

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER

3

VOLUME



PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER

3

VOLUME





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER 3 de [SCISAUDE](#) está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](#). (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/planejamento-e-gestao-em-saude-da-mulher-3/80>

2025 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2025 Os autores

Copyright da edição © 2025 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE

ORGANIZADORES

Me. Iara Nadine Vieira da Paz Silva

<http://lattes.cnpq.br/3158922554159966>

<https://orcid.org/0000-0002-5027-200X>

Dr. Avelar Alves da Silva

<http://lattes.cnpq.br/8204485246366026>

<https://orcid.org/0000-0002-4588-0334>

Esp. Lennara Pereira Mota

<http://lattes.cnpq.br/3620937158064990>

<https://orcid.org/0000-0002-2629-6634>

Dra. Karla Heline Pereira de Mesquita

<http://lattes.cnpq.br/7023779756131558>

Editor chefe

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Projeto gráfico

Lennara Pereira Mota

Diagramação:

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lennara Pereira Mota

Revisão:

Os Autores

Conselho Editorial

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Morais Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	JEAN CARLOS LEAL CARVALHO DE MELO FILHO	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana Britto Martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Planejamento e gestão em saúde da mulher [livro eletrônico] : 3 volume / organizadores Iara Nadine Vieira da Paz Silva...[et al.]. -- Teresina, PI : SCISAUDE, 2025.
PDF

Vários autores.
Outros organizadores: Avelar Alves da Silva, Lennara Pereira Mota, Karla Heline Pereira de Mesquita.
Bibliografia.
ISBN 978-65-85376-68-6

1. Artigos científicos - Coletâneas 2. Ginecologia
3. Maternidade 4. Mulheres - Saúde mental
5. Multidisciplinaridade 6. Saúde da mulher
7. Saúde pública I. Silva, Iara Nadine Vieira da Paz.
II. Silva, Avelar Alves da. III. Mota, Lennara Pereira. IV. Mesquita, Karla Heline Pereira de.

25-274892

CDD-613.04244

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde da mulher : Medicina 613.04244

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415



10.56161/sci.ed.20250527



978-65-85376-68-6



SCISAUDE
Teresina – PI – Brasil
scienceesaude@hotmail.com
www.scisaude.com.br

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o eBook " PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER 3", uma obra essencial para todas as mulheres que desejam entender melhor o funcionamento do seu corpo, cuidar da saúde e viver de forma plena e equilibrada.

Este eBook foi cuidadosamente elaborado para oferecer informações acessíveis e baseadas em evidências científicas, cobrindo temas fundamentais para a saúde feminina em todas as fases da vida. Desde a puberdade até a menopausa, passando pela maternidade e os desafios do envelhecimento, nosso eBook aborda com profundidade e clareza os principais aspectos da saúde da mulher.

Questões como saúde reprodutiva, prevenção de doenças, bem-estar mental e emocional, nutrição, exercícios físicos e cuidados preventivos são tratados de forma abrangente, permitindo que você tome decisões informadas sobre sua saúde. Além disso, o eBook oferece dicas práticas e orientações que podem ser facilmente integradas ao seu dia a dia, ajudando você a adotar hábitos saudáveis e prevenir problemas futuros.

Queremos empoderar as mulheres com conhecimento, promovendo uma vida mais saudável e feliz. Este eBook é indicado tanto para mulheres que desejam cuidar melhor de si mesmas quanto para profissionais da saúde que buscam aprofundar seus conhecimentos sobre o universo feminino. Com uma linguagem clara e objetiva, ele se torna uma leitura indispensável para quem se preocupa com o bem-estar e a qualidade de vida.

Boa Leitura!!!

Sumário

CAPÍTULO 1.....	9
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E DIREITOS SEXUAIS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	9
CAPÍTULO 2.....	19
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE DE GESTANTES E CRIANÇAS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	19
CAPÍTULO 3.....	28
CUIDADO INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIDADE: A FORÇA DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE COLETIVA.....	28
CAPÍTULO 4.....	39
SAÚDE MENTAL DA MULHER COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE COLETIVA	39
CAPÍTULO 5.....	48
AMOR, SEXO E ENVELHER: UMA EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL COM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS	48
CAPÍTULO 6.....	63
ENTRE O SOFRIMENTO MATERNO E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	63
CAPÍTULO 7.....	73
JOGO DE TABULEIRO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	73
CAPÍTULO 8.....	84
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MALÁRIA NO ESTADO DO PARÁ- UMA ANÁLISE DOS ANOS 2023 E 2024	84
CAPÍTULO 9.....	94
TENDÊNCIAS DE CESÁRIAS NO ESTADO DO PARÁ DURANTE 2018 A 2023: ANÁLISE POR REGIÃO	94
CAPÍTULO 10.....	101
A REPRODUÇÃO ASSISTIDA COMO ALTERNATIVA PARA A MATERNIDADE APÓS DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	101

CAPÍTULO 10

A REPRODUÇÃO ASSISTIDA COMO ALTERNATIVA PARA A MATERNIDADE APÓS DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ASSISTED REPRODUCTION AS AN ALTERNATIVE ROAD TO MOTHERHOOD AFTER GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE: AN INTEGRATIVE REVIEW

 10.56161/sci.ed.20250527C10

Natália de Souza Silva

Graduanda em Biomedicina pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

ORCID ID do autor: <https://orcid.org/0009-0006-6730-3657>

Maria Larissa Bezerra Rodrigues

Graduanda em Biomedicina pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

ORCID ID do autor: <https://orcid.org/0009-0007-7200-3250>

Ana Carolina Rosa

Biomédica. Docente do curso de Biomedicina na Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

ORCID ID do autor: <https://orcid.org/0009-0000-6491-0116>

RESUMO

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) refere-se a um grupo de distúrbios genéticos decorrentes da proliferação anormal de células trofoblásticas, sendo lesões benignas e até malignas, que podem comprometer a saúde reprodutiva da mulher e impactar emocionalmente aquelas que desejam engravidar. Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo principal analisar como as técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA) podem colaborar para que mulheres com histórico de DTG alcancem uma gestação segura e com chance de sucesso. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com artigos selecionados nas plataformas online PubMed e SciELO entre os anos de 2015 e 2025 em português e inglês com critérios claros de inclusão, exclusão e análise de qualidade. Os resultados demonstraram que a ICSI junto ao PGT-A oferecem maior segurança ao possibilitar seleção de embriões geneticamente saudáveis, minimizando riscos de recorrência da DTG e permitindo não só mais chances de sucesso utilizando gametas próprios como também em ovodocação. Apesar de ser uma alternativa, o acesso às técnicas de RHA ainda é restrito, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, dificultando o alcance ao público-alvo. Portanto, a RHA representa uma ferramenta científica promissora para pacientes afetadas pela DTG oferecendo segurança reprodutiva e apoio psicológico para quem sonha com a maternidade e necessita se sentir mais confortável ao

tentar uma nova gravidez, mas que ainda possui suas limitações de acesso às mulheres que tanto precisam desse apoio. Além disso, destaca-se a necessidade de políticas públicas que aumentem o acesso aos tratamentos e a importância do cuidado multidisciplinar que envolva saúde física, emocional e social das pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: doença trofoblástica gestacional; mola hidatiforme; reprodução humana assistida; saúde da mulher; gravidez.

ABSTRACT

Gestational Trophoblastic Disease (GTD) is a group of genetic disorders resulting from the abnormal proliferation of trophoblast cells, with benign or malignant forms, which can compromise women's reproductive health and emotionally impact those who wish to become pregnant. Given this scenario, this study's main objective is to analyze how Assisted Human Reproduction (AHR) techniques can help women with a history of GTD achieve a safe and successful pregnancy. This is an integrative literature review, with articles selected from PubMed and SciELO between the years 2015 and 2025 in Portuguese and English with inclusion, exclusion and quality analysis criteria. The results demonstrated that ICSI alongside PGT-A offers more safety by enabling the selection of genetically healthy embryos, minimizing the risk of GTD recurrence and allowing not only more chances of success using own gametes but also in egg donation. Despite being an alternative, access to AHR techniques is still restricted, especially in developing countries such as Brazil, making it difficult to reach the target audience. Therefore, AHR represents a promising scientific tool for patients affected by GTD, offering reproductive safety and psychological support for those who dream of motherhood and need to feel more comfortable when trying to get pregnant again, but it still has its access limitations for women who need this support the most. In addition, it highlights the need for public policies that increase access to treatments and the importance of multidisciplinary care that involves the physical, emotional and social health of patients.

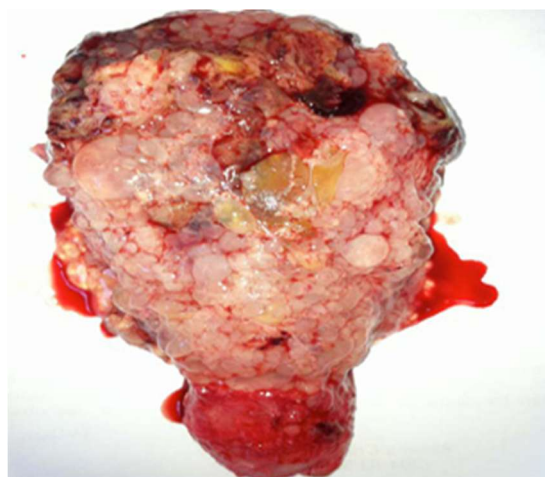
KEYWORDS: gestational trophoblastic disease; hydatidiform mole; assisted human reproduction; women's health; pregnancy.

1. INTRODUÇÃO

Descrita como um agrupamento de desordens fisiológicas, a Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) é caracterizada pela proliferação anormal de células trofoblásticas, originadas do tecido placentário e com potencial invasivo que podem variar de lesões benignas, como Mola Hidatiforme Completa (MHC) e a Mola Hidatiforme Parcial (MHP), até formas malignas, denominadas Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais (NTG). A origem da DTG está relacionada a alterações genéticas durante a fertilização, resultando em desenvolvimento trofoblástico desregulado e afetando a fisiologia normal (Sogimig, 2017; Zugaib, 2023).

As diferentes formas da DTG têm origem em alterações genéticas que ocorrem no momento da fecundação ocasionando danos ao período gestacional (Santos et al., 2023). A Mola Hidatiforme Completa (Figura 1) resulta da fertilização de um óvulo sem material genético funcional (anucleado) por dois espermatozoides ou um espermatozoide que, em seguida, duplica seu próprio DNA originando um genoma somente paterno, enquanto a Mola Hidatiforme Parcial (Figura 2) tende a surgir quando um óvulo normal é fecundado por dois espermatozoides ou por um espermatozoide diploide, resultando em um embrião triploide com material genético de carga tripla (Santos et al., 2023). Referente a alterações fisiológicas da Neoplasia Trofoblástica Gestacional (Figura 3) a doença se manifesta com invasão e metástase durante a gravidez molar ou se desenvolve após gestação, podendo gerar tumores, carcinosarcoma e mola invasora (Liao et al., 2024).

Figura 1. Imagem macroscópica de Mola Hidatiforme Completa (MHC) de segundo trimestre.



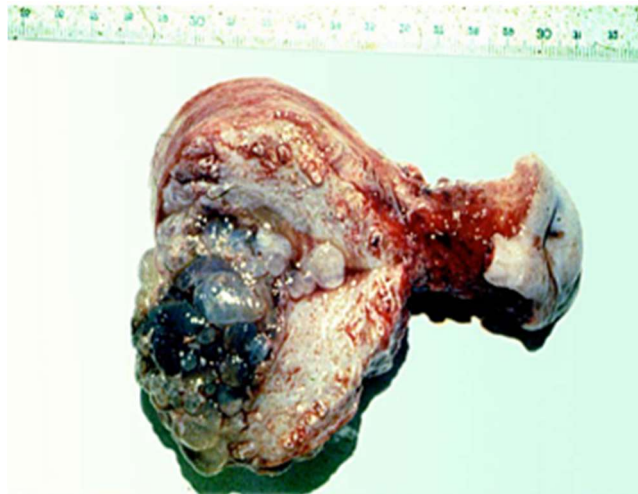
Fonte: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2021.

Figura 2. Imagem macroscópica de Mola Hidatiforme Parcial (MHP) de primeiro trimestre.



Fonte: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2021.

Figura 3. Imagem macroscópica da Mola Invasora, um tipo de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG).



Fonte: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2021.

A DTG é uma patologia que não está concentrada apenas em um lugar do mundo e embora não seja muito falada, apresenta números importantes: as formas de Mola Hidatiforme podem variar de 23-1.300 casos a cada 100.000 gravidezes e as formas malignas, mesmo que mais raras, apresentam dados de 2,7-7 casos a cada 100.000 gravidezes. No Brasil, por sua vez, apresenta 1 caso de gravidez molar a cada 200-400 gravidezes e contribui junto a países da Ásia e outros da América Latina nas taxas de incidência mais elevadas quando comparado à países considerados desenvolvidos (FEBRASGO, 2021).

O diagnóstico clínico é comumente feito por observação do quadro sintomático da paciente como sangramento contínuo e útero anormalmente aumentado, enquanto o diagnóstico laboratorial e final pode ser dado pela dosagem de beta-hCG sérica elevada associado aos achados de exames de imagens (Liao et al., 2024). Os fatores de risco se concentram principalmente em idade materna superior a 35 anos e histórico prévio da doença, este último com chances de 1% a 2% de reestabelecimento após uma gravidez molar e 16% a 28% após duas gravidezes molares (FEBRASGO, 2021).

Embora as taxas de sucesso oriundas dos tratamentos disponíveis para as variações de Doença Trofoblástica Gestacional sejam consideravelmente altas, elas podem ou não causar impactos significativos na fertilidade feminina dependendo da gravidade evolutiva da doença ou escolha de tratamento (Bruce; Sorosky, 2024). Além da possível sequela na saúde física e reprodutiva da paciente, sequelas sentimentais e psicológicas como angústia, quebra de expectativa, medo, ansiedade e insegurança de uma nova gestação natural com possível evolução para DTG são fatores expressivos quando se trata de saúde mental, tornando-se um obstáculo necessário a ser considerado e sanado para aquelas que sonham em ser mães (Di Mattei et al., 2021).

Com esse desejo intenso de alcançar a vivência da maternidade por mulheres que receberam diagnóstico de infertilidade, surgiram então as técnicas de Reprodução Assistida nos anos 70 a fim de ajudar mulheres tentantes com obstrução tubária e, ao decorrer dos anos, suas finalidades se expandiram para além do conceito de gerar um filho (Ortona, 2019). O aprimoramento das técnicas de baixa complexidade (FIV clássica) e o surgimento de novos mecanismos como as técnicas de alta complexidade (Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides) também receberam novos propósitos e aumentaram as chances de sucesso desse procedimento quando as causas da infertilidade se descobriam para além de fatores femininos, sejam eles masculinos ou combinados do casal (Ortona, 2019).

Embora a Doença Trofoblástica Gestacional possa ser causada tantos por fatores pré-existentes de ambos os sexos, o diagnóstico de infertilidade traz comoções prevalentemente vistas em mulheres que precisam viver o luto da impossibilidade de não gerar filhos naturalmente, impotência e sentimento de inferioridade (Junior et al., 2023; Marciano et al., 2024). Independente do fator genético que sucedeu a DTG, é comprovado que as tecnologias disponibilizadas pela Reprodução Assistida podem se apresentar como uma alternativa para viabilizar o desejo prévio da mulher de gerar um bebê (Paulson, 2021). Dado ao contexto, é possível afirmar que esse serviço, atualmente aperfeiçoado se comparado com décadas anteriores, oferece análises mais minuciosas, transparência em todas as etapas, estatísticas que

geram possíveis previsibilidades, maior sensação de segurança e alternativas abrangentes para possíveis falhas.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, com o intuito de correlacionar as informações científicas dentro da literatura sobre os três tipos de Doença Trofoblástica Gestacional e as técnicas disponíveis na Reprodução Humana Assistida para evitar possíveis episódios de DTG em gestações posteriores. A pesquisa foi norteada pela pergunta “Como as tecnologias dentro da Reprodução Humana Assistida podem auxiliar mulheres com histórico de Doença Trofoblástica Gestacional a alcançarem a maternidade?”.

A metodologia utilizada consistiu em pesquisa de artigos dentro das plataformas PubMed e SciELO, além de revistas licenciadas, publicadas dos anos de 2015 a 2025. Os idiomas escolhidos para a filtragem inicial foram em língua portuguesa e inglesa com as principais palavras-chave “Doença Trofoblástica Gestacional”, “Gravidez Molar”, “Reprodução Humana Assistida”, “ICSI”, “PGT-A” e “(In) fertilidade” combinadas ou não.

Para os critérios de inclusão foram estabelecidos artigos que citassem a possibilidade de procedimentos da Reprodução Assistida em mulheres com histórico prévio de Doença Trofoblástica Gestacional, trabalhos que relatassem sobre a doença de forma concreta com informações recentes, redigidos em língua portuguesa ou inglesa, leitura integral ou parcial do artigo disponível de forma gratuita e publicação dentro dos últimos 10 anos. Para os critérios de exclusão foram estabelecidos artigos que relatassem apenas a Doença Trofoblástica Gestacional após qualquer procedimento disponível na Reprodução Assistida sem que houvesse associação à análise genética, publicações com mais de 10 anos, presença de duplicação de conteúdo ou conceitos já pré-selecionados, redigidos em idiomas distintos do português ou inglês e leitura integral do artigo indisponível de forma gratuita.

Para avaliação da qualidade dos artigos selecionados, realizou-se uma análise criteriosa baseada no resumo e na coerência com o tema proposto, priorizando estudos que relatassem a fisiopatologia da DTG, suas manifestações clínicas, impactos na fertilidade e consequências da saúde mental, assim como no eixo da RHA para comprovar a hipótese de sua importância dentro do contexto da doença. Buscou-se garantir que as fontes utilizadas fossem confiáveis e recentes para redigir informações mais precisas, atuais e de acordo com a ciência.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após seleção minuciosa de literaturas que contemplavam os critérios estabelecidos para o estudo, foram selecionados 15 artigos e revistas científicas (Quadro 1).

Quadro 1 – Resultado da estratégia de seleção utilizada nas bases de dados aplicando os critérios estabelecidos.

Título	Autores	Ano	Tipo de estudo
Abordagem cirúrgica e clínica na Doença Trofoblástica Gestacional	Cherulli, D.E. et al.	2024	Artigo de revisão
Anti-Müllerian hormone levels in patients with gestational trophoblastic neoplasia treated with different chemotherapy regimens: a prospective cohort study	Bi, X. et al.	2017	Estudo de coorte retrospectivo
Aspectos emocionais e clínicos observados em mulheres com Doença Trofoblástica Gestacional: Uma ação multidisciplinar	França, A. C. G. et al.	2022	Estudo de coorte retrospectivo
Assisted Reproductive Technology (ART) Techniques	Jain, M.; Manvinder, S.	2023	Capítulo de livro
Assistência a paciente com doença trofoblástica gestacional: relato de experiência	Santos, F. et al.	2022	Capítulo de livro/relato de experiência
Can we use in vitro fertilization with preimplantation genetic testing to avoid molar pregnancies?	Paulson, R. J.	2021	Editorial/Artigo de opinião
Doença trofoblástica gestacional	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO)	2021	Protocolo
Gestational Trophoblastic Disease	Soper, J. T.	2021	Artigo de revisão
Guidance regarding gamete and embryo donation	Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine (ASRM) & Society for Assisted Reproductive Technology (SART)	2021	Atualização protocolar
Preimplantation genetic testing in assisted reproduction technology	Fesahat, F. et al.	2020	Artigo de revisão
Psychological aspects and fertility issues of GTD.	Di Mattei et al.	2021	Artigo de revisão
Reproductive Outcomes After Gestational Trophoblastic Neoplasia. A Comparison Between Single-Agent and Multiagent Chemotherapy: Retrospective Analysis From the MITO-9 Group	Cioffi, R. et al.	2018	Estudo de coorte retrospectivo
Reprodução Assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil	Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Organon	2024	Livro Eletrônico: Informes e documentos técnicos
Restricted access to assisted reproductive technology and fertility preservation: legal and ethical issues	Oliveira, B. LC. et al.	2021	Artigo de revisão

Which One Is More Prominent in Recurrent Hydatidiform Mole, Ovum or Sperm?	Hafezi, M. et al.	2020	Relato de caso
--	-------------------	------	----------------

Fonte: próprios autores (2025).

As técnicas laboratoriais mais indicadas para mulheres com esse histórico médico no âmbito da Reprodução Humana Assistida são a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides, também conhecida popularmente como ICSI, associada ao Teste Genético Pré-Implantacional ou PGT-A (Paulson, 2021).

A ICSI utiliza-se da escolha e implantação dos melhores espermatozoides através de uma microagulha considerando parâmetros morfológicos após a coleta de oócitos desenvolvidos na cavidade folicular (Jain et al., 2023). Ao associar essa combinação de procedimentos à DTG, existem benefícios evidentes que podem favorecer mulheres com histórico dessa patologia: na ICSI é explícita a disposição e implementação de um único espermatozoide no citoplasma oocitário, o que não é visto como garantido em concepções naturais ou em métodos da RHA de baixa complexidade (Jain et al., 2023; Paulson, 2021).

Mesmo que a ICSI possa ser a técnica mais adequada à situação da DTG, a visualização do desenvolvimento embrionário a olho nu ainda não é suficiente para definir a escolha de um embrião saudável e assim o PGT-A surge como técnica de apoio para ampliar as chances de gravidez ao escolher um embrião euploide (Fesahat et al., 2020; Paulson, 2021). Nele é necessário a realização de biópsia do embrião em estágio de blastocisto através da retirada minuciosa de células que originarão a placenta, o trofoblasto, que possibilita análise e resultados esclarecedores sobre presença de alterações genéticas ou doenças hereditárias que não são observadas por morfologia (Jain et al., 2023).

Esse dado evidencia o protagonismo do PGT-A ao fornecer uma análise direta e eficaz sobre embriões com anormalidades cromossômicas. Ao serem analisados, é possível tentar evitar as falhas implantacionais a partir de embriões aneuploides incompatíveis com a vida assim como ocorre na DTG naturalmente, prevenindo casos recorrentes de aborto, aumento do percentual de repetição de gravidezes molares ou até mesmo surgimento de malignidade na paciente (Fesahat et al., 2020).

Apesar de as técnicas *in vitro* com gametas próprios seja a escolha prioritária entre muitos casais, a ovodoação também pode surgir como alternativa (Hafezi et al., 2020). Esse método está intimamente associado à ovorecepção: enquanto uma paciente de histórico saudável e sem heranças patológicas faz a doação de seus óvulos, pacientes que desejam gerar um bebê recebem os óvulos doados e seguem os procedimentos padrões da fertilização *in vitro* (ASRM; SART, 2021).

Pacientes com histórico de DTG podem usufruir dessa técnica por alguns motivos específicos: 1. em casos de benignidade, a mulher pode ser portadora dos genes NLRP7 e KHDC3L que está presente em mais da metade de pacientes que já tiveram gravidez molar, sugerindo que a Doença Trofoblástica Gestacional prévia se originou de fator feminino/da própria mãe (Soper, 2021); 2. pacientes que passaram pela quimioterapia como resultado do desenvolvimento da Neoplasia Trofoblástica Gestacional podem sofrer redução da sua fertilidade e qualidade oocitária, ainda que esse não seja um cenário muito frequente quando não há resistência no tratamento (Bi et al., 2017; Cioffi et al., 2018); 3. a paciente pode sentir insegurança ou medo de uma possível nova gravidez molar (Santos et al., 2022).

Embora os estudos na literatura apontem a Reprodução Assistida como uma excelente opção para assegurar uma gravidez bem-sucedida, o acesso a esse serviço ainda é limitado para países de baixa e média renda (Oliveira et al., 2021). De acordo com os dados fornecidos pela FEBRASGO (2021), a maior incidência de casos de DTG está na Ásia e América Latina, países majoritariamente considerados subdesenvolvidos.

Com a crescente do mercado no Brasil, a necessidade de investimento em novas tecnologias e profissionais mais aperfeiçoados consequentemente encarecem os tratamentos, etilizando seu acesso em um cenário sem investimentos governamentais suficiente para implementação de tratamentos reprodutivos dentro do sistema público de saúde (Oliveira et al., 2021). Segundo relatório do Fundo de População das Nações Unidas (2024), apenas 2 dos 11 hospitais públicos que possuem essas tecnologias cobrem integralmente os procedimentos, número muito abaixo do esperado quando comparado ao número total de clínicas em território nacional (192 unidades). Ademais, destaca-se no mesmo estudo o valor elevado de um ciclo completo (R\$19.000 a R\$100.000), evidenciando assim um custo que atualmente não condiz com o salário-mínimo da população brasileira e resultando em produção de iniquidade social.

A importância da multidisciplinaridade em todas as etapas do manejo da doença, independentes se serão para tratamento reparador ou alcance da sonhada maternidade, é citada com frequência (França et al., 2022). O fator psicológico também se mostra crucial e não pode ser ignorado pois o acompanhamento contínuo ajuda na qualidade de vida da paciente, nos resultados e a superar os traumas/inseguranças deixados pela DTG (Cherulli et al., 2024).

4. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, a literatura destaca os impactos da Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) na saúde e fertilidade feminina, onde alterações genéticas no período de fertilização provocam desordens que interferem em uma gravidez saudável. Os tratamentos disponíveis

para as subdivisões da doença podem tanto obter sucesso como comprometer a fertilidade de mulheres que ainda desejam ter filhos. Além disso, vale ressaltar não somente a parte física, mas também a parte mental dessas pacientes que, mesmo após o tratamento da doença, ainda guardam as sequelas psicológicas como o medo, ansiedade e a insegurança que podem ser obstáculos para uma nova gestação.

A Reprodução Humana Assistida em casos como esses entra como aliado e contribuinte de uma nova chance para aquelas que pretendem passar por uma nova gestação. Essa tecnologia permite mais chances de uma gravidez bem-sucedida e, no contexto da DTG, a fertilização in vitro pode ser uma opção para essas pacientes trazendo segurança através de recursos de alta complexidade. A técnica de ICSI, por exemplo, possibilita aumentar as chances de embrião saudável ao selecionar os melhores oócitos e espermatozoides pela morfologia, diferente do que acontece naturalmente na DTG. Para maior sucesso, a técnica deve ser combinada ao PGT-A que consiste em biópsia embrionária para identificar alterações cromossômicas possibilitando resultados mais favoráveis e evitando novas falhas.

É notório que a Reprodução Humana Assistida evidencia sua importância tanto em casos comuns quanto no contexto da Doença Trofoblástica Gestacional com suas tecnologias avançadas que podem proporcionar a mulheres uma gestação mais segura e eficaz, no entanto, nem todas as mulheres possuem esse acesso. Por ser consideravelmente cara, torna-se inacessível a muitas pessoas, ou seja, é uma opção para solucionar e amenizar a dor psicológica de quem deseja ter uma gestação, mas também pode ser um empecilho para quem não possui condições financeiras. O usufru das técnicas de fertilização in vitro surge como uma alternativa em potencial para novas oportunidades e soluções, embora ainda demonstre lacunas que devem ser ultrapassadas.

REFERÊNCIAS

BI, X. et al. **Anti-Müllerian hormone levels in patients with gestational trophoblastic neoplasia treated with different chemotherapy regimens: a prospective cohort study.** *Oncotarget*, v. 8, n. 69, p. 113920–113927, 2017.

BRUCE, S.; SOROSKY, J. **Gestational Trophoblastic Disease.** In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261918/>>. Acesso em: 03 mai. 2025.

CHERULLI, D. E. et al. **Abordagem cirúrgica e clínica na Doença Trofoblástica Gestacional.** *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 01-22, 2024 Disponível em: DOI: 10.34119/bjhrv7n5-047.

CIOFFI, R. et al. **Reproductive Outcomes After Gestational Trophoblastic Neoplasia. A Comparison Between Single-Agent and Multiagent Chemotherapy: Retrospective Analysis From the MITO-9 Group.** International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society, v. 28, n. 2, p. 332–337, 2018.

DI MATTEI, V. et al. **Psychological aspects and fertility issues of GTD.** Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, v. 74, p. 53–66, 2021.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Doença trofoblástica gestacional.** São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 24/ Comissão Nacional Especializada em Doença trofoblástica gestacional).

FESAHAAT, F.; MONTAZERI, F.; HOSEINI, S. M. **Preimplantation genetic testing in assisted reproduction technology.** Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, v. 49, n. 5, p. 101723, 2020.

FRANÇA, A. C. G. et al. **Aspectos emocionais e clínicos observados em mulheres com doença trofoblástica gestacional: Uma ação multidisciplinar.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics, v. 44, p. 343–351, 2022.

HAFEZI, M.; CHEKINI, Z.; ZAMANIAN, M. **Which One Is More Prominent in Recurrent Hydatidiform Mole, Ovum or Sperm?.** International journal of fertility & sterility, v. 14, n. 2, p. 154–158, 2020.

JAIN, M.; SINGH, M. **Assisted Reproductive Technology (ART) Techniques.** In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023 Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35015434/>>. Acesso em: 05 mai. 2025.

LIAO, A. et al. **Guia do episódio de cuidado: Doença Trofoblástica Gestacional.** São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2024.

MARCIANO, R. P.; DAMACENO, N. S.; AMARAL, W. N. **Representações Sociais sobre Maternidade na Reprodução Humana Assistida: Discursos de Mulheres Inférteis Social.** [s.d].

OLIVEIRA, B. LC. et al. **Restricted access to assisted reproductive technology and fertility preservation: legal and ethical issues.** Reproductive BioMedicine Online, v. 43, n. 3, 2021.

ORTONA, C. **De Louise Brown ao inédito transplante de útero de doadora falecida.** Revista Ser Médico, v. [s.d], n. 87, p. 14-17, 2019.

PAULSON, R. J. **Can we use in vitro fertilization with preimplantation genetic testing to avoid molar pregnancies?.** F&S Reports, v. 2, n. 2, p. 137, 2021.

Practice Committee of The American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee for the Society for Assisted Reproductive Technology. **Guidance regarding gamete and embryo donation.** Fertility and Sterility, v. 115, n. 6, p. 13995-1410, 2021.

Reprodução Assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil. Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas, 2024 - Temas emergentes em saúde sexual e reprodutiva e direitos. *Livro eletrônico*. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/reproducao-assistida-e-direitos-panorama-desafios-e-recomendacoes-para-politicas>>. Acesso em: 28 jun. 2025.

SANTOS, B. N. S; MOTA, G. R. S; MACHADO, D. **Atualização dos últimos anos do diagnóstico de doenças trofoblásticas gestacionais.** Universidade São Francisco, Bragança Paulista, 2023.

SANTOS, F. et al. **Assistência a paciente com doença trofoblástica gestacional: relato de experiência.** Editora Científica Digital. v. 1, n. [s.d], p. 22-29, 2022.

SOGIMIG. **Manual SOGIMIG de Ginecologia e Obstetrícia.** Associação de Ginecologia e obstetrícia de Minas Gerais. 6a ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017.

SOPER, J. T. **Gestational Trophoblastic Disease.** *Obstetrics & Gynecology*, v. 137, n. 2, p. 355–370, 2021.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia.** 5a ed. Barueri: São Paulo, 2023.