

UM OLHAR PARA A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES COM GESTAÇÃO MOLAR

A LOOK FOR ASSISTANCE TO WOMEN WITH MOLAR PREGNANCY

Milena da Rocha Bezerra¹
Valdenice Dias dos Santos¹
Rita de Cássia Vellozo da Silva²

RESUMO

A gestação molar é uma complicação relativamente infrequente da gravidez, mas com potencial para evolução para formas que necessitam de tratamento sistêmico e podem ser ameaçadoras da vida. Estudo de revisão de literatura com o objetivo de discutir o conhecimento produzido sobre a assistência às mulheres com gestação molar. Os resultados apontam a carência de estudos nesta área, especificamente aqueles relacionados à assistência de enfermagem. Isso demonstra também que as profissionais de enfermagem precisam aprofundar seus conhecimentos e discussões sobre a assistência à mulher com gestação molar, frente às diversas peculiaridades existentes.

Palavras - Chave: Mola Hidatiforme. Gestação Molar. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Molar pregnancy is a rare complication in pregnancy, but with the potential for evolution towards forms that require systemic treatment and can be life threatening. A literature review in order to discuss the knowledge produced on assistance to women with molar pregnancy. The results indicate a scarcity of studies in this area, specifically those related to nursing care. It also demonstrates that nursing professionals need to deepen their knowledge and discussions about health care for women with molar pregnancy, front the various peculiarities existing.

Key-words: Hydatidiform Mole. Molar pregnancy. Obstetric Nursing.

¹Enfermeira, pós-graduanda do Curso em Enfermagem Obstétrica da Escola de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). E-mail: milenabezerra10@hotmail.com

¹ Enfermeira, pós-graduanda do Curso em Enfermagem Obstétrica da Escola de Medicina e Saúde Pública. E-mail: val.ba15@hotmail.com .

² Enfermeira, doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, orientadora do trabalho de conclusão do curso. E-mail: rvelozo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A gestação molar (GM) é representação por tumores, benignos ou malignos, originados do epitélio trofoblástico. A classificação histopatológica da Organização Mundial de Saúde (1983) define-as em: GM (completa ou parcial), mola invasora, coriocarcinoma e tumor trofoblástico do sítio placentário, tumor funcionante, produtor de gonadotrofina coriônica humana (HCG), e está entre os raros tumores humanos que podem ser curados mesmo na presença de disseminação ampla (MEDCURSO, 2004; REZENDE, 2013; 2008).

A GM é uma anomalia no desenvolvimento da placenta que resulta na conversão das vilosidades coriônicas em uma massa de vesículas claras e viscosas, com aspecto de cacho de uvas. É a lesão mais comum que precede o coriocarcinoma, um tumor maligno, o trofoblasto, com tendência a metástases rápidas e generalizadas (CARVALHO, 2012).

A hipótese de GM deve ser considerada em todas as pacientes com hemorragia genital no 1º trimestre e, principalmente, no 2º trimestre da gestação. Com este cuidado, deve-se procurar dentro do possível, confirmar o diagnóstico por meio do ultrassom e instituir a terapêutica mais adequada para cada caso (NETO, 2002).

Ocorrem grandes variações na incidência de país a país e é indiscutível a relativa banalidade da mola no Oriente. A incidência oscila entre 1:80 e 1:2.000 gestações, maior na população pobre, onde prevalece a má nutrição, fator que pode estar em jogo na gênese da doença (REZENDE, 2011).

O tratamento da GM é feito preferencialmente através do esvaziamento uterino, histerectomia ou quimioterapia quando necessário e seguimento pós-molar evitando reincidência (BEREK, 2009).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer Americano, a probabilidade de cura depende do tipo histológico, da extensão da doença, do nível de gonadotrofina coriônica humana, da duração da doença, do sítio das metástases e da natureza do antecedente gravídico. O diagnóstico e o manejo permitem abordar a patologia, levando, via de regra, à sua cura, com morbidez e mortalidade baixas (JEMAL, 2006 *apud* FREITAS *et al.*, 2011).

O interesse pelo assunto abordado se deu diante do pouco conhecimento das autoras sobre a assistência a patologia, e por reconhecer a importância de uma atenção pré-natal eficiente, optou-se por buscar na literatura maiores esclarecimentos sobre o tema. Logo, definiu-se como objetivo discutir sobre a assistência às mulheres com gestação molar, desde a suspeita diagnóstica até o tratamento propriamente dito.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo revisão bibliográfica, sobre a gestação molar, tendo como proposta explicar e descrever as práticas assistenciais necessárias às mulheres portadoras desta patologia.

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas da Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e livros, no idioma português, entre 2009 a 2013, empregando os descritores gestação molar, doença trofoblástica gestacional, mola hidatiforme e enfermagem.

Foram encontrados apenas 02 artigos desenvolvidos diretamente sobre gestação molar ou mola hidatiforme, no período estabelecido acima. Desse modo, optou-se por estender a pesquisa para o período entre 2000 e 2013. Foram localizados no total 12 artigos: um não tinha relação com o tema, dois estavam repetidos, resultando em nove artigos, todos discutindo aspectos anatomopatológicos. Nenhum dos artigos abordava assistência de enfermagem às mulheres em situação de GM.

As demais referências utilizadas ajudaram para nortear o entendimento de que se tratava o estudo, esclarecendo as dúvidas no decorrer da discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos encontrados não foram discutidos um a um, considerando que estavam muito focados no diagnóstico e controle da doença, enquanto que o objetivo do estudo era dar um panorama sobre a assistência prestada à mulher com gestação molar. Desse modo, os artigos serão apresentados em um quadro, ao final da discussão, antes das considerações finais.

Optou-se por discutir alguns aspectos fisiopatológicos relacionados à gestação molar e apontar aspectos pertinentes à assistência à essa mulher, relacionando-os à Enfermagem.

A mola hidatiforme (MH) está incluída num grupo mais amplo conhecido genericamente como Doença Trofoblástica Gestacional e que compreende, além da MH, as formas com comportamento maligno como a neoplasia trofoblástica gestacional, o coriocarcinoma e o tumor trofoblástico de leito placentário, entre outras menos frequentes. A doença pode se comportar clinicamente como benigna ou maligna, sendo a primeira forma mais frequente. Por outro lado, o tumor trofoblástico do leito placentário, comporta-se como

doença maligna, com tendência a invadir localmente o miométrio e a metastizar mais frequentemente para os pulmões, trato genital inferior, cérebro, fígado, rins e trato gastrointestinal (FREITAS *et al.*, 2011).

A GM está entre os raros tumores humanos que podem ser curados mesmo na presença de disseminação ampla. Embora na maioria das vezes os tumores trofoblásticos gestacionais persistentes (TTG) sucedam uma gravidez molar, podem ocorrer após qualquer evento, incluindo abortamento terapêutico ou espontâneo, gravidez ectópica ou a termo (BEREK, 2009). Tratando-se de um tumor que pode aparecer em qualquer fase da vida reprodutiva de uma mulher, parte a necessidade e importância de esclarecimentos sobre esta patologia aos profissionais de saúde, principalmente a Enfermagem, que está envolvida de forma direta no cuidar seja na unidade hospitalar ou na unidade básica de saúde.

A transformação maligna do tecido trofoblástico provavelmente está relacionada, pelo menos em parte, com a ativação de oncogenes e inativação de genes supressores tumorais (FREITAS *et al.*, 2011). A GM é uma forma inviável e geneticamente anormal, com excesso de desenvolvimento do trofoblasto e escasso (mola hidatiforme parcial) ou nenhum tecido embriofetal (mola hidatiforme completa), e a mola hidatiforme parcial é duas vezes mais frequente do que a completa. A doença pode ocorrer em qualquer fase da idade reprodutiva, mas a mola hidatiforme completa é mais comum nos extremos deste intervalo. As mulheres com menos de 16 anos têm risco seis vezes superior ao restante das mulheres com mais de 50 anos de idade. Já a mola hidatiforme parcial é mais frequente após 20 anos e sua incidência aumenta com a idade (CUNNINGHAM, 2012).

Os sintomas e sinais clínicos manifestam-se em ordem decrescente de frequência: sangramento vaginal, útero aumentado em relação à idade gestacional, pressão ou dor pélvica, cistos, anemia, hiperemese gravídica, hipertireoidismo, pré-eclâmpsia, antes de 20 semanas de gestação, passagem vaginal de vesículas hidrópicas (FREITAS *et al.*, 2011).

As mulheres que apresentam essas características clínicas são muitas vezes mal diagnosticadas. Uma vez que a gestação é a fonte mais comum de gonadotrofina coriônica (HCG), com frequência suspeitam inicialmente de uma complicação da gravidez (ameaça de aborto e gravidez ectópica), em vez de gestação molar em mulheres que apresentam sangramento vaginal, útero aumentado e desconforto pélvico e um teste de gravidez positivo (FREITAS *et al.*, 2011).

Por estar relacionada com sinais e sintomas de uma gestação normal parte a necessidade realmente de elucidação diagnóstica, evitando assim um tratamento tardio. Embora o quadro clínico mostre uma gestação normal, existem outros aspectos importantes

que devem ser considerados como o exame físico, laboratoriais e de imagem que podem evidenciar o aumento incompatível do útero com a idade gestacional e os níveis hormonais alterados.

A mola hidatiforme parcial é o único tipo de GM que está associado à presença de líquido amniótico e um feto cuja atividade cardíaca pode ser detectada. O abortamento espontâneo é a evolução natural das molas parciais, podendo ser um achado anatomopatológico. Muitas vezes o diagnóstico da mola hidatiforme parcial é dado de forma equivocada como um aborto incompleto ou inevitável, e o diagnóstico é feito somente após incluir análise histológica de espécime cirúrgico, ou seja, material retirado após o esvaziamento uterino. Essas gestações são raramente associadas ao tamanho uterino excessivo, aumento do ovário, pré-eclampsia, hiperemese ou hipertireoidismo, pois os níveis de HCG são geralmente mais baixos do que aqueles observados com uma mola completa (FREITAS *et al.*, 2011).

Nesse sentido, corrobora o estudo de Biscaro *et al.*, (2012), que buscou determinar a frequência de mola hidatiforme em tecidos obtidos por curetagem uterina, e mostrou que a frequência de mola hidatiforme é baixa e a doença pode não ser suspeitada pelo quadro clínico, pela ultrassonografia e pelo nível sérico da fração beta da gonadotrofina coriônica humana, exigindo análise anatomopatológica dos tecidos obtidos pelo esvaziamento uterino para o seu diagnóstico.

A GM completa se origina da fertilização de um óvulo com núcleo ausente ou inativo com a carga genética somente do pai. O cariótipo parece ser encontrado em pacientes com essa patologia recorrente e pode ser associado a uma condição autossômica recessiva, que predispõe a gravidez molar. Esse tipo de mola não possui tecidos embrionários e fetais identificáveis, e as vilosidades apresentam edema hidatiforme generalizado, ausência de vasos sanguíneos e hiperplasia trofoblástica difusa. Possui potencial de invasão local (15%) e disseminação (4%). A carga genética completa é totalmente de origem paterna (FREITAS, *et al.*, 2011).

Ainda segundo Freitas *et al.*, (2011), na gestação mola o núcleo inativado do ovulo não participa da fertilização gerando assim carga genética exclusiva do genitor. Uma gestação normal a carga genética é compartilhada entre as células do pai e da mãe, porém estudos evidenciam que na gravidez molar existe apenas a participação das células paternas, formando um emaranhado de células, que formam semelhantes a cachos de uvas no útero da mulher, levando à placenta a malformação.

A assistência às pacientes para avaliação de ambas as patologias se dá através de exames laboratoriais dosagem de HCG maior que 100.000mUI/ml e exame de imagem ultrassonográfico. A conduta para o tratamento se dá por meio dos seguintes exames: hemograma completo, tipagem sanguínea, RX de Tórax, USG pélvica, dosagem HCG (FABBRO, 2013).

Neste momento a equipe de enfermagem, principalmente a enfermeira tem participação efetiva, pois o laboratório deve ser acionado imediatamente para realizar coleta da amostra sanguínea, encaminhar a paciente ao setor de RX e ultrassonografia sendo transportada preferencialmente em cadeira de rodas, evitando assim acidentes. Deve-se atentar aos resultados dos exames com maior brevidade, por se tratar de doença potencialmente grave.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia adotou um sistema de estadiamento anatômico para o Tumor Trofoblástico Gestacional (TTG): **estádio I** - as pacientes apresentam elevação persistente dos níveis de HCG e tumor limitado ao corpo uterino; **estádio II** - as pacientes apresentam metástases para a vagina e pelve ou ambas; **estádio III** - as pacientes apresentam metástases pulmonares com ou sem envolvimento uterino, vaginal ou pélvico. O diagnóstico baseia-se no nível crescente de HCG, na presença de lesões pulmonares às radiografias de tórax; **estágio IV** - as pacientes apresentam doença avançada e envolvimento do encéfalo, fígado, rins ou trato gastrointestinal. Estas pacientes estão na categoria de maior risco, porque são mais propensas a serem resistentes à quimioterapia (BEREK, 2009).

O diagnóstico da GM pode ser estabelecido com segurança através da ultrassonografia. O tratamento ideal do TTG persistente requer avaliação completa da extensão da doença antes do início do tratamento. As pacientes com TTG persistente devem ser submetidas à avaliação cuidadosa antes do tratamento, incluindo anamnese e exame físico completos, medida do nível sérico de HCG, provas da função hepática, tireoidiana e renal, determinação do número basal de leucócitos e plaquetas. A pesquisa por metástase deve incluir radiografia ou tomografia computadorizada (TC) do tórax, ultrassonografia ou TC do abdome e da pelve, TC ou ressonância magnética de crânio. Quando os achados ao exame pélvico e à radiografia de tórax são negativos, é incomum haver envolvimento metastático de outros locais (BEREK, 2009).

A dosagem do b-HCG deve ser quantitativa. É importante lembrar que todas as mulheres com mola hidatiforme são de alto risco para desenvolvimento de doença. Portanto, o seguimento deve ser sempre realizado com o máximo rigor. A elevação persistente dos níveis

séricos de HCG após uma gravidez não molar (p. ex., o aborto ou gravidez ectópica ou gravidez prematura/a termo) sempre se deve ao coriocarcinoma ou ao tumor trofoblástico placentário local (FREITAS *et al.*, 2011).

O tratamento da GM é principalmente cirúrgico e cada paciente deve ser vista individualmente e de forma multidisciplinar. O esvaziamento molar ocorre até 12 semanas ou fundo uterino a meia distância entre a sínfise e a cicatriz umbilical – 02 comprimidos de misoprostol de 200mcg deve ser introduzido por via vaginal entre 4-6 horas até amolecer o colo uterino procedendo com o esvaziamento (AMIU ou convencional); 13 a 20 semanas ou fundo uterino acima da metade da distância entre a sínfise e a cicatriz umbilical – 01 comprimido e realizar esvaziamento (vácuo-aspiração) após 06 horas; acima de 20 semanas – 200mcg de misoprostol. Iniciar infusão de ocitocina até expulsão substancial da mola e redução do volume uterino, quando se procederá a vácuo-aspiração reduzindo assim o risco de perfuração (FREITAS *et al.*, 2011)

Baseado em Freitas *et al.*, (2011), existem critérios no uso da medicação que prepara o colo uterino para o esvaziamento da mola hidatiforme. A enfermeira deve atentar-se ao aprazamento de acordo com a idade gestacional, e fiscalizar a administração no horário estabelecido e a checagem em prontuário, evitando excesso ou falta no uso do misoprostol (prostaglandinas) medicação administrada por via vaginal utilizada na preparação prévia do colo uterino evitando complicações e danos à vida.

É preciso atentar para a importância de enviar todo material cirúrgico retirado para análise anatomopatológica. Pacientes RH-negativo devem receber a imunoglobulina anti-RH (BERKOWITZ, 2009 *apud* FREITAS *et al.*, 2011). Neste momento a enfermagem deverá estar atenta ao acondicionamento do material cirúrgico, pois deverá ser conservado em um frasco contendo formol ficando imerso, onde será encaminhado para biópsia em seguida providenciar administrar a imunoglobulina nas pacientes com fator RH-negativo.

O seguimento pós-molar é indispensável após o esvaziamento, em face da possibilidade, já referida, de malignização. A vigilância pós-molar é clínica e deve ser realizada semanalmente; ultrassonografia, semanal, visa acompanhar a involução uterina e a dos cistos ovarianos; exame radiológico do tórax, mensal, tem por fim surpreender metástases assintomáticas, que às vezes ocorrem na presença de útero absolutamente normal; e o exame hormonal é o mais importante, posto que o título do HCG dá ideia exata da quantidade e da vitabilidade do trofoblasto remanescente (REZENDE, 2013).

A enfermagem no cuidado a cliente com GM necessita de conhecimento da fisiopatologia do processo, utilizar os achados de pesquisa e evidências científicas atuais,

garantindo assistência de enfermagem de forma holística, respeitando a individualidade e acolhendo de forma humanizada não só a paciente como seus familiares, atentando para a inclusão do homem neste processo, esclarecendo a evolução da doença e a importância de acompanhamento após a cirurgia.

A equipe multiprofissional deve estar inserida no processo e acompanhamento dessas pacientes, programar ações educativas, avaliar os resultados obtidos com cuidado, avaliar a capacidade da cliente em lidar com as alterações, inclusive o homem já que a evolução da doença se dá com a carga genética apenas masculina, cuidados com a quimioterapia (efeitos colaterais, complicações, medidas de segurança), entre outros.

A seguir será apresentado o **Quadro 1** com o resumo dos artigos encontrados na pesquisa, com o intuito de dar um panorama em relação ao que foi produzido em português entre 2000 e 2013, considerando os descritores citados, sobre gestação molar/mola hidatiforme.

Quadro 1 – Publicações nacionais referentes a gestação molar/mola hidatiforme entre 2000-2013.

Título	Ano de Publicação	Autores/as	Periódico	Objetivo
Frequência de mola hidatiforme em tecidos obtidos por curetagem uterina	2012	BISCARO, Andressa; SILVEIRA, Sheila K; LOCKS, Giovanni de F; MILEO, Lívia Ribeiro; SILVA JR, João P da; PRETTO, Péricles	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	Determinar a frequência de mola hidatiforme em tecidos obtidos por curetagem uterina.
Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional: [revisão]	2009	ANDRADE, Jurandyr M	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	Identificar os fatores que predispõe à patologia.
A curva de regressão da gonadotrofina coriônica humana é útil no diagnóstico precoce da neoplasia trofoblástica gestacional pós-molar?	2007	DELMANTO, Lúcia RMG; MAESTÁ, Izildinha; BRAGA NETO, Antônio R MICHELIN, Odair C; PASSOS, José R de S; GAIOTTO, Fernanda R; RUDGE, Marilza V C	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	Avaliar a utilidade da curva de regressão do b-hCG no diagnóstico precoce de NTG pós-molar.

Quadro 1 – Publicações nacionais referentes a gestação molar/mola hidatiforme entre 2000-2013 (Continuação).

Título	Ano de Publicação	Autores/as	Periódico	Objetivo
Fatores de risco para doença trofoblástica gestacional persistente	2005	TIEZZI, Daniel G; ANDRADE, Jurandyr M; REIS, Francisco José C; LOMBARDI, Wellington; MARANA, Heitor RC	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	Avaliar o impacto dos fatores de risco na evolução para DTGP e selecionar grupos de pacientes para seguimento intensivo e os que poderiam se beneficiar de quimioterapia profilática.
Mola hidatiforme completa e eclâmpsia: relato de caso	2003.	MAESTÁ, Izildinha; PERAÇOLI, José Carlos; PASSOS, José Raimundo; BORGES, Vera T M; PEDRAZZANI, Carolina D; RUDGE, Marilza V Cunha	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia antes da 20ª semana deve levar à suspeita de MH.
Doença trofoblástica gestacional recorrente	2003	BELFORT, Paulo; BRAGA, Antônio	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	Estudar a frequência da NTG recorrente e analisar se a evolução e o desfecho do episódio de repetição acarretam agravamento do risco, e se há necessidade de regimes mais agressivos.
Doença trofoblástica gestacional em um centro de referência terciário: estudo retrospectivo de 10 anos (1991 a 2000)	2003	MAESTÁ, Izildinha; DALBEN, Ivete; PEDRAZZANI, Carolina D; UEMURA, Gilberto; CONSONNI, Marcos; RUDGE, Marilza V C	Acta Oncol. Bras	Analisar os resultados de dez anos de atividade do centro de referência da doença trofoblástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.

Quadro 1 – Publicações nacionais referentes a gestação molar/mola hidatiforme entre 2000-2013 (Continuação).

Título	Ano de Publicação	Autores/as	Periódico	Objetivo
Aspectos psicossociais da doença trofoblástica gestacional: importância dos grupos de ajuda	2001	DIESTEL, Maria do C F; UBERTI, Elza M H; LACERDA, Maria Elaine; SPAGNOL, Luciane O; SILVA, Ironi Luiza da	Acta Oncol. Bras	Relatar os aspectos sociais e emocionais que foram manejados individualmente ou nos grupos de apoio e que foram trazidos por pacientes em seguimento de MH, DTG, DTGP e TTG.
Preditores clínicos e histopatológicos de tumor trofoblástico gestacional pós-mola hidatiforme completa	2000	MAESTÁ, Izildinha; RUDGE, Marilza V. C; ABREU, Eliane S; DALBEN, Ivete; PERAÇOLI, José C	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	Definir os preditores clínicos e histopatológicos mais eficientes da evolução da mola hidatiforme completa para TTG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a gestação molar é uma patologia muitas vezes curável, quando diagnosticada precocemente e tratada. Seu acompanhamento é primordial, a assistência após o esvaziamento uterino requer um tratamento sistemático e rigoroso, evitando assim a reincidência molar. Existe uma carência quanto às publicações científicas dessa temática, especialmente no que tange à enfermagem, se fazendo necessária discussão na área de assistência à saúde da mulher. No entanto, sugerem-se que novas pesquisas abordando este contexto da gestação molar e a participação da enfermagem sejam realizadas e divulgadas.

O estudo bibliográfico com diferentes autores possibilitou observar diferentes nomenclaturas, porém com mesmos significados. Surgiram várias preocupações, principalmente aquelas relacionadas à escassez da enfermagem na participação junto a patologia de mola hidatiforme, a maioria dos trabalhos encontrados estavam relacionados mais com a fisiopatologia.

A enfermagem tem um papel importante no cuidado a estas mulheres com diagnóstico de mola, pois sua atuação na orientação, conscientização sobre a doença, diminui o risco de reincidência da patologia, pois o acompanhamento do seguimento pós-molar é importantíssimo evitando assim novas gestações de mola hidatiforme.

Intensificar as ações no que se refere à promoção da saúde, prevenção e recuperação, já que tem uma visão holística do ser humano, criando grupo de discussão com outros profissionais, são formas de a Enfermagem disseminar este assunto e discutir ações na assistência à mulher com gestação molar.

Corroborar o estudo de Diestel *et al.*, (2001), que buscou relatar os aspectos sociais e emocionais manejados individualmente ou nos grupos de apoio e que foram trazidos por pacientes em acompanhamento de Mola Hidatiforme (MH), de Doença Trofoblástica Gestacional Persistente (DTGP) e de Tumor Trofoblástico Gestacional (TTG) em um centro de referência. Nesse estudo, os aspectos emocionais observados foram alto grau de ansiedade, desconhecimento/medo da doença, distúrbios na área da sexualidade, impotência frente à maternidade, medo de perder/culpa projetada no companheiro, fantasias relacionadas à doença, culpa por estarem doentes, baixa auto-estima, etc.

Concluíram que a participação das pacientes nos grupos de ajuda é fator importante no entendimento e aceitação das peculiaridades das DTG. Nos grupos também é reforçada a importância ao retorno periódico ao longo acompanhamento previsto. Para assegurar o restabelecimento da saúde integral das pacientes, a equipe multiprofissional dos Centros de Referência deve estar habilitada para manejar também as alterações emocionais verificadas nas pacientes com MH de evolução não complicada, com DTGP e com TTG.

REFERÊNCIAS

1. BEREK, JS. **Tratado de Ginecologia** – 13ª Edição; Editora Guanabara Koogan; Rio de Janeiro, 2009.
2. BISCARO, A; SILVEIRA, SK; LOCKS, GF; MILEO, LR; SILVA JÚNIOR, JP; PRETTO, P. Frequência de mola hidatiforme em tecidos obtidos por curetagem uterina. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**; 34(6): 254-258, jun. 2012.
3. CARVALHO, GM. **Enfermagem Obstétrica** – 3ª Edição; Editora Pedagógica e Universitária Ltda. SP, 2012.
4. CONTRAN, RS; KUMAR, V; COLLINS, TR. **Patologia estrutural e funcional**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

5. CUNNINHAM, F. G. et al., **Obstetrícia de Williams** – 23ª Edição; Editora SBN- Artmed, 2010.
6. DIESTEL, MCF; UBERTI, EMH; LACERDA, ME; SPAGNOL, LO; SILVA, IL. Aspectos psicossociais da doença trofoblástica gestacional: importância dos grupos de ajuda. **Acta Oncol. Bras**; 21(1): 183-186, jan.-dez. 2001.
7. FABBRO, MRC. et al., **Enfermagem em saúde da mulher** v 3: Difusão Editora e Editora Senac.; Rio de Janeiro, 2013.
8. FREITAS, F. et al., **Rotinas de Obstetrícia** – 6ª Edição; Editora Artmed; RJ, 2011.
9. MEDCURSO. **Obstetrícia** v. 3: Editora Frattari Ltda. 2004.
10. NETO, CM. **Obstetrícia e Ginecologia** – 1ª Edição; Editora Roca Ltda. – SP, 2002
11. REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental** – 12ª Edição; Editora Guanabara Koogan S.A.; Rio de Janeiro – RJ, 2013.
12. SMELTZER, SC; BARE, BG. BRUNNER&SUDDARTH – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
13. SOARES, BC; RAFAEL, RMR; SOUZA, AS. A influência na denominação dos níveis Hormonais Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG) no monitoramento de neoplasias trofoblástica gestacionais. **Revista Uniabeu**, 2011, v.4 n.7, p. 38-50.