) A mola hidatiforme, a qual é a forma mais comum de DTG, em geral, pode ser tratada com a remoção do tecido anômalo do útero, através de curetagem por sucção.¹¹ Portanto, nesse caso anterior, caso uma intervenção radical seja indicada erroneamente, ela pode resultar em infertilidade e traumas emocionais significativos, comprometendo sua qualidade de vida.

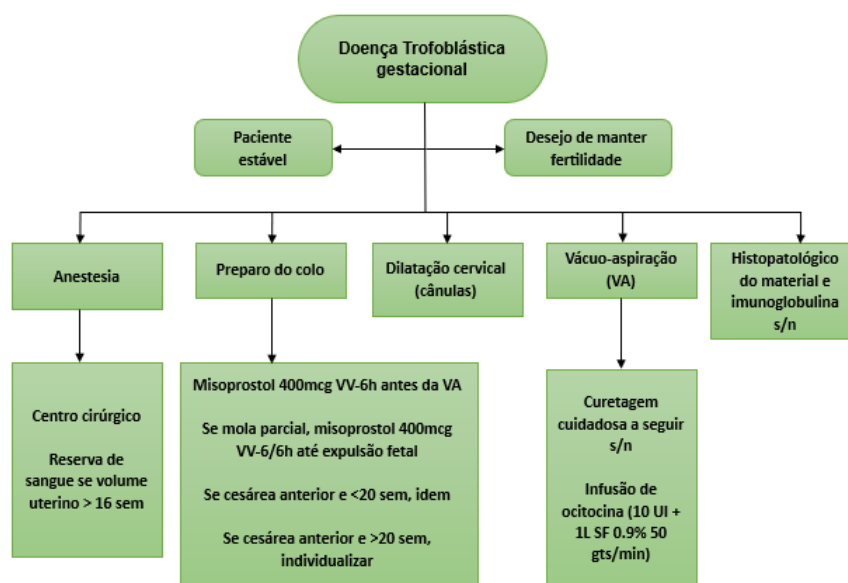
Desde sua inauguração em junho de 2022, o CRDM já atendeu 35 pacientes, encaminhando duas delas para o serviço oncológico de referência, da região Sudoeste do Maranhão, o

Hospital São Rafael, em Imperatriz-MA. Esse manejo é essencial nos casos que demandam tratamento oncológico, como destacado em uma pesquisa publicada no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, a qual ressaltou o monitoramento adequado e o uso de quimioterapia, quando bem indicados, constituem estratégias possíveis para evitar tratamentos cirúrgicos extensivos de maneira a preservar a fertilidade na maioria das mulheres com DTG.¹⁰

Atualmente, oferece-se um acompanhamento que segue as práticas descritas na literatura para o cuidado de pacientes com neoplasia trofoblástica gestacional, utilizando toda a infraestrutura e recursos humanos disponíveis na instituição. Após a curetagem por sucção, realiza-se a dosagem semanal dos níveis de β -hCG até se obter 3 medidas semanais consecutivas negativas, esparsando então o intervalo das coletas para mensais, durante os próximos 6 meses, até que se proceda a alta segura da paciente. Nesse momento, realiza-se a contrarreferência para a atenção primária de saúde, reforçando orientações sobre planejamento reprodutivo, bem como, liberação caso queira engravidar novamente.

Durante a contrarreferência, observa-se a importância de abordar o planejamento reprodutivo com sensibilidade, considerando os fatores limitantes e os receios das pacientes em relação à contracepção hormonal. Muitas mulheres apresentam dúvidas ou medo de efeitos adversos, com frequência, relacionados à desinformação ou experiências negativas prévias, o que pode impactar sua escolha contraceptiva.¹² Assim, é fundamental que os profissionais da atenção primária estejam capacitados para esclarecer dúvidas, oferecer opções personalizadas e construir uma relação de confiança, promovendo decisões informadas e seguras sobre o uso de métodos contraceptivos. Essa abordagem fortalece o cuidado integral à saúde reprodutiva, contribuindo para a adesão ao tratamento e o bem-estar das pacientes.

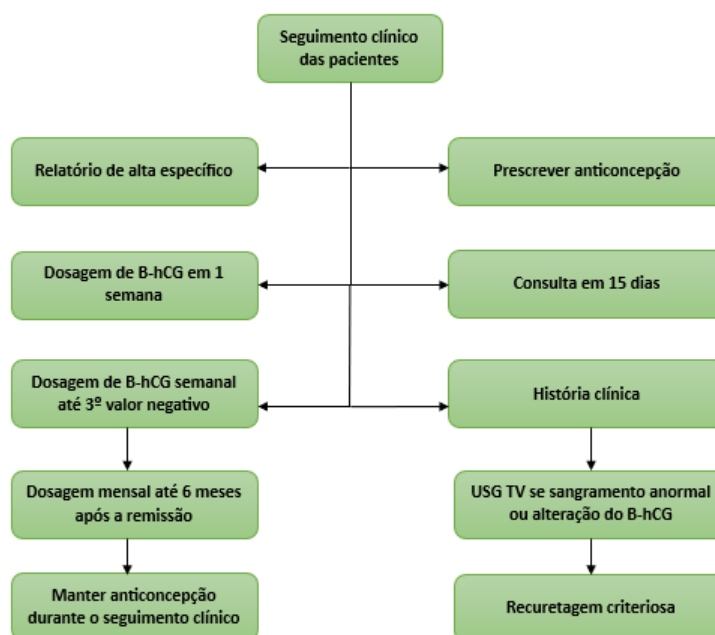
A conduta clínica e cirúrgica instituída no CRDM, após a paciente obter o diagnóstico de DTG, é ilustrada pelo fluxograma 1, o qual é uma adaptação de um protocolo já instituído em uma instituição de saúde pública, no Ceará⁽¹³⁾ Este fluxograma serve de norte para o estabelecimento do seguimento dos casos.



Fluxograma 1. Conduta nos casos de DTG.

O seguimento dos casos de DTG no CRDM, como ilustrado no fluxograma 2, depende e é composto por uma série de fatores, dentre eles: a própria compreensão da paciente sobre o quadro

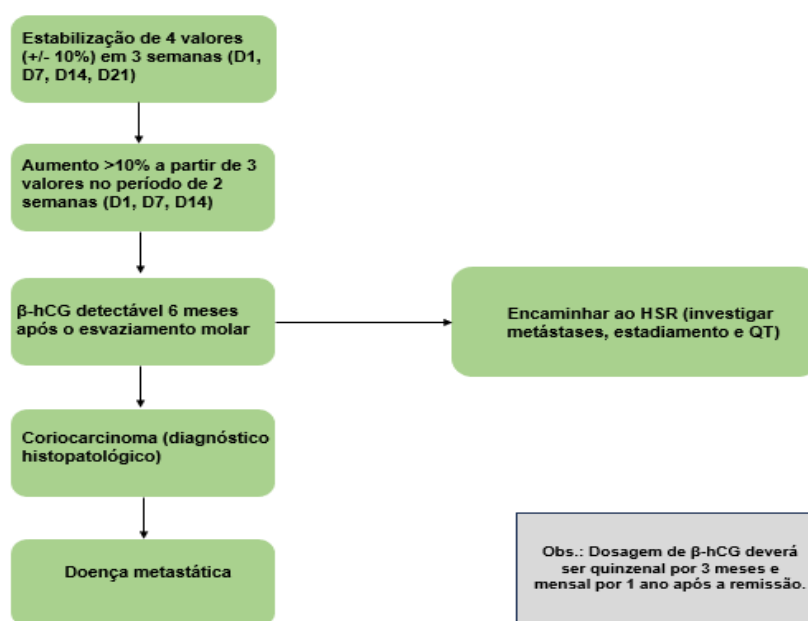
clínico e sobre a importância de manter o acompanhamento e tratamento regulares; avaliações seriadas dos níveis séricos de β -hCG e desejo em ter novas gestações.



Fluxograma 2. Seguimento nos casos de DTG. US: ultrassonografia. TV: transvaginal.

É válido ressaltar que o seguimento de DTG dependerá também do tipo histológico, pois, nos casos de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), que representam malignidade de maior

risco, requerem abordagem clínicas, cirúrgicas e, até mesmo, quimioterápicas distintas. A conduta instituída no CRDTG para seguimento da NTG é representada pelo fluxograma 3.



Fluxograma 3. Seguimento nos casos de NTG. HSR: Hospital São Rafael; QT: quimioterapia.

Entretanto, é imprescindível destacar que, apesar da implementação do CRDTG e do cumprimento dos protocolos, estabelecidos pelo Ministério da Saúde e FREABASGO, com foco na melhoria da qualidade do atendimento, o objetivo desse estudo não foi realizar uma análise quantitativa comparativa acerca do tempo de seguimento das pacientes antes e após o início do ambulatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Centro de Referência de Doença

Trofoblástica, no Sudoeste do Maranhão, representa um produto que tem contribuído para a otimização da assistência especializada à saúde da mulher, cujo funcionamento está pautado nos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e FEBRASGO. A utilização de fluxogramas assegura um atendimento sistematizado, medida que subsidia as pacientes e os profissionais, na gestão do tempo com atendimento oportuno, diagnóstico preciso e monitoramento adequado, contribuindo para promoção, proteção e recuperação da saúde.

IMPLEMENTATION OF THE REFERENCE CENTER FOR GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE IN MARANHÃO: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

Objective: To present the experience of implementing the Gestational Trophoblastic Disease Reference Center in the Southwest region of Maranhão. **Method:** This is a descriptive-observational, qualitative study of the experience report type. The implementation included meetings with health managers and hospital teams to assess the feasibility of a specialized center in the region. The actions were guided by guidelines from the Ministry of Health and the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations. Patients diagnosed with gestational trophoblastic disease in the region were included, and those undergoing advanced treatment in other centers were excluded. **Results:** Since 2022, the outpatient clinic has treated 35 patients, two of which were referred to the Hospital São Rafael, an oncology reference center in the southwest region of Maranhão. The creation of the center solved challenges such as the lack of protocols and waiting lists, ensuring accurate diagnosis, monitoring based on best practices, and prevention of serious complications. **Conclusion:** The Reference Center for Gestational Trophoblastic Disease in Southwest Maranhão has served to optimize specialized care to women's health through updated protocols, ensuring timely care, accurate diagnosis, and adequate monitoring, contributing to the promotion, protection, and recovery of the health of the patients served.

Keywords: Health promotion. Health personnel. Music. Hospitalization.

IMPLEMENTACIÓN DEL CENTRO DE REFERENCIA PARA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN MARANHÃO: RELATO DE EXPERIENCIA

RESUMEN

Objetivo: presentar la experiencia de implementación del Centro de Referencia en Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Sudoeste de Maranhão-Brasil. **Método:** se trata de un estudio descriptivo-observacional con enfoque cualitativo del tipo relato de experiencia. La implementación incluyó reuniones con gestores de salud y equipos hospitalarios para evaluar la viabilidad de un centro especializado en la región. Las acciones fueron orientadas por directrices del Ministerio de Salud y la Federación Brasileña de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia. Se incluyeron pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional en la región, y se excluyeron a aquellas en tratamiento avanzado en otros centros. **Resultados:** desde 2022, el ambulatorio atendió a 35 pacientes, con dos dirigidas al Hospital São Rafael, centro de referencia oncológica, en la región suroeste de Maranhão-Brasil. La creación del centro resolvió desafíos como la falta de protocolos y las colas de espera, asegurando diagnósticos precisos, supervisión basada en las mejores prácticas y prevención de complicaciones graves. **Conclusión:** el Centro de Referencia en Enfermedad Trofoblástica Gestacional, en el Sudoeste de Maranhão-Brasil, ha servido para la optimización de la asistencia especializada a la salud de la mujer, a través de protocolos actualizados, garantizando una atención apropiada, un diagnóstico preciso y monitoreo adecuado, contribuyendo a la promoción, protección y recuperación de la salud de las pacientes acogidas.

Palabras clave: Ginecología. Atención Integral en Salud. Embarazo de alto riesgo. Mola Hidatiforme. Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Ferraz L, Lopes PF, Ramos CAB, Boechat SG. Doença trofoblástica gestacional. *Saber Científico* 2021;7(1): 83-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.22614/resc-v7-n1-788>
2. Soper JT. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management. *Obstet Gynecol.* 2021;137(2):355-370. DOI: <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000004240>
3. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, Lurain JR, Massuger L. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155 Suppl 1(Suppl 1):86-93. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13877>
4. Silva VARD, Maestá I, Costa RAA, Campos AÁ, Braga A, Horowitz N, Elias KM, Berkowitz R. Geographical Health District and Distance Traveled Influence on Clinical Status at Admission of Patients with Gestational Trophoblastic Disease. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023;45(7):e384-e392. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772179>
5. Braga A, Uberti EM, Fajardo Mdo C, Viggiano M, Sun SY, Grillo BM, Padilha SL, de Andrade JM, de Souza CB, Madi JM, Maestá I, Silveira E. Epidemiological report on the treatment of patients with gestational trophoblastic disease in 10 Brazilian referral centers: results after 12 years since International FIGO 2000 Consensus. *J Reprod Med.* 2014; 59(5-6): 241-7. PMID: 24937964.
6. Mitric C, Yang K, Bhat G, Lheureux S, Laframboise S, Li X, Bouchard-Fortier G. Gestational trophoblastic neoplasia: does centralization of care impact clinical management? *Int J Gynecol Cancer.* 2023;33(11):1724-1732. DOI: 10.1136/ijgc-2023-004526.
7. Braga A, Obeica B, Moraes V, da Silva EP, Amim-Junior J, Rezende-Filho J. Doença trofoblástica gestacional. *Rev. Hosp. Uni. Pedro Ernesto.* 2014; 13(3): 54-60. DOI: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.12124>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidados para doença trofoblástica gestacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/linha-de-cuidados-para-doenca-trofoblastica-gestacional/>. Acesso em: 02 jun. 2024.
9. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia (FEBRASGO). Doença trofoblástica gestacional [Internet]. Brasília: FEBRASGO; 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n24---O---Doena-trofoblastica-gestacional.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2024.
10. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203(6): 531-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.073>
11. Ferraz L, Lopes PDF, Ramos CAB, Boechat SG, Fonseca IP, Braga A. Doença trofoblástica gestacional: como diagnosticar e tratar? *Saber Científico.* 2018;7(1):83. DOI: <http://dx.doi.org/10.22614/resc-v7-n1-788>
12. Monçalves KLM, Machado ABC, Silva RTF, Souza LM, Freitas ME. Escolha da contracepção hormonal por mulheres assistidas na atenção primária: fatores limitantes e medo. *Ciênc Cuid Saúde.* 2023;22:e65836. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65836>
13. Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Doença Trofoblástica Gestacional. Fortaleza: EBSEH; 2023. Protocolo nº PRO-MED-OBS-010. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/doenca-trofoblastica-gestacional-promed-obs-010.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2024.

Endereço para correspondência: Rafael Gomes da Silva. Rua Tiradentes, 41, Centro, Augustinópolis, TO, Brasil, 77960-000. E-mail: rafaelgomesgo@gmail.com

Data de recebimento: 22/04/2024

Data de aprovação: 04/12/2024