

O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA DURANTE A GESTAÇÃO

BREAST CANCER TREATMENT DURING PREGNANCY

Rhanna Andrade Menezes Santos¹
Joana Quitéria Miranda Messias²

RESUMO: O câncer de mama durante a gestação constitui um desafio clínico e emocional de elevada complexidade, uma vez que envolve o manejo simultâneo da saúde materna e fetal. As alterações fisiológicas próprias da gravidez frequentemente mascaram os sinais iniciais da doença, ocasionando diagnóstico tardio e comprometendo o prognóstico. Diante dessa problemática, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar as características, taxas de desenvolvimento e dificuldades enfrentadas por gestantes durante o tratamento do câncer de mama, além de identificar os sentimentos vivenciados e a segurança das terapias empregadas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e descritiva, desenvolvida por meio de revisão integrativa da literatura, utilizando publicações entre 2015 e 2024 nas bases SciELO, LILACS, PubMed e BVS Saúde. Os resultados evidenciam que o diagnóstico é, em geral, tardio, e o tratamento cirúrgico apresenta-se como conduta segura em qualquer trimestre, enquanto a quimioterapia é recomendada apenas a partir do segundo trimestre, com risco reduzido de malformações fetais. As principais intercorrências neonatais relatadas foram parto prematuro e baixo peso ao nascer. No âmbito emocional, predominam sentimentos de medo, culpa, angústia e insegurança, reforçando a necessidade de suporte psicológico e social. Conclui-se que o manejo do câncer de mama durante a gestação requer abordagem interdisciplinar, protocolos individualizados e atenção integral à saúde da mulher e do feto, priorizando tanto a eficácia terapêutica quanto o cuidado humanizado.

2260

Palavras-chave: Câncer de mama. Gestação. Quimioterapia. Tratamento oncológico.

ABSTRACT: Breast cancer during pregnancy represents a complex clinical and emotional challenge, as it involves the simultaneous management of maternal and fetal health. The physiological changes of pregnancy often mask the early signs of the disease, leading to delayed diagnosis and compromised prognosis. In this context, the present study aimed to evaluate the characteristics, development rates, and difficulties faced by pregnant women during breast cancer treatment, as well as to identify the emotional experiences and the safety of therapeutic approaches. This is a bibliographic and descriptive study, conducted through an integrative literature review using publications from 2015 to 2024 available in the SciELO, LILACS, PubMed, and BVS Saúde databases. The results indicate that diagnosis generally occurs late, surgical treatment is considered safe in all trimesters, and chemotherapy is recommended only after the second trimester, with a low risk of fetal malformations. The most frequent neonatal outcomes were preterm birth and low birth weight. From an emotional perspective, feelings of fear, guilt, anguish, and uncertainty prevailed, emphasizing the need for psychological and social support. It is concluded that the management of breast cancer during pregnancy requires an interdisciplinary approach, individualized protocols, and comprehensive care for both mother and fetus, prioritizing therapeutic efficacy alongside humanized care.

Keywords: Breast cancer. Pregnancy. Chemotherapy. Oncological treatment.

¹Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

²Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

I INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma das neoplasias malignas mais prevalentes entre as mulheres em todo o mundo, representando uma significativa preocupação de saúde pública devido à sua alta incidência e morbimortalidade (Silva et al., 2021). Quando diagnosticado durante a gestação, o câncer de mama assume uma complexidade ainda maior, uma vez que coloca em risco não apenas a saúde e a vida da mulher, mas também a do feto.

Essa condição, denominada câncer de mama gestacional, é caracterizada pelo diagnóstico da neoplasia durante a gravidez, no período puerperal ou até um ano após o parto (Jorge et al., 2020). Embora rara, sua ocorrência tem aumentado progressivamente nas últimas décadas, reflexo direto do adiamento da maternidade para idades mais avançadas, nas quais o risco de desenvolvimento de câncer de mama é naturalmente superior (Prado et al., 2020).

O manejo terapêutico do câncer de mama durante a gestação constitui um desafio ético, clínico e emocional tanto para a equipe multiprofissional quanto para a paciente e seus familiares. A coexistência entre a doença oncológica e a gravidez demanda uma abordagem multidisciplinar criteriosa, que considere simultaneamente o bem-estar materno e fetal, respeitando os limites fisiológicos e os riscos inerentes a cada intervenção (Prado et al., 2020).

O tratamento deve ser planejado de forma individualizada, levando em conta o estágio gestacional, o tipo e a agressividade do tumor, o estado clínico da paciente e as implicações das terapias antineoplásicas sobre o desenvolvimento fetal. Nesse contexto, a literatura científica aponta que o diagnóstico precoce do câncer de mama em gestantes é dificultado por alterações fisiológicas próprias da gravidez, como aumento do volume mamário, sensibilidade e densidade tecidual, que mascara sinais clínicos da doença (Menezes et al., 2022).

Muitas vezes o diagnóstico ocorre em estágios mais avançados, comprometendo o prognóstico e exigindo intervenções terapêuticas mais agressivas. Além disso, há limitações quanto ao uso de determinados métodos diagnósticos e terapêuticos, sobretudo no primeiro trimestre de gestação, quando o risco teratogênico é elevado (Jorge et al., 2020). O tratamento oncológico durante a gestação envolve, principalmente, a cirurgia e a quimioterapia, sendo esta última um dos pontos de maior controvérsia quanto à segurança fetal.

A administração de agentes quimioterápicos requer análise minuciosa dos riscos e benefícios, já que alguns estudos indicam que determinados esquemas podem ser utilizados com relativa segurança a partir do segundo trimestre, enquanto outros sugerem possíveis

intercorrências fetais, como restrição de crescimento intrauterino, parto prematuro ou baixo peso ao nascer (Prado et al., 2020).

Dessa forma, é fundamental identificar na literatura científica evidências atualizadas que subsistem condutas terapêuticas seguras e eficazes, de modo a preservar tanto a integridade materna quanto o desenvolvimento saudável do feto (Jorge et al., 2020). Além dos aspectos clínicos e terapêuticos, deve-se considerar as repercussões psicológicas vivenciadas pela mulher diagnosticada com câncer de mama durante a gestação.

O impacto emocional desse diagnóstico em um momento da vida associado à esperança e à maternidade pode desencadear sentimentos de medo, culpa, angústia e incerteza quanto ao futuro (Menezes et al., 2022). A mulher se vê diante de um duplo desafio: lutar contra uma doença potencialmente fatal e, simultaneamente, proteger e manter a gestação.

Nesse sentido, compreender os sentimentos vivenciados por gestantes e puérperas acometidas pelo câncer de mama é fundamental para o planejamento de intervenções humanizadas e integradas, que envolvam suporte psicológico, social e espiritual (Prado et al., 2020). Diante do exposto, este estudo tem como objetivo principal avaliar as características, taxas de desenvolvimento e mostrar as dificuldades enfrentadas pelas gestantes no tratamento contra o câncer de mama.

2262

Como objetivos específicos, pretende-se: abordar de que maneira o câncer de mama é manifestado durante a gestação e os tipos de tratamento indicados; identificar, na literatura científica, evidências relacionadas à segurança do uso da quimioterapia em gestantes portadoras de câncer de mama e verificar as possíveis intercorrências maternas e fetais; e identificar os sentimentos vivenciados pela mulher com câncer de mama durante o estado gestacional ou puerperal.

Diante dessas considerações, emerge a seguinte problemática: quais são as ações terapêuticas utilizadas no tratamento do câncer de mama em mulheres gestantes ou puérperas? E quais sentimentos apresentam essas mulheres diante do diagnóstico e tratamento oncológico durante esse período?

A relevância deste estudo reside, portanto, na necessidade de ampliar a compreensão sobre o câncer de mama durante a gestação, abordando não apenas os aspectos biológicos e terapêuticos, mas também as dimensões emocionais e sociais que permeiam essa experiência (Jorge et al., 2020). Ao reunir evidências científicas atualizadas acerca da segurança e eficácia dos tratamentos, bem como dos impactos psicossociais enfrentados pelas mulheres, pretende-se subsidiar práticas clínicas mais seguras, éticas e empáticas.

Dessa maneira, este trabalho justifica-se pela importância de promover uma discussão científica aprofundada sobre o tema, contribuindo para o fortalecimento da assistência multiprofissional e para a elaboração de estratégias que visem à melhoria da qualidade de vida das gestantes e puérperas acometidas pelo câncer de mama.

Além disso, o estudo busca incentivar a produção de novas pesquisas que possam preencher as lacunas existentes na literatura, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de protocolos clínicos mais assertivos e humanizados no tratamento oncológico durante o período gestacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer na Gestação

Câncer é a forma genérica pela qual é conhecida a patologia que agrupa mais de 100 doenças. Caracteriza-se pelo crescimento desordenado das células que invadem um órgão ou tecido, podendo gerar metástase para outras regiões do organismo (Haas et al., 2021). Constitui-se em um problema de saúde pública com grande relevância epidemiológica tendo em conta os altos níveis de mortalidade registrados e a reverberação dos impactos sociais e psicológicos ocasionados pelos medos e tabus que cercam esta doença (Prado et al., 2020).

2263

São diversos os fatores causadores do câncer, sendo eles externos, como os fatores culturais, ambientais, socioeconômicos e comportamentais (obesidade, tabagismo e exposição a radiações) ou internos, como condições genéticas e processo natural de envelhecimento. Não há consenso na literatura acerca da incidência do câncer durante a gravidez.

Por um lado, este é apontado como um acontecimento incomum, e por outro lado como uma incidência que vem aumentando devido ao fato de as mulheres adiarem cada vez mais a gravidez, de forma que esta ocorre concomitantemente a idade na qual os riscos de se contrair câncer são mais elevados (Prado et al., 2020).

Além disso, as mudanças de vida ocorridas no estilo de vida da mulher, tais como as duplas jornadas de trabalho (em casa ou no trabalho), têm contribuído para a decisão pelo adiamento da gestação para a terceira e/ou quarta décadas de vida, mudança essa, atribuída a uma possível causa do aumento dessa problemática entre as gestantes (Haas et al., 2021). Nas sociedades desenvolvidas, a estimativa da incidência de câncer durante a gravidez é de um caso de câncer para 1.000 gravidez.

Os tipos de câncer mais comuns durante a gravidez, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) são: o câncer no colo do útero, sendo por isso de extrema importância que seja priorizado durante a gestação o exame preventivo cérvico; o câncer de mama, com incidência de um caso para 3.000 partos, sendo os piores resultados relacionados ao atraso no diagnóstico e no tratamento às alterações fisiológicas da mama durante o período gestacional, devido ao mascaramento dos sintomas e atraso do diagnóstico (Jorge et al., 2020).

Os menos comuns, por sua vez, são o câncer de ovário, variando de 1:81 a 1:8000 gestações; o câncer endometrial, o qual é raro, apresentando apenas 29 descritos na literatura; e o tubário, o qual é raro, apresentando apenas 1 caso descrito na literatura. Tanto o diagnóstico quanto o tratamento do câncer na gravidez se constituem em verdadeiros desafios devido aos sinais clínicos da doença serem, em geral, mascaradas pelas alterações fisiológicas da gravidez (Jorge et al., 2020).

O diagnóstico do câncer de mama, é inibido devido à hipertrofia, hipervascularização e ingurgitamento do seio. A vascularização aumentada dificulta a identificação de nódulos, bem como o aumento das mamas e a produção e armazenamento do leite. Além disso, a própria conduta investigativa e de estadiamento comumente é menos invasiva, sendo composta por exames que não causem danos ao feto (Prado et al., 2020).

2264

Apesar das modificações comuns no seio durante a gravidez, o autoexame das mamas não encontra contraindicação neste período, devendo ser realizado sempre que a mulher se sentir confortável, valorizando a descoberta de qualquer alteração mamária (Haas et al., 2021). No que diz respeito aos exames diagnósticos, a mamografia não é indicada no ciclo gestacional devido ao fato das mamas dessas mulheres estarem alteradas fisiologicamente devido à repercussão hormonal da gravidez. Neste sentido, a ultrassonografia se mostra mais eficaz.

Preconiza-se, durante a gravidez, o exame de Papanicolau, o qual possibilita a detecção precoce de células anormais precursoras do câncer (Prado et al., 2020). Nas gestantes, a coleta deve ser feita na ectocérvix, uma vez que devido aos altos níveis hormonais, durante a gestação, é mais frequente encontrar-se a junção escama colunar para fora do limite anatômico do colo uterino, de forma a se conseguir uma amostra satisfatória (Haas et al., 2021).

Como as características fundamentais do exame colposcópico não diferem entre pacientes grávidas e não grávidas, é importante que os esfregaços de Papanicolau suspeito sejam encaminhados a um serviço de colposcopia para serem analisados por médicos experientes e familiarizados com as alterações fisiológicas do colo do útero durante a gravidez.

O exame pode ser solicitado, preferencialmente, até o sétimo mês de gestação. No caso das portadoras de câncer no ovário, a maioria das mulheres não apresentam sintomas, o que dificulta o diagnóstico. Contudo, a utilização rotineira e precoce do exame ultrassonográfico durante a gravidez eleva a taxa de detecção de massas anexiais ainda nos estágios iniciais, o que possibilita elevadas taxas de cura (Prado et al., 2020).

2.2 Diagnóstico e Estadiamento do Câncer de Mama durante a Gestação

O diagnóstico e o estadiamento do câncer de mama em gestantes constituem um desafio clínico significativo, em virtude das alterações fisiológicas próprias da glândula mamária durante a gestação e o período de lactação, associadas à necessidade de minimizar a exposição fetal à radiação ionizante. O estadiamento segue o sistema TNM, assim como em pacientes não gestantes, proposto pelo *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) e pela International Union for Cancer Control (IUCC).

O diagnóstico clínico frequentemente é dificultado pelas modificações fisiológicas que acometem as mamas durante a gravidez, como hipervascularização, hipertrofia lobular e ingurgitamento glandular, o que pode ocasionar atraso diagnóstico de dois meses ou mais (Costa et al., 2006). Esse retardo tem impacto negativo sobre o prognóstico, uma vez que cada mês de atraso no diagnóstico pode elevar o risco de comprometimento linfonodal em 10% a 20%.

Assim, a detecção de qualquer nódulo mamário ao exame físico em mulheres gestantes ou lactantes requer avaliação imediata e criteriosa. A mamografia, embora amplamente utilizada, apresenta eficácia controversa nesse contexto. A diminuição da sua sensibilidade e o aumento do índice de falsos negativos decorrem da maior secreção glandular, da redução do conteúdo adiposo, da intensa vascularização e da elevação da densidade do parênquima mamário gestacional.

Apesar dessas limitações, o exame não possui contraindicações absolutas durante a gestação, devendo ser feito com proteção abdominal adequada (Costa et al., 2006). A ultrassonografia mamária é considerada o método de primeira escolha para investigação de massas mamárias em gestantes, sendo segura em todos os trimestres. Além de diferenciar formações sólidas e císticas, o ultrassom permite caracterizar detalhadamente os nódulos e orientar procedimentos intervencionistas, como biópsias.

A ressonância magnética nuclear (RMN), por sua vez, ainda carece de ampla validação para o diagnóstico de alterações mamárias em gestantes e lactantes. Sua interpretação é dificultada pelas mudanças estruturais e fisiológicas da mama durante a gestação. O uso do

gadolínio deve ser evitado no primeiro trimestre, visto que a substância atravessa a barreira placentária e está associada a malformações fetais em modelos animais (Litton et al., 2016).

Dante da suspeita de malignidade, a biópsia representa o padrão-ouro diagnóstico. Procedimentos como a *core biopsy*, biópsia incisional ou excisional são considerados seguros durante a gestação, preferencialmente realizados sob anestesia local. Recomenda-se a interrupção temporária da amamentação antes da biópsia, a fim de reduzir o risco de formação de fístula láctea, podendo ser empregadas medidas como compressas frias e uso de fármacos inibidores da lactação (cabergolina ou bromocriptina) administrados uma semana antes do procedimento (Woo et al., 2016).

É imprescindível que o patologista seja informado sobre a condição gestacional da paciente, evitando interpretações equivocadas de lesões hiperproliferativas fisiológicas. Na suspeita de comprometimento linfonodal axilar, recomenda-se ultrassonografia da axila e, se necessário, biópsia por aspiração com agulha fina (PAAF) para confirmação citológica. De acordo com as diretrizes do National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2021), o câncer de mama associado à gestação tende a ser diagnosticado em estádios mais avançados.

Assim, em casos de tumores localmente avançados ou sintomas sugestivos, deve-se proceder a uma avaliação radiológica completa. Por outro lado, gestantes assintomáticas, com linfonodos clinicamente negativos e doença em estágio inicial, necessitam apenas de radiografia de tórax (com proteção abdominal), função renal e hepática e hemograma completo.

2266

A investigação de metástases pulmonares é preferencialmente realizada por radiografia torácica protegida, embora a avaliação das bases pulmonares possa ser limitada em gestações mais avançadas devido à elevação diafragmática pelo útero gravídico. A tomografia computadorizada de tórax está contraindicada nesse período (Litton et al., 2016). Para avaliação hepática, a ultrassonografia abdominal é o método mais seguro, ainda que menos sensível que a tomografia ou a ressonância magnética.

Esta última deve ser para casos que sejam necessárias informações complementares (Frédéric et al., 2010). Na suspeita de metástases cerebrais, a ressonância magnética é o exame mais indicado, exibindo boa sensibilidade e segurança relativa, exceto durante o primeiro trimestre gestacional. Quanto à tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT), os dados disponíveis sobre seu uso em gestantes são escassos.

A investigação de metástases ósseas deve ser realizada, preferencialmente, por ressonância magnética, visto que a cintilografia óssea não é recomendada na ausência de sinais clínicos ou laboratoriais de comprometimento esquelético. A dosagem de fosfatase alcalina, por

sua vez, exibe elevação fisiológica decorrente da produção placentária, não devendo ser usada como marcador de metástase óssea (Litton et al., 2016).

2.3 Prognóstico do Câncer de mama

Os principais determinantes prognósticos do câncer de mama incluem o status linfonodal axilar, o tamanho tumoral, a idade da paciente, o tipo histológico, o grau histológico e nuclear, bem como o perfil dos receptores hormonais e o status da proteína HER-2. No contexto gestacional, a avaliação do prognóstico deve considerar não apenas as implicações sobre a saúde materna, mas também os potenciais riscos fetais decorrentes da doença e do tratamento.

A baixa incidência do câncer de mama durante a gestação, aliada à inviabilidade ética e metodológica de conduzir estudos randomizados e controlados nesse grupo populacional, limita significativamente a disponibilidade de dados robustos sobre o prognóstico materno-fetal. A literatura científica ainda apresenta divergências quanto à existência de pior prognóstico nas pacientes gestantes em comparação com as não gestantes.

Entretanto, investigações recentes indicam que a gestação não exerce influência negativa significativa sobre a sobrevida. Amant et al. (2012) realizaram um estudo comparativo envolvendo 300 mulheres diagnosticadas com câncer de mama durante a gestação e 870 pacientes não gestantes. Os resultados não demonstraram diferença estatisticamente relevante na sobrevida livre de doença nem na sobrevida global, quando controlados fatores como estadiamento, idade, expressão hormonal e modalidade terapêutica.

Por outro lado, uma meta-análise conduzida por Hartman et al. (2016) evidenciou que mulheres diagnosticadas até cinco anos após o parto apresentaram maior risco de mortalidade e elevada probabilidade de recorrência tumoral em comparação aos grupos controle. Curiosamente, observou-se que as pacientes diagnosticadas no período pós-parto exibiram prognóstico menos favorável do que aquelas diagnosticadas durante a gestação.

O mecanismo biológico subjacente a esse fenômeno ainda não foi completamente elucidado. Contudo, propõe-se que o ambiente endócrino característico da gestação exerce influência moduladora sobre o comportamento tumoral. Especificamente, sugere-se que os níveis elevados de hormônio do crescimento (GH) possam atuar sobre células mamárias que temporariamente superexpressam receptores hormonais nesse período, favorecendo alterações na proliferação celular e no microambiente tumoral (Hartman et al., 2016).

No que se refere aos desfechos fetais, estudos indicam que desenvolvimento físico, neurológico e cardíaco das crianças expostas à quimioterapia intrauterina não difere significativamente daquele observado em crianças não expostas, quando comparadas segundo a idade gestacional. Todavia, há escassez de pesquisas longitudinais que avaliem os efeitos a longo prazo dessa exposição.

Litton et al. (2016) acompanharam 129 crianças nascidas de mães diagnosticadas com câncer de mama durante a gestação e observaram que o desenvolvimento global, cognitivo e cardiovascular foi semelhante ao dos controles, em um período médio de 22 meses de seguimento. Apesar desses achados encorajadores, destaca-se a necessidade de investigações de coorte com acompanhamento prolongado, a fim de esclarecer potenciais efeitos tardios da exposição intrauterina à quimioterapia e monitorar o risco oncológico futuro nessas populações.

2.4 Tratamento do Câncer Durante a Gravidez

Quando a doença oncológica ocorre concomitantemente à gravidez, esta dificulta na tomada de decisão acerca do tratamento a ser prescrito, tendo em vista os riscos tanto para mãe quanto para o feto (Monteiro et al., 2019). Neste sentido, a conduta a ser tomada nas mulheres grávidas com diagnóstico de câncer precisa ser discutida em reuniões multidisciplinares compostas por especialistas (obstetras, oncologistas, cirurgiões, pediatras e psicólogos) (Jorge et al., 2020).

2268

A mulher diagnosticada com câncer durante a gestação deve ser considerada gestante de alto risco e deve receber acompanhamento pré-natal especializado. São indicados, durante toda a gestação, o monitoramento fetal regular com ultrassom morfológico e o Doppler da artéria umbilical (Monteiro et al., 2019).

O tratamento do câncer durante a gravidez irá depender da idade gestacional. Se diagnosticado no primeiro trimestre, em geral é tratado sem considerar a gestação; no segundo semestre é preciso considerar a individualidade da gestante; e no terceiro e último trimestre, é preciso guardar a viabilidade fetal, interromper a gestação por cesariana e tratar a doença imediatamente (Rocha, 2020).

Os procedimentos cirúrgicos precisam ser menos invasivos e preservadores da fertilidade. Embora a evolução da radioterapia e da quimioterapia desempenhem um relevante papel na cura do câncer, ambas podem gerar efeitos sobre o feto (Monteiro et al., 2019). A radioterapia, caso seja realizada durante implantação do ovo (entre 1 a 14 dias), pode culminar na morte do blastocisto.

No período de organogênese (2-12 semanas) a medicação atinge seu efeito teratogênico máximo, sobretudo no período embrionário (4^a a 8^a semana), podendo provocar o abortamento ou malformações graves (Jorge et al., 2020). Entre a 12-40^a semana, a radioterapia pode ocasionar no retardamento de crescimento, lesões oculares, alterações comportamentais ou cognitivas e microcefalia.

No período que corresponde ao segundo e terceiro trimestres, a radioterapia pode induzir o desenvolvimento de tumores sólidos e leucemias durante a primeira década de vida (Monteiro et al., 2019). Assim sendo, a gravidez se constitui em uma das poucas contraindicações absolutas uso de radioterapia em virtude dos potenciais efeitos teratogênicos e até letais ao feto.

Pelo fato de a radioterapia ser um agente cancerígeno conhecido, existe, ainda, uma preocupação quanto a indução de malignidade em fetos expostos, sendo a mais comumente associada a leucemia (Rocha, 2020). Neste sentido, nos casos em que o tratamento radioterápico não puder ser postergado, é preciso considerar-se tratamentos alternativos, ou o que se mostrar mais viável entre a indução do abortamento e a maturação pulmonar fetal seguida da interrupção da gravidez (Rocha, 2020).

A quimioterapia, por sua vez, por atingir células que dividem-se mais rapidamente, por atravessar a barreira placentária, pode atingir o desenvolvimento fetal, sobretudo no período da organogênese, podendo causar efeitos teratogênicos ao feto (Haas et al., 2021). Seu uso deve ser interrompido 3 a 4 semanas antes do trabalho de parto, a fim de evitar que mãe e feto sofram trombocitopenia, o impacto adverso sobre o feto depende do tipo que quimioterápico usado.

2269

Os alquilantes, como os antimetabólitos, o metotrexato e a ciclofosfamida, estão associados aos maiores riscos e às maiores taxas de malformações quando administrados nos três primeiros meses de gravidez (Haas et al., 2021). A literatura aponta que, devido ao fato de a droga utilizadas na quimioterapia ter grande chance de ser transmitida ao bebê pelo leito materno, somando o risco de sequelas, seu uso deve ser interrompido (Jorge et al., 2020).

No caso do câncer de mama associado à gravidez, a cirurgia é o tratamento de primeira linha, podendo ser realizada com segurança em qualquer estágio com complicações mínimas, embora alguns cirurgiões prefiram esperar o fim do primeiro trimestre a fim de evitar o risco de aborto espontâneo maior no início da gravidez, e evitem o terceiro trimestre, pelo risco aumentado de parto prematuro pelo estresse devido à cirurgia (Monteiro et al., 2019).

Com relação à anestesia, esta é considerada segura durante a gravidez, não elevando o risco de anomalias congênitas (Haas et al., 2021). A respeito do câncer de mama durante a gravidez, se constituem como principais técnicas de tratamento:

Cirurgia conservadora da mama ou quadrantectomia, que é a retirada parcial da mama e a ressecção do tumor, com dissecção dos nódulos linfáticos com ou sem a realização da radioterapia;

Mastectomia, que abrange excisão do tecido mamário, sendo indicada nos casos em que o risco de recorrência local é aumentado pelo tamanho do tumor. Durante a cirurgia, a paciente deve ser colocada em decúbito lateral esquerdo (a 15º para evitar compressão do sistema venoso).

Os anestésicos são considerados seguros, enquanto as medicações vasoconstritoras devem ser evitadas. Devido à impossibilidade da realização de radioterapia, a mastectomia radical é a mais indicada, postergando-se a radioterapia para após o término do tratamento sistêmico (que dura em média 6 meses), de forma a não interferir no período gestacional (Haas et al., 2021).

Com relação ao câncer no ovário, a intervenção cirúrgica dependerá dos achados ultrassonográficos e da evolução clínica da paciente (Rocha, 2020). Mulheres com massas persistentes, cujo diâmetro ultrapasse oito centímetros, ou que apresentem imagens suspeitas de malignidade devem submeter-se à cirurgia, preferencialmente no segundo trimestre da gravidez, tendo em vista o menor risco de abortamento e a menor dependência hormonal do corpo lúteo.

2270

Além disso, é tempo suficiente para a regressão de cistos funcionais. Entretanto, caso massas anexiais suspeitas sejam detectadas somente após o terceiro trimestre, a melhor conduta é a de aguardar ou induzir a maturidade fetal (Silva et al., 2019). É importante realizar-se o monitoramento do bem estar fetal a partir de 28 semanas de gestação, pelo perfil biofísico fetal, Doppler de artéria umbilical e ultrassonografia obstétrica seriada, a fim de que caso seja necessária a antecipação do parto, o uso de corticoides para indução de maturação pulmonar fetal, seja feito com segurança (Maders, 2020).

Após o parto, indica-se a avaliação histológica da placenta, a fim de identificar possível doença metastática. O aleitamento materno é contraindicado em gestantes, ou puerperas, que realizam quimioterapia, radioterapia ou terapia endócrina, uma vez que estes medicamentos são excretados no leite, além de diminuírem sua produção (Haas et al., 2021).

Além disso, durante a radioterapia a sucção da criança poder aumentar a toxicidade da pele, resultar em fissuras, infecções e desconforto para a mulher. Lidar, portanto, com uma situação de câncer associado à gravidez é um verdadeiro desafio devido aos diversos dilemas envolvidos (Silva et al., 2019).

2.5 Gestação após um câncer de Mama

Um dos desafios contemporâneos enfrentados pela equipe médica refere-se às mulheres previamente diagnosticadas e tratadas de câncer de mama que manifestam o desejo de gestar. Tais pacientes comumente questionam se a gestação pode influenciar negativamente seu prognóstico oncológico e qual seria intervalo temporal seguro entre o término do tratamento e a concepção.

De modo geral, a literatura científica evidencia que a gravidez subsequente ao tratamento eficaz do câncer de mama não compromete o prognóstico da paciente. Contudo, o intervalo ideal entre o diagnóstico, a terapêutica e uma gestação segura permanece tema de debate. A maior parte dos estudos recomenda um período mínimo de dois anos antes da concepção, considerando que esse intervalo compreende tempo em que há maior probabilidade de recorrência tumoral (Ronn et al., 2015).

Kranick et al. (2010) realizaram uma análise comparativa entre mulheres com histórico de câncer de mama que engravidaram após o tratamento e aquelas que não conceberam, ajustando os dados segundo idade, estadiamento tumoral, tempo de sobrevida e recorrência da doença. Os resultados demonstraram ausência de aumento no risco de recidiva ou óbito durante os 12 meses de seguimento.

2271

De forma semelhante, uma meta-análise conduzida por Azim et al. (2012) revelou que a gravidez após tratamento oncológico é segura e que pacientes que engravidaram apresentaram melhores taxas de sobrevida global quando comparadas às que permaneceram nulíparas após o diagnóstico. Diversos outros estudos e revisões sistemáticas corroboram esses achados, sugerindo que a gestação posterior ao tratamento está associada a menor mortalidade, menor recorrência tumoral e melhor prognóstico global (Hartman et al., 2016).

Um possível viés interpretativo, contudo, deve ser considerado, o denominado efeito saudável (*healthy mother effect*), que sugere que mulheres com desfechos clínicos mais favoráveis e sem recorrência são naturalmente mais propensas a engravidar, o que pode enviesar a percepção de benefício prognóstico. No caso de tumores hormônio-dependentes, as pacientes em uso de tamoxifeno devem aguardar no mínimo três meses após a suspensão do fármaco antes de tentar engravidar, devido ao risco de teratogenicidade.

Da mesma forma, mulheres tratadas com trastuzumabe devem respeitar um intervalo mínimo de sete meses antes da concepção (Ruddy et al., 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de suas diretrizes sobre elegibilidade de métodos contraceptivos, contraindica

o uso de contraceptivos hormonais em mulheres com histórico atual ou prévio de câncer de mama.

Assim, a escolha de um método não hormonal, como o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, preservativos ou esterilização tubária, deve ser definida de forma compartilhada entre médico e paciente, levando em consideração o perfil clínico e o estilo de vida individual. Quanto à fertilidade após o tratamento oncológico, é reconhecido que a quimioterapia adjuvante pode exercer efeito gonadotóxico significativo, reduzindo a reserva ovariana por destruição de oócitos e comprometendo o potencial reprodutivo, que pode ser parcial ou totalmente perdido (Ronn et al., 2015).

O mecanismo fisiopatológico da toxicidade ovariana induzida por quimioterápicos permanece parcialmente compreendido, mas sabe-se que sua intensidade depende do tipo de agente usado, da dose administrada e idade da paciente. Os agentes alquilantes, como a ciclofosfamida, estão fortemente associados a lesão gonadal irreversível, devido à inibição da síntese de DNA, RNA e proteínas nas células da granulosa, sendo o fármaco mais frequentemente implicado em falência ovariana prematura.

Já as antraciclinas apresentam risco moderado, enquanto os taxanos ainda têm efeito controverso sobre a fertilidade. Os agentes anti-HER2, por sua vez, não demonstraram toxicidade ovariana relevante (Piazza et al., 2011). Estudos apontam ainda que, paralelamente à insuficiência ovariana, ocorre redução da libido e da função sexual, decorrente da diminuição simultânea da produção androgênica e estrogênica ovariana.

A amenorreia induzida por quimioterapia pode ser reversível, com possível retorno da função ovariana, o que depende fortemente da idade da paciente no momento do tratamento. Mulheres com mais de 25 anos apresentam maior risco de falência ovariana precoce, sendo esse risco aproximadamente 12 vezes superior após os 30 anos. Diversas estratégias de preservação da fertilidade vêm sendo estudadas ou já aplicadas clinicamente.

A criopreservação de oócitos ou embriões constitui uma abordagem consolidada, enquanto a criopreservação de tecido ovariano ainda é considerada experimental (Cardonick, 2016). Um dos principais obstáculos a esse procedimento é o tempo necessário para estimulação ovariana controlada, que de regra dura duas semanas, que pode adiar o início da quimioterapia. Portanto, o encaminhamento precoce a um especialista em reprodução assistida é fortemente recomendado assim que o diagnóstico oncológico é estabelecido.

Outro desafio particular em pacientes com câncer de mama está relacionado ao risco hormonal da estimulação ovariana convencional, uma vez que o processo pode elevar os níveis

séricos de estrogênio em até 10 a 15 vezes acima do normal, o que é preocupante em neoplasias com receptor de estrogênio positivo. Como alternativa, foram desenvolvidos protocolos de estimulação modificados, baseados no uso de tamoxifeno ou inibidores da aromatase, que induzem a ovulação mantendo propriedades antiestrogênicas, seja pela modulação direta dos receptores ou pela redução dos níveis de estradiol circulante durante o processo de estimulação (Ronn et al., 2015).

3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, cuja finalidade é reunir, analisar e sintetizar resultados de pesquisas científicas relevantes sobre o tema o tratamento de câncer de mama durante a gestação. Essa modalidade metodológica permite integrar diferentes tipos de estudos, quantitativos e qualitativos, de modo a proporcionar uma compreensão ampla e crítica acerca das evidências disponíveis na literatura sobre as condutas terapêuticas, intercorrências materno-fetais e implicações emocionais associadas a essa condição.

A elaboração da revisão integrativa seguiu as seis etapas metodológicas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010): definição do tema e da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; busca e seleção dos estudos; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão.

2273

Foram definidos os critérios de inclusão: artigos originais, revisões sistemáticas ou integrativas, relatos de caso e diretrizes clínicas publicados entre os anos de 2015 e 2024, disponíveis em texto completo, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que abordassem o diagnóstico, o tratamento, as implicações clínicas e/ou os aspectos psicossociais do câncer de mama em gestantes ou puérperas.

Foram excluídos trabalhos duplicados, estudos com foco em outros tipos de câncer ou em mulheres não gestantes, e publicações que não apresentavam metodologia clara ou dados relevantes ao objetivo do estudo. A busca bibliográfica foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2025, nas seguintes bases de dados científicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/MEDLINE, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de Dados em Enfermagem).

Utilizaram-se descritores controlados e palavras-chave combinadas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), tais como: “câncer de mama”, “gestação”, “quimioterapia”, “tratamento oncológico”, “câncer de mama gestacional” e “impacto

psicológico”, utilizando operadores booleanos (AND, OR) para refinar as buscas. Após a coleta dos estudos, procedeu-se à análise criteriosa dos títulos, resumos e textos completos, a fim de selecionar as publicações que atendiam aos critérios estabelecidos.

Os dados extraídos de cada artigo foram organizados em um instrumento de coleta estruturado, contendo informações como: autor, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, objetivos, metodologia, principais resultados e conclusões. A análise dos dados foi conduzida de forma qualitativa e interpretativa, por meio da leitura detalhada dos artigos selecionados, buscando identificar convergências, divergências e lacunas no conhecimento científico sobre o tema.

Os resultados foram descritos de maneira narrativa, com base na literatura revisada, visando construir uma compreensão abrangente e atualizada sobre práticas clínicas, limitações terapêuticas e impactos psicossociais relacionados ao tratamento do câncer de mama na gestação.

4 RESULTADOS

Em consonância com os objetivos propostos deste estudo foi construído uma tabela para identificação e organização dos estudos selecionados.

2274

Tabela 1: Descrição dos artigos selecionados

AUTOR / ANO	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO
SUELmann, et al., 2021	Pregnancy-associated breast cancer: nationwide Dutch study	Descrever características e desfechos clínicos de mulheres com câncer de mama associado à gestação (PABC).	O diagnóstico em gestantes ocorre tarde; tumores geralmente mais agressivos; prognóstico semelhante ao de mulheres não grávidas quando o tratamento é adequado.
LOIBL, et al., 2023	ESMO Consensus Statements on the management of pregnancy-associated cancer	Propor diretrizes para o manejo seguro de cânceres diagnosticados durante a gestação.	Recomendou-se evitar quimioterapia no 1º trimestre e priorizar abordagem cirúrgica sempre que possível; reforça a importância da equipe multiprofissional e do acompanhamento psicológico.
RUATTA, et al., 2024	Pregnancy and Breast Cancer - comprehensive review	Revisar opções terapêuticas e efeitos do tratamento sobre o feto.	Confirmou segurança relativa da quimioterapia a partir do 2º trimestre; relatou intercorrências como parto prematuro e restrição de crescimento intrauterino.
LAMBERTINI, et al., 2021	Pregnancy After Breast Cancer: systematic review and meta-analysis	Avaliar os efeitos da gestação após o tratamento do câncer de mama.	Constatou que engravidar após o tratamento não piora o prognóstico; reforçou necessidade de aconselhamento reprodutivo personalizado.
MUMTAZ, et al., 2024	Breast cancer in pregnancy: review of	Compilar dados sobre diagnóstico e manejo	Destacou o aumento de casos devido ao adiamento da maternidade; tratamentos cirúrgicos e quimioterápicos mostraram

	management and outcomes	clínico do câncer de mama gestacional.	eficácia quando adaptados ao trimestre gestacional.
AMANT, et al., 2019	Long-term cognitive and cardiac outcomes after in utero exposure to chemotherapy	Avaliar efeitos da quimioterapia sobre o desenvolvimento infantil.	Crianças expostas intraútero apresentaram desenvolvimento cognitivo e cardíaco normal até 7 anos; reforçou segurança relativa da quimioterapia após o 1º trimestre.
VAN CALSTEREN, et al., 2018	Cancer during pregnancy: an update on prevalence and management	Atualizar dados sobre prevalência e condutas terapêuticas em câncer gestacional.	A prevalência de câncer de mama na gestação vem aumentando; diagnóstico precoce e tratamento individualizado são determinantes para melhor prognóstico.
PECCATORI, et al., 2020	Management of breast cancer during pregnancy: a multidisciplinary approach	Avaliar condutas terapêuticas integradas e seus desfechos.	Destacou que o tratamento cirúrgico é seguro em qualquer trimestre; quimioterapia deve ser evitada no 1º trimestre e cuidadosamente monitorada nos demais.
SANTOS; OLIVEIRA, 2022	Vivências emocionais de gestantes com câncer de mama: revisão integrativa	Identificar os principais sentimentos e reações psicológicas de gestantes diagnosticadas com câncer de mama.	Predomínio de sentimentos de medo, culpa e ansiedade; o apoio familiar e psicológico mostrou-se essencial para adesão ao tratamento.
COSTA, et al., 2019	Câncer de mama e gestação: desafios no diagnóstico e tratamento	Analizar casos de gestantes com câncer de mama em hospital universitário brasileiro.	Diagnóstico tardio devido às alterações fisiológicas; o tratamento seguiu protocolos internacionais; não houve aumento de malformações fetais.
CARVALHO, et al., 2017	Aspectos clínicos e emocionais do câncer de mama durante a gestação	Investigar impactos emocionais e estratégias de enfrentamento em mulheres grávidas com câncer.	Destacou sofrimento emocional intenso, medo da morte e culpa; importância da comunicação empática e do suporte multiprofissional.

Fonte: Autoria própria, (2025)

2275

5 DISCUSSÃO

A análise integrativa dos doze estudos revisados, publicados entre 2015 e 2024, evidencia avanços expressivos na compreensão clínica, terapêutica e psicossocial do câncer de mama durante a gestação. De modo geral, as pesquisas convergem quanto à complexidade dessa condição e à necessidade de uma conduta médica multidisciplinar, que une rigor técnico e sensibilidade ética diante do binômio mãe-feto.

De acordo com Suelmann et al. (2021), o câncer de mama associado à gestação (Pregnancy-Associated Breast Cancer - PABC) representa entre 0,2% e 3,8% de todos os casos de câncer de mama, sendo considerado o tipo de neoplasia maligna mais comum diagnosticado durante a gravidez. A fisiologia mamária gravídica, caracterizada por hiperplasia glandular, aumento de vascularização e sensibilidade local, mascara os sinais clínicos iniciais da doença, dificultando o diagnóstico precoce.

Essa observação é corroborada por Costa et al. (2019) e Van Calsteren et al. (2018), que identificaram atrasos significativos no diagnóstico devido à hesitação na realização de exames de imagem durante a gestação, especialmente mamografia e biópsia, por receios infundados de risco fetal. Como consequência, o diagnóstico geralmente ocorre em estágios mais avançados (II ou III), o que aumenta a precisão de intervenções terapêuticas complexas.

Do ponto de vista terapêutico, há um consenso na literatura de que o tratamento do câncer de mama durante a gestação é possível e seguro, desde que conduzido dentro de protocolos clínicos bem estabelecidos. Peccatori et al. (2020), Loibl et al. (2023) destacam que a cirurgia conservadora ou mastectomia é o tratamento de escolha inicial e pode ser realizada em qualquer trimestre gestacional, desde que com anestesia adequada e monitoramento fetal contínuo.

O esvaziamento axilar também é considerado seguro, sendo o mapeamento linfonodal por corante azul evitado devido ao risco de anafilaxia. No que se refere à quimioterapia, os estudos de Amant et al. (2019) e Ruatta et al. (2024) demonstram que o uso de antraciclinas (como a doxorrubicina e a epirrubicina) e ciclofosfamida, após o primeiro trimestre, apresenta um perfil de segurança aceitável, sem aumento significativo de malformações congênitas.

No entanto, a administração durante o primeiro trimestre continua fortemente 2276 contraindicada, em virtude da alta taxa de teratogenicidade nesse período crítico da organogênese. O tratamento deve ser interrompido entre três e quatro semanas antes do parto, evitando riscos de mielossupressão materna e neonatal. Esses dados são reforçados pelo National Cancer Institute (2024), que recomenda a adoção de protocolos adaptados à idade gestacional e acompanhamento obstétrico rigoroso durante todo o tratamento.

Os desfechos maternos e fetais também foram amplamente discutidos na literatura. Suelmann et al. (2021) observaram que, quando tratadas de forma adequada, as mulheres gestantes com câncer de mama apresentam taxas de sobrevida global e livre de doença similares às de mulheres não grávidas. Do ponto de vista fetal, Amant et al. (2019) conduziram um estudo longitudinal que avaliou o desenvolvimento cognitivo e cardíaco de crianças expostas intraútero à quimioterapia, não encontrando alterações significativas até os sete anos de idade.

Contudo, Ruatta et al. (2024) e Loibl et al. (2023) chamam atenção para a necessidade de acompanhamento prolongado dessas crianças, uma vez que alguns estudos sugerem risco aumentado de parto prematuro, baixo peso ao nascer e restrição de crescimento intrauterino. Ainda assim, não há evidências robustas de aumento na taxa de malformações estruturais maiores quando o tratamento é realizado após o primeiro trimestre.

Do ponto de vista psicossocial, os estudos nacionais de Santos e Oliveira (2022) e Carvalho et al. (2017) ampliam o entendimento sobre o impacto emocional do diagnóstico de câncer de mama durante a gestação e o puerpério. As autoras relatam que o momento do diagnóstico é frequentemente permeado por sentimentos de medo da morte, culpa, impotência, ansiedade e negação, agravados pela dualidade de sentimentos entre a preservação da vida fetal e a incerteza sobre o futuro materno.

A interrupção da amamentação, a perda de características femininas devido à mastectomia e os efeitos colaterais da quimioterapia potencializam o sofrimento emocional, impactando diretamente na autoestima e na identidade materna. Nesse sentido, o apoio psicológico e o acompanhamento multiprofissional emergem como elementos fundamentais para a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dessas mulheres.

Santos e Oliveira (2022) enfatizam que o acolhimento empático, o fortalecimento da rede de apoio familiar e o envolvimento de profissionais de enfermagem, psicologia e serviço social são determinantes para reduzir a vulnerabilidade emocional. O mesmo é apontado por Peccatori et al. (2020), que reforçam que a assistência deve ultrapassar os limites biomédicos, incorporando estratégias de humanização e cuidado integral.

Lambertini et al. (2021), ao analisarem casos de mulheres que engravidaram após o tratamento do câncer de mama, reforçam que a gestação posterior não está associada ao aumento da recidiva tumoral ou à redução da sobrevida, o que sugere que a gravidez, mesmo após o câncer, pode ser segura quando bem monitorada. Esse achado complementa a visão de que a gestação, quando ocorre concomitantemente à doença, não deve ser automaticamente considerada uma contraindicação ao tratamento, mas sim um desafio clínico que requer ajuste terapêutico e apoio psicossocial intensivo.

Em síntese, os resultados dos estudos analisados indicam que o manejo do câncer de mama na gestação deve ser guiado por três princípios centrais: preservação da vida materna, minimização dos riscos fetais e promoção do cuidado integral à mulher. A literatura contemporânea reforça que o tratamento é viável e pode ser seguro, desde que individualizado e conduzido por equipe especializada.

Todavia, permanecem lacunas relevantes, como a escassez de dados sobre os efeitos tardios da exposição intrauterina à quimioterapia, as dificuldades diagnósticas em regiões com menor acesso a tecnologias de imagem e a carência de protocolos nacionais adaptados à realidade brasileira. Esses achados consolidam a compreensão de que o câncer de mama durante a gestação não deve ser encarado como uma condição incompatível com o tratamento oncológico, mas sim

como cenário clínico que exige sensibilidade, integração multiprofissional e compromisso ético com a saúde e a dignidade da mulher e do feto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama durante a gestação configura-se como uma condição de alta complexidade clínica, ética e emocional, exigindo da equipe multiprofissional uma abordagem cuidadosa, individualizada e baseada em evidências científicas. A sobreposição entre o processo gestacional e o diagnóstico oncológico impõe desafios significativos tanto no que diz respeito ao tratamento quanto ao acolhimento psicossocial da mulher, demandando a integração de diferentes saberes no manejo terapêutico.

A partir da revisão da literatura, verificou-se que o diagnóstico do câncer de mama na gestação, em grande parte das vezes, ocorre de forma tardia, devido às alterações fisiológicas próprias desse período, o que pode mascarar a presença de tumores. Essa dificuldade diagnóstica retarda o início do tratamento e impacta diretamente no prognóstico materno e fetal.

Além disso, observou-se que a escolha das intervenções terapêuticas deve levar em consideração o estágio da gestação, a agressividade tumoral e segurança das opções disponíveis, destacando-se possibilidade de realizar tratamento cirúrgico e quimioterápico em determinados trimestres, com protocolos cuidadosamente adaptados.

As evidências analisadas indicam que a quimioterapia, quando administrada a partir do segundo trimestre de gestação, pode ser relativamente segura, desde que conduzida sob rigoroso acompanhamento médico e obstétrico. No entanto, permanecem riscos associados, como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer, reforçando a necessidade de avaliação contínua e individualizada em cada caso.

Ainda há lacunas importantes na literatura quanto aos efeitos a longo prazo sobre o desenvolvimento infantil, o que evidencia a importância de novos estudos voltados à segurança fetal e aos desfechos pós-natais. No âmbito emocional, constatou-se que o diagnóstico de câncer de mama durante a gestação ou o puerpério provoca intenso impacto psicológico sobre a mulher, despertando sentimento de medo, insegurança, angústia, negação e culpa.

A dualidade entre o instinto de proteção ao feto e a necessidade de enfrentar uma doença potencialmente letal gera sofrimento emocional significativo. Diante disso, o suporte psicológico e o acompanhamento multiprofissional tornam-se imprescindíveis para garantir um cuidado integral, que contemple não apenas a dimensão biológica, mas também a psíquica e social da paciente.

2278

Com base no objetivo geral, avaliar as características, taxas de desenvolvimento e as dificuldades das gestantes no tratamento contra o câncer de mama e nos objetivos específicos propostos, conclui-se que o manejo do câncer de mama durante a gestação requer um equilíbrio delicado entre a preservação da vida materna e a proteção fetal. É indispensável que o tratamento seja conduzido por uma equipe interdisciplinar composta por oncologistas, obstetras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, de modo a garantir decisões terapêuticas seguras e humanizadas.

Assim, reforça-se a importância da ampliação das pesquisas científicas sobre o tema, visando ao aprimoramento dos protocolos de diagnóstico e tratamento, à construção de estratégias de acolhimento emocional e à formulação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher gestante acometida por neoplasias malignas. Somente a partir de um olhar multidimensional e humanizado será possível promover uma assistência que assegure o direito à vida, à dignidade e ao cuidado integral da mulher e de seu filho.

Em suma, este estudo confirma que o tratamento do câncer de mama durante a gestação é possível e potencialmente seguro, desde que conduzido com cautela, interdisciplinaridade e sensibilidade às dimensões emocionais. Contudo, há uma necessidade urgente de alicerçar esses caminhos com dados de longo prazo e de fortalecer políticas e práticas de suporte psicológico à mulher gestante com câncer. Somente assim será possível proporcionar um cuidado verdadeiramente integral, que respeite tanto a vida da mãe quanto a do bebê, de forma ética, técnica e humanizada.

2279

REFERÊNCIAS

- AMANT, F. et al. **Long-term cognitive and cardiac outcomes after prenatal exposure to chemotherapy.** *The Lancet Oncology*, v. 20, n. 9, p. 1261-1271, 2019.
- BOLDRINI, N.; ROSSI, K.; SASSINE, T. **Câncer do colo do útero na gravidez.** *Femina*. 2019; 47(1):55-60.
- BRAGA, A.; SILVA, N., SILVA, A.; PAIVA, F. **Cuidados da equipe de enfermagem para o controle e prevenção do câncer de mama.** *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem*. 2017; 3(2):1-4.
- BRAGA, F.; SOUSA, D.; MENDES, R.; VASCONCELOS, C. **Orientações de enfermagem para enfrentamento do câncer de mama na gravidez.** *Universidade Federal do Ceará*, 2017; 1-5.
- BRITO, E.; FEITOSA, P.; VIEIRA, J.; OLIVEIRA, I. **Diagnóstico de câncer durante a gestação: uma revisão integrativa.** *Id on Line Rev. Mult. Psic.* fev. 2020; 14(49):150-161.

CARDONICK, E. **Overview of infertility and pregnancy outcome in cancer survivors.** Uptodate, 2016.

CARVALHO, L. et al. **Aspectos clínicos e emocionais do câncer de mama durante a gestação.** Revista de Saúde e Pesquisa, v. 10, n. 2, p. 45–57, 2017.

COSTA, A.; SOUZA, J. **Implicações psicossociais relacionadas à assistência à gestante com câncer: percepções da equipe de saúde.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro. jul./dez. 2018; 21(2):100-122.

COSTA, C. et al. **Câncer de mama durante a gestação: revisão bibliográfica.** HU Revista, Juiz de Fora, v.32, n. 4, p. 109-114, 2006.

COSTA, R.; SILVA, E.; MORAES, C. **Câncer de mama e gestação: desafios no diagnóstico e tratamento.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 41, n. 6, p. 382–389, 2019.

FRÉDÉRIC, A et al. **Breast cancer in pregnancy: recommendations of an international consensus meeting.** European Journal Of Cancer, v.46, - 3158-3168. 2010.

HAAS, P.; GONÇALVES, L.; MOÇO, C.; MITUUTI, C.; MOREIRA, E. **Neoplasia da mama e o aleitamento materno: Revisão sistemática.** Saúde. [S. l.], v.47, n.1,2021.

HARTMAN, E.; ESLICK, G. **The prognosis of women diagnosed with breast cancer before, during and after pregnancy: a meta-analysis.** Breast Cancer Res. Treat. v.160(2), p.347-360, 2016.

JORGE, J.; GERVÁSIO, S.; VADOR, R. **O enfermeiro e a amamentação pós câncer de mama: O desbravar das intervenções.** Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 3, p.4396. 2020.

2280

KRANICK, J. et al. **Is pregnancy after breast cancer safe?** Breast Journal, v. 16(4), p.404-411, 2010.

LAMBERTINI, M. et al. **Pregnancy after breast cancer: a systematic review and meta-analysis.** Journal of Clinical Oncology, v. 39, n. 35, p. 3854–3865, 2021.

LÉLIS, B.; DUSSO, M.; SOUZA, F.; BERNARDES, N. **Tratamento do câncer de colo do útero em gestantes.** Id online Rev. Mult. Psic. 2019; 13(45):433-438.

LIMA, V.; STEGER, J.; PONTES, S. **Enfrentamento da mulher com diagnóstico de câncer no período gestacional.** Revista Vita Et Sanitas da Faculdade União Goyazes, Trindade, GO. 2019; 13(2):128-133.

LITTON, J.; THERIAULT, R. **Gestational breast cancer: Epidemiology and diagnosis.** UpToDate. 2016.

LITTON, J.; THERIAULT, R. **Gestational breast cancer: Treatment.** UpToDate. 2016.

LOIBL, S. et al. **ESMO consensus statements on the management of pregnancy-associated cancer.** Annals of Oncology, v. 34, n. 2, p. 89–105, 2023.

MADERS, D. **Impactos psicológicos em mulheres com diagnóstico de câncer na gestação.** Pelotas, 2021.

MAIA, J.; SOUZA, C.; MENEZES, G. **O câncer de mama e a gestação.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. set. 2019; 4(7):110-127.

MENEZES, A el tal. **O processo de enfermagem nos cuidados à mulher com câncer gestacional: Uma revisão sistemática.** Sociedade de pesquisa e desenvolvimento 2022.

MONTEIRO, D et al. **Fatores associados ao câncer de mama gestacional: estudo caso-controle.** Ciências da saúde coletiva, 24 (6), Jun 2019.

MUMTAZ, A. et al. **Breast cancer in pregnancy: a review of management and outcomes.** Breast Care, v. 19, n. 1, p. 45-54, 2024.

PECCATORI, F. et al. **Management of breast cancer during pregnancy: a multidisciplinary approach.** The Breast Journal, v. 26, n. 2, p. 112-120, 2020.

PIAZZA, K.; PARTRIDGE, A. **Approach to the patient following treatment for breast cancer.** UpToDate. 2011

PRADO, N et al. **Gestante com diagnóstico de câncer de mama: prevenção e assistência.** Revista Brasileira de Revisão de Saúde 2020, 3 (1), 1109-1131.

ROCHA, F. **Cancro da mama e Amamentação: o cuidar do Enfermeiro Obstetra.** Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola superior de enfermagem de Lisboa. Lisboa 2020.

RODRIGUES, A.; PENHA, J. **Exame citopatológico do colo do útero: investigação sobre o conhecimento, atitude e prática de gestantes.** Cogitare Enferm. 2018; 23(2)e52589:1-11. 2281

RODRIGUES, C.; MAXIMINO, D.; SOUTO, C.; VIRGÍNIO, N. **Repercussão do tratamento das neoplasias durante a gestação.** Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança. abr. 2016;14(1):67-72.

RONN, R.; HOLZER, H. **Breast cancer and fertility: an update.** Current Opinion Support Palliant Care, v.9, p.285-293. 2015.

RUATTA, F. et al. **Pregnancy and Breast Cancer - comprehensive review.** Journal of Clinical Medicine, v. 13, n. 5, p. 1205-1218, 2024.

RUDDY, K.; PARTRIDGE, A. **Approach to the patient following treatment for breast cancer.** UpToDate. 2016

SANTOS, A.; OLIVEIRA, M. **Vivências emocionais de gestantes com câncer de mama: revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 4, p. e20210327, 2022.

SILVA, K et al. **Câncer de mama na gestação: abordagem diagnóstica e terapêutica.** Acta méd. (Porto Alegre); 39(2): 61-69, 2019.

SILVA, L.; FREITAS, P.; MAIA, A. **Cuidado de enfermagem em gestantes com câncer de mama: revisão integrativa.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 16, p. 2021.

SUELmann, B. et al. **Pregnancy-associated breast cancer: a nationwide Dutch study on incidence, treatment and survival outcomes.** Breast Cancer Research and Treatment, v. 188, n. 3, p. 687–698, 2021.

TOLÊDO, S et al. **Fluxo assistencial de usuárias com câncer de mama na rede pública de atenção à saúde.** Ver. Eletr. de Enfermagem, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 18, p. e1201, 2016.

VAN CALSTEREN, K. et al. **Cancer during pregnancy: an update on prevalence, management and outcomes.** Cancer Treatment Reviews, v. 68, p. 1–12, 2018.

WOO, J.; YU, T.; HURD, T. **Breast Cancer in Pregnancy: a literature review.** Arch Surg, v.138, p.91-99, 2003.