

## CÂNCER DE MAMA GESTACIONAL: RELATO DE CASO

### *PREGNANCY-ASSOCIATED BREAST CANCER: CASE REPORT*

Iná Kelly Pinheiro de Moura<sup>1</sup>  
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa<sup>2</sup>  
Macerlane de Lira Silva<sup>3</sup>  
Renata Livia Silva Fonseca Moreira de Medeiros<sup>4</sup>

**RESUMO: Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo relatar o caso de uma paciente com câncer de mama na gravidez, além de discutir as dificuldades frente ao diagnóstico e o manejo terapêutico. **Método:** O estudo circunscreve-se numa pesquisa de campo exploratória tipo relato de caso com abordagem qualitativa. A população-alvo considerada é uma única pessoa com história de Câncer de Mama Gestacional. Para análise dos objetivos propostos, foi realizada uma entrevista baseada em um instrumento para coleta de dados. Também foram utilizados os dados presentes em resultados de exames e relatórios que se encontravam com a paciente. O procedimento de coleta de dados só foi realizado após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Faculdade Santa Maria - FSM. **Resultados:** Os resultados foram obtidos através do estudo na literatura sobre neoplasia de mama na gravidez e comparação com o caso relatado. Constatou-se que os métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados são os mesmos das pacientes não grávidas. No entanto, em relação ao tratamento, a idade gestacional e o estadiamento da doença são os fatores que norteiam a escolha da melhor conduta. **Conclusão:** O câncer de mama associado à gestação é uma condição clínica com prevalência relativamente baixa, mas que vem se tornando uma realidade à medida em que as mulheres postergam a idade da primeira gestação. Os dados disponíveis sobre o binômio câncer de mama e gravidez ainda são limitados, tornando essa situação clínica desafiadora para o médico assistente e a equipe multidisciplinar. Portanto, nota-se a importância de um acompanhamento por profissionais especializados e em centros que forneçam apoio multiespecializado.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina - Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB. Contato: ina\_kelly\_@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Doutora em Ciências da Saúde pela FMABC-Paulista.

<sup>3</sup> Enfermeiro. Docente FSM-PB. Especialista em política e gestão do cuidado com ênfase no apoio matricial pela UFPB. Mestre em Saúde Coletiva pela UNISANTOS.

<sup>4</sup> Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Doutoranda pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa - FCMSCSP.

**Palavras chave:** Câncer de mama; Gravidez; Diagnóstico; Terapêutica.

**ABSTRACT: Objective:** *The objective of the present study was to report the case of a patient with pregnancy-associated breast cancer, besides discussing the difficulties in diagnosis and therapeutic management. **Methods:** The study is circumscribed in an exploratory field research, case report type, with qualitative approach. The considered target population is a single person with a history of Gestational Breast Cancer. To analyze the proposed objectives, an interview was conducted based on an instrument for data collection. Data present in results of exams and reports with the patient were also used. Data collection procedure was only carried out after approval of the research project by the Research Ethics Committee - CEP of Faculdade Santa Maria - FSM. **Results:** The results were obtained through a study in the literature on breast neoplasm in pregnancy and comparison with the case reported. Diagnostic and therapeutic methods used are the same as for non-pregnant patients. However, regarding treatment, gestational age and staging of the disease are factors that guide the choice of the best conduct. **Conclusion:** Pregnancy-associated breast cancer is a relatively low-prevalence clinical condition, but it has become a reality as women postpone first gestation. The available data on the binomial breast cancer and pregnancy are still limited, making this clinical situation challenging for the assisting physician and multidisciplinary team. Therefore, the importance of follow-up by specialized professionals and centers that provide multispecialized support is noteworthy.*

**Keywords:** *Breast cancer; Pregnancy; Diagnosis; Therapy.*

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no mundo e no Brasil, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA (2016), foram estimados 57.960 novos casos, representando uma taxa de incidência de 56,2 casos a cada 100 mil mulheres, a cada ano.

O Câncer de Mama na Gravidez (CMG) corresponde à neoplasia maligna diagnosticada durante o período gravídico, lactação ou nos 12 meses subsequentes ao parto. A sua incidência é de 0,02% a 3,8% das gestações e frequência de um caso em 3.000 a 10.000 partos. Embora seja uma condição clínica pouco frequente, considera-se que essa incidência aumente, sendo um fenômeno provavelmente social. Isso porque as mulheres estão cada vez mais dando preferência à vida profissional e busca pela estabilidade financeira, retardando a gravidez para a terceira ou quarta década de vida. Também, deve-se considerar o aumento da ocorrência do câncer de mama em todas as faixas etárias, favorecendo um maior número de casos dessa patologia em mulheres na gravidez (MARTINS *et al.*, 2012).

A detecção precoce do câncer de mama está relacionada a melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento (INCA, 2015). Entretanto, o diagnóstico do CMG configura-se em um desafio clínico e, muitas vezes, é diagnosticado em estágios avançados. A mama gravídica, devido a estímulos hormonais, apresenta modificações fisiológicas, como hipervascularização, hipertrofia e ingurgitamento, prejudicando a avaliação clínica e radiológica das mamas, o que contribui para seu difícil diagnóstico (BASTOS *et al.*, 2012). Ainda mais, deve-se considerar que a prática do autoexame é pouco realizada pelas mulheres no período gestacional e, também, que os exames de imagens das mamas não são rotina durante o pré-natal (ALQUIMIM *et al.*, 2011). Portanto, faz-se necessário, principalmente nas primeiras consultas de pré-natal, o exame das

mamas de toda gestante e, em casos de alterações suspeitas, proceder a uma melhor investigação.

Diante de uma paciente gestante e com diagnóstico de câncer de mama, deve-se instituir um tratamento cauteloso a fim de reduzir possíveis prejuízos ao desenvolvimento fetal, além de comprometer a saúde materna (MONTEIRO *et al.*, 2014). O ideal é que esse tratamento aproxime-se ao máximo do que é recomendado para uma paciente não grávida. A abordagem terapêutica visa ao controle locorregional e sistêmico da doença, sendo a cirurgia o tratamento definitivo do carcinoma de mama em gestantes. Sabe-se que a administração de quimioterapia nessas pacientes é segura a partir do segundo trimestre da gravidez, sendo a radioterapia contraindicada (BASTOS *et al.*, 2012). Também é importante que, desde o início do diagnóstico, haja a participação de uma equipe multidisciplinar, enfatizando o apoio psicológico à gestante.

O presente trabalho teve como objetivo relatar o caso de uma paciente com câncer de mama na gravidez, além de discutir as dificuldades frente ao diagnóstico e o manejo terapêutico.

## **METODOLOGIA**

O estudo circunscreve-se numa pesquisa de campo exploratória tipo relato de caso com abordagem qualitativa. A população-alvo considerada é uma única pessoa com história de Câncer de Mama Gestacional (CMG). Foi realizado instrumento para a coleta de dados, baseado em um roteiro de entrevista contendo três partes: I - Dados Socio-demográficos, II - Antecedentes Pessoais, Ginecológicos e Obstétricos e III - Dados relacionados ao objeto da pesquisa. Para análise dos objetivos propostos, foram utilizados, além do instrumento, dados presentes em resultados de exames e relatórios que se encontravam com a paciente. Esta pesquisa obedece às diretrizes e às normas éticas determinadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos em vigor no país, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e

esclarecido da participante, bem como ao seu anonimato e ao sigilo de dados confidenciais. A participante do estudo foi informada sobre os seguintes aspectos: objetivo do estudo, justificativa, procedimento, contribuição, garantia do anonimato, fidedignidade na análise dos dados e o direito à liberdade de participar ou não da pesquisa, além da garantia de poder desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza.

O procedimento de coleta de dados só foi realizado após o projeto de pesquisa ser encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Faculdade Santa Maria - FSM para apreciação e parecer. Após aprovação do estudo, foi entregue à paciente o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), em que a paciente autorizou, através de assinatura, sua participação na pesquisa. Por fim, este estudo está protocolado sob o parecer número: 57139916.10000.5180.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, parda, casada, do lar, católica, Segundo Grau Completo, renda familiar de um salário mínimo. Notou um nódulo na mama direita em Maio de 2014, quando estava no segundo trimestre da gestação. Negou comorbidades importantes; alergias a alimentos e medicamentos; etilismo e tabagismo; cirurgia prévia (uma cesárea); história familiar de primeiro grau negativa para câncer de mama. História Ginecológica e Obstétrica - menarca aos 12 anos, ciclos menstruais regulares, preventivo ginecológico regular, método contraceptivo DIU (Dispositivo Intrauterino), G2P2 (um normal, um cesáreo) A0. Procurou assistência médica, sendo realizada ultrassonografia das mamas, que evidenciou nódulo sólido no QIE da mama direita, medindo cerca de 2,0 cm no maior diâmetro e prolongamentos axilares sem linfonodos atípicos, categoria BIRADS US IV. Também foi realizada mamografia, apresentando BIRADS IV. A paciente foi submetida à exérese da lesão, procedimento cirúrgico denominado tumorectomia, em Junho de 2014. O estudo histopatológico revelou carcinoma ductal invasivo grau II de SRB com componente muco secretor e carcinoma ductal *in situ* padrão

comedocarcinoma associado. A neoplasia mediu 2,4 cm no seu maior eixo e não foi detectada invasão angiolinfática e perineural. A paciente ficou em acompanhamento com mastologista e, em Agosto de 2014, no terceiro trimestre da gravidez, com idade gestacional de 36 semanas e um dia, foi submetida à cesariana eletiva e quadrantectomia em mama direita com ampliação de margens porque a biópsia de congelação revelou quadrante MD com margem medial comprometida. Também foi realizada exérese de oito linfonodos axilares, todos livres de neoplasia. O exame histopatológico constatou a presença de carcinoma ductal invasivo grau III de SRB, neoplasia medindo 1,6 cm no seu maior eixo. Invasão vascular linfática presente, invasão vascular sanguínea e perineural não detectadas.

Posteriormente, a paciente foi submetida à quimioterapia adjuvante com 10 ciclos realizados de 21 em 21 dias. Após conclusão da quimioterapia, foi submetida a 36 sessões de radioterapia. Também foi realizada imuno-histoquímica, que demonstrou carcinoma mamário negativo para receptor de estrogênio, negativo para receptor de progesterona e escore 3 para o produto do oncogene C-erbB-2 (HER2/Neu). Por ter superexpressão da HER2, recebeu terapia adjuvante com 18 ciclos de Herceptin® (Trastuzumabe) de 21 em 21 dias. Após o término dos procedimentos terapêuticos, ficou em acompanhamento com mastologista e realização de exames de rotina. Atualmente, encontra-se bem e sem fazer uso de medicações. A paciente não amamentou durante o tratamento e a criança apresenta-se saudável.

## **DISCUSSÃO**

O câncer de mama gestacional é considerado a neoplasia maligna mais prevalente durante o ciclo gravídico-puerperal. (MARTINS, *et al.*, 2012) A paciente do referido caso encaixa-se na definição da patologia em questão, tendo sido diagnosticada com a neoplasia durante o curso de sua segunda gestação. No entanto, a mesma não apresentou influência dos fatores de risco, como menarca precoce, história familiar de neoplasia, nuliparidade, tabagismo, etilismo, exposição

a radiações ionizantes e primeira gestação após os 30 anos de idade. (SANTOS, 2013).

Um dos desafios da neoplasia mamária concomitante à gravidez é a dificuldade no diagnóstico. Segundo Kakoulidis (2015), pode haver um atraso no diagnóstico um a dois até cinco a sete meses a partir dos primeiros sintomas, aumentando o risco de comprometimento linfático de 0,9 a 1,8% por mês. A mama gravídica apresenta alterações fisiológicas decorrentes do estímulo hormonal. Principalmente a partir do segundo mês de gestação, há maior estímulo estrogênico, levando a uma intensa proliferação dos ductos, hipervascularização glandular, aumento fibroglandular do parênquima mamário e diminuição do estroma fibrogorduroso, favorecendo discreta hipoecogenicidade difusa. Já no segundo e terceiro trimestres da gravidez, há maior ação da progesterona, contribuindo para uma acentuada proliferação celular. Tais alterações intensificam a densidade do parênquima, prejudicando o exame físico e a interpretação dos exames de imagem. (ALQUIMIM, *et al.*, 2011).

O diagnóstico do câncer de mama gestacional segue o mesmo padrão das mulheres não grávidas e, basicamente, inclui a associação dos exames: clínico, de imagem e o histológico. Os estudos apontam que a apresentação clínica mais comum do câncer de mama durante a gravidez é a presença de uma massa palpável indolor, detectada geralmente através do autoexame das mamas ou durante consulta pré-natal. (CARDONICK, 2014) Contudo, 80% das massas durante a gravidez são de origem benigna, sendo que as lesões com persistência por mais de duas semanas necessitam de investigação minuciosa. (TORRES e PRADA, 2011).

A paciente foi submetida a uma ultrassonografia mamária, que, segundo Keyser *et. al* (2012), é um exame 100% preciso na detecção de massas em pacientes com câncer de mama na gravidez. No seu estudo, refere que, se a massa for preenchida por material fluido, deve-se proceder a uma PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) para estudo citológico. Se os resultados ultrassonográficos forem suspeitos, deve ser realizada uma biópsia por agulha grossa (*core biopsy*), obtendo tecido para avaliação patológica. Nos casos de massa sólida, como o da paciente em questão, está orientado prosseguir com mamografia. Esta, no entanto, apresenta

apenas cerca de 78% de sensibilidade nos casos de neoplasia mamária na gravidez, devido às alterações da mama gravídica.

Na abordagem terapêutica, por não existirem estudos clínicos randomizados com pacientes grávidas e com câncer de mama, há limitações quanto a evidências sobre o melhor tratamento. (FERREIRA e SPAUTZ, 2014) A paciente do relato, por ter classificação BI-RADS®IV, necessitou de investigação da lesão através de biópsia, que, de acordo com os autores Martins e Lucarelli (2012), é o padrão-ouro para definir o diagnóstico histológico das lesões suspeitas. A *core-biopsy* (mamotomia) é o procedimento de escolha, sendo um método seguro realizado com anestesia local e sensibilidade de cerca de 90% (ROVERA *et al.*, 2013). Contudo, a biópsia cirúrgica foi indicada como procedimento inicial para a paciente do caso.

No tratamento da neoplasia de mama na gestação, são aplicados os mesmos critérios das pacientes não grávidas, mas se deve considerar a idade gestacional e estágio da doença, já que alguns procedimentos são contraindicados. (MONTEIRO *et. al*, 2014) O tratamento cirúrgico é usualmente a primeira escolha, porém, dependendo do estadiamento, há casos inoperáveis. A paciente foi submetida à tumorectomia e quadrantectomia, que fazem parte do tratamento conservador. A literatura aponta que estes procedimentos não são recomendados no primeiro trimestre, sendo a mastectomia radical modificada o padrão-ouro. (ZAGOURI *et. al*, 2013).

A cirurgia conservadora das mamas, de acordo com Torres e Prada (2011), está reservada para as pacientes em estágios avançados da gestação, como no segundo e terceiro trimestres da gravidez. Nestes casos, há necessidade de complementar o tratamento com radioterapia, para evitar recidiva locorregional. No entanto, a radioterapia é contraindicação absoluta durante a gestação, devendo ser realizada num intervalo de até 24 semanas após o parto. Por ter sido submetida à tumorectomia e quadrantectomia, que são cirurgias conservadoras, a paciente do caso necessitou de radioterapia, porém, posterior ao tratamento quimioterápico adjuvante. Nestes casos, de acordo com o Consenso do Controle do Câncer de Mama do Ministério da Saúde (2004), a quimioterapia após cirurgias radicais ou conservadoras protela o início do tratamento radioterápico para o término da



terapêutica sistêmica, não devendo ultrapassar o período de seis meses desde a realização da cirurgia.

Quanto ao tratamento quimioterápico, a maioria das gestantes com câncer de mama são candidatas a essa modalidade. No entanto, o uso da quimioterapia no primeiro trimestre está associado a malformações em 10-20% dos fetos, sendo seu uso mais seguro após este período. Isso porque todos os quimioterápicos utilizados pertencem à categoria D, ou seja, apresentam riscos potenciais ao feto em desenvolvimento. Todavia, a gravidez não deve ser um impedimento para a terapêutica adequada, pois o retardo do início do tratamento está associado a graves consequências para a mãe. (MONTEIRO *et. al*, 2013).

De acordo com o estudo feito pelos autores Kettlhut e Modena (2008), a quimioterapia pode ser usada no segundo e terceiro trimestres da gravidez, quando a organogênese está completa. Neste período, foi visto que o risco de malformações é de 1,3%. Em relação ao regime terapêutico, o mais frequentemente utilizado consiste em 5-fluorouracil (F), doxorrubicina (A) ou epirrubicina (E) e ciclofosfamida (C) ou na combinação de doxorrubicina e ciclofosfamida (AC). (MONTEIRO *et. al*, 2013) Ainda de acordo com Kettlhu e Modena, 2008, os esquemas de seis ciclos de FAC ou quatro ciclos de AC podem ser indicados em qualquer período da gestação, sendo a amamentação contraindicada. A paciente do estudo, apesar de apresentar idade gestacional compatível para o início da quimioterapia, só foi submetida à terapêutica após o parto.

O câncer de mama mostra-se como uma doença heterogênea com comportamentos diferentes. Com os avanços da biotecnologia, tal neoplasia pode ser classificada em cinco subtipos moleculares: luminal A, luminal B, superexpressor de HER-2, basaloide e “*normal like*”. Através da imuno-histoquímica, a participante da pesquisa apresentou o oncogene HER-2 positivo, sendo este subtipo encontrado em 15 a 20% dos casos. (BARROS e LEITE, 2015) Segundo Carvalho *et. al* (2010), os estudos mostram que, em pacientes grávidas com câncer de mama, há taxa relativamente alta de positividade para o HER-2. Nestes casos, está indicado o tratamento com um anticorpo monoclonal humanizado anti-HER2, o Trastuzumab. (NAZÁRIO *et. al*, 2015) De acordo com a ESMO (Sociedade Europeia de Oncologia Médica) e as diretrizes da NCCN (National Comprehensive Cancer Network), o uso

de Trastuzumab é contraindicado durante a gestação. Apesar dos poucos casos descritos, a literatura mostra como complicações oligodrâmnio, aplasia pulmonar, rim displásico e morte pós-parto, sendo o uso do anticorpo recomendado semanas após o parto. (BASTA *et. al*, 2015).

## **CONCLUSÃO**

O câncer de mama associado à gestação é uma condição clínica com prevalência relativamente baixa, mas que vem se tornando uma realidade à medida em que as mulheres postergam a primeira gestação, além de outros fatores associados. Os dados disponíveis sobre o binômio câncer de mama e gravidez ainda são limitados, tornando esta situação clínica desafiadora para o médico assistente e a equipe multidisciplinar.

Na suspeita clínica da neoplasia durante a gravidez e a lactação, não se deve postergar o diagnóstico. A ultrassonografia mamária costuma ser o primeiro exame a ser solicitado, já que é de baixo custo, seguro na gravidez e eficaz na distinção das lesões císticas de sólidas. A mamografia, apesar da radioatividade, pode ser realizada desde que seja feita a proteção abdominal. No entanto, devido às alterações da mama gravídica, a mamografia pode apresentar resultados falso-negativos. Para o diagnóstico definitivo das lesões, a biópsia é considerada o padrão-ouro.

O tratamento na gestante deve se aproximar ao máximo do tratamento fora do período gestacional, mas deve ser considerada a idade gestacional e o correto estadiamento da doença. A cirurgia é um procedimento seguro e pode ser realizada em todos trimestres com risco mínimo para o feto. O caso relatado mostra a escolha do tratamento conservador, que, embora esteja associado com maior risco de recorrência local, é uma opção para as pacientes em estágios avançados da gravidez.

O caso relatado expõe a complexidade na abordagem da gestante com câncer de mama. Apesar das dificuldades nesse manejo, o bem estar materno e

fetal devem ser considerados. A conduta adotada para a paciente está de acordo com a literatura, apesar de existirem outras opções, tanto para o diagnóstico inicial quanto terapêutico. No caso em questão, devido à escolha do tratamento, deve ficar claro que os procedimentos de preservação da mama, quando indicados de forma incorreta, trazem prejuízo para a sobrevivência das pacientes. Portanto, nota-se a importância de um acompanhamento por profissionais especializados e em centros que forneçam apoio multiespecializado.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALQUIMIM, A.F.; LADEIA, L.S.A.; RODRIGUES, R.K.; *et al.* Diagnóstico de câncer de mama na gestação: há dificuldades adicionais? **Revista Femina**, v. 39, n. 5, p. 282-284, maio 2011. Disponível em: <<https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgZt86QgQi5hGGJQAjfeSnpA2&folderid=flinbox&attindex=3&cp=-1&attdepth=3&n=68027474>>. Acesso em: 26 de agosto de 2017.

BARROS, A.C.S.D.; LEITE, K.R.M. Classificação molecular dos carcinomas de mama: uma visão contemporânea. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 25, n. 4, p. 146-55, 2015.

BASTA, P.; BAK, A.; ROSZKOWSKI, K. Cancer treatment in pregnant women. **Contemporary Oncology**, v. 19, n. 5, p. 354-360, 2015.

BASTOS, F.A.; MONTEIRO, I.M. Câncer de mama e gestação: relato de caso. **Revista para med**, v. 26, n. 2, p. 1-5, abr.-jun., 2012. Disponível em: <<https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgZt86QgQi5hGGJQAjfeSnpA2&folderid=flinbox&attindex=4&cp=-1&attdepth=4&n=86264689>>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama**. Documento de Consenso. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 5-39.

CARDONICK, E. Pregnancy-associated breast cancer: optimal treatment options. **International Journal of Women's Health**. p. 935-943. Jun., 2014.

FERREIRA, L.R.G.; SPAUTZ, C.C. Câncer de mama associado a gestação. **Revista Femina**, v. 42, n. 4, Julho/Agosto, 2014. Disponível em: <<https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgZt86QgQi5hGGJQAjfeSnpA2&folderid=flinbox&attindex=6&cp=-1&attdepth=6&n=94381163>>. Acesso em: 23 de agosto de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER- INCA. Estimativa 2016. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

KAKOULIDIS, I.; *et al.* Pregnancy associated breast cancer (PABC): Aspects in diagnosis. **Journal Article**, v. 35, n. 3, p. 157-166. 2015.

KAYSER, E.A.; STAAT, M.B.C; FAUSETT, M.B.; SHIELDS, A.D. Pregnancy- Associated Breast Cancer. **Rev. Obstet. Gynecol.**, v. 5, n. 2, p. 94-99, 2012.

KETTLHUT, J.C.; MODENA, M.A.B. Câncer de mama e gestação. **Ver. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 10, n. 4, p.1-4, 2008.

MARTINS, M.M.; LUCARELLI, A.P. Câncer de mama e gestação. **Revista Femina**, v. 40, n. 4, p. 204-207, jul-ago., 2012. Disponível em: <<https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgZt86QgQi5hGGJQAjfeSnpA2&folderid=flinbox&attindex=5&cp=-1&attdepth=5&n=19300348>>. Acesso em 20 de agosto de 2017.

MONTEIRO, D.L.M. *et al.* Câncer de mama na gravidez e quimioterapia: revisão sistemática. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 59, n. 2, p. 174-180, abr. 2013.

MONTEIRO, D.L.M. *et al.* Câncer de mama na gravidez: diagnóstico e tratamento. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 68-71, jul.-set., 2014. Disponível em: <<https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgZt86QgQi5hGGJQAjfeSnpA2&folderid=flinbox&attindex=2&cp=-1&attdepth=2&n=128318>>. Acesso em: 28 de abril de 2016.

NAZÁRIO, A.C.P.; FACINA, G.; FILASSI, J. R. Breast câncer: news in diagnosis and treatment. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 61, n. 6, p. 543-552, 2015.

ROVERA, F. *et al.* Management of breast cancer during pregnancy. **International Journal of Surgery**. v. 11, n. 1, p. 64-68, 2013.

SANTOS, S.S. “**Câncer de mama em mulheres jovens: incidência, mortalidade e associação com os polimorfismos dos genes NQ01, CYP17 e CYP19**”. [tese] Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. 2013. Disponível em: <<https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgZt86QgQi5hGGJQAjfeSnpA2&folderid=flinbox&attindex=0&cp=-1&attdepth=0&n=51475524>>. Acesso em: 05 de maio de 2016.

TORRES, F.; PRADA, N.E. Câncer de mama durante el embarazo. **Rev. colomb. cir.**, v. 26, n. 4, p. 285-292, set-dez., 2011.

ZAGOURI, F.; *et al.* Challenges in managins breast câncer during pregnancy. **Journal of Thoracic Disease**. v. 5, p. S62-S67, jun., 2013.