



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**



PRISCILA OLIVEIRA DE SOUZA

**CONSENSO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA A ASSISTÊNCIA DA
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO BRASIL**

**Rio de Janeiro - RJ
Dezembro 2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

PRISCILA OLIVEIRA DE SOUZA

**CONSENSO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA A ASSISTÊNCIA DA
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO BRASIL**

Dissertação desenvolvida para a conclusão do Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto
Co-orientadora: Prof^a Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Co-orientador: Prof. Dr. Joffre Amim Junior

Rio de Janeiro

Dezembro 2018

So895 Souza, Priscila Oliveira De
Consenso dos centros de referência para a assistência da
doença trofoblástica gestacional no Brasil / Priscila Oliveira De Souza. --
Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2018.
64 f. ; 31 cm.
Orientador: Antônio Rodrigues Braga Neto
Coorientadora: Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
Dissertação (Mestrado em Saúde perinatal) - Universidade
Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal,
2018.
Referências bibliográficas: f.40
1. Consenso 2. Qualidade da assistência à saúde 3.
Segurança do paciente 4. Doença trofoblástica gestacional 5.
Responsáveis. 6. Saúde Perinatal– Monografia. I. Braga Neto,
Antônio Rodrigues. II. Esteves, Ana Paula Vieira dos Santos. III. Amim
Junior, Joffre. IV. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade
Escola. V. Título.

CONSENSO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA A ASSISTÊNCIA DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO BRASIL

Autora: Priscila Oliveira de Souza

Orientador: Prof. Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Perinatal, Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários para o título de Mestre em Saúde Perinatal.

Aprovada em ___/___/_____

Presidente Prof. Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto

Prof. Dr. Jorge Rezende Filho

Profa. Dra. Sue Yazaki Sun

Prof. Dr. Joffre Amim Junior

Profa. Dra. Izildinha Maestá

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por iluminar e abençoar meus caminhos, discernimento durante essa trajetória e por me permitir a realização de mais uma etapa para o meu crescimento profissional.

Aos meus pais Sara, Edson e Eduardo pelo apoio e amor, e a minha irmã Mylena pelo carinho e ajuda com as traduções ao longo do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores Prof. Dr. Antônio Braga, Profa. Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves e Prof. Dr. Joffre Amim Junior, por acreditarem em mim e por todo incentivo, aprendizagem e carinho nessa trajetória.

Aos membros da banca Profa. Dra. Sue Sun, Prof. Dr. Jorge Rezende e Profa. Dra. Izildinha Maestá pela disponibilidade em contribuir para melhoria desta pesquisa com seus conhecimentos.

À Maternidade Escola da UFRJ, por disponibilizar o trabalho de campo e por todo aprendizado obtido.

Aos meus amigos de trabalho pela amizade e estímulo em todos os momentos.

As minhas amigas de infância e as que ao longo da vida construí uma amizade, obrigada pela torcida, consolo e alegria sempre compartilhada.

A equipe do Ambulatório e aos colegas da Maternidade Escola, pela troca constante de conhecimentos e experiência, e ajuda na implementação dos fluxos.

E a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, deram-me apoio e incentivo.

RESUMO

SOUZA, Priscila Oliveira De. **Consenso dos centros de referência para a assistência da doença trofoblástica gestacional no Brasil**. 2018. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Perinatal) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Rio de Janeiro, 2018.

Esta pesquisa foi baseada através do estudo europeu “*Formalised consensus of the Europe Organisations for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestacional trophoblastic diseases*”. O objetivo deste estudo foi realizar um consenso dos centros de referência e a construção de um plano terapêutico para mulheres com doença trofoblástica gestacional (DTG) no Brasil, e como objetivos específicos sintetizar através de uma tabela com o nível de concordância entre os centros de referência quanto ao diagnóstico, tratamento, classificação e *follow up* para a assistência da doença e neoplasia trofoblástica gestacional no Brasil. Para o projeto aplicativo foi elaborado protocolo assistencial nacional para a doença trofoblástica gestacional a partir dos resultados da pesquisa. Para a coleta de dados e análise foram utilizados o Método de Delphi – Rand/UCLA, para avaliação do nível de concordância do questionário foi eleito o método de Likert e para a validação da coleta de dados seguimos a metodologia Rand/UCLA. Os resultados desse estudo foram realizados através de dois *rounds* foi de 40/47 (85%). Enquanto no primeiro *round* 36/40 (90%) os especialistas responderam todas afirmativas, no segundo *round* 100% das afirmações foram analisadas por esses participantes do estudo. Das 64 afirmativas apresentadas houve uma concordância de 54/64 (84%). Nós concluimos a partir desse estudo que há grande similaridade entre as diretrizes europeias e brasileiras para o tratamento de DTG. Portanto, é essencial haver consenso de qualidade, com a melhor evidência disponível para o tratamento adequado de DTG. Com isso mantendo a missão institucional de promover modelos na gestão clínica de um centro de referência de DTG na Maternidade Escola da UFRJ.

Palavras-chave: Consenso. Qualidade da assistência à saúde. Segurança do paciente. Doença trofoblástica gestacional.

ABSTRACT

SOUZA, Priscila Oliveira De. **Brazilian Network for Gestational Trophoblastic Disease Study Group Consensus on Management of Gestational Trophoblastic Disease**. 2018. 71f. Dissertation (Master in Perinatal Health) - Federal University of Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Rio de Janeiro, 2018.

This research was based European study: "Formalized consensus of the European Organizations for the Treatment of Trophoblastic Diseases in the management of gestational trophoblastic diseases (GTD)". The objective of this study was to establish a consensus of the reference centers and the construction of a therapeutic plan for women with gestational trophoblastic disease in Brazil, and as specific objectives to synthesize through a table with the level of agreement between the reference centers for the diagnosis, treatment, classification and follow-up for the disease and gestational trophoblastic neoplasia in Brazil. For this project, a national care protocol for gestational trophoblastic disease was developed based on the results of the research. The analysis of data and method for Delphi and Rand / UCLA methods, for the level of agreement was used the Likert method. The Rand / UCLA methodology was used to validation of data. The result was 40/47 (85%). While in the first round 36/40 (90%) the experts answered all the affirmative, there is no second round 100% 100% of the affirmatives were analyzed by study participants. Of the 64 affirmative there was a concordance of 54/64 (84%). We conclude that there is a great similarity between the European and Brazilian orientations in the treatment of GTD. Therefore, it is essential to have a quality consensus, with the best available evidence for the appropriate treatment of GTD. According to the institutional mission of creating clinical management models through a reference center of GTD in the School Maternity of UFRJ.

Keywords: Consensus. Quality of health care . Patient safety. Gestational trophoblastic disease.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estadiamento anatômico da neoplasia trofoblástica gestacional	14
Tabela 2 – Sistema de contagem revisado FIGO, 2000	15
Tabela 3 – 7 pilares de qualidade Donabedian	17
Tabela 4 – Escala Likert: afirmação positiva	29
Tabela 5 – Definição de consenso e não consenso para diferente tamanho do painel.....	30
Tabela 6 – Nível de concordância entre especialistas: primeiro <i>round</i>	57
Tabela 7 - Nível de concordância entre especialistas: segundo <i>round</i>	62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Método de Delphi Rand/UCLA.....	28
Figura 2 – Processo de avaliação das afirmativas: Método RAND/UCLA	33
Quadro 1 – Organizacional objetivo específico 1	31
Quadro 2 – Organizacional objetivo específico 2.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Indagação do estudo.....	11
1.2	Hipótese do estudo	11
1.3	Objetivos do estudo	11
1.3.1	Objetivos Geral.....	11
1.3.2	Objetivo Específico.....	12
1.4	Justificativa do estudo.....	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1	Doença trofoblástica gestacional.....	13
2.2	Qualidade da assistência em saúde	14
2.3	Segurança do paciente.	18
2.4	Consenso dos especialistas: conceitos e fundamentos para a inovação.	18
2.5	Gestão clínica	20
2.6	Itinerário terapêutico.....	21
2.7	A organização do fluxo assistencial e o papel do enfermeiro na DTG	22
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DO ESTUDO	24
3.1	Abordagem e desenho do estudo.....	24
3.2	Cenário do estudo	24
3.3	Critérios de inclusão e exclusão do estudo.....	24
3.4	Coleta de dados	25
3.4.1	Primeira etapa: a construção e validação do instrumento de coleta de dados.....	25
3.4.2	Segunda etapa: avaliação do questionário.....	29
3.4.3	Terceira etapa: validação da coleta de dados	30
3.5	Risco e benefício da pesquisa	31
3.5.1	Aspectos éticos	32
4	TABULAÇÃO DA COLETA DE DADOS	33
5	DISCUSSÃO	34
6	RESULTADOS	38
7	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	40
	Anexo A	43
	Anexo B	47
	Anexo C	53
	Anexo D	56
	Apêndice A	57
	Apêndice B	61
	Apêndice C	62

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade estamos sempre em buscas de melhores serviços, tecnologias avançadas e conhecimentos de primeira linha e isso não é diferente em relação à saúde. Há uma grande procura da qualidade da assistência pelos usuários e pelas instituições almejando alcançar o melhor itinerário terapêutico. As instituições de saúde têm a preocupação de estar sempre prestando o melhor serviço para que a população veja segurança, referência e um bom serviço ofertado.

Sendo assim, o conceito que melhor se refere à qualidade no setor de saúde, vincula a relação entre benefícios obtidos, diminuição de risco e custo para a obtenção de um elevado padrão de assistência e satisfação do paciente (DONABEDIAN et al., 1982; DONABEDIAN, 1992; NOGUEIRA, 1994; MALIK; SCHIESARI, 1998).

Seguindo a linha de avaliação da qualidade da assistência Donabedian (1980) criou o modelo conhecido como Tríade de Donabedian que é realizada a partir da utilização de indicadores representativos de três aspectos principais: estrutura, processo e resultado. Após aprofundar seus estudos criou teoria geral dos sistemas, conhecido como: 7 Pilares da Qualidade, que provocou uma nova visão na área da saúde: aumentando a preocupação com o paciente, a visão da instituição perante os usuários e reflexão dos profissionais durante as suas práticas.

Para aprimorar a qualidade dos serviços, o consenso realizado por especialistas em determinada área vem em busca de novos conceitos de práticas e novos conhecimentos profissionais. Demo (2000) cita que o consenso é um método científico, dentro da intersubjetividade que tem como objetivo reunir as práticas, condutas e conhecimentos realizados por profissionais especializados na área. Onde são agregados todos esses tópicos a fim de chegar a uma única resposta a fim de traçar uma prática singular de melhor qualidade para esse usuário.

Demo (2000, p. 43) Afirma ainda que:

Consenso dominante entre os cientistas, pesquisadores e professores, que acabam avaliando e decidindo o que é ou não válido; muitas vezes podemos entendê-la como grupo fechado, mas é possível também a ver como concorrência aberta entre correntes que, assim, ao lado de coibir inovações, acabam também as promovendo.

Neste sentido, a proposta de criação de um consenso dos centros de referência da doença trofoblástica gestacional tem como finalidade analisar e discutir

práticas realizadas no Brasil com a atuação de cada profissional que ali se engloba, em relação ao tratamento e acompanhamento para essas mulheres que buscam esse serviço de saúde. O objetivo é chegar a um acordo entre os especialistas e buscar o resultado para ser inserido dentro do serviço da Maternidade Escola da UFRJ, bem como destacar a atuação do enfermeiro no itinerário terapêutico intrahospitalar voltado para pacientes com DTG e em seu seguimento ambulatorial pós-molar.

1.1 Indagação do estudo

Seria possível melhorar a qualidade da assistência realizando um consenso dos centros de referência para assistência da doença trofoblástica gestacional no Brasil?

1.2 Hipótese do estudo

Para tentar responder a indagação, pensou-se neste estudo com a seguinte hipótese:

Através dos resultados do consenso dos centros de referência do Brasil em doença trofoblástica gestacional, será possível construir linhas guias de cuidado visando a qualidade da assistência para estas mulheres.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Construir Consenso dos Centros de Referência para a assistência da Doença Trofoblástica Gestacional no Brasil.

1.3.2 Objetivos Específicos

- - Sintetizar tabela com o nível de concordância entre os centros de referência quanto ao diagnóstico, tratamento, classificação e *follow up* para a assistência da doença e neoplasia trofoblástica gestacional no Brasil;
- - Elaborar protocolo assistencial nacional para a doença trofoblástica gestacional a partir do consenso dos centros de referência do Brasil.

1.4 Justificativa do estudo

Esta temática é de extrema relevância para o meio assistencial e gerencial, com o objetivo de reestruturar fluxos e estabelecer rotinas e protocolos, revendo as práticas a fim de ofertar um serviço de qualidade, visto que também é uma instituição de ensino e o conhecimento transmitido será de referência a nível Brasil e não existe uma atuação bem definida do enfermeiro voltados especificamente para DTG.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Doença trofoblástica gestacional

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é um evento patológico relacionado com a fertilização aberrante, representado por formas clínicas distintas, geralmente evolutivas, sistematizadas em: mola hidatiforme; mola invasora e coriocarcinoma. O tumor trofoblástico do sítio placentário (PSTT, *placental site trophoblastic tumor*) é uma forma rara da doença, originária do trofoblasto intermediário. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2004) divide em dois grandes tópicos: mola hidatiforme (parcial e completa) e DTG maligna (mola invasora, coriocarcinoma e PSTT (BRAGA apud REZENDE, 2017).

De acordo com Braga apud Rezende (2017) o diagnóstico pode ser feito no 1º trimestre da gravidez. O sinal mais comum é o sangramento. Outros sinais e sintomas incluem o aumento do útero maior que o esperado para a idade da gravidez, ausência de batimentos cardíacos fetais, tumoração cística ovariana, hiperêmese gravídica e nível anormalmente elevado de hCG. O diagnóstico à ultrassonografia (USG) superou todos os métodos não invasivos, apesar de haver uma grande proporção de molas diagnosticadas como aborto retido, muitas pacientes com mola completa exibem imagem típica: útero cheio com material ecogênico, contendo múltiplas vesículas anecoicas, sem fluxo intrauterino e não há feto e batimento cardíaco fetal (BCF). Na mola parcial é observado placenta grande de aspecto normal com lesões intraplacentárias anecoicas difusas.

Sendo assim se torna mais importante a captação precoce dessa mulher no pré-natal, para a avaliação dos sinais e sintomas e a disponibilidade da realização do exame de ultrassonografia no primeiro trimestre facilita no diagnóstico precoce e adesão ao tratamento dessas mulheres. Principalmente a informação e a orientação sobre as doenças relacionadas às gestações deveriam ser trabalhadas desde o planejamento e o desejo de engravidar do casal, este deveria ser realizado na atenção à saúde reprodutiva da mulher. Por ser uma doença pouco comum, muitos profissionais de saúde têm dificuldade na identificação e no diagnóstico de DTG, o conhecimento mais atualizado e embasado, principalmente nos profissionais da assistência da saúde da mulher ajudaria na captação dessas mulheres e no

encaminhamento para os centros de referência para realizar o tratamento e o cuidado de qualidade.

Após o esvaziamento uterino é de extrema importância a orientação e o apoio psicossocial para essa mulher. A mesma deverá ser informada sobre a seriedade do seguimento ambulatorial para acompanhar os níveis de hCG e para o tratamento adequado para cada tipo clínico de doença trofoblástica gestacional, visto que a maioria dos episódios de malignização ocorre no período de seis meses a partir do esvaziamento. Uma nova gravidez durante o acompanhamento deverá ser evitada. Ambulatorialmente ela é orientada quanto a anticoncepção. O acompanhamento detecta precocemente os casos da mola hidatiforme (MH) para neoplásica trofoblástica gestacional (NTG) diminuindo sua morbidade e evitando a mortalidade dessas mulheres em idade fértil. A mortalidade materna um dos principais indicadores de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde e a causa de DTG pode ser evitada com uma assistência adequada.

De acordo com a classificação *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique* (FIGO, 2000), a neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) pode ser dividida em: neoplasia trofoblástica gestacional de baixo risco e neoplasia trofoblástica gestacional de alto risco. Através do estadiamento e do escore (Tabela 1 e 2) que é classificado e definido o tratamento.

O estadiamento anatômico (Tabela 1) refere-se apenas para NTG, para o PSTT deverá ser classificado como entidade separada de outras NTG. O escore de risco (Tabela 2) é dividido em dois grupos: baixo risco (0 a 6) e alto risco (7).

Tabela 1 – Estadiamento anatômico da neoplasia trofoblástica gestacional

Estágio	Características
I	Tumor confinado ao útero
II	Tumor estende-se a outras estruturas genitais: vagina, ovário, ligamento largo e tuba uterina (por metástase ou extensão direta)
III	Metástase para o pulmão, com ou sem envolvimento do sistema genital
IV	Outras metástases a distância (cérebro, fígado), com ou sem envolvimento pulmonar

Fonte: Figo, 2000.

Tabela 2 – Sistema de contagem revisado da FIGO, 2000.

Variáveis	0	1	2	4
Idade (anos)	< 39	> 39	-	-
Gestação antecedente	Mola	Aborto	Gestação a termo	-
Intervalo da gravidez antecedente (meses)	< 4	4 a 6	7 a 12	> 12
Nível de hCG pré-tratamento (mUI/mL)	< 1.000	1.000 a 10.000	> 10.000 a 100.000	> 100.000
Tamanho do maior tumor incluindo o útero (cm)	-	3 a 4	5	-
Local das metástases	Pulmão, vagina	Baço, rim	Gastrointestinal	Cérebro, fígado
Número de metástase	0	1 a 4	4 a 8	> 8
Falha na quimioterapia	-	-	Agente único	2 agentes

Fonte: FIGO, 2000.

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) é uma anomalia da gestação que acomete 1 em cada 200 gestações no Brasil. Por tratar-se de uma doença pouco comum, há poucos estudos que tratam de forma robusta as estratégias para seu diagnóstico e tratamento. A maior parte do conhecimento sobre essa doença vem de relatos ou séries de casos, dificultando o estabelecimento de protocolos embasados em sólidas evidências. Nesses casos, tem-se valorizado na prática clínica a opinião de experts que lidam com o tratamento de mulheres acometidas por essa doença. Neste sentido, a proposta de criação de um Consenso dos Centros Brasileiros de Referência da DTG como a finalidade de analisar e discutir práticas realizadas no Brasil no tratamento de mulheres com DTG.

2.2 Qualidade da Assistência em Saúde

Podemos dizer que os profissionais da saúde e a gestão da instituição zelam por prestar qualidade na assistência para cada usuário, seja em promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Quando os usuários buscam a instituição é para atingir suas expectativas de melhoria e principalmente porque acredita que poderá ser ofertado o melhor. A qualidade da assistência não envolve

apenas aparelhos tecnológicos modernos e avançados no mercado. O conhecimento e o aprimoramento profissional também são englobados, um baixo custo para a assistência e uma oferta que atinja a necessidade de cada usuário.

A Organização Mundial da Saúde (1993) definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde. (OMS, 1993 *apud* D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Sendo assim Donabedian (1980) estruturou componentes que ajudam na formação da qualidade em saúde para as instituições. Ele estudou e criou um sistema chamado de Tríade Donabediana que se define em:

- O componente Estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.
- O componente Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.
- O componente Resultados corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.

Esses componentes deverão ser implementados, reavaliados e reestruturados sempre que houver necessidade, seja em investimentos profissionais, educação continuada e permanente ou em equipamentos necessários para a análise e investigação de doenças, mudanças nos fluxos assistenciais de acordo com consensos ou *guidelines* atuais.

Com os avanços da sociedade e das instituições de saúde Donabedian (1990) aprofundou em seus estudos e expandiu seus princípios através dos 7 pilares

da qualidade com o objetivo de melhorar as práticas dos setores, melhorar a inserção do usuário dentro das instituições, visibilizar as instituições como referência para a sociedade e aquilatar o olhar do profissional para o usuário. Está listada abaixo, no quadro 2, a classificação dos 7 pilares da qualidade (tabela 3):

Tabela 3 – Os 7 pilares de qualidade de Donabedian

Dimensões	Descrição das Dimensões
Eficácia	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
Efetividade	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja a qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: Adaptação de Donabedian, 1994.

2.3 Segurança do paciente

Semelhantemente aos 7 pilares da qualidade de Donabedian, na dimensão da eficácia é englobado a segurança do paciente, que pontua pelo bem-estar íntegro do paciente e o cuidado em saúde. Logo, um cuidado inseguro leva ao aumento de danos desnecessário ao paciente, resultando negativamente aos resultados da qualidade.

O *Institute of Medicine* (IOM) (2001) também define qualidade como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”. Criou seis dimensões que são a chave para a qualidade da assistência: segurança do paciente, centralidade no paciente, eficácia, eficiência, oportunidade e equidade. Assim, podemos concluir que a segurança do paciente integra a qualidade ofertada.

Estudos apontaram que houve um aumento dos indicadores de mortalidade por conta de erros dos profissionais de saúde, por negligência cometidas. O avanço tecnológico na área da saúde o olhar profissional ficou voltado para os equipamentos, o que acabou perdendo da atuação das práticas basais e do cuidado com o paciente. Com isso a Organização Mundial da Saúde em 2004, criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, visando a socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas. Esta aliança tem também o objetivo de conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizando campanhas internacionais que reúnem recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo.

Segundo Vincent (2010) conclui-se que as contribuições da segurança do paciente para a qualidade do cuidado em saúde, são: mostra com clareza como o cuidado de saúde pode ser danoso para os pacientes; chama atenção para o impacto do erro e as consequências do dano; aborda diretamente a questão do erro no cuidado de saúde, sua natureza e suas causas; amplia a atenção sobre o desempenho humano; amplia a atenção nas questões colocadas pela ergonomia e pela psicologia; utiliza uma ampla variedade de modelos de segurança e qualidade da indústria, principalmente aquelas de alto risco; introduz novas ferramentas e técnicas para a melhoria do cuidado de saúde;

Como novas ferramentas e técnicas para a melhoria do cuidado torna-se relevante o estudo para o consenso dos centros de referência para o cuidado das doenças trofoblástica gestacional, a fim de buscar novas práticas e conhecimentos e aprimorar no conhecimento profissional.

2.4 Consenso dos especialistas: conceitos e fundamentos para a inovação

Conforme Demo (2000, p. 25) “do ponto de vista dialético, conhecimento científico encontra seu distintivo maior na paixão pelo questionamento, alimentado pela dúvida metódica”. Para que o discurso possa ser científico, precisa ser lógico, sistemático, coerente e, sobretudo, bem-argumentado.

O Consenso é um método científico inserido dentro dos Critérios de Cientificidade e classificado como intersubjetividade, que é compreendida como opinião dominante da sociedade científica de determinada época e lugar, e assunto específico.

Para Prodanov e Freitas (2013) a intersubjetividade é considerada um critério externo à ciência, pois a opinião é algo atribuído de fora, por mais que provenha de um cientista ou especialista na área. No entanto a intersubjetividade é tão importante para ciência como os critérios internos, ditos de qualidade formal. Desses critérios decorrem de outros, como a comunicação, a comparação crítica, o reconhecimento dos pares, o encadeamento de pesquisas em um mesmo tema etc., os quais possibilitam à ciência cumprir sua função de aperfeiçoamento, a partir do crescente acervo de conhecimentos da relação do homem com a natureza.

No Brasil os centros de referência vinculados à Sociedade Brasileira de doença trofoblástica gestacional têm muito em comum, com incidência da DTG, organização de sistema geral de saúde e disponibilidade de exames para o acompanhamento do hCG. A randomização de experimento clínico comparando a estratégia de tratamento e acompanhamento que geralmente não estão disponíveis ou não podem prover evidências suficientemente detalhada para aplicar a grande quantidade de pacientes, vistos todos os dias em prática clínica. O Consenso serve para combinar a melhor evidência científica disponível com julgamento coletivo e produção para criar uma afirmação independente da apropriação de performance de

certos procedimentos no nível de sintomas específicos de paciente, restauração com o médico e resultados de testes.

2.5 Gestão Clínica

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.

As origens da gestão da clínica iniciaram-se em dois sistemas de saúde, que segundo Vecina Neto e Malik (2014, p. 218), "a mais antiga, desenvolvida no sistema privado dos Estados Unidos da América (EUA), a atenção gerenciada. Outra, mais recente, a governança clínica que se estabeleceu no serviço nacional do Reino Unido".

Estes sistemas se fundamentam no livre acesso aos serviços de saúde, estabelecimento dos custos efetivos na atenção à saúde, produzir cuidados livres de danos aos pacientes e melhoria da qualidade assistencial. No Brasil, a partir desses dois sistemas de saúde, foi adotada a expressão gestão da clínica, que se destina a prover uma assistência humanizada, efetiva, visando a melhoria das práticas clínicas no atendimento das usuárias (MENDES, 2011).

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).

A criação de um consenso em uma determinada área específica, auxilia em medidas adotadas para as pacientes que comprovam que é a melhor qualidade ofertada para esta. A criação de um fluxo clínico traçando a trajetória dessa paciente durante o seu plano terapêutico, ajuda a conduzir a equipe multidisciplinar em seu cuidado e como também, a gestão clínica com: custo, tempo de permanência, tipos de procedimento e a qualidade assistencial.

2.6 Itinerário terapêutico

A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde, tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde (TRAVASSOS, 2012). O objetivo é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto (CABRAL, 2011).

Não obstante este desejo de gestores e trabalhadores de serviços de saúde, os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos (ALVES, SOUZA, 1999).

O itinerário terapêutico inclui o acolhimento, a escuta e a observação de como essa paciente lida com a atual doença, as crenças e os valores são fundamentais para termos o resultado esperado do tratamento. Há um grande valor da equipe multiprofissional, que pode debater e atender de forma integral a necessidade singular, delineando uma conduta de melhor escolha para cada paciente. Nos casos de DTG, a grande maioria das mulheres nunca ouviram sobre a doença, então o profissional deverá ser cauteloso sobre a abordagem e atender sobre suas dúvidas, medos e anseios.

Como afirma Alves e Souza (1999), em revisão da literatura sobre "busca de atenção" localizam o surgimento das primeiras reflexões acerca de itinerários terapêuticos, atreladas ao estudo sobre o "comportamento do enfermo" (*illness behavior*), termo criado por Mechanic e Volkart em 1960, e que, em sua primeira concepção, considerava que a escolha do tratamento seria determinada por uma lógica de consumo, recaindo sobre aquele que apresentasse a melhor relação custo-benefício para o paciente. As teorias sobre este comportamento vão sofrer mudanças ao longo das décadas seguintes a partir de críticas a este modelo considerado utilitarista, e do reconhecimento de que as ações dos indivíduos na busca de cuidado eram interpretadas somente do ponto de vista de suas demandas por serviços do sistema de saúde e de uma crença inquestionável no modelo

biomédico. A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na análise do comportamento sobre procura de serviços e a influência dos estudos sobre redes sociais, imprimem uma nova perspectiva à interpretação deste comportamento.

Os estudos etnográficos realizados na década de 70, a partir da observação de diferentes grupos sociais, prestam uma importante contribuição neste sentido. O exemplo mais significativo deste esforço são os conceitos de Modelos Explicativos (*Explanatory Models*) e de Sistemas de Atenção à Saúde (*Health Care System*) desenvolvidos por Kleinman (1980). Segundo este autor, Modelos Explicativos são as concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico e que vão definir qual setor do Sistema de Atenção à Saúde será acionado no processo de cuidado. Sistemas de Atenção à Saúde são constituídos por três setores que caracterizam práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina, homeopatia, etc.), o popular (cuidados caseiros, autocuidado) ou o folk (práticas místicas e religiosas de cuidados).

2.7 A organização do fluxo assistencial e o papel do enfermeiro na DTG

No Estado do Rio de Janeiro estão vinculados à Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional os ambulatórios de doença trofoblástica da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (que incorporou o centro de doenças trofoblásticas da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro no ano de 2014) e o Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense. Antes de 2014, já acontecia atendimento ambulatorial de pacientes de baixo risco e o número de atendimentos eram significativos para ajudar ao grande quantitativo de pacientes que eram atendidas na Santa Casa de Misericórdia.

Como é um ambulatório podemos dizer que “novo”, os fluxos estão sendo ajustados e organizados, e dentro da gestão clínica o enfermeiro tem o papel primordial, ele cria, auxilia, acerta e insere dentro do eixo hospitalar. No caso da DTG o enfermeiro faz parte de todo itinerário terapêutico dessa mulher, desde a entrada hospitalar com o Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR), durante todo o seu processo de internação até a alta e o seguimento ambulatorial, como

cartografado no projeto aplicativo: Protocolo assistencial do itinerário terapêutico de doença trofoblástica gestacional.

Para uma construção com uma nova proposta de modelo assistencial há muitas mudanças e desafios. Nos cenários atuais como destaca Merhy (1997) coloca que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, “que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”.

A Maternidade Escola da UFRJ tem como estrutura a gestão, a atenção e o ensino, incluir o próprio usuário na formação da reconfiguração do ambulatório de DTG acrescentaria na qualidade do itinerário terapêutico. Muitos usuários acreditam que não fazem parte do seu próprio cuidado, com isso denomina como quadrilátero da formação para à área de saúde. Como afirma:

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A proposta de um novo conceito para o ambulatório de DTG envolvendo os profissionais e o usuário é organizar para facilitar no processo de comunicação e inserir o enfermeiro do ambulatório nesse processo, através do acolhimento a esta mulher após o esvaziamento uterino e sua internação. O acolhimento é para atender a paciente integralmente, não só com o olhar na doença, mas sim com a visão psicossocial, a fim de direcionar e delinear outros serviços em saúde que necessite.

Assim será à entrada dessa paciente ambulatorial para dar seu seguimento terapêutico até o fim do tratamento. O acolhimento se dará como uma consulta individual realizada pelo enfermeiro, onde será passado o caso para o médico e integrando a equipe multiprofissional se necessário.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DO ESTUDO

3.1 Abordagem e desenho do estudo

A abordagem quali-quantitativa, descritiva e analítica. Os estudos descritivos e analíticos produzem e analisam informações relevantes, que segundo Rouquayrol e Gurgel (2013, p.65), “devem orientar ações de assistência, prevenção e controle de doenças, além de influenciar o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde”.

3.2 Cenário do estudo

O presente estudo desenvolveu-se por meio de pesquisa, onde foi enviado um questionário (Apêndice A) por e-mail para os especialistas dos centros de referência de doença trofoblástica gestacional do Brasil (Apêndice B) e em seguida como projeto aplicativo elaborou-se um protocolo de itinerário terapêutico de DTG, para o ambulatório de DTG da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, localizada no município do Rio de Janeiro. Esse ambulatório possui o funcionamento toda 4ª feira de 07 as 17 horas no 1º andar, nos consultórios 02, 03, 05 e 11.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão do estudo

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram profissionais especialistas que atuam nos centros de referência de doença trofoblástica gestacional no Brasil.

Os critérios de exclusão foram os profissionais que trabalham menos de dois anos na assistência em doença trofoblástica gestacional dos centros de referências.

3.4 Coleta e análise de dados

3.4.1 Primeira etapa: a construção e validação do instrumento de coleta de dados

O instrumento do estudo foi baseado no modelo Europeu utilizado no artigo “*Formalised consensus of the Europe Organisations for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestacional trophoblastic diseases*” (Bolze, P.A. et al, 2015). Para a validação do instrumento para português brasileiro foi realizado uma validação de instrumento traduzido. Segundo Beaton, et al (2007) recomendam as seguintes etapas: tradução, síntese das traduções, revisão por comitê de especialistas, retrotradução e pré-teste. Listadas a seguir:

1 *Tradução do instrumento*: realizada por dois tradutores brasileiros, com domínio da língua inglesa, de forma independente. Por meio de reunião com a pesquisadora, cada tradutor recebeu um guia com as instruções do trabalho a ser realizado, sendo destacada a importância da equivalência semântica dos termos técnicos.

2 *Síntese das traduções*: por intermédio de reunião com a pesquisadora e os dois orientadores do estudo, as duas traduções foram avaliadas. Foram analisadas as afirmativas, o uso da linguagem coloquial e a semântica. Foram realizadas algumas modificações, de acordo com as sugestões dadas pelos avaliadores e uma versão em português brasileiro foi elaborada.

3 *Comitê de especialistas*: a versão original em português e a versão em inglês foram comparadas por um comitê de especialistas, com o objetivo de desenvolver a versão a ser utilizada para a coleta de dados. O comitê foi composto por cinco especialistas em doença trofoblástica gestacional. Essa etapa, foi realizada face-a-face e foram analisadas o conceito e semântica, e com isso, realizadas algumas alterações e sugerido a inclusão de mais sete afirmativas para sedimentar a pesquisa e corroborar com outras pesquisas realizadas no Brasil.

4 *Retrotradução*: Realizada por dois tradutores independentes, nativos da língua inglesa, que desconheciam o instrumento original e não participaram da primeira etapa do processo de tradução, gerando duas versões retro traduzidas para o inglês. As versões foram confrontadas, e as divergências solucionadas do modo mais propício pelo pesquisador e orientador do estudo.

5 *Pré-teste com o público alvo*: foi inserido em questionário multidimensional e aplicado ao conjunto de 41 especialistas, onde 40 especialistas fizeram parte da pesquisa por método de Delphi, não houve dificuldade de compreensão das afirmativas.

A coleta de dados se deu nos meses de agosto e novembro de 2017, enviado por e-mail seguindo a metodologia de Delphi e respondida de acordo com a disponibilidade de cada especialista.

O método de Delphi foi o escolhido para realizar a coleta de dados. Segundo Thomas e Nelson (2002), o Método Delphi se caracteriza como uma forma de encontrar consenso entre especialistas sobre pontos relevantes da sua realidade e de contextos correlatos. Linstone e Turoff (1975) afirmam que a Técnica Delphi foi usada primeiramente nos Estados Unidos da América, no início da década de 1950, sob o nome *Project Delphi*, desenvolvido pela *Rand Company*, patrocinadora da Força Aérea Americana. O estudo tinha o objetivo de gerar consenso entre especialistas da área militar sobre a temática da defesa nacional. Durante aquela década, a técnica foi desenvolvida predominantemente em projetos industriais e militares, e, na década seguinte, passou a ser amplamente utilizada, a ponto de contabilizar uma centena de aplicações em 1969, atingindo um crescimento exponencial em 1974.

O sucesso de sua aplicabilidade pode ser atribuído à característica do método que se destina à estruturação de processos de comunicação entre indivíduos e grupos. Este processo permite também que um grupo de indivíduos seja conduzido a estabelecer consenso acerca de um problema complexo. Segundo Linstone e Turoff (1975), para a comunicação estruturada ser efetivada são necessários alguns fatores: algum *feedback* dos indivíduos envolvidos com informações e conhecimentos; algum acesso aos julgamentos e visões dos grupos envolvidos; alguma oportunidade para a revisão das visões individuais; e algum grau de anonimato das respostas individuais.

Assim, podem se descobrir os acordos estabelecidos sobre quais procedimentos são próprios, adequados, melhores e/ou úteis, concluídos pela aplicação dos vários aspectos específicos do Delphi. Na percepção de Linstone e Turoff (1975), a aplicação do Método Delphi pode ser realizada em uma surpreendente variedade de áreas: economia, comércio e trabalho; ciência, tecnologia e processos de mudança; governo, leis e políticas; pesquisa; educação e

treinamento; comunicação; cultura, família e comportamento; segurança internacional.

De acordo com Linstone e Turoff (1975), existem duas formas de Delphi: uma chamada de Exercício Delphi e a outra de Conferência Delphi. Nesse estudo será utilizado o método mais usual, classificado como o Exercício Delphi ou a que utiliza ‘papel e caneta’, em que um monitor ou pesquisador desenvolve um questionário e o aplica a um grupo de informantes. De posse das respostas, o pesquisador sumariza-as e confecciona um novo questionário, o qual será aplicado ao mesmo grupo inicial de informantes. Estes têm a oportunidade de reavaliar as respostas anteriores, com base nas avaliações do grupo de informantes ao qual pertencem. Cada fase de resposta do questionário é chamada de *round*, podendo haver diversos rounds até o alcance do resultado desejado.

Esses autores apontam um grande estudo Delphi, desenvolvido em apenas dois *rounds* – uma pesquisa patrocinada pelo Conselho Coordenador Nacional de Educação sobre Drogas dos Estados Unidos da América, que teve como objetivo a exploração, a análise e a proposta de políticas públicas para o abuso no uso de drogas no país. A pesquisa, iniciada em 1973 e publicada no ano seguinte, demonstra a possibilidade da utilização de dois rounds em estudos Delphi, diferentemente dos mais utilizados. Linstone e Turoff (1975) afirmam que essa forma de abordar o método ajuda a reduzir o número de rounds e, com isso, possibilita a redução do tempo necessário à sua realização. Essa forma de uso do Delphi torna-se exequível quando o grau de especialização alcançado no primeiro *round* é alto. A possibilidade de se utilizar dois *rounds* é também apoiada por Afonso (1992), quando afirma que o número de rounds sucessivos pode variar de dois a cinco.

Figura 1: Método de Delphi Rand/UCLA



Fonte: Elaborada pela autora, 2018

O método apresenta três características fundamentais que são: o anonimato; a interação e a realimentação controlada; e a resposta do grupo em forma de estatística.

- ✓ O anonimato significa que durante um Delphi nenhum dos participantes conhece a identidade dos demais que compõem o grupo de debates, o que oferece três aspectos positivos: impede que um membro do grupo seja influenciado pela reputação de outro dos membros ou pelo peso que supõe opor-se à maioria; permite que um membro possa mudar suas opiniões sem que isto suponha uma perda de imagem; e o especialista pode defender seus argumentos com a tranquilidade de saber que no caso de estes estarem errados, seu equívoco não vai ser reconhecido pelos especialistas.
- ✓ A interação e realimentação controlada sugerem que se consegue a interação ao apresentar mais de uma vez o mesmo questionário. Como vão sendo apresentados os resultados obtidos com os questionários anteriores, consegue-se que os especialistas conheçam os diferentes pontos de vista e possam ir modificando sua opinião caso os argumentos apresentados lhes parecerem mais apropriados que os seus.

- ✓ A resposta do grupo em forma estatística é a informação apresentada aos participantes, não só do ponto de vista da maioria, mas representando todas as opiniões e indicando o grau de acordo obtido. (LINSTONE et al., 2002; KONOW, et al., 1990).

A base técnica de Delphi consta à criação de um painel de especialistas para que a pesquisa tenha nível de confiança sobre profissionais que atuam com o tema e respondam, a fim de acrescentar com o seu conhecimento e prática profissional.

3.4.2 Segunda etapa: avaliação do questionário

A avaliação do questionário se deu pelo método de Likert, método quantitativo que busca avaliar a influência do número de itens na escala nos resultados de uma mensuração. Pretendendo avaliar de forma fácil, veloz e preciso. Com base nestes formatos iniciais, Likert (1932) desenvolveu sua forma de escala, os respondentes precisavam marcar somente os pontos fixos estipulados na linha, em um sistema de cinco categorias de resposta (pontos) que vão de “aprovo totalmente” a “desaprovo totalmente” (tabela 4). Likert (1932) também introduziu a escala bidimensional e com um ponto neutro no meio da escala.

O método para converter as respostas em número, seguido pela tabela abaixo:

Tabela 4 - Escala Likert: afirmação positiva

Número	Legenda	Pontuação
7	Concorda totalmente	7
6	Concorda	6
5	Concorda parcialmente	5
4	Sem opinião	4
3	Discorda parcialmente	3
2	Discorda	2
1	Discorda totalmente	1

Fonte: elaborado pela autora, 2017.

Onde a maior pontuação atingida em cada item significa que há concordância e a menor pontuação há discordância, onde pode ser reavaliado e reajustado para o segundo *round*.

A relação dos especialistas dos centros de referência de doença trofoblástica gestacional do Brasil foi definida com o orientador da pesquisa, onde foi enviado por *e-mail* para esses especialistas listados (Apêndice 2).

3.4.3 Terceira etapa: validação da coleta de dados

Para validar a coleta de dados segundo foi utilizado do Estudo Rand/UCLA desenvolvido na Universidade da Califórnia em Los Angeles, nos anos 80. De acordo com estes níveis, um procedimento em saúde pode ser recomendado (apropriado), contraindicado (inapropriado) ou estar em um nível de incerteza, dependendo do valor da mediana. Além disso, de acordo com o grau de dispersão de qualificações, pode ser avaliado no nível de acordo ou consenso.

Os níveis de classificação foram divididos em 1-2 = discordância; 3-5= não há desacordo e nem acordo; 6-7= concordância. Depois de terem sido compilados todas as classificações dos especialistas, a mediana dessas classificações e os pontos estão localizados extremidades do intervalo de respostas (a maior pontuação e a pontuação mais baixa).

A definição de concordância e discordância entre os especialistas foi definida de acordo com o número de especialistas que classificam cada afirmação (Tabela 5). O consenso foi definido por um número de especialistas fora da região, contendo o valor mediano (1-2, 3-5, 6-7) de 11 para um número total de especialistas de 40. O não consenso foi definido por um número de especialistas em cada um dos extremos (1-2 e 6-7) do 12 para um número total de especialistas de 40. A definição é acordada antes da coleta de dados e o valor de concordância é estimado que seja acima de 80% das extremidades.

Tabela 5 - Definição de consenso e não consenso para diferente tamanho do painel

Tamanho do Painel	Não consenso	Consenso
	Número de avaliações de especialistas em cada extremo (1-2) e 6-7)	Número de avaliações de especialistas fora da região que contém a mediana (1-2; 3-5; 6-7)
40	12	11

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

E de uma forma clara e precisa foi criado um quadro organizacional em relação a resposta para cada objetivo desta pesquisa (Quadro 1 e Quadro 2):

Quadro 1 – Quadro Organizacional do objetivo específico 1

Objetivo específico 1	<u>Sintetizar tabela com o nível de concordância entre os Centros de Referência quanto ao diagnóstico, tratamento, classificação e <i>follow up</i> para a assistência da Doença e Neoplasia Trofoblástica Gestacional no Brasil.</u>
Amostra	Tabela 6 e 7 - Nível de concordância entre os especialistas de acordo com as afirmativas.
Tipo de dado	Primário.
Técnica de coleta	Método de Delphi.
Forma de análise	Quantitativa.
Etapas	Realizado a validação transcultural face-a-face do instrumento a ser usado; Selecionado com o orientador os especialistas com atuação na assistência mais de dois anos em DTG nível Brasil; Realizado o primeiro <i>round</i> e tabulado; Realizado o segundo <i>round</i> tabulado, analisado e resultados preliminares.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quadro 2 – Quadro Organizacional do objetivo específico 2

Objetivo específico 2	<u>Elaborar Protocolo Assistencial para a Doença Trofoblástica Gestacional a partir do consenso dos Centros de Referência do Brasil.</u>
Amostra	Projeto Aplicativo: Protocolo Assistencial do Itinerário Terapêutico de Doença Trofoblástica Gestacional.
Tipo de dado	Primário.
Técnica de coleta	Qualitativa.
Forma de análise	Cartografia do fluxo assistencial.
Etapas	Delineado o fluxo assistencial do local onde a pesquisa foi realizada. Detalhado e inserido o papel do enfermeiro no Itinerário Terapêutico de acordo com o consenso. Modificados e atualizados instrumentos utilizados no processo do Itinerário Terapêutico.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

3.5 Riscos e benefícios da pesquisa

Os benefícios dessa pesquisa foram a organização dos processos de saúde, onde todos os profissionais souberam do consenso realizado nos centros de referência de doenças trofoblástica gestacional do Brasil selecionados, com isso há melhora na adesão das condutas para o tratamento e acompanhamento para essas mulheres que necessitam do serviço da instituição.

Como riscos a não adesão do consenso no fluxo assistencial pode causar falhas no processo do cuidado em saúde e no itinerário terapêutico para essas mulheres com DTG.

3.5.1 Aspectos éticos

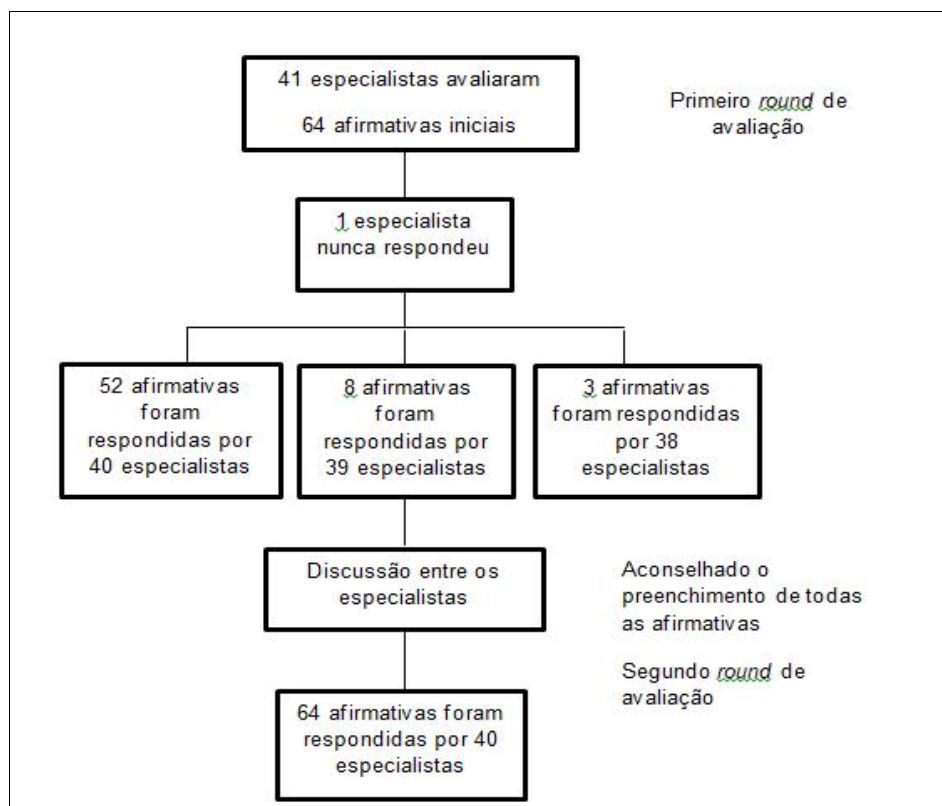
O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, conforme a Resolução 466/12 e 510/16 do CNS, tendo aprovação da pesquisa de acordo com o caae 74862317.3.0000.5275 (Anexo C). O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice C) foi enviado e assinado pelos especialistas dos centros de referência em doenças trofoblástica gestacional que participaram do estudo, posteriormente escaneado e enviado pela pesquisadora com o questionário preenchido.

4 TABULAÇÃO DA COLETA DE DADOS

De acordo com Método Delphi foi realizada o primeiro *round* via e-mail para 41 especialistas selecionados que realizam a assistência mais de dois anos nos centros de referências de doença trofoblástica gestacional a nível Brasil, sendo enviado o questionário com 64 afirmativas (Apêndice A), obteve-se: 52 afirmativas foram respondidas por 40 especialistas; 8 afirmativas foram respondidas por 39 especialistas e 3 afirmativas foram respondidas por 38 especialistas. Um especialista não respondeu ao questionário e foi excluído ao segundo *round*.

O questionário possuía um item para acréscimos, retiradas ou modificações das afirmativas, o campo não foi preenchido por nenhum dos especialistas que participaram da pesquisa. Para o segundo *round* alertamos sobre o preenchimento completo de todas as afirmativas e a colaboração, assim obtivemos o preenchimento de todas as afirmativas que foram deixadas em branco anteriormente e o resultado foram das 64 afirmativas respondidas pelos 40 especialistas.

Figura 2: Processo de avaliação das afirmativas – Método de Delphi Rand/UCLA



Fonte: elaborado pela autora, 2018

5 DISCUSSÃO

Consenso do método científico dentro da intersubjetividade, o qual tem objetivo de juntar práticas, atitudes e conhecimento executado por profissionais especializados em certo campo de conhecimento com objetivo de apresentar a melhor prática clínica para o usuário. O sucesso do consenso brasileiro do tratamento de DTG é extremamente relevante para o cuidado e controle de DTG no Brasil, assim como promover o conhecimento de profissionais da saúde sobre de como eles tem tratado os pacientes, e ainda encorajar a estabilização dos protocolos e reestruturação do fluxo do trabalho, com o objetivo de promover a mais alta qualidade da assistência em saúde.

Um dos grandes desafios na criação de um consenso é sintetizar metodologicamente a opinião de vários especialistas. Uma das estratégias para isso é aplicação do exercício de Delphi, o qual começou a ser usado de forma mais abrangente nos anos 60, através de pesquisas no *Rand Corporation*, a qual o objetivo era estabilizar a estratégia para elevar o uso da opinião dos especialistas. A metodologia desenvolvida para estabilizar as três condições básicas: anonimidade dos participantes, a representação estatística das distribuições dos resultados e o retorno das respostas dos grupos para a reavaliação dos rounds subsequentes. O exercício de Delphi modificado usado nesse estudo foi inovador porque houve a realização dos *rounds* sem nenhuma interação cara-a-cara duvidosa, através de meios de comunicações eletrônicos.

Curiosamente, das 57 afirmações compartilhadas entre o EOTTD e essa investigação houve discordância na mesma afirmativa. Considerando a afirmativa que recomenda contra a investigação da metástase de diagnóstico de mola hidatiforme, ambos europeus {5/41 (12%), média 6} e brasileiro {26/40 (56%), média 1}, especialistas em DTG discordam com essa afirmação. Essa possibilidade representa a influência das diretrizes Norte Americana. Entre os médicos brasileiros, em oposição ao *Real College of Obstetricians and Gynaecologists* que não mais recomendam o raio X do tórax para pacientes diagnosticados com mola hidatiforme. Recomendações internacionais atuais indicam que não há necessidade de uma triagem de metástase pulmonar para pacientes diagnósticos de pacientes com mola hidatiforme. Semelhantemente, especialistas europeus e brasileiros em DTG discordam com o intervalo de uma nova gestação depois de mola hidatiforme

parcial. Em resposta para afirmação de que a gravidez é permitida imediatamente após a normalização dos níveis do hormônio gonadotrofina coriônica (hCG), 4/41 (9%, média 6) europeus discordam totalmente, enquanto 28/40 (70%, média 1) brasileiros discordam totalmente da afirmação. No entanto existem poucos estudos mostrando a segurança de uma gravidez após a normalização do hCG em casos de mola hidatiforme parcial, um estudo brasileiro mostrou que a chance de neoplasia trofoblástica gestacional após a remissão de mola hidatiforme parcial é insignificante, e não há razão para manter a vigilância hormonal ou adiar a gravidez nessa população.

Nós tivemos três diferenças da opinião europeia nas afirmações apresentações pelo EOTTD. A primeira discordância foi que o esvaziamento uterino com a orientação de ultrassonografia é desejável para confirmação da plenitude no tratamento padrão de mola hidatiforme. No entanto a tendência de concordar com esta afirmação entre os especialistas brasileiros de DTG, alguns médicos consideram, até mesmo baseado no estudo brasileiro deste assunto, que não há diferença na taxa de esvaziamento molar completo quando a orientação por ultrassonografia é utilizada. A segunda discordância foi que a histerectomia deve ser considerada se for confirmado mola hidatiforme em um paciente que não deseja mais ter filhos. É importante tomar nota que em mulheres com mola hidatiforme com idade materna avançada, sem desejo de futura gravidez, se beneficiariam da histerectomia profilática, não apenas porque reduz o tempo de remissão do hCG, mas também diminui a ocorrência de NTG pós-molar. A terceira discordância foi que o segundo esvaziamento uterino pode ser considerado no caso de normalidades ultrassonográficas persistentes com suspeita de conteúdos molar. A segunda curetagem pode prevenir o começo de uma quimioterapia em 9-60% dos pacientes e pode ser considerado em casos selecionados.

Interessantemente, entre as sete questões incluídas em acréscimo a essas propostas pelo EOTTD, apenas duas tiveram concordância entre os especialistas brasileiros de DTG. A primeira diz que contraceptivos hormonais são seguros para pacientes com mola hidatiforme e podem ser indicados imediatamente após o esvaziamento uterino de gravidez molar, onde houve um consenso acima dos especialistas de DTG. No entanto ainda há questões sobre a segurança do uso de contraceptivos hormonais no acompanhamento pós-molar, estudos com populações brasileiras e europeias mostram que esses métodos de contraceptivos hormonais

não promovem o desenvolvimento de NTG pós-molar e não aumentam o tempo de remissão do hCG. As outras afirmações para quais houveram consenso entre os especialistas de DTG foi a falta de indicações para quimioterapia profilática mesmo em casos de mola hidatiforme de alto risco. Mesmo com publicações brasileiras sobre quimioterapias profiláticas mostram resultados encorajadores, apenas um centro de referência brasileiro de DTG empregam essa estratégia.

As outras cinco afirmações incluídas mostraram discordância entre os especialistas de DTG a respeito do tratamento de gravidez molar, houveram poucas discordâncias entre os especialistas de DTG sobre o uso apropriado de misoprostol no amadurecimento cervical antes do esvaziamento uterino e ocitocina durante a esvaziação uterina. Mesmo que seguro o uso de misoprostol para amadurecimento cervical foi associado com a embolização trofoblástica quando a preparação cervical prolongada foi usada, assim como o desenvolvimento de NTG pós-molar entre paciente com útero aumentado para idade reprodutiva. Do mesmo jeito uso de ocitocina deve ser evitado antes do esvaziamento completo devido ao risco de embolização trofoblástica. A respeito do diagnóstico de DTG, não houve discordância entre os especialistas de DTG sobre a indicação de quimioterapia para o tratamento de NTG em pacientes com hCG ≥ 20.000 IU/mL após 4 semanas do esvaziamento molar ou aqueles com diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma com NTG não metastático. Uma publicação brasileira recente mostrou a segurança no acompanhamento hormonal de pacientes de NTG não metastático e diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma, notavelmente quando os níveis de hCG estão reduzindo ou normais. Similarmente, mesmo que os níveis de hCG ≥ 20.000 mIU/mL após 4 semanas da esvaziação molar tenha sido previsível o desenvolvimento de NTG pós-molar, atraso no tratamento antes do platô ou aumento não afetam o resultado, sem perfuração uterina ou falha do tratamento.

A respeito do tratamento de NTG, houve discordância entre os especialistas brasileiros de DTG de acordo sobre a necessidade de que o paciente em seu primeiro ciclo de tratamento com *metrotexate* deve ser hospitalizado devido ao alto risco de sangramento vaginal. Um experimento brasileiro não houve hemorragia intensa durante o primeiro ciclo de *metrotexate*. Todos os pacientes, no entanto, foram aconselhados a procurar a emergência de um centro de referência em DTG no caso de anormalidades durante os ciclos de quimioterapia. Em adição, a

ocupação de uma cama de hospital por sete dias para dar tratamento imediato para uma complicação incomum na nossa população soa inapropriado.

A força desse estudo se baseia em sua principal representação de especialistas brasileiros de DTG. Todos os médicos envolvidos nesse estudo tratam pelo menos 50 novos pacientes com DTG em cada ano. A potencial fraqueza nesse tipo de estudo: o primeiro deles é, apesar de lidar com princípios clínicos recentemente aceitos, esse nível de evidência avaliada é opinião à viés dos especialistas. Contudo nós temos um ponto de atalho no número mínimo de NTG por ano para incluir um participante nesse estudo, há uma grande heterogeneidade no número de novos pacientes comparecendo a diferentes centros de referências (variando de 50 a 300 novos pacientes/ano), assim como na experiência desses especialistas tratando NTG (variando a 5 a 50 anos). Por último apesar desse consenso ter suplementado com mais afirmativas que o EOTTD, ainda é evidente que algumas situações clínicas não foram complementadas sugerindo que é essencial ampliar e manter atualizado.

6 RESULTADOS

O índice de resposta dos participantes potenciais do estudo, após dois *rounds* foi de 40/47 (85%). Enquanto no primeiro *round* 36/40 (90%) os especialistas responderam todas afirmativas, depois de ser especialmente aconselhados a responder todas as afirmações, no segundo *round* 100% das afirmações foram analisadas por esses participantes do estudo.

Das 64 afirmativas apresentadas houve uma concordância de 54/64 (84%). Entre as áreas de discordância, foi observado que 1/12 (8%) das afirmações na seção de diagnóstico de DTG, 5/10 (50%) das afirmações na seção de mola hidatiforme, 2/16 (12,5%) das questões relacionadas ao diagnóstico da neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), 1/14 (7%) dos aspectos relacionados ao tratamento e seguimento de mulheres com NTG, em 1/5 (20%) nos aspectos relativos à duração do seguimento de pacientes após a remissão da gravidez molar ou da neoplasia trofoblástica gestacional e em 1/5 (20%) no que tange ao tempo necessário antes da liberação para nova gravidez.

Existem controvérsias nas opiniões dos especialistas pelos centros de referência em DTG. As diretrizes consignadas vão servir para padronizar a conduta entre os Centros de Referência Brasileiros de DTG, assim como servirão de base para guiar novos serviços especializados em DTG que venham surgir.

7 CONCLUSÃO

Nós concluímos a partir desse estudo que há grande similaridade entre as diretrizes europeias e brasileiras para o tratamento de DTG. Apesar diferença socioeconômica dessas duas populações essa concordância reflete que as melhores práticas atualmente para o tratamento de DTG podem ser aplicadas não apenas em países desenvolvidos, mas também em países em desenvolvimento. Finalmente como foi várias vezes abordado sobre as vantagens dessas mulheres serem tratadas em centro de referência de DTG, o estímulo para esses novos centros de referência deve ser acompanhado por uma familiarização prévia da equipe com as diretrizes locais para o tratamento de DTG. É por isso que é essencial haver consenso de qualidade, com a melhor evidência disponível para o tratamento adequado de DTG.

Para divulgação dos resultados do consenso realizado nessa pesquisa, principalmente para os especialistas participantes e profissionais dos centros de referência do Brasil, a pesquisa foi submetida como artigo: *“Brazilian Network for Gestational Trophoblastic Disease Study Group Consensus on Management of Gestational Trophoblastic Diseases. The Journal of Reproductive Medicine. Volume 63, Number 5-6 / May-June 2018”*. (Anexo D).

E através dos resultados conseguimos ter a resposta para a indagação do estudo, através do consenso conseguimos obter uma evidência de qualidade para a assistência da DTG, onde foi elaborado um manual de Acolhimento e Classificação de Risco para DTG, o qual podemos dizer que é o momento que inicia a atuação do enfermeiro e assim delineando o seu papel dentro de toda gestão do cuidado e a elaboração de um itinerário terapêutico onde os profissionais seguem o fluxo, respeitando a singularidade de cada paciente e principalmente a própria usuária que pode ter a informação do seu destino e seu itinerário terapêutico dentro na unidade. Assim podemos afirmar que a hipótese desse estudo é verdadeira.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG,, Washington, DC, 2004.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALVES, P. C. B, SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C; ALVES, P. C. B; SOUZA, I. M. A. (Org.s). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

BEATON, D, et al. Recommendations for the Cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. **American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health**, 2007.

BRAGA, A. Doença Troblástica Gestacional. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 320–340.

BOLZE, P. A. et al. Formalised consensus of the European Organisation for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestational trophoblastic diseases. **Eur J Cancer**. v. 51, n. 13, p. 1725-1731, 2015.

CABRAL, A. L. L. V, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CUBAS, M. R; NÓBREGA, M. M. L. **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem**. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.59, n.1, p.84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan (US): Health Administration Press; 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L. Quality, cost and health: An integrative model. **Medical Care**, v.20, p. 975-992, 1982.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v.114, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul.**, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. **Salud Pública**. v. 35, n. 1, 1993.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA - FIGO, Londres, Reino Unido, 2000. Disponível em: <https://www.figo.org/>. Acesso em: 25 jan 2018.

FITCH, K. et al. **The Rand/UCLA appropriateness method user's manual** Disponível em: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf. Acesso em: 25 jan. 2019.

GILMORE, C. M.; NOVAES, H. M. **Manual de gerência da qualidade OPS/Kellogg**. Washington (USA): [S.n]; 1997.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the twenty-first century** Washington: National Academy Press, 2001.

JOINT COMMISSION FOR PATIENT SAFETY. **World alliance for patient safety 2008**. Disponível em: <http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>. Acesso em: 25 jan. 2019.

KLEINMAN A. **Patients and healers in the context of culture**. California: Regents; 1980.

KONOW, I.; PÉREZ, G. Método Delphi. In.: KONOW, I.; PÉREZ, G. **Métodos y Técnicas de Investigación Prospectiva para la Toma de Decisiones**. Chile: Fundación de Estudios Prospectivos, 1990.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. n. 140, p. 44-53, 1932.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. (Ed.). **The delphi method: techniques and applications**. Reading, MA: AddisonWesley, 1975.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. **The Delphi Method; techniques and applications**. New Jersey: Listone e Turof, 2002.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **A qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania. 3)

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde Brasília**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NOGUEIRA, P. N. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo/RS: Feevale, 2013. Disponível em: <http://migre.me/eqVxf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

RACOVEANU N.T.; JOHANSEN K.S. **Tecnología para el mejoramiento contínuo de la calidad de la atención sanitaria**. Foro Mundial Salud 1995; 16: 158-65.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em educação física**, 3.ed. São Paulo: Artmed, 2002.

VECINA NETO, G. Organização e funcionamento dos serviços de saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap.3.

VICENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**. 1.ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis 2010

ANEXO A – Primeiro round – Método de Delphi

Tabela 6 - Nível de concordância entre os especialistas de acordo com as afirmativas.

Afirmativas	Avaliação dos especialistas						Média	Nível de concordância
	Total	Regiões de classificação						
		1-2	3-5	6-7				
<i>Diagnóstico de Doenças Trofoblástica Gestacional</i>								
(1) Para melhorar a qualidade da assistência da Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) no Brasil, é essencial o funcionamento do Centros de Referência	40			40	7		Consenso	
(2) A DTG inclui entidades clínicas pré-malignas nomeadas de mola hidatiforme parcial e completa	40	1	3	36	7		Consenso	
(3) A DTG inclui histológicos malignos chamados de Neoplasia Trofoblástica Gestacional maligna, as quais envolvem: - Mola invasiva; - Corocarcinoma gestacional; - Tumor trofoblástico placentário e tumor trofoblástico epitelial.	39	1	1	37	7		Consenso	
(4) É desejável alcançar um diagnóstico de mola hidatiforme durante o primeiro trimestre de gestação.	40			40	7		Consenso	
(5) A Ultrassonografia (USG) pélvica é importante para suspeita de mola hidatiforme	40			40	7		Consenso	
(6) A USG normal não exclui o diagnóstico de mola hidatiforme	40	3	6	31	7		Consenso	
(7) A determinação quantitativa de hormônio Gonotrofina Coriônica (hCG) é recomendado a qualquer suspeita de mola hidatiforme.	40		3	37	7		Consenso	
(8) Nenhuma investigação de metástase é necessária quando diagnosticado mola hidatiforme.	39	25	5	9	1		Não Consenso	
(9) Histologia é fundamental para alcançar o diagnóstico correto de mola hidatiforme.	40	5	2	33	7		Consenso	
(10) É desejável ter um laudo patológico disponível para revisar mola hidatiforme.	40		5	35	7		Consenso	
(11) O critério histológico de padrão ouro para diagnóstico de mola hidatiforme parcial e completa devem ser atualizados para permitir o diagnóstico de gravidez molar em idade precoce	40		3	37	7		Consenso	
(12) O uso de técnicas auxiliares (como a imuno-histoquímica e citogenética) é desejável nos casos de diagnósticos difíceis de mola hidatiforme.	39			39	7		Consenso	

Tratamento da mola hidatiforme

(13) Esvaziamento uterino ocorra com controle ultrassonográfico para garantir o esvaziamento uterino	40	3	11	26	6	Não Consenso
(14) Não há justificativa para operar cistos teca-luteínicos da mola hidatiforme na ausência de complicações (ruptura do cisto e hemorragia)	40	1		39	7	Consenso
(15) A injeção de imunoglobulina anti-D é recomendada em casos de mulheres Rh negativo com mola hidatiforme parcial.	40			40	7	Consenso
(16) Uma injeção de imunoglobulina anti-D é recomendada em casos de mulheres Rh negativo com mola hidatiforme completa.	40	6	4	30	7	Consenso
(17) É permitido o emprego de misoprostol para amadurecimento cervical antes do esvaziamento uterino	40	18	11	11	1	Não Consenso
(18) É permitido o emprego de ocitocina durante o esvaziamento uterino	40	12	6	22	7	Não Consenso
(19) A histerectomia deve ser considerada com prole constituída e que estejam com de mola hidatiforme <i>in útero</i>	40	13	14	13	5	Não Consenso
(20) Um segundo esvaziamento uterino pode ser considerado em caso de suspeita de anormalidades ultrassonograficas existentes de resíduo molar	40	5	15	20	7	Não Consenso
(21) Um terceiro esvaziamento uterino não é recomendado para mola hidatiforme (aumento o risco de sinéquias)	40	4	7	29	7	Consenso
(22) A quimioterapia profilática está indicada para pacientes com mola hidatiforme de alto risco, constituindo-se boa estratégia para o tratamento dessas pacientes.	40	36	2	2	1	Consenso

Acompanhamento Pós-molar

(23) Acompanhamento de hCG é recomendado pelo menos até que os valores estejam dentro da normalidade.	39	0	1	38	7	Consenso
(24) Depois da normalização, o acompanhamento de hCG para mola hidatiforme deve ser feito mensalmente.	40	3	6	31	7	Consenso
(25) Depois da normalização, o acompanhamento de hCG de CHM deve ser feito mensalmente por pelo menos 6 meses	40	3	6	31	7	Consenso
(26) Nenhum exame de imagem de rotina é recomendado se os níveis de hCG regredirem espontaneamente na mola hidatiforme (não deve solicitar na rotina clínica: USG ou radiografia de tórax)	40	4	4	32	7	Consenso
(27) O quantitativo de hCG é recomendo no acompanhamento de mola hidatiforme para diagnosticar Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40	0	0	40	7	Consenso

Diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional

(28) O quantitativo de hCG é recomendado em casos de sangramento persistente após uma gravidez, (independente de seu resultado, seja abortamento, gravidez ectópica ou parto), se não houve material enviado para histologia	39		2	37	7	Consenso
(29) O quantitativo de hCG é recomendado em mulheres em idade reprodutiva com metástase (pulmão, fígado, cerebral, renal e vaginal) de desconhecidos câncer primário	40		1	39	7	Consenso
(30) O platô de hCG (menos do que 10% de variação) com duração de pelo menos quatro medições ao longo de um período um período de 3 semanas ou mais (dia 0, 7, 14 e 21) determina para diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional	40		1	39	7	Consenso
(31) Um aumento (maior que 10%) de hCG durando por mais de 3 medições ao longo de um período de 2 semanas ou mais (dia 0, 7 e 14) habilita para diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40	1	4	35	7	Consenso
(32) A presença de hCG elevado com mais de 6 meses do esvaziamento uterino molar determina o diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40	1	3	36	7	Consenso
(33) Neoplasia Trofoblástica Gestacional é diagnosticado se há histológico de coriocarcinoma gestacional	39	1	2	36	7	Consenso
(34) Um diagnóstico histológico de mola invasora não é o suficiente para diagnosticar Neoplasia Trofoblástica Gestacional, contanto que os níveis de hCG estejam em regressão espontânea	40		5	35	7	Consenso
(35) Pacientes com hCG maior ou igual a 20.000 mIU/mL na quarta semana do esvaziamento uterino de gravidez molar tem indicação de quimioterapia para tratamento de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40	10	6	24	7	Não Consenso
(36) Pacientes com histopatológico com diagnóstico de coriocarcinoma com GTN metastático tem indicação de quimioterapia para o tratamento de GTN	39	10	6	23	7	Não Consenso
(37) Investigação de metástase de Neoplasia Trofoblástica Gestacional é primordial para dar informação sobre prognóstico e tratamento	40	0	0	40	7	Consenso
(38) Uma investigação loco-regional inclui ao menos um exame de ultrassonografia pélvica	40		2	38	7	Consenso
(39) Investigação de metástase à distância de neoplasia Trofoblástica Gestacional inclui pelo menos uma radiografia torácica, até mesmo tomografia computadorizada do pulmão possa ser utilizada	40		5	35	7	Consenso
(40) Radiografias torácicas são usadas para contagem do número de metástase e não a tomografia computadorizada do pulmão	40	2	4	34	7	Consenso
(41) No caso de metástase pulmonar a investigação de metástase	38	0	1	37	7	Consenso

cerebral e abdominal é recomendada						
(42) A metástase do fígado pode ser diagnosticada por ultrassonografia ou por tomografia computadorizada de abdome	40		5	35	7	Consenso
(43) Para metástase cerebral, a ressonância nuclear magnética é superior que a tomografia computadorizada	40		4	36	7	Consenso
<i>Tratamento e acompanhamento para Neoplasia Trofoblástica Gestacional</i>						
(44) O sistema de pontuação OMS/FIGO permite definir que pacientes com Neoplasia Trofoblástica Gestacional sejam classificadas como baixo e alto risco	40	1	8	31	7	Consenso
(45) Paciente com baixo risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional tem pontuação OMS/FIGO menor ou igual a 6, com ou sem metástase	40			40	7	Consenso
(46) Paciente com alto risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional tem pontuação OMS/FIGO maior ou igual a 7, com ou sem metástase	40	3	4	33	7	Consenso
(47) Indicações terapêuticas para Neoplasia Trofoblástica Gestacional devem ser baseadas de acordo com a pontuação OMS/FIGO	40	1	4	35	7	Consenso
(48) Você concorda com a utilização do sistema de pontuação OMS/FIGO para caracterizar prognóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40		3	37	7	Consenso
(49) A quimioterapia com agente único é o tratamento recomendado para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco, com uma taxa de cura total próximo de 100%	39	1	7	31	7	Consenso
(50) Metotrexato (MTX) é recomendado como primeira opção do tratamento de baixo risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40		1	39	7	Consenso
(51) O primeiro ciclo de tratamento com Metotrexato (MTX) precisam ser internadas pelo risco elevado de hemorragia transvaginal	40	25	8	7	1	Não Consenso
(52) A histerectomia não é recomendada como tratamento de primeira linha para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco em idade reprodutiva que desejam ter filhos	40			40	7	Consenso
(53) A quimioterapia com múltiplos agentes é o tratamento recomendado para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco	40		2	38	7	Consenso
(54) A cirurgia para exérese metástase não é rotineiramente indicada para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco	38	1	4	33	7	Consenso
(55) Não é indicado cirurgia para ressecção de nódulos pulmonares persistentes após a normalização do hCG	40	3	4	33	7	Consenso
(56) Acompanhamento de hCG é recomendado por pelo menos 12 meses depois da normalização em Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco	40	2	5	33	7	Consenso

(57) Acompanhamento de hCG é recomendado por pelo menos 18 meses depois da normalização em Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco	38	4	5	29	7	Consenso
<i>Tempo adequado para permitir gravidez após Mola Hidatiforme e Neoplasia Trofoblástica Gestacional</i>						
(58) Método contraceptivo é recomendado após o esvaziamento uterino de mola hidatiforme	40	2		38	7	Consenso
(59) Método contraceptivo hormonal pode ser indicado imediatamente após o esvaziamento uterino de mola hidatiforme	40	1		39	7	Consenso
(60) Depois de mola hidatiforme completa é aconselhável atrasar uma nova gravidez por 6 meses após a normalização dos níveis hCG	40	6	1	33	7	Consenso
(61) Depois da mola hidatiforme parcial uma nova gravidez é permitida imediatamente após a normalização dos níveis de hCG	40	28	8	4	1	Não Consenso
(62) Depois da quimioterapia para Neoplasia Trofoblástica Gestacional o conselho é atrasar uma nova gravidez por 12 meses (baixo risco) a 18 meses (alto risco) depois da normalização dos níveis de hCG	40		6	34	7	Consenso
<i>Seguimento de Tumor Trofoblástico Placentário / Tumor Trofoblástico Epitelióide</i>						
(63) Histerectomia total é o tratamento de referência para Tumor Trofoblástico Placentário e Tumor Trofoblástico Epitelióide	40	1	6	33	7	Consenso
(64) Diagnóstico histológico de Tumor Trofoblástico Placentário e Tumor Trofoblástico Epitelióide deve ser revisada por um laudo patológico antes de implementar o tratamento	40		4	36	7	Consenso

ANEXO B – Segundo round – Método de Delphi

Tabela 7 - Nível de concordância entre os especialistas de acordo com as afirmativas.									
Avaliação dos especialistas									
Afirmativas	Total	Regiões de classificação			Média	Nível de concordância			
		1-2	3-5	6-7					
<i>Diagnóstico de Doenças Trofoblástica Gestacional</i>									
(1) Para melhorar a qualidade da assistência da Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) no Brasil, é essencial o funcionamento do Centros de Referência	40			40	7	Consenso			
(2) A DTG inclui entidades clínicas pré-malignas nomeadas de mola hidatiforme parcial e completa	40	1	3	36	7	Consenso			
(3) A DTG inclui histológicos malignos chamados de Neoplasia Trofoblástica Gestacional maligna, as quais envolvem: - Mola invasiva; - Corocarcinoma gestacional; - Tumor trofoblástico placentário e tumor trofoblástico epitelial.	40	1	1	38	7	Consenso			
(4) É desejável alcançar um diagnóstico de mola hidatiforme durante o primeiro trimestre de gestação.	40			40	7	Consenso			
(5) A Ultrassonografia (USG) pélvica é importante para suspeita de mola hidatiforme	40			40	7	Consenso			
(6) A USG normal não exclui o diagnóstico de mola hidatiforme	40	3	6	31	7	Consenso			
(7) A determinação quantitativa de hormônio Gonotrofina Coriônico (hCG) é recomendado a qualquer suspeita de mola hidatiforme.	40		3	37	7	Consenso			
(8) Nenhuma investigação de metástase é necessária quando diagnosticado mola hidatiforme.	40	26	5	9	1	Não Consenso			
(9) Histologia é fundamental para alcançar o diagnóstico correto de mola hidatiforme.	40	5	2	33	7	Consenso			
(10) É desejável ter um laudo patológico disponível para revisar mola hidatiforme.	40		5	35	7	Consenso			

(11) O critério histológico de padrão ouro para diagnóstico de mola hidatiforme parcial e completa devem ser atualizados para permitir o diagnóstico de gravidez molar em idade precoce	40		3	37	7	Consenso
(12) O uso de técnicas auxiliares (como a imuno-histoquímica e citogenética) é desejável nos casos de diagnósticos difíceis de mola hidatiforme.	40			40	7	Consenso

Tratamento da mola hidatiforme

(13) Esvaziamento uterino ocorra com controle ultrassonográfico para garantir o esvaziamento uterino	40	3	11	26	6	Não Consenso
(14) Não há justificativa para operar cistos teca-luteínicos da mola hidatiforme na ausência de complicações (ruptura do cisto e hemorragia)	40	1		39	7	Consenso
(15) A injeção de imunoglobulina anti-D é recomendada em casos de mulheres Rh negativo com mola hidatiforme parcial.	40			40	7	Consenso
(16) Uma injeção de imunoglobulina anti-D é recomendada em casos de mulheres Rh negativo com mola hidatiforme completa.	40	6	4	30	7	Consenso
(17) É permitido o emprego de misoprostol para amadurecimento cervical antes do esvaziamento uterino	40	18	11	11	1	Não Consenso
(18) É permitido o emprego de ocitocina durante o esvaziamento uterino	40	12	6	22	7	Não Consenso
(19) A histerectomia deve ser considerada com prole constituída e que estejam com de mola hidatiforme <i>in útero</i>	40	13	14	13	5	Não Consenso
(20) Um segundo esvaziamento uterino pode ser considerado em caso de suspeita de anormalidades ultrassonográficas existentes de resíduo molar	40	5	15	20	7	Não Consenso
(21) Um terceiro esvaziamento uterino não é recomendado para mola hidatiforme (aumento o risco de sinéquias)	40	4	7	29	7	Consenso
(22) A quimioterapia profilática está indicada para pacientes com mola hidatiforme de alto risco, constituindo-se boa estratégia para o tratamento dessas pacientes.	40	36	2	2	1	Consenso

Acompanhamento Pós-molar

(23) Acompanhamento de hCG é recomendado pelo menos até que os valores estejam dentro da normalidade.	40	0	1	39	7	Consenso
(24) Depois da normalização, o acompanhamento de hCG para mola hidatiforme deve ser feito mensalmente.	40	3	6	31	7	Consenso
(25) Depois da normalização, o acompanhamento de hCG de CHM deve ser feito mensalmente por pelo menos 6 meses	40	3	6	31	7	Consenso
(26) Nenhum exame de imagem de rotina é recomendado se os níveis de hCG regredirem espontaneamente na mola hidatiforme (não deve solicitar na rotina clínica: USG ou radiografia de tórax)	40	4	4	32	7	Consenso
(27) O quantitativo de hCG é recomendado no acompanhamento de mola hidatiforme para diagnosticar Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40	0	0	40	7	Consenso

Diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional

(28) O quantitativo de hCG é recomendado em casos de sangramento persistente após uma gravidez, (independente de seu resultado, seja abortamento, gravidez ectópica ou parto), se não houve material enviado para histologia	40		2	38	7	Consenso
(29) O quantitativo de hCG é recomendado em mulheres em idade reprodutiva com metástase (pulmão, fígado, cerebral, renal e vaginal) de desconhecidos câncer primário	40		1	39	7	Consenso
(30) O platô de hCG (menos do que 10% de variação) com duração de pelo menos quatro medições ao longo de um período de 3 semanas ou mais (dia 0, 7, 14 e 21) determina para diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional	40		1	39	7	Consenso
(31) Um aumento (maior que 10%) de hCG durando por mais de 3 medições ao longo de um período de 2 semanas ou mais (dia 0, 7 e 14) habilita para diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40	1	4	35	7	Consenso
(32) A presença de hCG elevado com mais de 6 meses do esvaziamento uterino molar determina o diagnóstico de	40	1	3	36	7	Consenso

Neoplasia Trofoblástica Gestacional						
(33) Neoplasia Trofoblástica Gestacional é diagnosticado se há histológico de coriocarcinoma gestacional	40	1	2	37	7	Consenso
(34) Um diagnóstico histológico de mola invasora não é o suficiente para diagnosticar Neoplasia Trofoblástica Gestacional, contanto que os níveis de hCG estejam em regressão espontânea	40		5	35	7	Consenso
(35) Pacientes com hCG maior ou igual a 20.000 mIU/mL na quarta semana do esvaziamento uterino de gravidez molar tem indicação de quimioterapia para tratamento de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40	10	6	24	7	Não Consenso
(36) Pacientes com histopatológico com diagnóstico de coriocarcinoma com GTN metastático tem indicação de quimioterapia para o tratamento de GTN	40	10	6	24	7	Não Consenso
(37) Investigação de metástase de Neoplasia Trofoblástica Gestacional é primordial para dar informação sobre prognóstico e tratamento	40	0	0	40	7	Consenso
(38) Uma investigação loco-regional inclui ao menos um exame de ultrassonografia pélvica	40		2	38	7	Consenso
(39) Investigação de metástase à distância de neoplasia Trofoblástica Gestacional inclui pelo menos uma radiografia torácica, até mesmo tomografia computadorizada do pulmão possa ser utilizada	40		5	35	7	Consenso
(40) Radiografias torácicas são usadas para contagem do número de metástase e não a tomografia computadorizada do pulmão	40	2	4	34	7	Consenso
(41) No caso de metástase pulmonar a investigação de metástase cerebral e abdominal é recomendada	40	0	1	39	7	Consenso
(42) A metástase do fígado pode ser diagnosticada por ultrassonografia ou por tomografia computadorizada de abdome	40		5	35	7	Consenso
(43) Para metástase cerebral, a ressonância nuclear magnética é superior que a tomografia computadorizada	40		4	36	7	Consenso

Tratamento e acompanhamento para Neoplasia Trofoblástica Gestacional

(44) O sistema de pontuação OMS/FIGO permite definir que pacientes com Neoplasia Trofoblástica Gestacional sejam classificadas como baixo e alto risco	40	1	8	31	7	Consenso
(45) Paciente com baixo risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional tem pontuação OMS/FIGO menor ou igual a 6, com ou sem metástase	40			40	7	Consenso
(46) Paciente com alto risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional tem pontuação OMS/FIGO maior ou igual a 7, com ou sem metástase	40	3	4	33	7	Consenso
(47) Indicações terapêuticas para Neoplasia Trofoblástica Gestacional devem ser baseadas de acordo com a pontuação OMS/FIGO	40	1	4	35	7	Consenso
(48) Você concorda com a utilização do sistema de pontuação OMS/FIGO para caracterizar prognóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40		3	37	7	Consenso
(49) A quimioterapia com agente único é o tratamento recomendado para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco, com uma taxa de cura total próximo de 100%	40	1	7	32	7	Consenso
(50) Metotrexato (MTX) é recomendado como primeira opção do tratamento de baixo risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	40		1	39	7	Consenso
(51) O primeiro ciclo de tratamento com Metotrexato (MTX) precisam ser internadas pelo risco elevado de hemorragia transvaginal	40	25	8	7	1	Não Consenso
(52) A histerectomia não é recomendada como tratamento de primeira linha para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco em idade reprodutiva que desejam ter filhos	40			40	7	Consenso
(53) A quimioterapia com múltiplos agentes é o tratamento recomendado para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco	40		2	38	7	Consenso
(54) A cirurgia para exérese metástase não é rotineiramente indicada para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco	40	1	4	35	7	Consenso
(55) Não é indicado cirurgia para ressecção de nódulos pulmonares persistentes após a normalização do hCG	40	3	4	33	7	Consenso
(56) Acompanhamento de hCG é recomendado por	40	2	5	33	7	Consenso

pelos menos 12 meses depois da normalização em Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco						
(57) Acompanhamento de hCG é recomendado por pelo menos 18 meses depois da normalização em Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco	40	4	5	31	7	Consenso

Tempo adequado para permitir gravidez após Mola Hidatiforme e Neoplasia Trofoblástica Gestacional

(58) Método contraceptivo é recomendado após o esvaziamento uterino de mola hidatiforme	40	2		38	7	Consenso
(59) Método contraceptivo hormonal pode ser indicado imediatamente após o esvaziamento uterino de mola hidatiforme	40	1		39	7	Consenso
(60) Depois de mola hidatiforme completa é aconselhável atrasar uma nova gravidez por 6 meses após a normalização dos níveis hCG	40	6	1	33	7	Consenso
(61) Depois da mola hidatiforme parcial uma nova gravidez é permitida imediatamente após a normalização dos níveis de hCG	40	28	8	4	1	Não Consenso
(62) Depois da quimioterapia para Neoplasia Trofoblástica Gestacional o conselho é atrasar uma nova gravidez por 12 meses (baixo risco) a 18 meses (alto risco) depois da normalização dos níveis de hCG	40		6	34	7	Consenso

Seguimento de Tumor Trofoblástico Placentário / Tumor Trofoblástico Epitelióide

(63) Histerectomia total é o tratamento de referência para Tumor Trofoblástico Placentário e Tumor Trofoblástico Epitelióide	40	1	6	33	7	Consenso
(64) Diagnóstico histológico de Tumor Trofoblástico Placentário e Tumor Trofoblástico Epitelióide deve ser revisada por um laudo patológico antes de implementar o tratamento	40		4	36	7	Consenso

ANEXO C – Parecer do CEP



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSENSO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA A ASSISTÊNCIA DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO BRASIL

Pesquisador: Priscila Oliveira de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74862317.3.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.299.887

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que visa a elaboração de um CONSENSO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA A ASSISTÊNCIA DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO BRASIL. Será desenvolvido por meio de pesquisa, onde será enviado um questionário por e-mail para os especialistas dos Centros de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional do Brasil. Os questionários serão então analisados e discutidos e dando origem a um protocolo a ser adotado pelo ambulatório de DTG da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir Consenso dos Centros de Referência para a assistência da Doença Trofoblástica Gestacional no Brasil.

Objetivo Secundário:

- Sintetizar tabela com o nível de concordância entre os Centros de Referência quanto ao diagnóstico, tratamento, classificação e follow up para a assistência da Doença e Neoplasia Trofoblástica Gestacional no Brasil;- Elaborar Protocolo Assistencial Nacional para a Doença Trofoblástica Gestacional a partir do consenso dos Centros de Referência do Brasil.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2558-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.299.887

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como riscos a falha ou a não adesão do Consenso no fluxo assistencial poderá prejudicar o cuidado em saúde para essas mulheres com DTG.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa se darão pela organização dos processos de saúde, onde todos os profissionais saberão o Consenso realizado em todos os Centros de Referência de Doenças Trofoblástica Gestacional do Brasil, com isso há melhora na adesão das condutas para o tratamento e acompanhamento para essas mulheres que necessitam do serviço ambulatorial da instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo parte da premissa que, através dos resultados do Consenso dos Centros de Referência do Brasil em Doença Trofoblástica Gestacional, será possível construir linhas guias de cuidado visando a qualidade da assistência para estas mulheres, a serem adotadas no ambulatório de DTG da Maternidade Escola da UFRJ, o principal Centro de Referência dessa moléstia no Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, no inciso XI.2., cabe ao pesquisador:

- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.299.887

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_982164.pdf	25/08/2017 12:17:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.doc	25/08/2017 12:16:54	Priscila Oliveira de Souza	Aceito
Folha de Rosto	PriscilaOliveiradeSouza.pdf	25/08/2017 12:15:59	Priscila Oliveira de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/08/2017 12:12:12	Priscila Oliveira de Souza	Aceito
Outros	APENDICE2.docx	25/08/2017 12:11:56	Priscila Oliveira de Souza	Aceito
Outros	APENDICE1.docx	25/08/2017 12:11:39	Priscila Oliveira de Souza	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	25/08/2017 12:11:16	Priscila Oliveira de Souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/08/2017 12:10:29	Priscila Oliveira de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Setembro de 2017

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br

ANEXO D – Artigo Publicado

The Journal of Reproductive Medicine®

Brazilian Network for Gestational Trophoblastic Disease Study Group Consensus on Management of Gestational Trophoblastic Disease

Antonio Braga, M.D., Priscila Oliveira de Souza, R.N., Ana Paula Vieira dos Santos Esteves, R.N., Ph.D., Lilian Padrón, M.D., Elza Uberti, M.D., Maurício Viggiano, M.D., Sue Yazaki Sun, M.D., Izildinha Maestá, M.D., Kevin M. Elias, M.D., Neil Horowitz, M.D., Ross Berkowitz, M.D., and the Brazilian Network for Gestational Trophoblastic Disease Study Group

OBJECTIVE: To present the Brazilian Network for Gestational Trophoblastic Disease Study Group consensus on management of gestational trophoblastic disease (GTD).

STUDY DESIGN: The modified Delphi technique was used in this study to obtain a consensus among Brazilian specialists on the treatment of GTD. For the 64 statements listed, each participant was asked to assign a Likert scale

value according to their agreement. The RAND/UCLA method was used to define the level of consensus among the specialists.

**There is great similarity
between the European and
Brazilian guidelines for
GTD treatment.**

RESULTS: The response rate of the potential study participants after the 2 rounds was 40/47 (85%). Of the 64 statements presented, there was an agreement on 54/64 (84%). The situations of disagreement were as follows: 1/12 (8%) statements in the section on diagnosis of GTD, 5/10 (50%) statements in the section on treatment of hydatidiform mole (HM), 2/16 (12.5%) statements in the section on diagnosis of gestational trophoblastic neoplasia (GTN), 1/14 (7%) statements in the section on treatment and follow-up of GTN, and 1/5 (20%) statements in the section on

From Rio de Janeiro Trophoblastic Disease Center (Maternity School of Rio de Janeiro Federal University—Postgraduate Program in Perinatal Health, Rio de Janeiro Federal University and Antonio Pedro University Hospital—Postgraduate Program in Medical Sciences, Fluminense Federal University), Rio de Janeiro, Brazil; Porto Alegre Trophoblastic Disease Center, Mario Totta Maternity Ward, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia Hospital, Rio Grande do Sul, Brazil; Goiás Trophoblastic Disease Center, Clinics Hospital of Faculty of Medicine, Goiás Federal University, Goiás, Brazil; São Paulo Trophoblastic Disease Center, São Paulo Hospital, Paulista School of Medicine, São Paulo Federal University, São Paulo, Brazil; Botucatu Trophoblastic Disease Center, Clinics Hospital of Botucatu Medical School, São Paulo State University, São Paulo, Brazil; New England Trophoblastic Disease Center, Donald P. Goldstein, MD, Trophoblastic Tumor Registry, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Gynecologic Oncology, Brigham and Women's Hospital, Dana Farber Cancer Institute/Harvard Cancer Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, and the Brazilian Network for Gestational Trophoblastic Disease Study Group (see Appendix A for complete list of members).

Supported by the Carlos Chagas Filho Foundation for Research Support in the State of Rio de Janeiro, Brazil (FAPERJ)—an agency under the Brazilian Ministry of Science and Technology; the Donald P. Goldstein, MD, Trophoblastic Tumor Registry Endowment; and the Dyett Family Trophoblastic Disease Research and Registry Endowment. The funding agencies had no direct role in the generation of the data or manuscript.

Presented at the XIXth World Congress on Gestational Trophoblastic Diseases, Amsterdam, The Netherlands, September 21–24, 2017.

Address correspondence to: Antonio Braga, M.D., Rio de Janeiro Trophoblastic Disease Center, Rua das Laranjeiras, 180, Laranjeiras, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 22.240-003, Brazil (bragamed@yahoo.com.br).

Financial Disclosure: The authors have no connection to any companies or products mentioned in this article.

0024-7758/18/6305-06-0261/\$18.00/0 © Journal of Reproductive Medicine®, Inc.
The Journal of Reproductive Medicine®

APÊNDICE A- Afirmações – Questionário

Afirmações:	Pontuação
<i>Diagnóstico de Doenças Trofoblástica Gestacional</i>	
1- Para melhorar a qualidade da assistência da Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) no Brasil, é essencial o funcionamento do Centros de Referência	1 2 3 4 5 6 7
2- A DTG inclui entidades clínicas pré-malignas nomeadas de mola hidatiforme parcial e completa	1 2 3 4 5 6 7
3- DTG inclui histológicos malignos chamados de Neoplasia Trofoblástica Gestacional maligna, as quais envolvem: - Mola invasiva; - Corocarcinoma gestacional; - Tumor trofoblástico placentário e tumor trofoblástico epitelial.	1 2 3 4 5 6 7
4- É desejável alcançar um diagnóstico de mola hidatiforme durante o primeiro trimestre de gestação.	1 2 3 4 5 6 7
5- A Ultrassonografia (USG) pélvica é importante nos casos clínicos em que se suspeita de mola hidatiforme,	1 2 3 4 5 6 7
6 - A USG normal não exclui o diagnóstico de mola hidatiforme	1 2 3 4 5 6 7
7- A determinação quantitativa de hormônio Gonadotrofina Coriônica (hCG) é recomendado a qualquer suspeita de mola hidatiforme.	1 2 3 4 5 6 7
8- Nenhuma investigação de metástase é necessária quando diagnosticado mola hidatiforme.	1 2 3 4 5 6 7
9- Histologia é fundamental para alcançar o diagnóstico correto de mola hidatiforme.	1 2 3 4 5 6 7
10- É desejável ter um laudo patológico disponível para revisar mola hidatiforme.	1 2 3 4 5 6 7
11- O critério histológico de padrão ouro para diagnóstico de mola hidatiforme parcial e completa devem ser atualizados para permitir o diagnóstico de gravidez molar em idade precoce.	1 2 3 4 5 6 7
12- O uso de técnicas auxiliares (como a imuno-histoquímica e citogenética) é desejável nos casos de diagnósticos difíceis de mola hidatiforme.	1 2 3 4 5 6 7
13- Esvaziamento uterino ocorra com controle ultrassonográfico para garantir o esvaziamento uterino.	1 2 3 4 5 6 7
14- Não há justificativa para operar cistos teca-luteínicos da mola hidatiforme na ausência de complicações (ruptura do cisto e hemorragia).	1 2 3 4 5 6 7
15- A injeção de imunoglobulina anti-D é recomendada em casos de mulheres Rh negativo com mola hidatiforme parcial.	1 2 3 4 5 6 7
16- Uma injeção de imunoglobulina anti-D é recomendada em casos de mulheres Rh negativo com mola hidatiforme completa.	1 2 3 4 5 6 7
17- É permitido o emprego de misoprostol para amadurecimento cervical antes do esvaziamento uterino	1 2 3 4 5 6 7
18- É permitido o emprego de ocitocina durante o esvaziamento uterino	1 2 3 4 5 6 7

19- A histerectomia deve ser considerada com prole constituída e que estejam com de mola hidatiforme <i>in utero</i> .	1	2	3	4	5	6	7
20- Um segundo esvaziamento uterino pode ser considerado em caso de suspeita de anormalidades ultrassonograficas existentes de resíduo molar.	1	2	3	4	5	6	7
21- Um terceiro esvaziamento uterino não é recomendado para mola hidatiforme (aumento o risco de sinéquias).	1	2	3	4	5	6	7
22- A quimioterapia profilática está indicada para pacientes com mola hidatiforme de alto risco, constituindo-se boa estratégia para o tratamento dessas pacientes.	1	2	3	4	5	6	7

Acompanhamento Pós-molar

23- Acompanhamento de hCG é recomendado pelo menos até que os valores estejam dentro da normalidade.	1	2	3	4	5	6	7
24- Depois da normalização, o acompanhamento de hCG para mola hidatiforme deve ser feito mensalmente.	1	2	3	4	5	6	7
25- Depois da normalização, o acompanhamento de hCG de CHM deve ser feito mensalmente por pelo menos 6 meses,	1	2	3	4	5	6	7
26- Nenhum exame de imagem de rotina é recomendado se os níveis de hCG regredirem espontaneamente na mola hidatiforme (não deve solicitar na rotina clínica: USG ou radiografia de tórax).	1	2	3	4	5	6	7
27- O quantitativo de hCG é recomenda no acompanhamento de mola hidatiforme para diagnosticar Neoplasia Trofoblástica Gestacional.	1	2	3	4	5	6	7

Diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional

28- O quantitativo de hCG é recomendado em casos de sangramento persistente após uma gravidez, (independente de seu resultado, seja abortamento, gravidez ectópica ou parto), se não houve material enviado para histologia.	1	2	3	4	5	6	7
29- O quantitativo de hCG é recomendado em mulheres em idade reprodutiva com metástase (pulmão, fígado, cerebral, renal e vaginal) de desconhecidos câncer primário.	1	2	3	4	5	6	7
30- O platô de hCG (menos do que 10% de variação) com duração de pelo menos quatro medições ao longo de um período um período de 3 semanas ou mais (dia 0, 7, 14 e 21) determina para diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional.	1	2	3	4	5	6	7
31- Um aumento (maior que 10%) de hCG durando por mais de 3 medições ao longo de um período de 2 semanas ou mais (dia 0, 7 e 14) habilita para diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional.	1	2	3	4	5	6	7
32- A presença de hCG elevado com mais de 6 meses do esvaziamento uterino molar determina o diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	1	2	3	4	5	6	7
33- Neoplasia Trofoblástica Gestacional é diagnosticado se há histológico de coriocarcinoma gestacional.	1	2	3	4	5	6	7
34- Um diagnóstico histológico de mola invasora não é o suficiente para diagnosticar Neoplasia Trofoblástica Gestacional, contanto que os níveis de hCG estejam em regressão espontânea.	1	2	3	4	5	6	7

35- Pacientes com hCG maior ou igual a 20.000 mIU/mL na quarta semana do esvaziamento uterino de gravidez molar tem indicação de quimioterapia para tratamento de Neoplasia Trofoblástica Gestacional	1	2	3	4	5	6	7
36- Pacientes com histopatológico com diagnóstico de coriocarcinoma com GNT metastático tem indicação de quimioterapia para o tratamento de GNT.							
37- Investigação de metástase de Neoplasia Trofoblástica Gestacional é primordial para dar informação sobre prognóstico e tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
38- Uma investigação loco-regional inclui ao menos um exame de ultrassonografia pélvica.	1	2	3	4	5	6	7
39- Investigação de metástase à distância de Neoplasia Trofoblástica Gestacional inclui pelo menos uma radiografia torácica, até mesmo tomografia computadorizada do pulmão possa ser utilizada.	1	2	3	4	5	6	7
40- Radiografias torácicas são usadas para contagem do número de metástase e não a tomografia computadorizada do pulmão	1	2	3	4	5	6	7
41- No caso de metástase pulmonar a investigação de metástase cerebral e abdominal é recomendada.	1	2	3	4	5	6	7
42- A metástase do fígado pode ser diagnosticada por ultrassonografia ou por tomografia computadorizada de abdome.	1	2	3	4	5	6	7
43- Para metástase cerebral, a ressonância nuclear magnética é superior que a tomografia computadorizada.	1	2	3	4	5	6	7

Tratamento e acompanhamento para Neoplasia Trofoblástica Gestacional

44- O sistema de pontuação OMS/FIGO permite definir que pacientes com Neoplasia Trofoblástica Gestacional sejam classificadas como baixo e alto risco.	1	2	3	4	5	6	7
45- Paciente com baixo risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional tem pontuação OMS/FIGO menor ou igual a 6, com ou sem metástase.	1	2	3	4	5	6	7
46- Paciente com alto risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional tem pontuação OMS/FIGO maior ou igual a 7, com ou sem metástase.	1	2	3	4	5	6	7
47- Indicações terapêuticas para Neoplasia Trofoblástica Gestacional devem ser baseadas de acordo com a pontuação OMS/FIGO.	1	2	3	4	5	6	7
48- Você concorda com a utilização do sistema de pontuação OMS/FIGO para caracterizar prognóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional.	1	2	3	4	5	6	7
49- A quimioterapia com agente único é o tratamento recomendado para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco, com uma taxa de cura total próximo de 100%.	1	2	3	4	5	6	7
50- Metotrexato (MTX) é recomendado como primeira opção do tratamento de baixo risco de Neoplasia Trofoblástica Gestacional.	1	2	3	4	5	6	7
51- O primeiro ciclo de tratamento com Metotrexato (MTX) precisam ser internadas pelo risco elevado de hemorragia transvaginal.	1	2	3	4	5	6	7
52- A histerectomia não é recomendada como tratamento de primeira linha para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco em idade reprodutiva que desejam ter filhos.	1	2	3	4	5	6	7

53- A quimioterapia com múltiplos agentes é o tratamento recomendado para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco.	1	2	3	4	5	6	7
54- A cirurgia para exérese metástase não é rotineiramente indicada para Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco.	1	2	3	4	5	6	7
55- Não é indicado cirurgia para ressecção de nódulos pulmonares persistentes após a normalização do hCG.	1	2	3	4	5	6	7
56- Acompanhamento de hCG é recomendado por pelo menos 12 meses depois da normalização em Neoplasia Trofoblástica Gestacional de baixo risco.	1	2	3	4	5	6	7
57- Acompanhamento de hCG é recomendado por pelo menos 18 meses depois da normalização em Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto risco.	1	2	3	4	5	6	7

Tempo adequado para permitir gravidez após Mola Hidatiforme e Neoplasia Trofoblástica Gestacional

58- Método contraceptivo hormonal é recomendado após o esvaziamento uterino de mola hidatiforme.	1	2	3	4	5	6	7
59- Método contraceptivo hormonal pode ser indicado imediatamente após o esvaziamento uterino de mola hidatiforme.	1	2	3	4	5	6	7
60- Depois de mola hidatiforme completa é aconselhável atrasar uma nova gravidez por 6 meses após a normalização dos níveis hCG.	1	2	3	4	5	6	7
61- Depois da mola hidatiforme parcial uma nova gravidez é permitida imediatamente após a normalização dos níveis de hCG.	1	2	3	4	5	6	7
62- Depois da quimioterapia para Neoplasia Trofoblástica Gestacional o conselho é atrasar uma nova gravidez por 12 meses (baixo risco) a 18 meses (alto risco) depois da normalização dos níveis de hCG.	1	2	3	4	5	6	7

Seguimento de Tumor Trofoblástico Placentário / Tumor Trofoblástico Epitelióide

63- Histerectomia total é o tratamento de referência para Tumor Trofoblástico Placentário e Tumor Trofoblástico Epitelióide.	1	2	3	4	5	6	7
64- Diagnóstico histológico de Tumor Trofoblástico Placentário e Tumor Trofoblástico Epitelióide deve ser revisada por um laudo patológico antes de implementar o tratamento.	1	2	3	4	5	6	7

Questionário: Adaptação de estudo Europeu.

Pontuação: 7- concorda fortemente; 6- concorda; 5- concorda parcialmente; 4- sem opinião; 3- discorda parcialmente; 2- discorda; 1- discorda fortemente

Caso de acréscimos, retiradas ou modificações de algum item, favor listar e exemplificar abaixo:

APÊNDICE B – Especialistas Centros de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional do Brasil

Nome	Estado	Especialidade
Elaine do Azevedo Soares Leal	Acre	Ginecologia e Obstetrícia
Manoel Calheiros Silva	Alagoas	Ginecologia e Obstetrícia
Ione Rodrigues Brum	Amazonas	Ginecologia e Obstetrícia
Nirce Carvalho da Silva	Amapá	Ginecologia e Obstetrícia
Olivia Lúcia Nunes Costa	Bahia	Ginecologia e Obstetrícia
Valéria Cristina Gonçalves	Brasília	Ginecologia e Obstetrícia
Henrique Zacharias Borges Filho	Espírito Santo	Ginecologia e Obstetrícia
Antonio Chambo Filho	Espírito Santo	Ginecologista oncológico
Mauricio Guilherme de Campos Viggiano	Goiás	Ginecologia e Obstetrícia
Marília da Glória Martins	Maranhão	Ginecologia e Obstetrícia
Regiane Martins Ribeiro Itaborahy	Mato Grosso	Ginecologia e Obstetrícia
Suely de Souza Resende	Mato Grosso do Sul	Ginecologia e Obstetrícia
Gabriel Costa Osanan	Minas Gerais	Ginecologia e Obstetrícia
Maríla Gabriela Queiroz da Luz	Pará	Ginecologia e Obstetrícia
Cláudio Sérgio Medeiros Paiva	Paraíba	Ginecologia e Obstetrícia
Melania Maria Ramos de Amorin	Paraíba	Ginecologia e Obstetrícia
Bruno Maurizio Grillo	Paraná	Ginecologia e Obstetrícia
Aurélio Costa	Pernambuco	Ginecologia e Obstetrícia
José Arimatéa dos Santos Júnior	Piauí	Ginecologia e Obstetrícia
Antonio Rodrigues Braga Neto	Rio de Janeiro	Ginecologia e Obstetrícia
Bruna Obeica Vasconcelos	Rio de Janeiro	Ginecologia e Obstetrícia
Fernanda Freitas Oliveira Cardoso	Rio de Janeiro	Ginecologia e Obstetrícia
Flavia Tarabini Castellani Asmar	Rio de Janeiro	Ginecologia e Obstetrícia
Rodrigo Rocco Pires Pesce	Rio de Janeiro	Ginecologia e Obstetrícia
Maria do Carmo Lopes de Melo	Rio Grande do Norte	Ginecologia e Obstetrícia
Elza Maria Hartmann Uberti	Rio Grande do Sul	Ginecologia e Obstetrícia
José Mauro Madi	Rio Grande do Sul	Ginecologia e Obstetrícia
Rita de Cássia Alves Ferreira Silva	Rondonia	Ginecologia e Obstetrícia
Cynthia Dantas de Macedo Lins	Roraima	Ginecologia e Obstetrícia
Fabiana Rebelo Pereira Costa	Santa Catarina	Ginecologia e Obstetrícia
Alexandre Pitorri	São Paulo	Ginecologia e Obstetrícia
Daniela Angerame Yela Gomes	São Paulo	Ginecologia e Obstetrícia
Eduarda Silvira	São Paulo	Oncologista clínico
Izildinha Maesta	São Paulo	Ginecologia e Obstetrícia
Jurandyr Moreira de Andrade	São Paulo	Ginecologia e Obstetrícia/Mastologista
Karayna Gil Fernandes	São Paulo	Ginecologia e Obstetrícia
Lawrence Hsu Lin	São Paulo	Ginecologia e Obstetrícia
Sue Yazaki Sun	São Paulo	Ginecologia e Obstetrícia
Marina de Pádua Nogueira Menezes	Sergipe	Ginecologia e Obstetrícia
João de Deus	Tocantins	Ginecologia e Obstetrícia

Apêndice C - Termo Livre e Esclarecido – Destinado aos especialistas



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa:

Consenso dos centros de referência para a assistência da doença trofoblástica gestacional no Brasil, que tem por objetivos:

-Geral:

- Realizar um Consenso dos Centros de Referência para construção de um plano terapêutico para mulheres com Doença Trofoblástica Gestacional no Brasil.

- Específicos:

- Sintetizar tabela com o nível de concordância entre os Centros de Referência para a assistência da Doença Trofoblástica Gestacional no Brasil;

- Elaborar Protocolo assistencial para a Doença Trofoblástica Gestacional a partir do consenso dos Centros de Referência do Brasil.

Sua participação consistirá em responder um formulário com afirmativas para a Assistência da Doença Trofoblástica Gestacional.

Vale ressaltar que a sua participação, assim como as respostas serão tratadas de forma *anônima e confidencial*, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Além disso, é importante salientar que a sua colaboração será voluntária, e a qualquer momento poderá se recusar a responder, ou desistir de participar desta pesquisa.

Sua participação é muito importante, você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras para participar desta pesquisa. Os benefícios relacionados à sua participação serão a ampliação, divulgação e publicação do conhecimento científico produzido para a área de saúde. Os instrumentos utilizados como formulário, depoimentos gravados e outros, serão arquivados por cinco anos e depois incinerados.

Antonio Rodrigues Braga Neto
Pesquisador Orientador

Priscila Oliveira de Souza
Pesquisadora Responsável
Tel: (21) 97010-3008
E-mail: priscila.oliveira@hotmail.com

Eu, _____ declaro estar ciente do completo teor deste Termo Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

DATA ____/____/____



**Programa de Mestrado Profissional
em Saúde Perinatal da Maternidade Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro**



PRISCILA OLIVEIRA DE SOUZA

**ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DO ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO DE DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**

Orientador: Prof. Dr. Antônio Rodrigues
Braga Neto

Co-orientadores:

Prof^a Dra. Ana Paula Vieira dos Santos
Esteves

Prof. Dr. Joffre Amim Junior

Rio de Janeiro - RJ

Dezembro - 2018

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

PRISCILA OLIVEIRA DE SOUZA

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto

Co-orientadores:

Prof^a Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Prof. Dr. Joffre Amim Junior

Rio de Janeiro

Dezembro - 2018

RESUMO

Tratar-se de um projeto aplicativo para pesquisa de dissertação para mestrado profissional em saúde perinatal da Maternidade Escola da UFRJ. A iniciativa surgiu através da vivência da prática profissional como atuou como coordenadora de enfermagem do ambulatório, onde se percebeu a necessidade da reestruturação organizacional do ambulatório de doença trofoblástica gestacional. Sendo assim, o objetivo do projeto será melhorar a qualidade da assistência das pacientes com diagnóstico de doença trofoblástica gestacional na Maternidade Escola, e específicos: criar um protocolo assistencial do itinerário terapêutico de doença trofoblástica gestacional e implementar o protocolo e o fluxo assistencial de DTG. Através dos resultados da pesquisa: Consenso dos centros de referência para assistência da doença trofoblástica gestacional do Brasil, foi cartografado o itinerário terapêutico desde a porta de entrada até a alta dessas pacientes, implementado novas condutas baseadas no estudo do consenso brasileiro de DTG e atualizado alguns formulários da instituição para a melhora da qualidade. Como resultado foi produzido um protocolo assistencial de DTG e um Manual de Acolhimento e Classificação de Risco para DTG onde inicia a atuação do enfermeiro dentro da gestão do cuidado. A fim de garantir ao usuário e profissionais, um itinerário terapêutico sistematizado afim reduzir falhas na conduta assistencial e inconformidade, com isso gerar indicadores mensais e um fluxo estruturado, garantindo a melhoria da qualidade da assistência prestada. Estimando tornar a Maternidade Escola da UFRJ um modelo guia para outros centros de referências.

Palavras-chave: Doença trofoblástica gestacional; Gestão da clínica; Assistência à saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
1.1	Indagação do estudo.....	6
2	OBJETIVO DA AÇÃO.....	7
2.1	Ações Específicas.....	7
3	MÉTODO DO PROJETO APLICATIVO.....	8
3.1	Fases do Projeto.....	8
3.1.1	Fase da iniciação.....	8
3.1.2	Fase de planejamento.....	8
3.1.3	Fase de execução.....	9
3.1.4	Fase de monitoramento e controle.....	10
3.1.5	Fase de encerramento.....	10
3.2	Planejamento Estratégico.....	11
3.2.1	Conceito da estratégia.....	11
3.2.2	Conceito de situação.....	12
3.2.3	Conceito de problema.....	13
3.2.4	Momentos do processo de planejamento.....	13
4	ANÁLISE DE PROBLEMAS.....	15
4.1	Conceito: árvore de problemas.....	15
5	ÁRVORE DE PROBLEMAS.....	16
5.1	Atores Sociais.....	17
5.1.1	Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais.....	17
5.1.2	Análise de Atores Sociais.....	18
6	PLANO DE AÇÃO.....	20
6	RESULTADOS.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24
	ANEXO 1.....	26

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a gestão da clínica iniciou-se com a Constituição Federal em 1988, e posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua regulamentação, com a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de atenção à saúde. A Portaria do Ministério da Saúde (MS), nº 4279/10, estrutura as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo estratégias para assegurar um atendimento de qualidade, humanizado, com eficácia clínica e sanitária. A Rede de Atenção à Saúde se organiza a partir de um processo de gestão da clínica associada a eficiência na utilização dos recursos, através do planejamento e gestão. Nesse sentido, Mendes cita que:

“A gestão clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade centrada nas pessoas, efetiva, segura, eficiente, oportuna, equitativa e ofertada de forma humanizada.” (MENDES, 2011).

Essas tecnologias sanitárias destinam-se ao planejamento e avaliação da assistência prestada à usuária, promovendo o gerenciamento do cuidado, estabelecendo um fluxo de atendimento integral, articulando ações e saberes dos profissionais envolvidos.

O cuidado à saúde está centrado no acolhimento a usuária, no estabelecimento do vínculo e na responsabilidade das ações, através da linha de cuidado. Pessoa et al (2011), “define linha de cuidados como a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde.”

O início do itinerário terapêutico para essas mulheres inicia desde a entrada da recepção para abertura de um atendimento na emergência (porta de entrada na unidade) e finaliza meses, em alguns casos em anos, com o tratamento e seguimento ambulatorial.

A organização de um fluxo assistencial para as usuárias atendidas na maternidade, melhora a qualidade da assistência prestada, já que se estima 36% do fluxo ambulatorial semanal e 7% fluxo da internação mensal são destinados para pacientes com diagnóstico de doença trofoblástica gestacional. Segundo Franco e Junior (2004), “a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades”. A qualidade da assistência é uma busca incessante pelas instituições de saúde, estabelecendo padrões na produção do cuidado e na segurança do paciente. A partir da produção do cuidado se estabelece um projeto terapêutico que segundo, Costa et al (2014), “pode constituir o fio condutor para os fluxos da linha do cuidado, os quais devem ser capazes de garantir o acesso seguro a tecnologias necessárias à assistência.” E a resolutividade da assistência a usuária está centrada na integralidade das ações de saúde e na produção deste cuidado.

Então, diante destas situações encontradas, surgiu o seguinte questionamento: a gestão clínica da elaboração de um protocolo assistencial do itinerário terapêutico para doença trofoblástica gestacional contribui para a melhoria da qualidade assistencial as pacientes da Maternidade Escola?

O estudo através desses questionamentos e da possibilidade de se organizar um serviço prestado as usuárias, foram traçados objetivo e ações esperadas para este projeto aplicativo.

2- Objetivo da Ação

- Melhorar a qualidade da assistência das pacientes com diagnóstico de doença trofoblástica gestacional na Maternidade Escola da UFRJ.

2.1 – Ações Específicas

- Criar um protocolo assistencial do itinerário terapêutico de doença trofoblástica gestacional;
- Implementar o protocolo e o fluxo assistencial de DTG;

3 - MÉTODO DO PROJETO APLICATIVO:

3.1 - Fases do Projeto

Projetos podem ser divididos em fases ou grupos de processos. De acordo com o Project Management Body of Knowledge (PMBOK) o projeto possui cinco fases: iniciação; planejamento; execução; monitoramento e controle; e encerramento.

3.1.1 - Fase da iniciação

A primeira fase de um projeto é, normalmente, chamada de fase de iniciação, abertura ou concepção. Seu grupo de processos tem como objetivo definir um novo projeto ou uma nova fase de um projeto já existente. É dentro desta fase que ocorrem o reconhecimento formal da existência do projeto, a definição do escopo inicial e o comprometimento dos recursos financeiros para o projeto, além da identificação das partes interessadas (internas e externas) que podem interagir e influenciar no resultado geral do projeto. É na fase de iniciação que o gerente de projetos tem de ser definido e formalmente reconhecido pela organização executora do projeto, caso ainda não o tenha sido. Para este fim, deve-se lançar mão da elaboração do Termo de Abertura do Projeto, ferramenta que reconhece a existência do projeto. Trata-se de algo semelhante à “certidão de nascimento” do projeto (RODRIGUES, 2013).

O Termo de Abertura do Projeto pode conter: justificativa da existência do projeto; objetivos; premissas; restrições; nomeação formal do gerente do projeto; resultados esperados.

3.1.2 - Fase de planejamento

O planejamento é uma arma poderosa que minimiza impactos negativos e aumenta as chances de sucesso nos resultados do projeto. O ato de planejar costuma sofrer forte influência da cultura organizacional em que o projeto está inserido. Mesmo que o senso comum saiba que é menos doloroso investir em prevenção do que em correções, empresas com baixo grau de maturidade em gerenciamento de projetos costumam negligenciar a fase de planejamento na busca

de resultados de execução mais imediatos. Esse tipo de cenário costuma ser muito prejudicial ao gerente de projetos, que será responsabilizado por eventuais (e prováveis) resultados negativos que ocorram. Em ambientes mais maduros, incentiva-se o planejamento a ser desenvolvido com atenção e profissionalismo.

Segundo Rodrigues (2013), não se pode definir um período (absoluto ou percentual) de tempo para o desenvolvimento do planejamento, mas a boa prática orienta que, quanto mais tempo dispensarmos a ele, maiores as chances de sucesso do projeto. Mesmo que o projeto tenha tido o tempo requerido para desenvolver seu planejamento, muito raramente este não será alterado no decorrer de sua execução. Isso faz com que o processo de planejar o projeto seja interativo. Em outras palavras, cada mudança prevista ou ocorrida no projeto, justificará um replanejamento de parte do projeto ou, em alguns casos, dele todo.

3.1.3 - Fase de execução

O gerenciamento de projetos distingue as fases de execução e de monitoramento e controle por seus objetivos, processos e ferramentas, mas reconhece que é a partir da execução do projeto que o controle se faz mais atuante. Afinal, é a partir do momento que se inicia a execução dos trabalhos previstos para a construção dos objetivos do projeto, que os processos de monitoramento e controle atuam mais fortemente, para acompanhar se o que está sendo executado, segue o que foi planejado e, se necessário, interferir.

É na fase de execução que a maior parte dos recursos materiais e financeiros disponibilizados para o projeto será consumida e que os recursos humanos serão mobilizados. Esta fase exige, ainda, grande esforço de coordenação por parte da equipe do projeto, a fim de manter sua realização em conformidade com o plano de gerenciamento e as linhas de base dos planejamentos realizados. A comunicação é outro fator chave na fase de execução, pois a equipe do projeto tem de estar atenta às necessidades de comunicação previstas, a fim de que as partes interessadas recebam as devidas informações sobre o progresso do projeto.

São raros os casos dos projetos que conseguem executar exatamente aquilo que foi inicialmente previsto na fase de planejamento. Desse modo, quando uma

alteração for inevitável, caberá à equipe do projeto estar atenta e reportar esta necessidade, a fim de que o projeto possa ser devidamente replanejado, e se garanta o redirecionamento dos trabalhos.

3.1.4 - Fase de monitoramento e controle

A fase de monitoramento e controle perdura do início ao término do projeto. Isto por que, durante todo o seu ciclo de vida, há a necessidade da equipe do projeto estar atenta se o mesmo está seguindo a metodologia prevista e dentro de sua conformidade. Mas é durante a fase de execução que a equipe do projeto desprenderá seus maiores esforços em medir seu progresso e atuar sobre eventuais desvios identificados, a fim de que o projeto mantenha a conformidade com o plano de gerenciamento. Este monitoramento contínuo fornece à equipe do projeto uma visão melhor sobre a saúde do mesmo e identifica quaisquer áreas que requeiram atenção adicional (RODRIGUES, 2013).

Dentre os objetivos desta fase, podem ser citados: controle sobre as mudanças e recomendação de ações preventivas para possíveis problemas; monitoramento das atividades do projeto em relação ao plano de gerenciamento e às linhas de base de desempenho; influência sobre os fatores que possam impedir o controle integrado de mudanças, para que somente as mudanças aprovadas sejam implementadas.

3.1.5 - Fase de encerramento

Uma das características marcantes de um projeto é que ele é finito. Ou seja, além de ter uma data para início, deve ter também uma data de término planejada e acordada entre a equipe do projeto. Segundo Rodrigues (2013), pode-se entender que um projeto chega à sua fase de encerramento em três cenários:

Quando todos os objetivos do escopo do projeto foram atendidos e entregues ao cliente.

Quando ambas as partes (cliente e equipe do projeto) concordam em encerrar o projeto, mesmo que nem todos os objetivos do escopo tenham sido atendidos.

Quando o projeto é abortado por força maior, sem realizar seus objetivos previstos.

Uma das grandes armadilhas de um projeto é deixá-lo em aberto, pois um projeto que não tiver seu fim formalmente decretado pelas partes interessadas ainda poderá ser resgatado em um momento futuro, mesmo depois de anos. Isso, provavelmente, traria grandes problemas ao gerente do projeto, visto que este não terá mais recursos alocados para tanto. Por isso, todo projeto deve ter seu término decretado. A etapa de encerramento do projeto tem como objetivos: formalizar o término das atividades realizadas pelo projeto junto ao seu cliente e aos fornecedores; comunicar o encerramento às demais partes interessadas; documentar as lições aprendidas com o projeto e demais documentos exigidos pela metodologia da organização.

3.2 - Planejamento Estratégico

3.2.1 - Conceito de estratégia

Estratégia vem do grego *estrategos* e era utilizado para denominar os generais que comandavam as guerras na Grécia antiga. Geralmente, a palavra estratégia nos remete à idéia da existência de conflito.

O planejamento deve ser estratégico pois quando estamos diante de uma situação qualquer ou de um problema qualquer, geralmente, existem diversos atores sociais com diferentes visões, propósitos, interesses e compromissos relacionados a essa situação problema. São essas diferenças que colocam a possibilidade de conflitos. Existindo conflitos, é preciso que se raciocine estrategicamente para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados. Não se pode cometer o grave erro de pensar que só nós estamos planejando ou que “o outro também pensa como eu”.

3.2.2 - Conceito de situação

Para Matus (1993), o conceito de situação expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam uma realidade. Portanto, uma situação pressupõe a existência de atores sociais que interpretam e explicam a realidade, estando, portanto, estabelecida a possibilidade de conflitos, já que os atores envolvidos podem ter interesses e objetivos diferentes. Portanto, uma situação pode ser compreendida como um espaço socialmente produzido no qual nós desempenhamos um papel e intervimos da mesma forma que os outros.

Entende-se que num processo de planejamento a leitura da realidade daquele é apenas uma das possíveis leituras dessa realidade. Por isso, é fundamental que sejam devidamente consideradas as interpretações da realidade formuladas por outros atores sociais, o que pode exigir a formulação de estratégias para superar possíveis conflitos.

Essa reflexão ajuda a perceber que uma explicação ou análise sobre determinada situação depende necessariamente de: quem explica; para que explica; a partir de qual posição explica; em face de quais outros explica.

Diferente do planejamento tradicional, que considera possível haver um conhecimento único e objetivo da realidade, para o planejamento estratégico situacional, o conhecimento e a explicação da realidade dependem da inserção de cada ator. Por isso, uma explicação situacional é sempre feita por nós ou por eles, como atores sociais. Torna-se, então, muito importante distinguir a minha explicação daquela que tenta dar conta da explicação do outro, lembrando, também, que um mesmo ator pode, partindo de uma mesma realidade, perceber diferentes situações, visando a diferentes propósitos.

Uma situação constitui-se num espaço de produção social. Uma determinada situação expressa a condição, a partir da qual indivíduos ou grupos interpretam e intervêm nessa realidade.

3.2.3 - Conceito de problema

Para Campos (2010), um problema pode ser definido como discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos. Sendo assim, um problema é autor referido e dependente da perspectiva de quem o identifica. Em determinadas situações, o que é um problema para um ator pode ser oportunidade para outros.

3.2.4 - Momentos do processo de planejamento

Ao propor a ideia de momentos do processo de planejamento, Matus (1993) pretende contrapor a ideia de etapas adotadas no planejamento tradicional e compreendidas como fases estanques, numa sequência rígida. Os momentos constituem uma dinâmica permanente e dialética, ora predominando uma lógica, ora outra. Matus identifica quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional, que são apresentados a seguir:

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional” aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade (CAMPOS, 2010).
- Momento normativo: quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução (CAMPOS, 2010).

- Momento estratégico: busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançarem os objetivos traçados (CAMPOS, 2010).
- Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano (CAMPOS, 2010).

4 - ANÁLISE DE PROBLEMAS

O objetivo da análise de problemas é o de estabelecer uma visão geral da situação problemática. É importante lembrar que “problemas não existem independentemente das pessoas que os têm – eles existem quando elas os sentem.” Helming e Göbel (1998). Isso significa que, ao se proceder à análise de problemas, deve ficar claro que atores sociais estão enfocando a realidade. Uma situação pode ser considerada problema para um grupo e solução para outro. Existem diversos instrumentos para se efetuar essa análise. Sua escolha dependerá do método de planejamento que se adote. Trabalharemos a árvore de problemas.

4.1 - Conceito: árvore de problemas

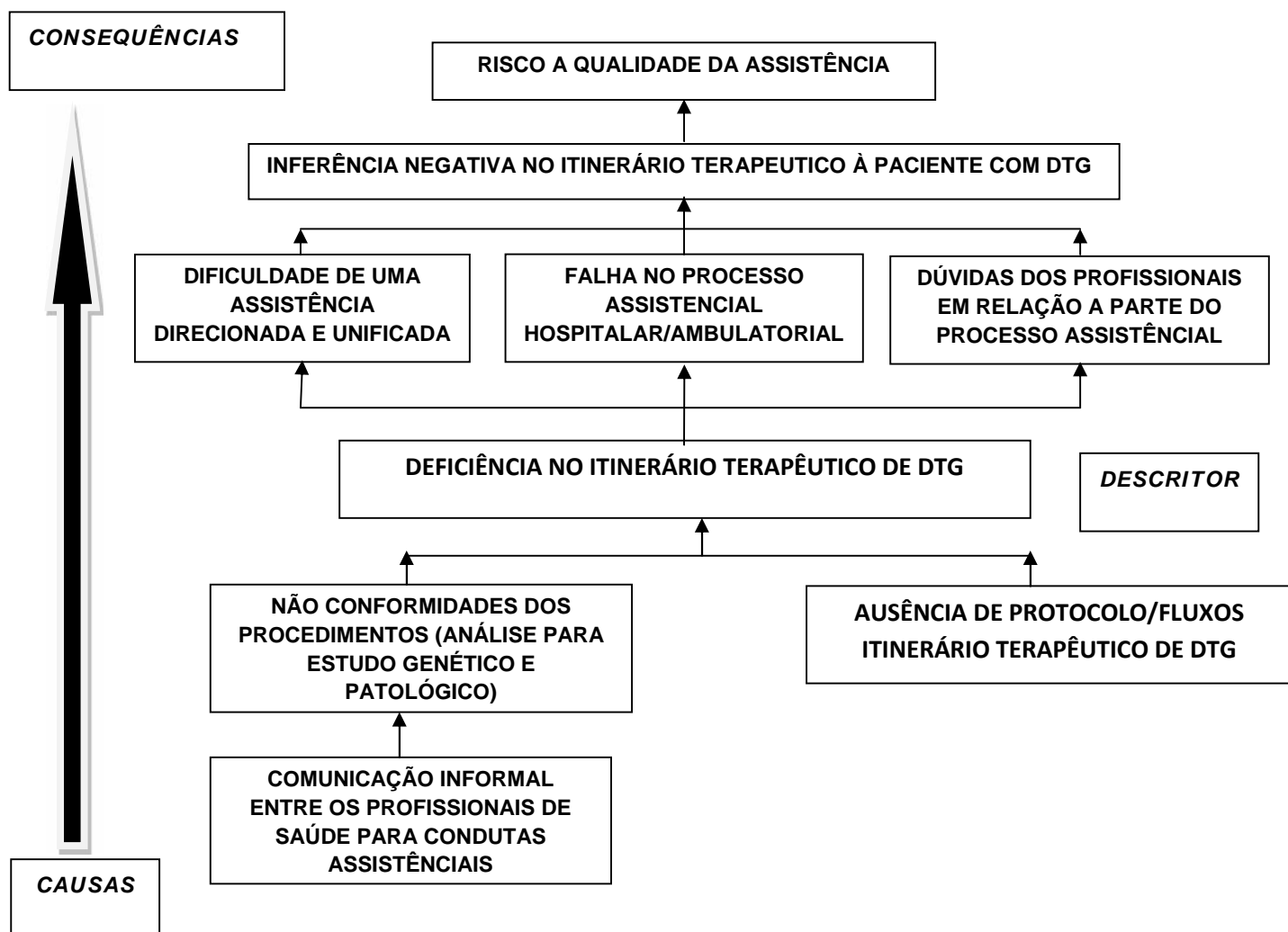
A árvore de problemas é um instrumento que possibilita uma adequada análise dos problemas existentes, com a compreensão de suas inter-relações causais. Nela são estabelecidas as ligações mais importantes, transformando a realidade, que é complexa, numa concepção simplificada a fim de tornar possível uma ação.

Para iniciar a construção da árvore é necessário que se determine claramente qual o corte a ser dado na realidade a ser trabalhada. A determinação do foco de análise (ou problema central, ou problema inicial), delimita o subconjunto da realidade a ser analisada, possibilitando clareza sobre a situação problemática e sua abrangência. Estabelecido o foco, passa-se ao levantamento e à ordenação dos problemas, considerando a relação de causalidade entre eles, dentro do princípio de que problemas geram problemas. A importância de um problema não é dimensionada por sua posição na árvore.

A análise de problemas é, portanto, um conjunto de técnicas para: definir o foco de análise de uma determinada situação; identificar os principais problemas dessa situação; e analisar os problemas estabelecendo suas relações de causalidade.

5- ÁRVORE DE PROBLEMAS

A árvore de problemas apresentada abaixo foi construída com o intuito de analisar a condução de projetos desenvolvidos ou executados no itinerário terapêutico de doença trofoblástica gestacional.



A partir da análise da árvore, conclui-se que a ausência de ferramentas de gestão clínica impacta o processo de trabalho com pacientes de DTG, uma vez que

a ausência de protocolo/fluxos assistenciais, comunicação informal dos profissionais e as não conformidades dos procedimentos, resultam na falha assistencial, dúvida dos profissionais e dificuldade de uma qualidade na assistência.

A elaboração do protocolo e a organização do fluxo assistencial (ANEXO 1) deve ser de extrema importância a partir do aumento da demanda de pacientes atendidas e que a Maternidade Escola é um centro de referência para DTG.

5.1 - ATORES SOCIAIS

Ator social é definido como um grupo organizado de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade, que agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la (MATUS, 1993), para tanto é necessário que esse ator tenha: o controle sobre os recursos relevantes; uma organização minimamente estável; um projeto para intervir nessa realidade.

5.1.1 Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais

ATOR SOCIAL	VALOR	INTERESSE
Diretor da Maternidade Escola	Alto	+
Vice-Diretor da Maternidade Escola	Alto	+
Diretora da Assistência à Saúde da Mulher	Alto	+
Diretora de Enfermagem	Alto	+
Coordenador Médico do Ambulatório de DTG	Alto	+
Coordenadora médica do Ambulatório	Alto	+
Coordenador médico da Emergência/Admissão	Alto	+

Coordenador médico Centro Obstétrico	Alto	+
Coordenador médico do Alojamento Conjunto	Alto	+
Coordenadora de Enfermagem do Ambulatório	Alto	+
Coordenadora de Enfermagem do Acolhimento e Classificação de Risco/Admissão	Alto	+
Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico	Alto	+
Coordenadora de Enfermagem do Alojamento Conjunto	Alto	+
Médicos e enfermeiros assistenciais	Médio	+
Funcionários Administrativos	Baixo	-

Tabela 1 – elaborado pela própria autora, 2017.

5.1.2 Análise de Atores Sociais

Os atores sociais determinam ações, e segundo Muller e Filho (2002) “ao colocar em prática estas ações o ator acumula recursos e fortalece-se para quando começa a encontrar resistências a sua caminhando em busca de seu objetivo. ”

E é neste contexto que a viabilidade política permite examinar os recursos que facilitam ou dificultam as ações dos atores. Estratégias são criadas para se alcançar os objetivos do projeto com eficácia.

Os atores ativos são de alto valor, pois representam grande poder de influência e governabilidade.

- Diretor da Maternidade Escola – Prof. Dr. Jorge Rezende Filho.
- Vice-Diretor da Maternidade Escola – Prof. Dr. Joffre Amim Junior - Responsável pelo projeto aplicativo e pela Direção da Unidade.
- Diretora Médica da Assistência à Saúde da Mulher – Dra. Penélope Saldanha.

- Diretora de Enfermagem – Profa. Dra. Enfa. Ana Paula Esteves - Responsável pelo projeto aplicativo e envolvida na execução do projeto.
- Coordenador médico do ambulatório de DTG – Prof. Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto – Envolvido na execução do projeto.
- Coordenadora médica do Ambulatório - Dra. Maria Isabel Peixoto.
- Coordenador médico da Admissão/ Emergência – Dr. Jair Braga.
- Coordenador médico do Centro Cirúrgico – Dr. Jair Braga.
- Coordenador médico do Alojamento – Dr. Nilson Ramiro.
- Coordenadora de Enfermagem do Ambulatório – Enf. Priscila Oliveira – Responsável pelo planejamento, gerenciamento e execução do projeto.
- Coordenadora de Enfermagem do Acolhimento e Classificação de Risco/Admissão – Enf. Caroline Xavier – Envolvida na execução do projeto.
- Coordenadora de Enfermagem do Centro Obstétrico – Enf. Jaqueline Silva – Envolvida na execução do projeto.
- Coordenadora de Enfermagem do Alojamento Conjunto – Enf. Juliana Jennings – Envolvida na execução do projeto.
- Enfermeiros Assistenciais – Envolvidos na execução do projeto.
- Funcionários Técnicos Administrativos – Envolvidos na execução do projeto.

6 – PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é uma ferramenta para acompanhamento de atividades amplamente utilizado no mundo inteiro. Auxilia na coordenação das equipes, pois explicita quem é responsável por cada atividade, as datas de entrega e anotações /comentários sobre o progresso. Com um Plano de Ação em mãos é possível apresentar fácil e rapidamente o andamento de atividades, as táticas utilizadas, quem executou, quando, enfim, todo o histórico das ações executadas ou previstas no âmbito aplicado (RODRIGUES, 2014).

PLANO DE AÇÃO

AÇÃO ESTRATÉGICA: Criar um protocolo assistencial do itinerário terapêutico de doença trofoblástica gestacional

OPERAÇÃO	DIFICULDADES	FACILIDADES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO	
			FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL					
OP1	Identificar os atores que atuam diretamente na assistência	Alta rotatividade de profissionais	Fácil acesso e apoio dos profissionais	Institucional	Mestranda e seus orientadores	Apoio do programa de mestrado, direção e instituição	Institucional	30 dias	Mestranda e seus orientadores	$\frac{n = \text{n}^\circ \text{ total de profissionais que identificar}}{\text{n}^\circ \text{ total de profissionais}} \times 100$	Reforçar o fluxo assistencial com as coordenações
OP2	Pactuação com os atores identificados na op1	Mudança no processo e rotina de trabalho	Todos os atores pertencem a instituição	Institucional	Admissão/emergência, centro obstétrico, enfermaria, ambulatório especializado e coordenadores	Coordenadores	Institucional	30 dias	Mestranda e seus orientadores	$\frac{n = \text{n}^\circ \text{ de reuniões}}{\text{n}^\circ \text{ total de reuniões}} \times 100$	Reunião com os coordenadores para passar o fluxo e disponibilidade para dúvidas
OP3	Cartografar o fluxo assistência desde a entrada na instituição e o momento de sua alta	Sensibilizar a importância do seguimento do itinerário terapêutico	Estrutura de comunicação com todos os setores envolvidos	Institucional	Mestranda e seus orientadores	Apoio do programa de mestrado, direção e instituição	Institucional	30 dias	Mestranda e seus orientadores	$\frac{n = \text{n}^\circ \text{ de reuniões}}{\text{n}^\circ \text{ total de reuniões}} \times 100$	Reunião com os coordenadores e disponibilidade para dúvidas diretamente com os atores

Tabela 2 – elaborado pela própria autora, 2018.

PLANO DE AÇÃO

AÇÃO ESTRATÉGICA: Implementar o protocolo e o fluxo assistencial de DTG

OPERAÇÃO	DIFICULDADES	FACILIDADES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO
			FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL				
OPI Oficializar e validar o modelo do fluxo assistencial	Confecção dos fluxos	Fluxo e rotinas assistenciais já existentes, apenas adequar ao modelo padrão	Institucional	Mestranda e seus orientadores	Direção da instituição	Institucional	30 dias	Mestranda e seus orientadores	n= nº de revisões das etapas	Número de acessos no site
	Criação de um protocolo								nº total de revisões x100	
								Implantação no site da ME/UFRJ		

Tabela 2 – elaborada pela própria autora, 2018.

7- RESULTADOS

A elaboração de um protocolo e fluxo assistencial de doença trofoblástica gestacional (ANEXO 1), a fim de otimizar o atendimento e a qualidade assistencial. Visando que a Maternidade Escola é um centro de referência de DTG e a demanda assistencial vem crescendo a cada ano, com isso trazendo novas pacientes, novos casos, como também o interesse e a atuação de novos profissionais.

E através dos resultados conseguimos ter a resposta para a indagação do estudo, através do consenso conseguimos obter uma evidência de qualidade para a assistência da DTG, onde foi elaborado um manual de Acolhimento e Classificação de Risco para DTG, o qual podemos dizer que é o momento que inicia a atuação do enfermeiro e assim delineando o seu papel dentro de toda gestão do cuidado e a elaboração de um itinerário terapêutico onde os profissionais seguem o fluxo, respeitando a singularidade de cada paciente e principalmente a própria usuária que pode ter a informação do seu destino e seu itinerário terapêutico dentro na unidade. Assim tornando o centro de referência da Maternidade Escola da UFRJ, um modelo guia para os demais centros de referência já implantados no Brasil e novos centros de referências que irão surgir.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- BRASIL, M.S. **Portaria GM/MS nº4.279**, de 30 de dezembro de 2010, Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.
- CAMPOS, F. C. C. & FARIA, H.P. & SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- COSTA, J.P. & JORGE, M.S.B. & VASCONSELOS, M. G.F. & PAULA, M.L. & BEZERRA, I.C. **Resolutividade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços**. Saúde Debate, Rio de Janeiro. V.38, N.103, P. 733-743, out-dez, 2014.
- FRANCO, T.B. & JUNIOR, H.M.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado**. In: FRANCO, T.B. & JUNIOR, H.M.M. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.
- FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva, UnB, Brasília, v.6, nº2, 2012.
- HELMING, S. & GÖBEL, M. **Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos**, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Eschborn, 1998.
- MATUS, Carlos. **El plan como apuesta**. Revista PES (Planeación Estratégica Situacional). Caracas, Venezuela: Fundación Altadir, n. 2, p. 9-59, abril, 1993.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2ed. Brasília, IPEA, 1996, vol.1.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PESSOA, L.R & SANTOS, H.A. & TORRES, K.R.B.O.(Org.) **Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

RODRIGUES, R. **Gerenciamento de Projetos**, 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Grupo Ibmec Educacional, 2013.

RODRIGUES, E. **Como fazer um plano de ação**. 2014. Disponível em: <<http://www.elirodrigues.com/2013/06/03/como-fazer-um-plano-de-acao/>>. Acesso em: 16 maio. 2018.



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 epitelioide. (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 incluídos 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, desde a sua chegada, responsabilizando-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);
- Dispnéia (Síndrome de Angústia 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

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, que poderá ser nos seguintes casos:

- 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 - todo o material deverá ser enviado, protocolado pelo enfermeiro, como o pedido da patologia e da citogenética (ANEXO 4), enviar para o laboratório da citogenética. Onde o material será separado pela citogenética e o que não for utilizado será enviado para a patologia, 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 e quando for amostra fetal, deverá ser realizado as seguintes coletas:

- Fragmento de cordão umbilical (3 cm);
- Sangue de cordão ou punção cardíaca (para cada 3 mL de sangue + 0,2 mL de heparina), ser 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 com o nome: nome da paciente; data e tipo de amostra; anexar o pedido da citogenética.

A equipe médica entrará em contato com as funcionárias Maria de Jesus Camilo (cel: (21) 99779-7971) ou Maria Cícera Cavalcante (cel: (21) 98053-8256 / (21) 99732-0572), e o material deverá ser enviado com os dois pedidos para o laboratório de análises clínicas e mantido na geladeira.

Pós-procedimento o enfermeiro realiza uma avaliação geral da paciente e comunica ao enfermeiro do alojamento conjunto sobre o estado geral da paciente e um resumo do procedimento realizado.

ENFERMARIA DE FINITUDE

A admissão é realizada pelo enfermeiro e encaminhada para a enfermaria designada de finitude, 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;

- Inspeccionar 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 encaminhada para o baixo risco de acordo com o histórico da evolução e avaliação médica. O ambulatório de DTG é dividido em baixo risco, cujo atendimento é realizado na parte da manhã e alto risco atendimento 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), se não houver a normalização a gestante é encaminhada para o seguimento terapêutico responsável (para realizar a quimioterapia) em conjunto com o acompanhamento quinzenal na Maternidade Escola da UFRJ. Para as pacientes com a normalização o seguimento passa ser mensal até seis meses de normalização do hCG, assim recebendo a alta da instituição.

Para a coleta do hCG a paciente é encaminhada para o laboratório de análises clínicas, no período da manhã a coleta é realizada na sala 4 do 2º andar do Ambulatório e no período da tarde a coleta de hCG é realizada no laboratório de análises clínicas localizada 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 hCG normais;
 - 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.
 - 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.

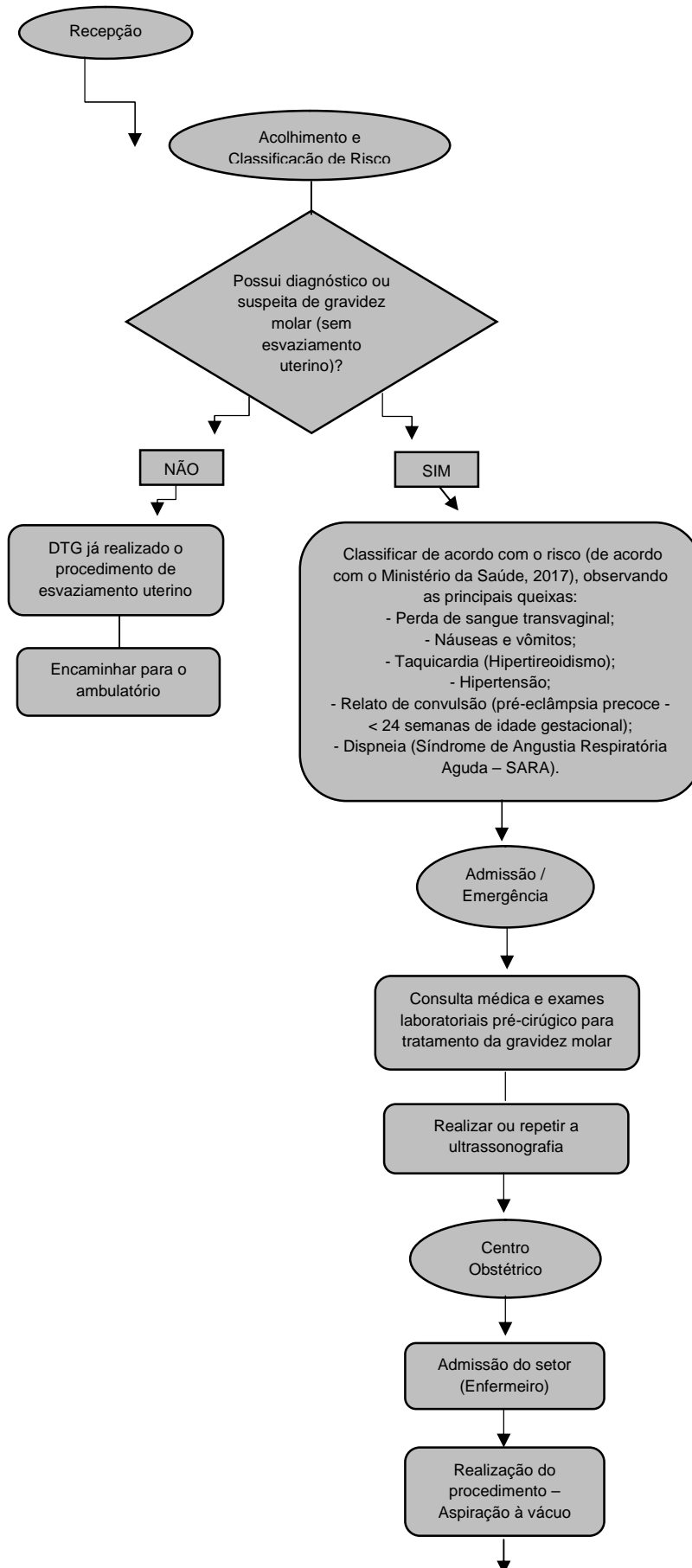
Após o esvaziamento uterino para tratamento da gravidez molar, as pacientes deverão ser acompanhadas com dosagem seriada de gonadotrofina coriônica humana (hCG) até sua normalização. Na primeira consulta ambulatorial temos a importância de prescrever um contraceptivo de acordo com o desejo da paciente, ou de acordo com o melhor para a sua conduta clínica, exemplo: em casos de trombofilias, cujo contraceptivo não pode conter estrogênio. É oferecido as opções de contraceptivos orais, injetáveis (mensal e trimestral) e colocação de dispositivo intra-uterino (DIU) – só indicado após a normalização do hCG.

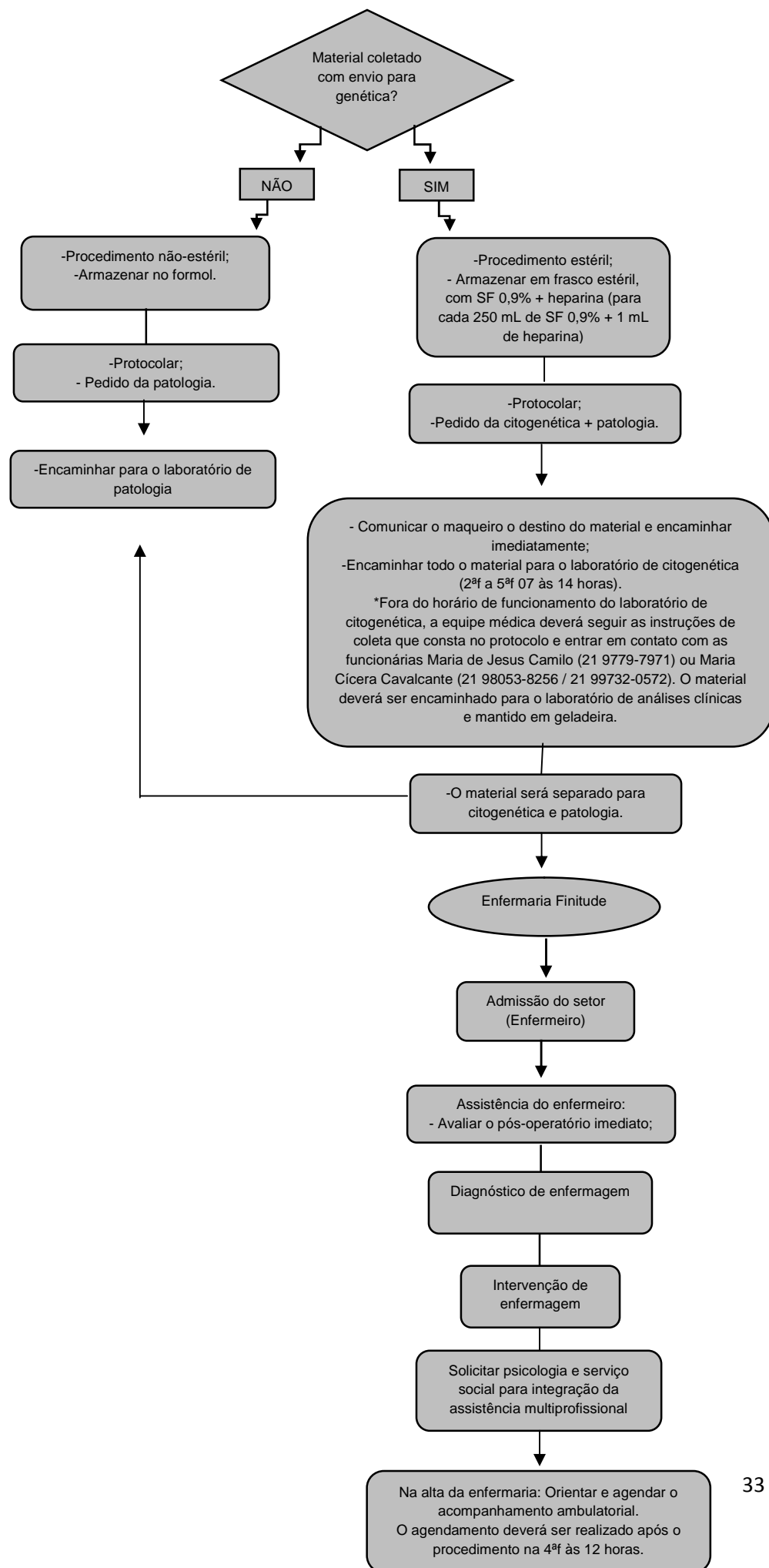
Em casos de uma nova gravidez o médico deverá solicitar uma ultrassonografia para comprovar presença de batimentos cardíaco fetal (BCF), tendo a comprovação a gestante é encaminhada para o agendamento ao acolhimento ao pré-natal, realizada pelo enfermeiro e agendada para o pré-natal de pós-mola que ocorre às 4ª feiras no período da manhã (ANEXO 7).

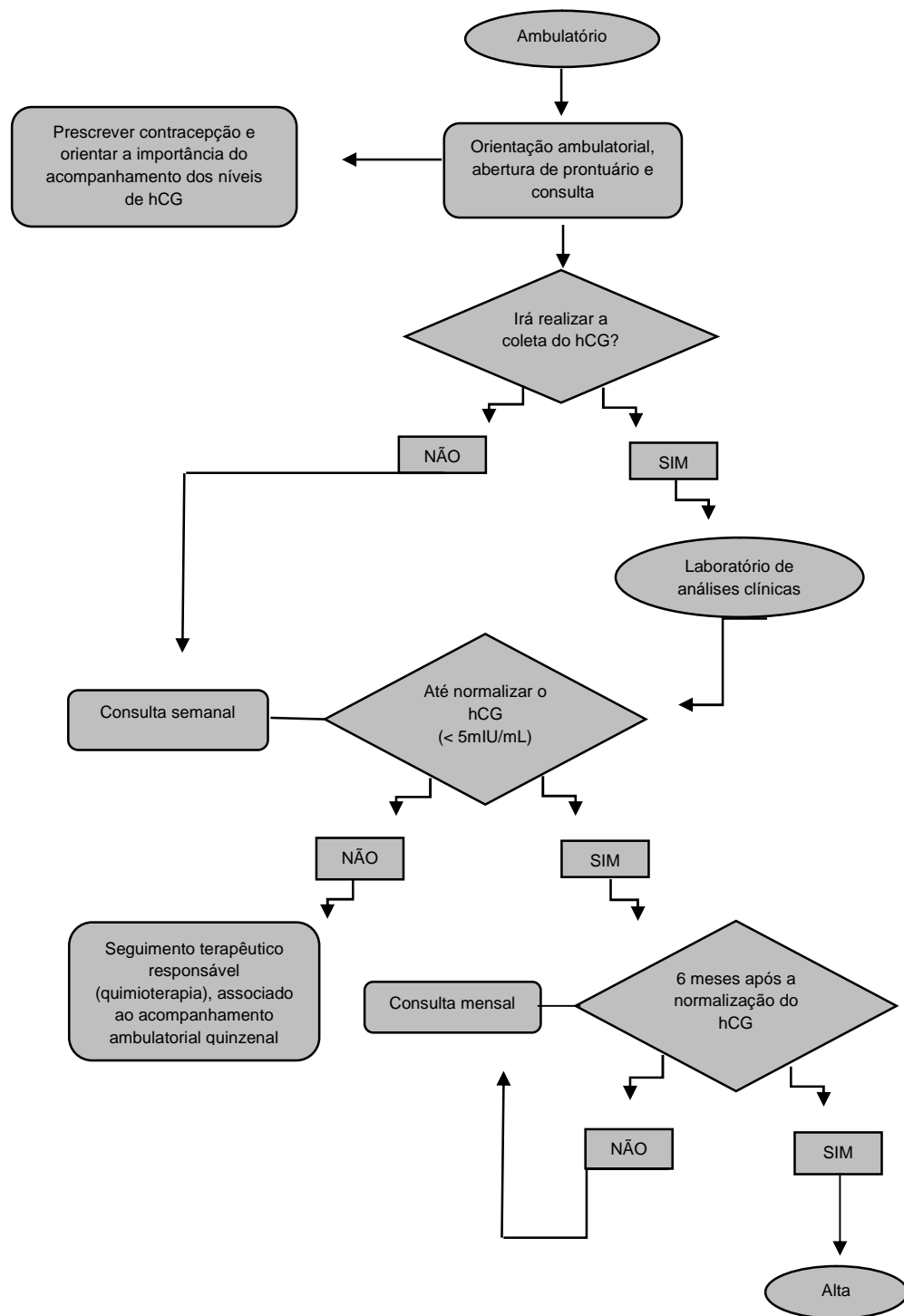
REFERÊNCIAS

- 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, V. P. 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. Acesso em: 18/ 08/ 2018.
- VIANA, W. N. **Síndrome de Angústia Respiratória Aguda após Berlim.** Pulmão. Rio de Janeiro, RJ, 2015; 24 (3): 31-35.

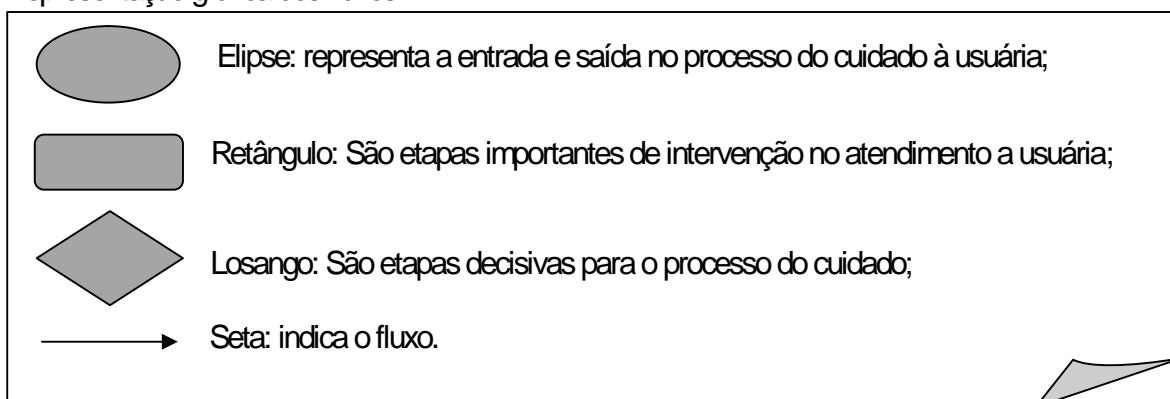
ANEXO 1- Fluxograma assistencial para doença trofoblástica gestacional – Itinerário terapêutico pelo enfermeiro



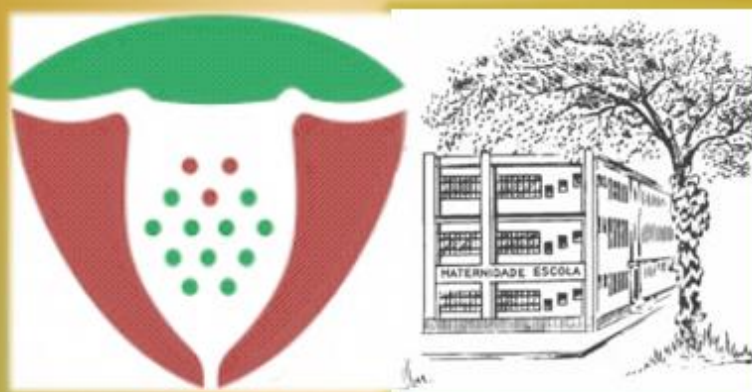




Representação gráfica dos fluxos:

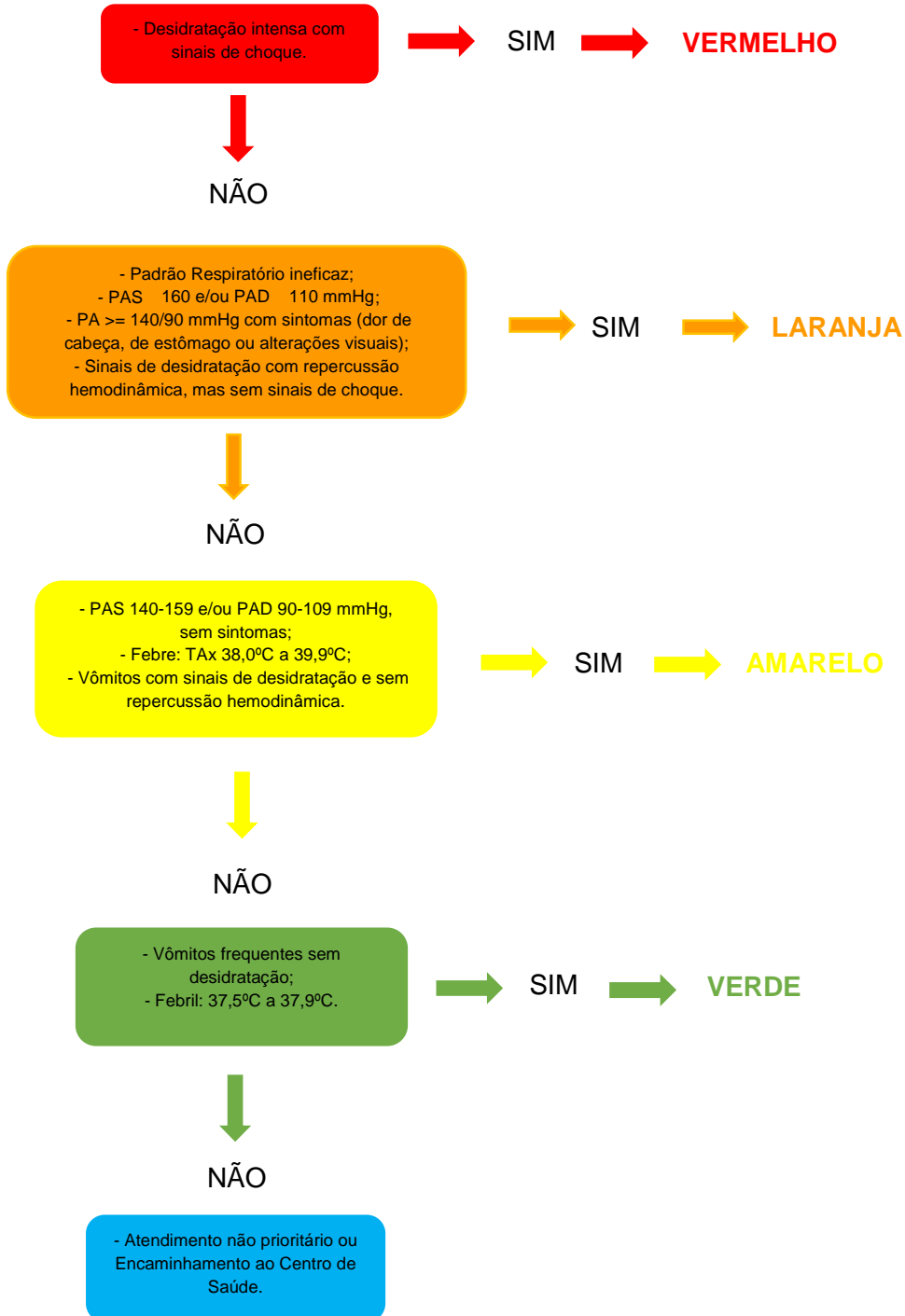


ANEXO 2 – As principais queixas para pacientes com diagnóstico ou suspeita de DTG

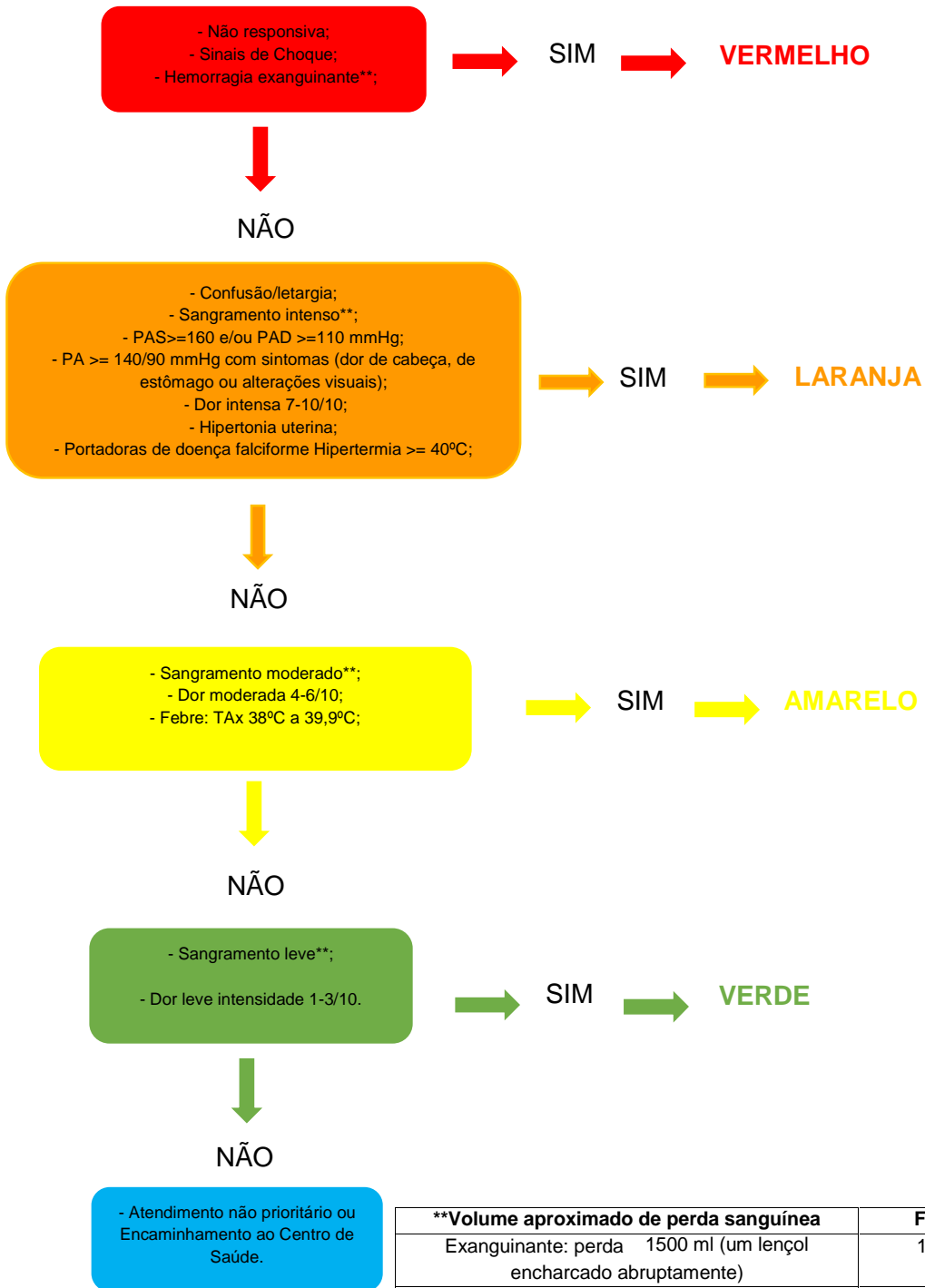


Manual de Acolhimento e
Classificação de Risco para
Doença Trofoblástica
Gestacional da Maternidade
Escola da UFRJ
Rio de Janeiro - 2018

NÁUSEAS E VÔMITOS

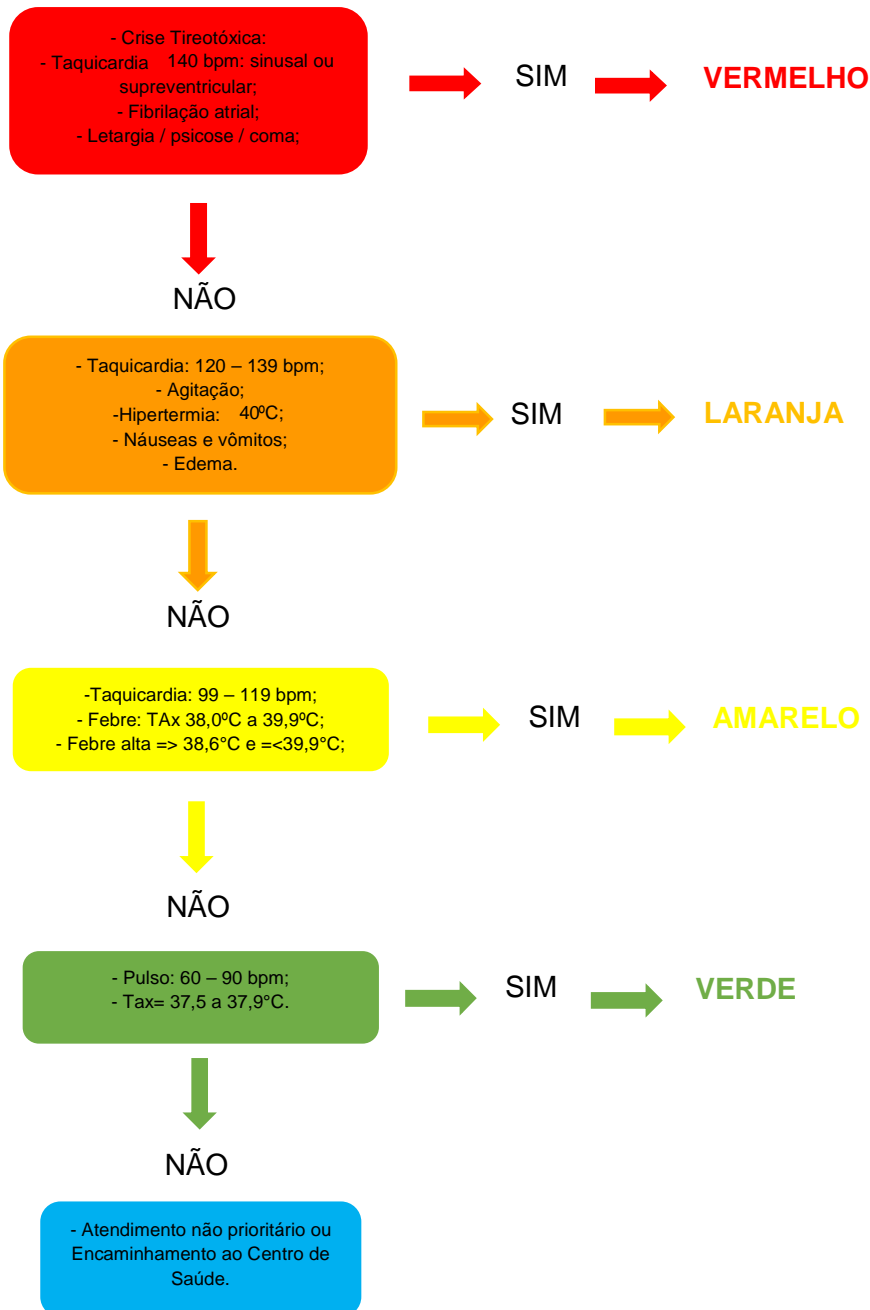


PERDA DE SANGUE TRANSVAGINAL

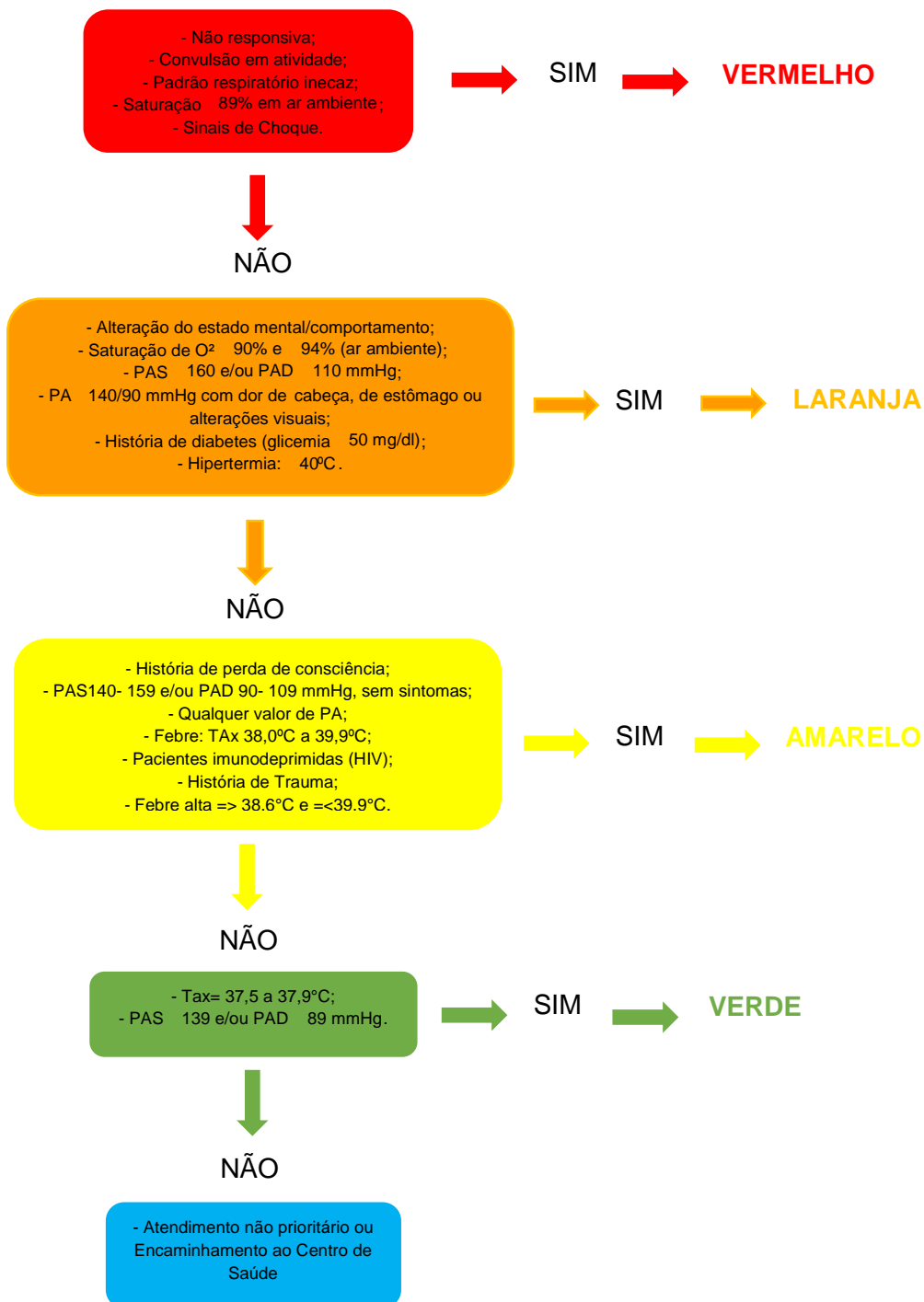


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exangüinante: perda 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	120	PAS 70
Sangramento intenso: perda brusca 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (1 absorvente noturno)	91-100	Levemente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

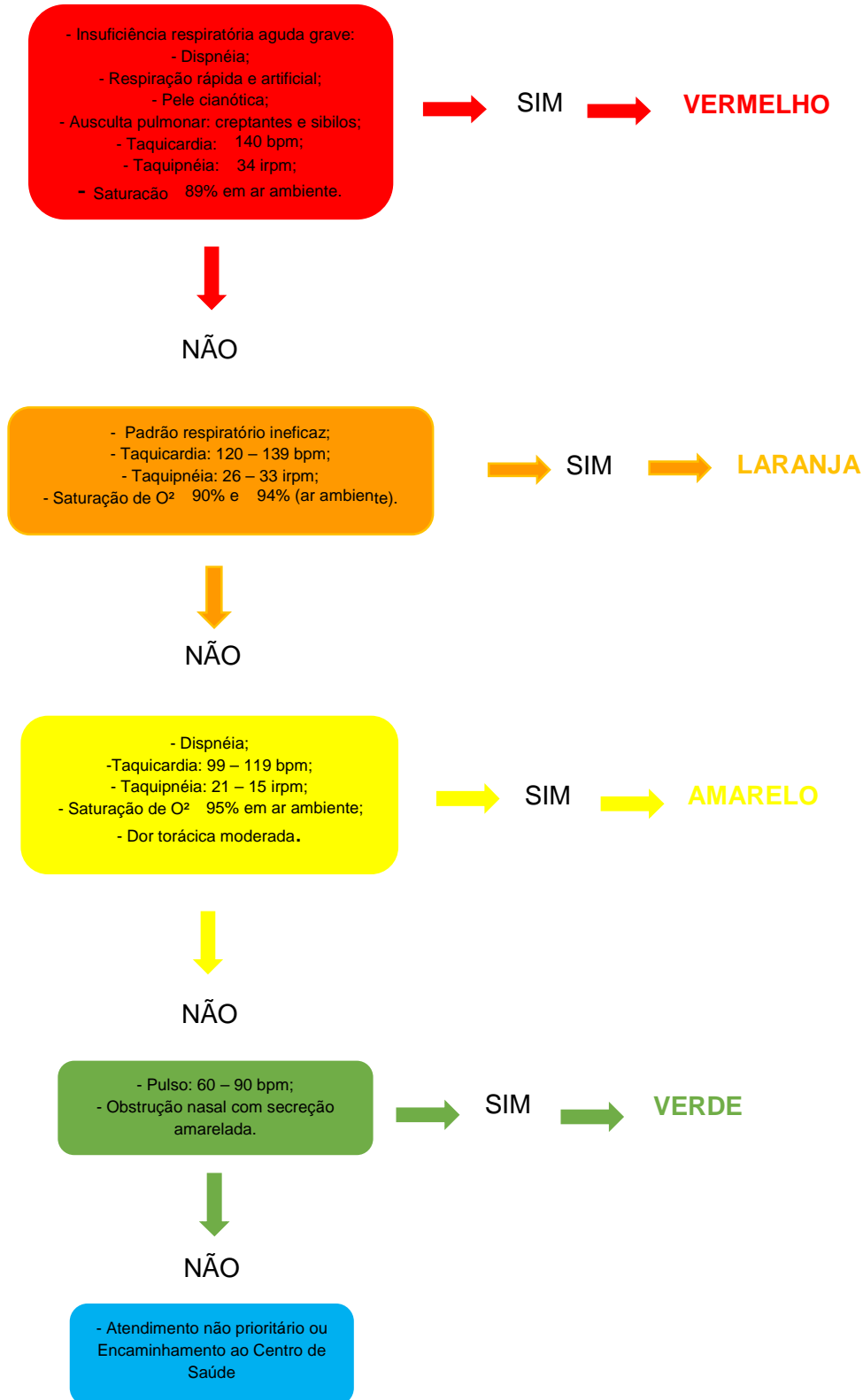
TAQUICARDIA (HIPERTIREOIDISMO)



HIPERTENSÃO (Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia)



DISPNÉIA (Síndrome de Angústia Respiratória Aguda – SARA)




ANEXO 3 – Protocolo do material coletado: amostras da patologia

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO MATERNIDADE-ESCOLA</p>	LABORATÓRIO DE PATOLOGIA
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

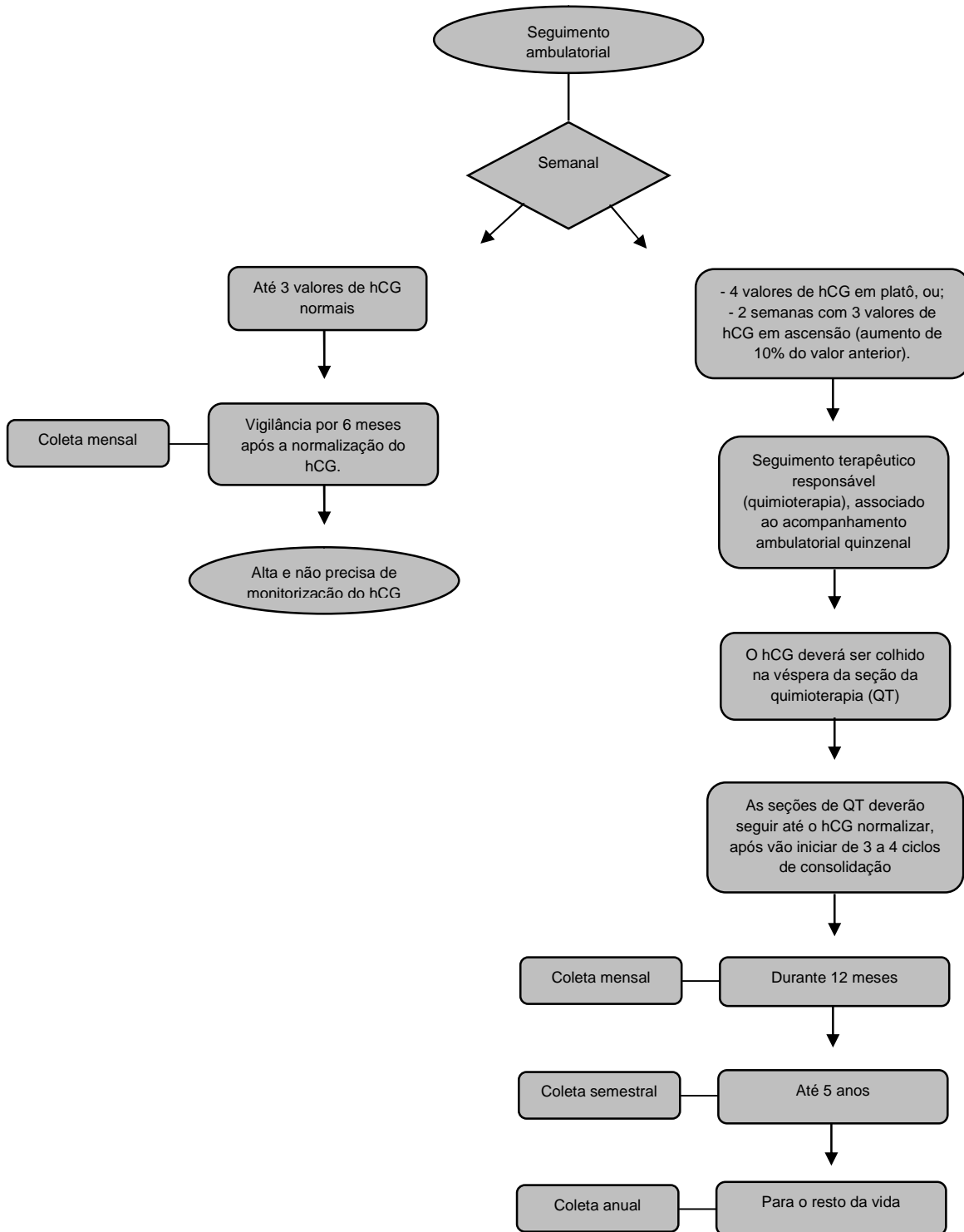
ANEXO 4 - Protocolo do material coletado: amostras da citogenética

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

MÉDICO (ASSINATURA E CARIMBO): _____	

LABOPATOLOGIA DM-18-04

ANEXO 6 – Fluxograma de coleta do hCG



ANEXO 7 – Nova gravidez após DTG

