



# ITINERÁRIO TERAPÊUTICO – DOENÇAS TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

00

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola  
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) é um evento patológico relacionado com fertilização aberrante, representado por formas clínicas distintas, geralmente evolutivas, sistematizadas em:

- Mola hidatiforme.
- Mola invasora.
- Coriocarcinoma.
- Tumor trofoblástico do sítio placentário.
- Tumor trofoblástico epitelióide (BRAGA apud REZENDE, 2017).

## FINALIDADE

Conforme Mendes (2001, 2011) a gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

O itinerário terapêutico traz um novo conceito para o ambulatório de DTG envolvendo os profissionais e o usuário com a finalidade de organizar e facilitar no processo de comunicação. A padronização de um fluxo assistencial (ANEXO 1) e os indicadores do serviço são proposta de promover informação para todos que são inclusos no ambulatório de DTG e até para aqueles que não fazem parte e um dia poderão fazer.

Entretanto, seguindo da linha de gestão da clínica, estudo sobre itinerários terapêuticos aponta para a importância da experiência vivida pelos sujeitos no processo de enfermidade e a multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo (ALVES; SOUZA, 1999).

## ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

### ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / EMERGÊNCIA

A entrada da usuária na instituição é através da identificação e registro na recepção e posteriormente encaminhada para o acolhimento e classificação de risco (A&CR).

A A&CR tem o objetivo desde a recepção do usuário nos serviços de saúde, responsabilizar-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2017).

Para mulheres com diagnóstico prévio de DTG ou mulheres com queixas suspeitas de DTG o enfermeiro do A&CR deverá estar atento aos seguintes sintomas:

- Perda de sangue transvaginal.
- Náuseas e vômitos.

- Taquicardia (Hipertireoidismo).
- Hipertensão (pré-eclâmpsia precoce - < 24 semanas de idade gestacional).
- Dispneia (Síndrome de Angustia Respiratória no Adulto – SARA).

A usuária será triada e classificada de acordo com o risco que apresenta, baseado no manual de acolhimento e classificação de risco para doença trofoblástica gestacional (ANEXO 2), elaborado neste estudo e baseado no manual de acolhimento e classificação de risco vigente (BRASIL, 2017). Posteriormente, será encaminhada para emergência, onde será realizada a consulta e avaliação médica, se necessário será encaminhada para o setor de ultrassonografia para a confirmação do diagnóstico.

Para a internação, o enfermeiro deverá realizar o histórico de enfermagem, orientar as rotinas da instituição e confirmar se a paciente realizou os exames laboratoriais pré-procedimento de DTG, assim encaminhando a mesma para o Centro Obstétrico.

## CENTRO OBSTÉTRICO (CO)

A paciente é admitida no setor pelo enfermeiro, orientada e encaminhada para a sala cirúrgica onde será realizado o procedimento cirúrgico – Aspiração à vácuo.

O enfermeiro deverá disponibilizar o material específico para o armazenamento do material coletado que será enviado para a análise, e que dependendo do local de envio deverá respeitar a seguinte rotina:

- Patologia: procedimento não-estéril, o material deverá ser armazenado no frasco com formol. Deverá ser protocolado pelo enfermeiro, como o pedido da patologia (ANEXO 3) e enviado para o laboratório de patologia.
- Genética: procedimento estéril, todo o material deverá ser armazenado em um frasco estéril com soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) e heparina (para cada 250 mL de SF 0,9% + 1 mL de heparina) enviado e protocolado pelo enfermeiro ao laboratório da citogenética, com o pedido da patologia e da citogenética (ANEXO 4). Neste setor, o material será separado e o que não for utilizado será enviado para a patologia e armazenado com formol.
- Nos dias que houver coleta da genética fora no horário de funcionamento (funcionamento: 2ª feira a 5ª feira de 07 às 14 horas), a equipe médica deverá realizar a coleta da amostra. No caso de amostra fetal, as seguintes amostras deverão ser coletadas:
  - Fragmento de cordão umbilical (3 cm).
  - Sangue de cordão ou punção cardíaca (para cada 3 mL de sangue + 0,2 mL de heparina), armazenado no tubo para coleta de sangue tampa roxa.
  - Fragmento de pele região calcânea.
  - Placenta (próximo do cordão umbilical).

Obs: Feto macerado não serve para análise da citogenética.

Não poderá ser utilizado formol para análise da citogenética.

A equipe de enfermagem deverá identificar todo material acima com: nome da paciente; data e tipo de amostra; além de anexar o pedido da citogenética.

A equipe médica entrará em contato com as funcionárias responsáveis e o material da citogenética deverá ser enviado com os dois pedidos para o laboratório de análises clínicas e mantido na geladeira.

Após o procedimento, o enfermeiro realiza uma avaliação geral da paciente e comunica ao enfermeiro responsável pela enfermagem de finitude, o estado geral da paciente e um resumo do procedimento realizado.

## ENFERMARIA DE FINITUDE

A admissão neste setor é realizada pelo enfermeiro, onde ocorre o exame físico e a paciente e o acompanhante são orientados sobre a rotina do setor.

Caberá ao Enfermeiro neste momento realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde dará continuidade ao processo de enfermagem com a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem de acordo com o sistema de classificação CIPE® (CIPE, 2015).

## DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- Dor aguda: Localização: \_\_\_\_\_
  - Intervenções:
    - Aplicar compressa fria ou quente, de acordo com a necessidade.
    - Avaliar a eficácia da medicação, após sua administração.
    - Avaliar a eficácia das medidas não farmacológicas para controle da dor.
    - Favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor.
    - Registrar características da dor.
    - Verificar o nível de desconforto com a paciente.
  
- Risco de infecção
  - Intervenções:
    - Avaliar risco de infecção após a cirurgia.
    - Avaliar sinais e sintomas de infecção após a cirurgia.
    - Monitorar sinais vitais.
    - Obter dados sobre controle de sintoma.
    - Rever benefícios de uma boa higiene pessoal e roupas confortáveis.
    - Oferecer absorvente regularmente e quantificar a perda.
  
- Sangramento Transvaginal
  - Intervenções:
    - Observar sinais de anemia e sangramento.
    - Monitorar os sinais e sintomas a cada 6 horas.
    - Ensinar sobre sinais de sangramento vaginal alterado.
    - Inspecionar característica de cor, frequência e presença de coágulos.
    - Monitorar exames laboratoriais.
    - Observar se há sinais de hemorragia.
    - Promover redução de estresse.
    - Providenciar medidas de alívio à dor/conforto.
  
- Vômito/Risco de vômito
  - Intervenções:
    - Avaliar características de vômito quanto a volume, coloração e odor.
    - Avaliar estado de hidratação da paciente.
    - Estimular a ingestão de líquidos.
    - Estimular repouso.
    - Higienizar a cavidade oral após o vômito.
    - Manter a hidratação venosa com controle de gotejamento.
    - Monitorar exames laboratoriais (eletrólitos).
    - Observar a pele e mucosa quanto a sinais de desidratação.
    - Observar as características, a quantidade, a frequência e a duração do vômito.
    - Posicionar cabeça lateralizada.
    - Proporcionar conforto durante episódio de vômito.
  
- Ansiedade/Medo
  - Intervenções:
    - Acolher o usuário conforme suas necessidades.
    - Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.
    - Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado (exames, medicamentos, consultas especializadas).

- Estabelecer relação de confiança com o usuário.
- Usar abordagem calma e segura.
- Deambulação prejudicada/Mobilidade física prejudicada
  - Intervenções:
    - Orientar a permanência por cinco minutos sentada no leito antes de iniciar a deambulação.
    - Supervisionar e ajudar na deambulação da paciente.
    - Detectar a existência de fatores contribuintes.
    - Estimular a deambulação dentro dos limites seguros.
    - Incentivar a mudança de decúbito a cada 2 horas ao paciente restrito no leito.
    - Verificar a capacidade da paciente de ficar de pé e movimentar-se e o nível de ajuda necessário à utilização de equipamentos.
    - Orientar quanto à realização de mobilidade mesmo que seja de maneira passiva.

O agendamento para o seguimento ambulatorial é realizado pelo enfermeiro do ambulatório (dias úteis) e pelo enfermeiro plantonista da enfermaria de finitude (sábado, domingo e feriados). O agendamento deverá ser realizado para primeira quarta-feira, no horário das 12 horas após a data do procedimento.

## AMBULATÓRIO

O acompanhamento da paciente no ambulatório ocorre após o esvaziamento uterino (internação). A primeira consulta é agendada para o ambulatório de DTG de alto risco e a paciente será encaminhada para o baixo risco de acordo com o histórico da evolução e avaliação médica. O ambulatório de DTG de baixo risco é realizado na parte da manhã e de alto risco no período da tarde.

No momento em que a paciente inicia no ambulatório, o enfermeiro orienta sobre a rotina do setor e solicita a abertura do prontuário e do cartão de acompanhamento ambulatorial (ANEXO 5). O acompanhamento é semanal até a normalização do hCG ( $< 5$  mIU/mL), caso não ocorra a normalização, a gestante é encaminhada para o seguimento terapêutico responsável, indicado pela instituição (para realizar a quimioterapia) em conjunto com o acompanhamento quinzenal na Maternidade Escola da UFRJ. Para as pacientes com a normalização do hCG, o seguimento do atendimento na instituição passa ser mensal até seis meses, e caso não tenha alteração do hCG, após este período recebem alta da instituição.

Para a coleta do hCG a paciente é encaminhada para o laboratório de análises clínicas, que no período da manhã é realizada na sala 4 do 2º andar do Ambulatório e no período da tarde a coleta de hCG é realizada no 1º andar do prédio principal. O pedido do exame é entregue pelo médico na consulta e segue o seguinte fluxo (ANEXO 6):

- Semanal: até 3 exames de hCG ( $< 5$  mIU/mL):
  - 3 semanas com 4 valores de hCG em platô, ou 2 semanas com 3 valores de hCG em ascensão (aumento de 10% do valor anterior), é encaminhado para o seguimento responsável terapêutico (quimioterapia).
- Nos casos de remissão espontânea:
  - Manter vigilância mensal por 6 meses após a normalização de hCG, após o qual a paciente tem alta e não precisa mais monitorar o hCG.
- Nos casos de NTG: hCG é colhido na véspera da seção da QT:
  - As seções de QT deverão seguir até o hCG normalizar, após o qual vão se iniciar 3 a 4 ciclos de consolidação (normalização do hCG).
  - As dosagens de hCG são mensais durante 12 meses, depois semestrais até 5 anos, a partir do qual devem ser anuais para o resto da vida.

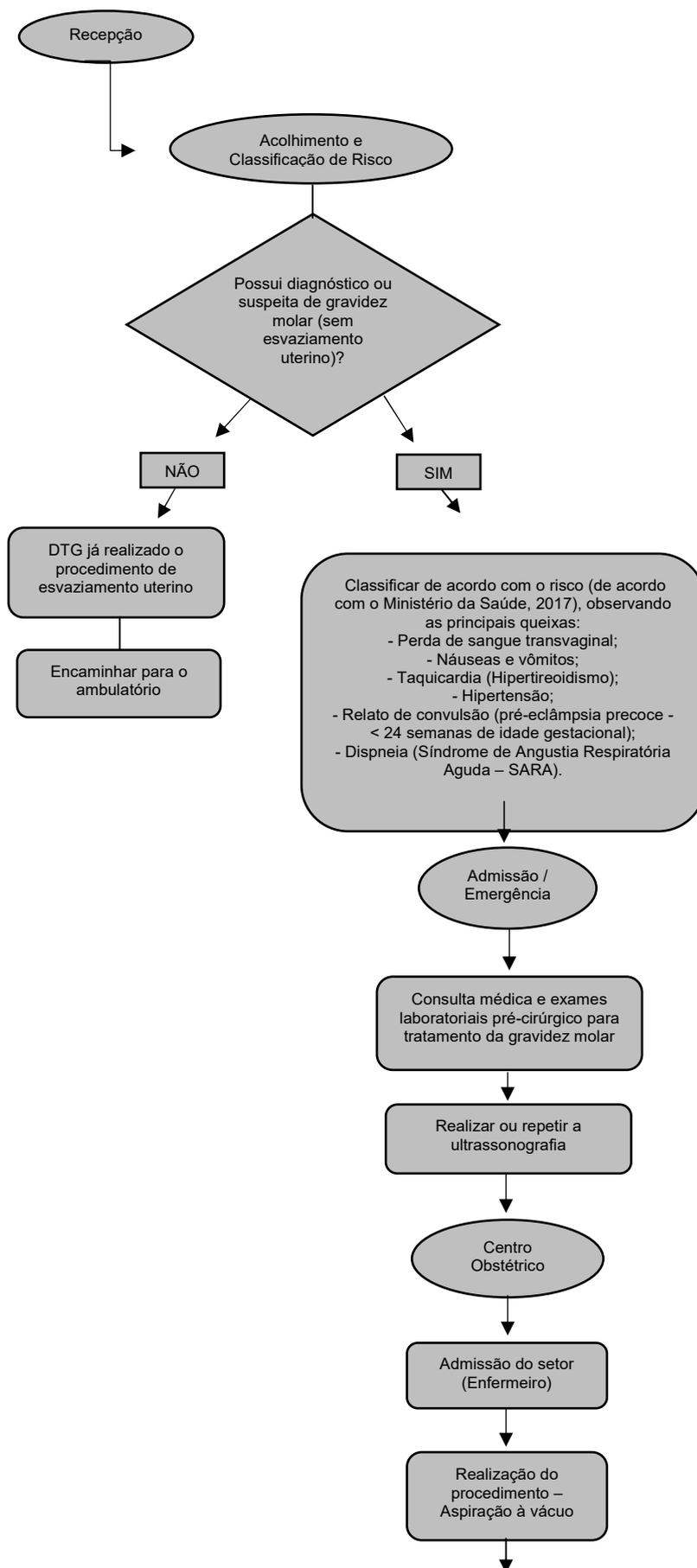
Em casos de uma nova gravidez o médico deverá solicitar uma ultrassonografia para comprovar presença de batimentos cardíaco fetal (BCF), tendo a comprovação a gestante é encaminhada para o

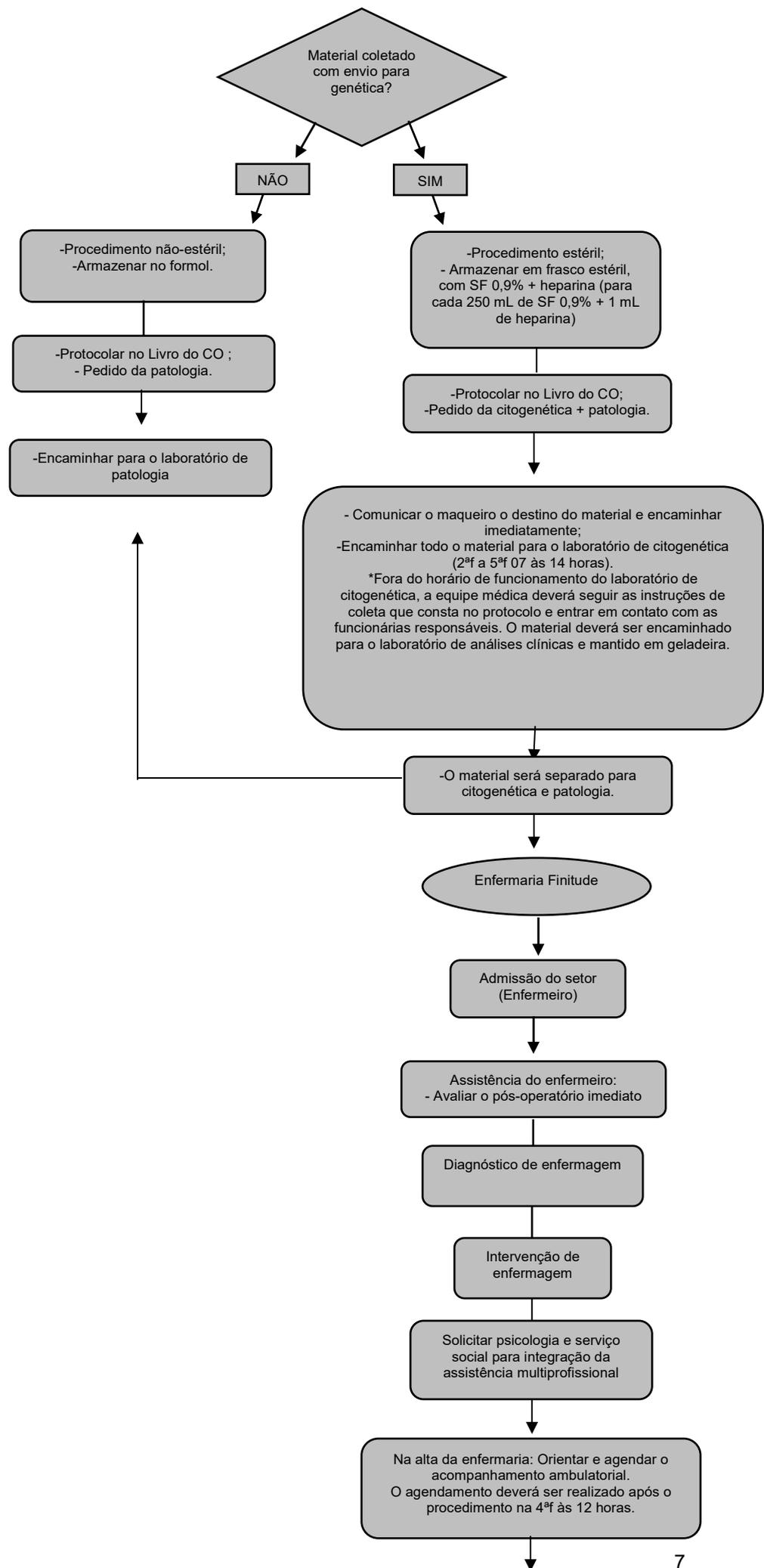
agendamento ao acolhimento ao pré-natal, realizada pelo enfermeiro e agendada para o pré-natal de pós-mola que ocorre às 4<sup>a</sup> feiras no período da manhã (ANEXO 7).

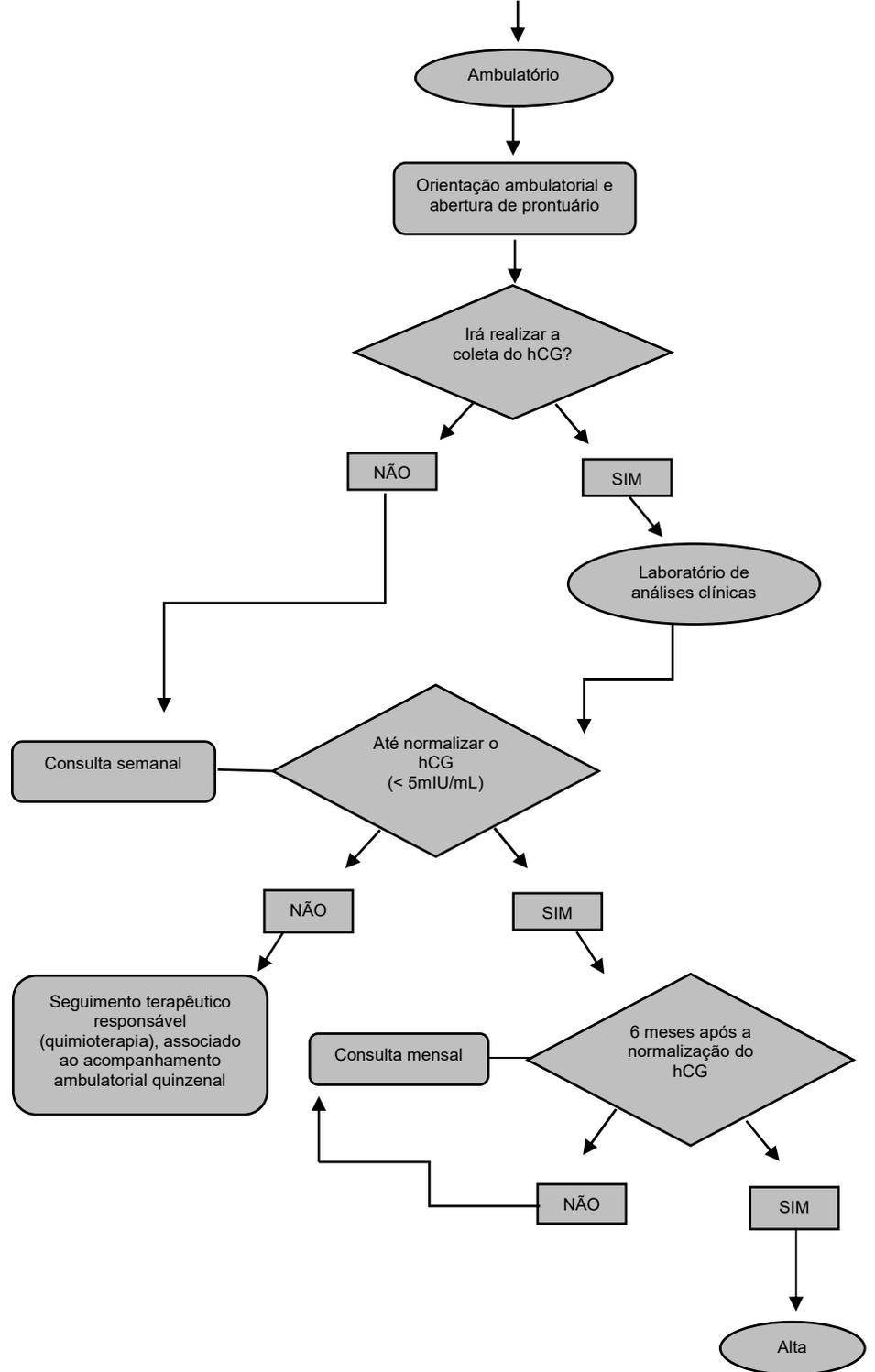
## LEITURA SUGERIDA

- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico.** In: RABELO, M. C. M, et al. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- BRAGA, A. **Doença Troblástica Gestacional.** In: Rezende Obstetrícia / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge Rezende Filho – 13. ed. – p. 320 – 340. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- \_\_\_\_\_. **Rede HumanizaSUS.** 2017. Disponível em: < <http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>> Acesso em: 28 jul. 2017.
- Classificação Internacional para Prática de Enfermagem – CIPE: aplicação à realidade brasileira / Organizadora, Telma Ribeiro Garcia. – Porto Alegre: Artmed, 2015. xii, 340p; 25.
- MENDES, E.V. – **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.
- MORAES, VP. et al. **Complicações clínicas da gravidez molar.** FEMINA | setembro/outubro 2014 | vol. 42 | nº 5.
- \_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 54.
- Universidade de São Paulo. **Crise tireotóxica.** Endocrinologia – USP. São Paulo, SP, 2010. Disponível em: [www.endocrinologiausp.com.br/wp-content/uploads/2010/04/Crise-tireotóxica.pdf](http://www.endocrinologiausp.com.br/wp-content/uploads/2010/04/Crise-tireotóxica.pdf). Acesso em: 18/ 08/ 2018.
- VIANA, WN. **Síndrome de Angústia Respiratória Aguda após Berlim.** Pulmão. Rio de Janeiro, RJ, 2015; 24 (3): 31-35.

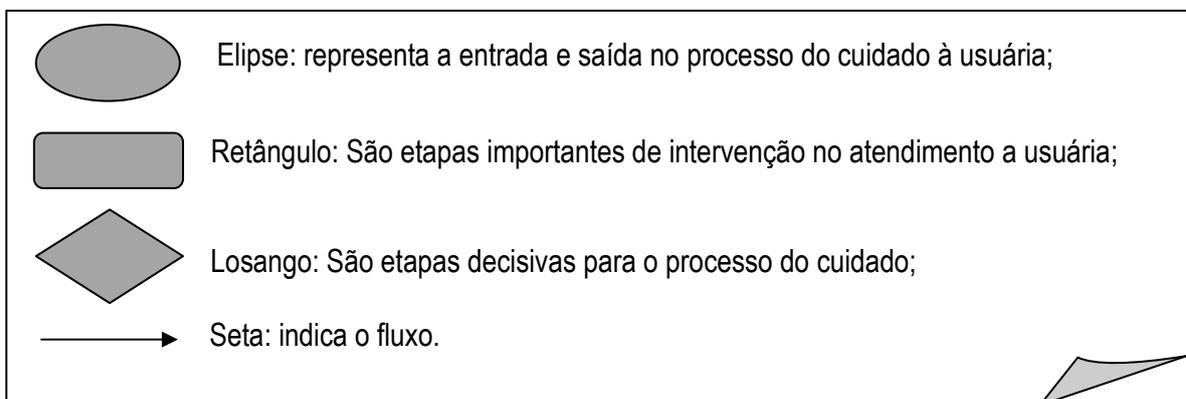
**ANEXO 1 - Fluxograma assistencial para doença trofoblástica gestacional – Itinerário terapêutico pelo enfermeiro**

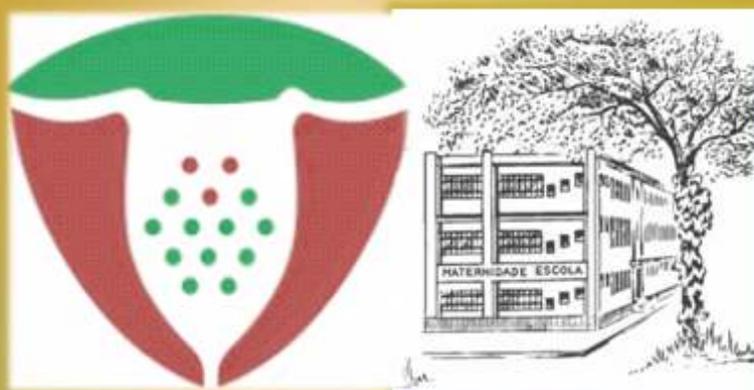






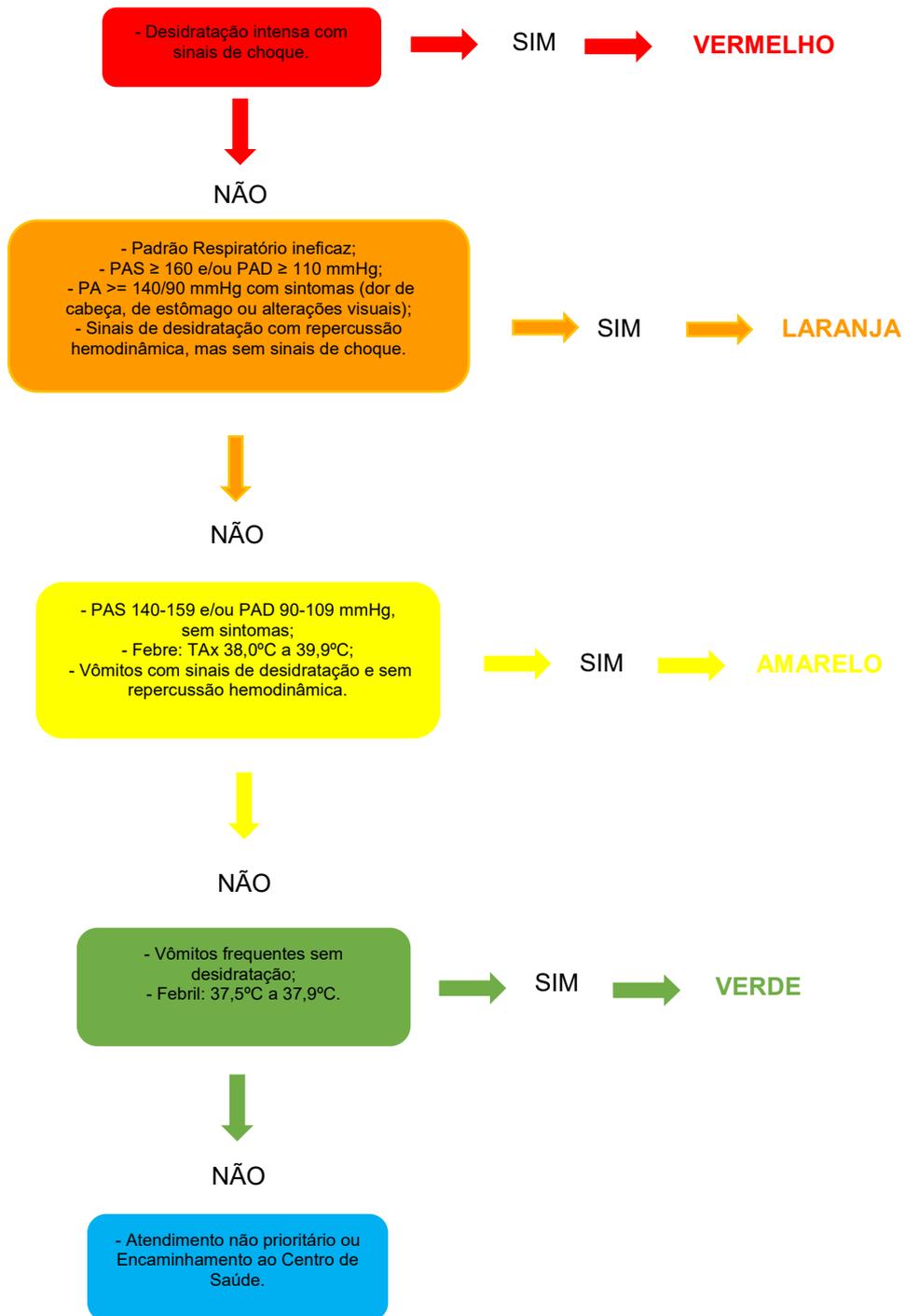
Representação gráfica dos fluxos:



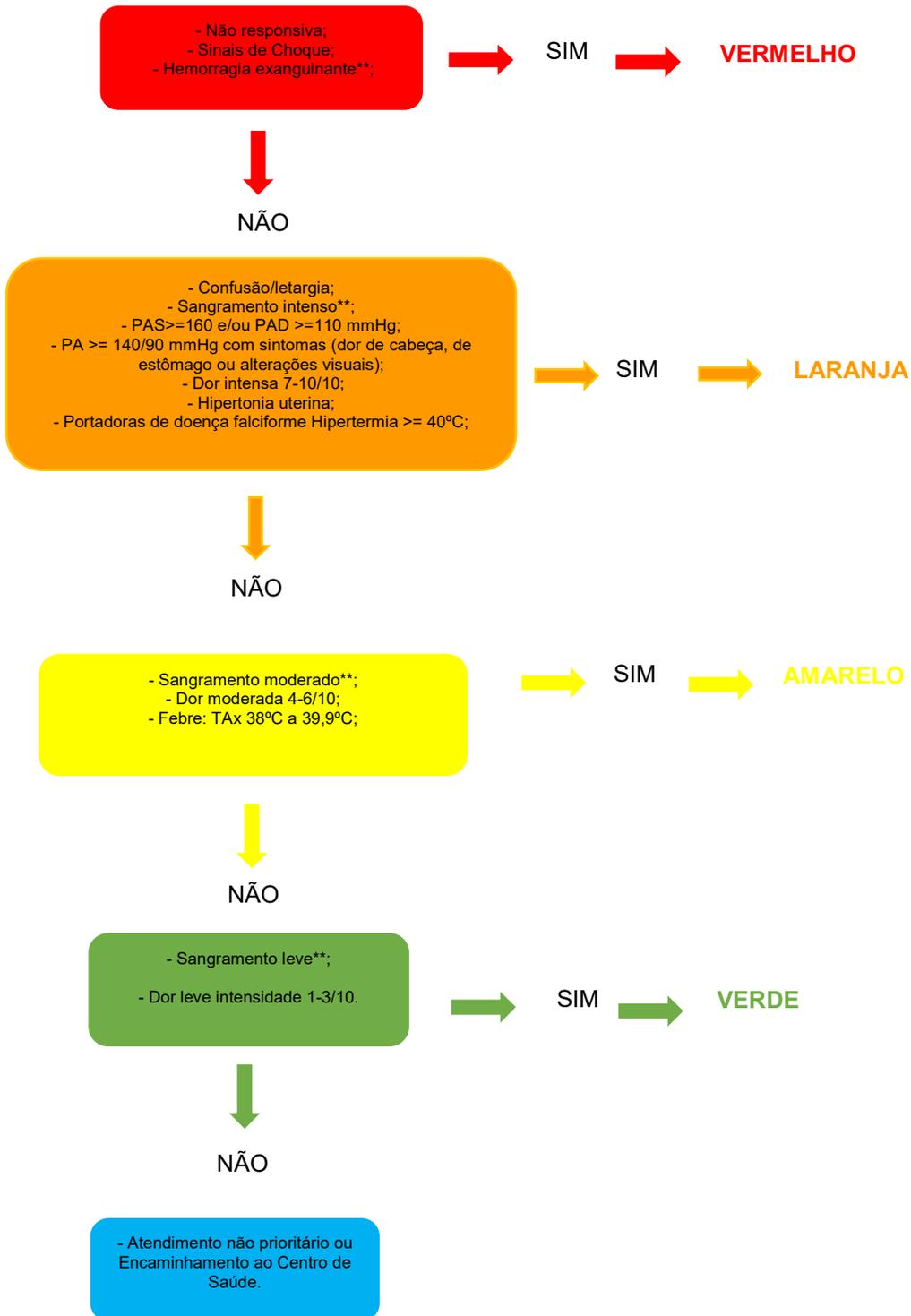


Manual de Acolhimento e  
Classificação de Risco para  
Doença Trofoblástica  
Gestacional da Maternidade  
Escola da UFRJ  
Rio de Janeiro - 2018

## NÁUSEAS E VÔMITOS

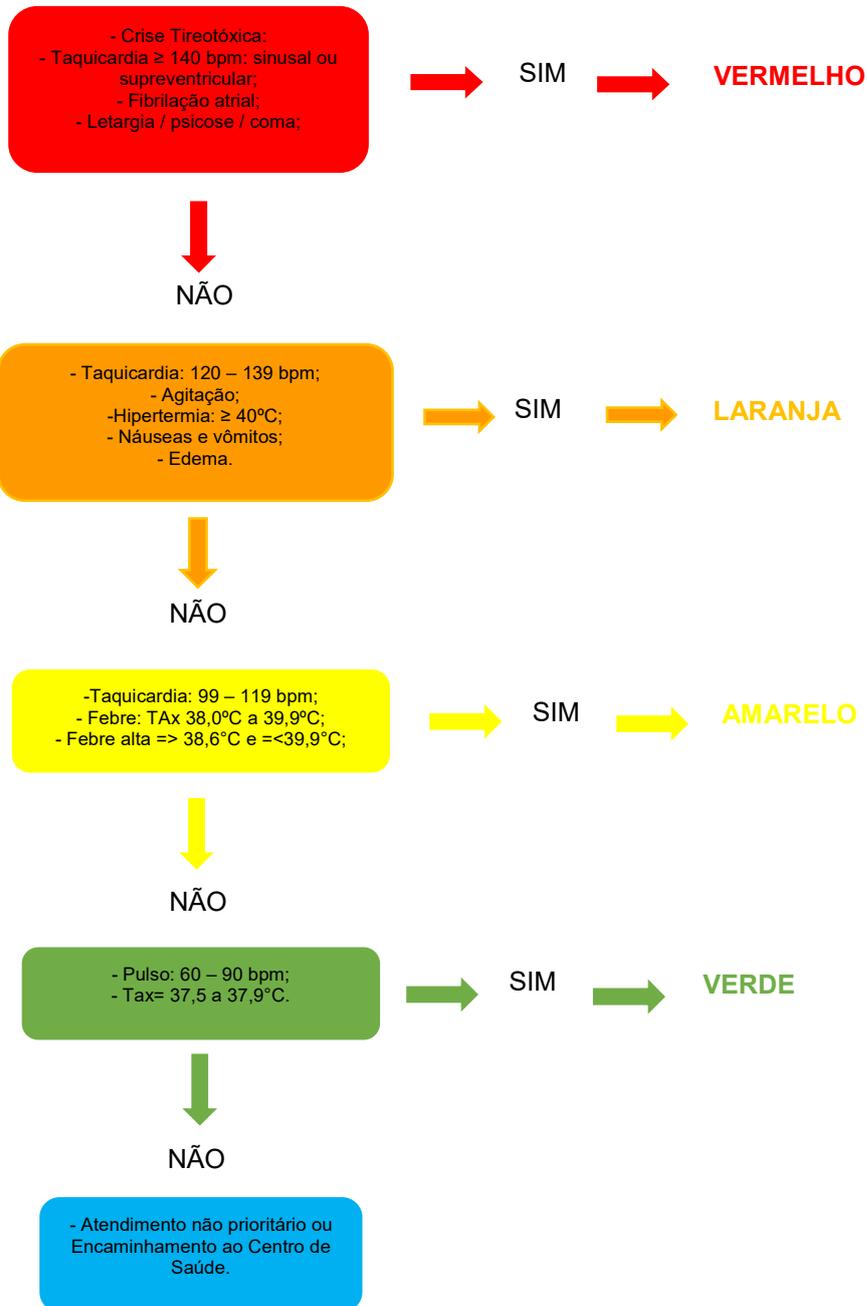


## PERDA DE SANGUE TRANSVAGINAL

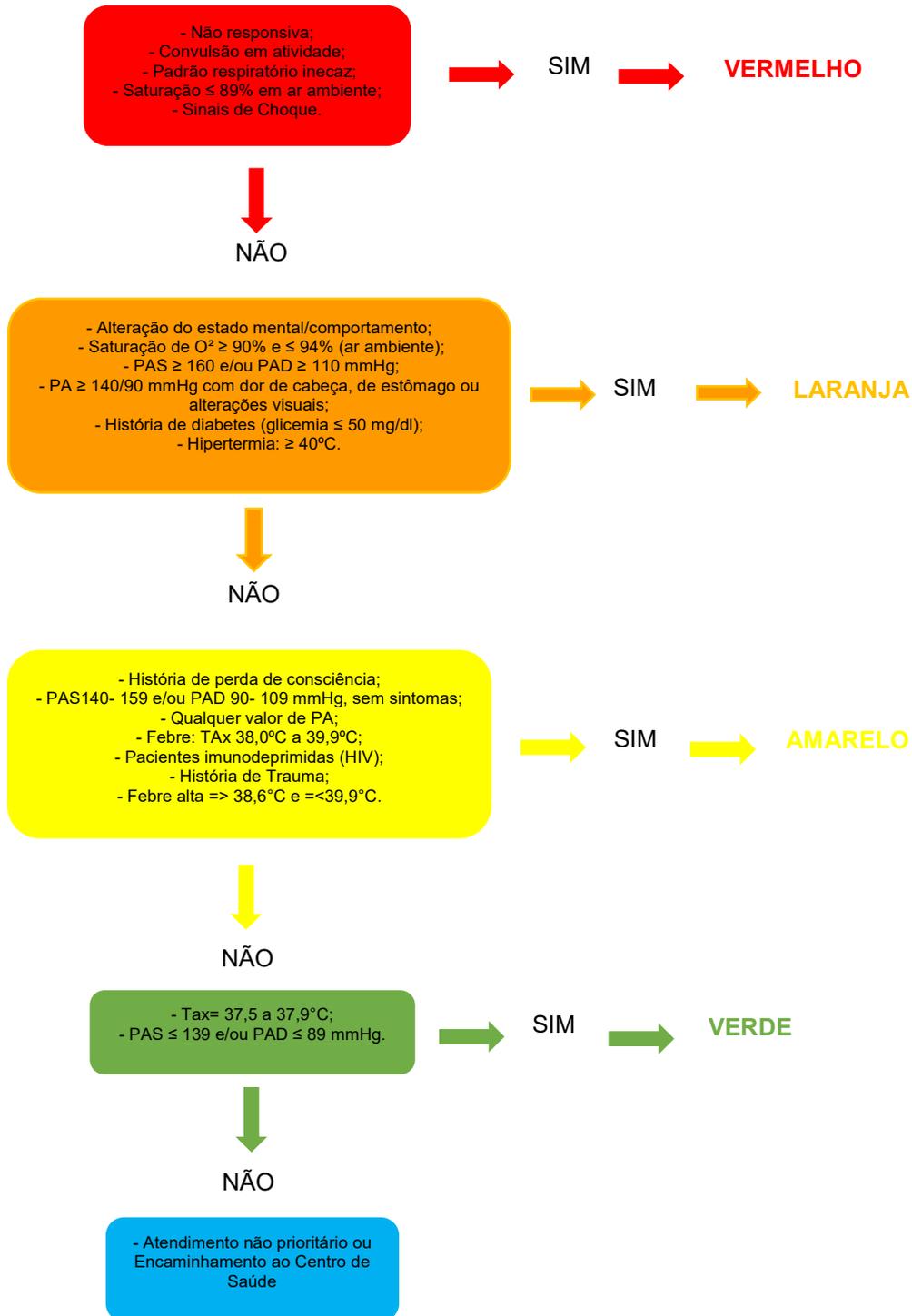


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguiante: perda $\geq$ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	$\geq$ 120	PAS $\leq$ 70
Sangramento intenso: perda brusca $\geq$ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS $\leq$ 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (1 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 1 absorvente normal	$\leq$ 90	Normal

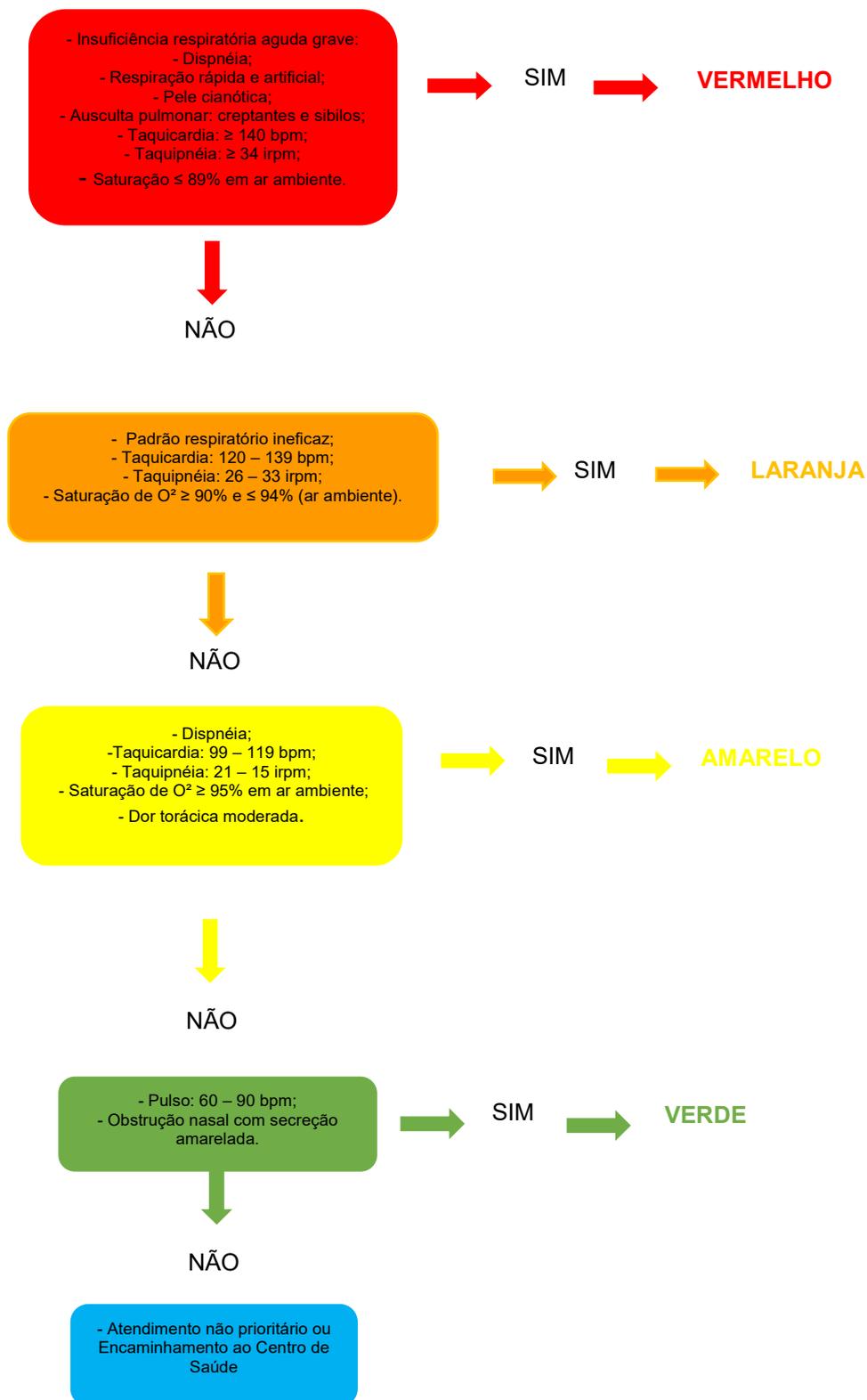
## TAQUICARDIA (HIPERTIREOIDISMO)



## HIPERTENSÃO (Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia)



## DISPNEIA (Síndrome de Angústia Respiratória Aguda – SARA)



**ANEXO 3 – Protocolo do material coletado: amostras da patologia**

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO <b>MATERNIDADE-ESCOLA</b></p>	<b>LABORATÓRIO DE PATOLOGIA</b>
REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO <input type="checkbox"/> NECROPSIA <input type="checkbox"/>	
SETOR SOLICITANTE: _____	DATA: ___/___/___
NOME: _____ REGISTRO: _____	
SEXO: FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> IDADE: _____	
MATERIAL: _____ _____	
DADOS CLÍNICOS: _____ _____	
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: _____ _____	
MÉDICO (ASSINATURA E CARIMBO): _____	

LABOPATOLOGIA 1

**ANEXO 4 - Protocolo do material coletado: amostras da citogenética**

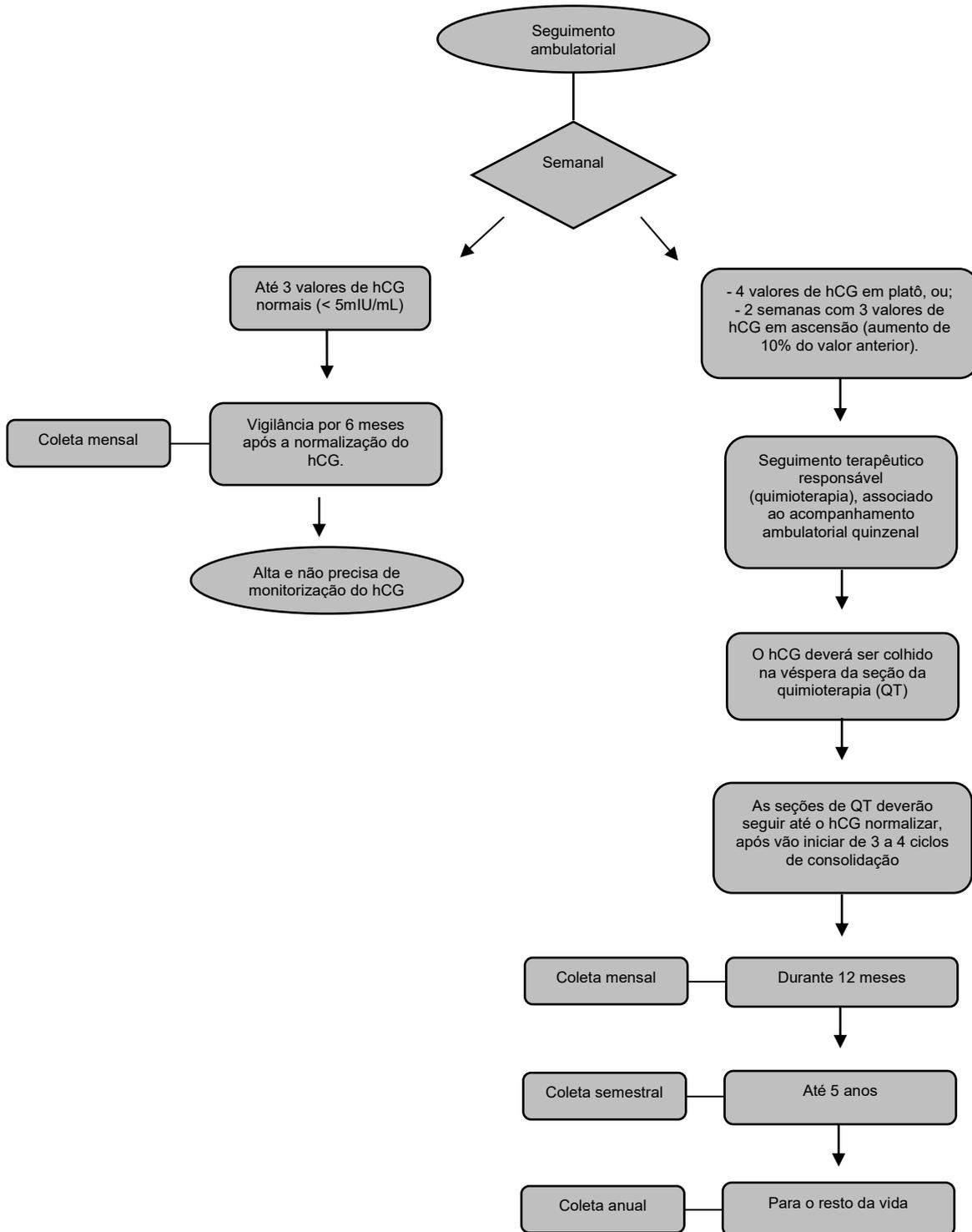
	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO</b> <b>MATERNIDADE-ESCOLA</b>	<b>LABORATÓRIO DE CITOGENÉTICA</b>
<b>REQUISIÇÃO DE EXAME CITOGENÉTICO</b> <input type="checkbox"/>		
SETOR SOLICITANTE: _____		DATA: ___/___/___
NOME: _____ REGISTRO: _____		
SEXO: FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>		
IDADE: _____		
MATERIAL: _____		
<b>ESTUDO CITOGENÉTICO PARA CARIÓTIPO EM GTG</b>		
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: _____		
_____		
_____		
MÉDICO (ASSINATURA E CARIMBO): _____		

LABOPATOLOGIA DM-18-04





## ANEXO 6 – Fluxograma de coleta do hCG



## ANEXO 7 – Nova gravidez após DTG

