



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Gabrielly Sally Magalhães de Amorim

**COEXISTÊNCIA ENTRE GRAVIDEZ E CÂNCER GINECOLÓGICO: Desafios
Diagnósticos e Terapêuticos**

GOIÂNIA

2026

Gabrielly Sally Magalhães de Amorim

**COEXISTÊNCIA ENTRE GRAVIDEZ E CÂNCER GINECOLÓGICO: Desafios
Diagnósticos e Terapêuticos**

Estudo realizado para a disciplina ENF 1111 – Trabalho de Conclusão de Curso III, como requisito parcial para finalização do curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e de Saúde, na Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Profa. Dr^a. Maria Eliane Liégio Matão

GOIÂNIA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter sido tão fiel a mim. Sempre me instruindo e reafirmando Suas promessas e planos pra mim durante toda a minha trajetória.

Agradeço meu pai Aparecido, minha mãe Geni e meu irmão Mickael e meu noivo Riquelmy por vibrarem comigo a cada pequena conquista e aprendizado. Agradeço também por todas as vezes em que sorriram comigo e choraram nos momentos de angústia. Agradeço, ainda. Agradeço ainda por terem sido minhas cobaias quando eu precisava praticar, escutarem todas as minhas apresentações antes dos trabalhos e palestras e me animaram quando eu quis desistir. Louvo a Deus pela vida de vocês.

Agradeço às minhas colegas Regina Vitória, Andrêssa e Thalía Kyara por estarem presentes desde o meu primeiro dia na universidade, compartilhando aprendizados, anseios, risos, plantões, passeios, conselhos e aconchego durante meus 5 anos aqui. A convivência restrita às dependências da universidade se tornou uma amizade e parceria que levarei para a minha vida.

Agradeço a minha professora e orientadora Maria Eliane por ter sido tão paciente e acolhedora e por se mostrar tão humana e profissional mesmo passando por momentos tão difíceis. Louvo a Deus por sua vida e por ter feito parte de um momento tão importante para mim.

Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar – Js 1:9

Declaro que ferramentas de Inteligência Artificial Generativa foram utilizadas neste trabalho nas seguintes etapas:

A ferramenta Manus AI foi utilizada como apoio à revisão textual do manuscrito, auxiliando na correção ortográfica, gramatical e de pontuação, bem como na sugestão de conectivos e ajustes de coesão e coerência textual entre frases e parágrafos.

A autora assume integral responsabilidade pelo conteúdo intelectual, científico e técnico do trabalho, em conformidade com a Portaria CNPq nº 2.664/2026.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A gestação é um período com transformações físicas, hormonais e emocionais na mulher, exigindo adaptações. O câncer na gestação é raro e complexo, exigindo manejo cuidadoso do binômio materno-fetal. Entre os cânceres ginecológicos mais comuns estão o colo do útero, corpo uterino e ovário, cada um com características, prognósticos e efeitos específicos na gravidez. O câncer cervical está associado ao HPV e rastreado pelo Papanicolau, mas o diagnóstico na gestação exige atenção especial. O câncer de corpo uterino pode ser tipo 1, de baixo grau ou tipo 2, agressivo e hormonalmente dependente, ambos exigindo acompanhamento atento. O câncer de ovário apresenta alta mortalidade por diagnóstico tardio e requer estadiamento cirúrgico, podendo envolver laparotomia ou laparoscopia adaptada à gestante. Os tratamentos incluem terapia após o primeiro trimestre, cirurgia e suspensão da amamentação, considerando a segurança materno-fetal. As implicações incluem aborto, malformações, restrição de crescimento, parto prematuro e risco materno, exigindo avaliação individualizada. O manejo do câncer na gestação requer decisões equilibradas, considerando tratamento eficaz, proteção fetal e qualidade de vida materna. **OBJETIVO:** Descrever os desfechos materno-fetal da coexistência entre câncer ginecológico e gravidez. **ASPECTOS METODOLÓGICOS:** Trata-se de um estudo do tipo revisão descritiva da literatura, utilizando como fontes de dados as bases de dados da PubMed, BVS, SciELO, BDEnf e WoS Web of Science. Incluídos artigos completos publicados entre os anos 2015 e 2025, nos idiomas português e inglês, artigos não pagos na íntegra. A análise dos dados foi descritiva. **RESULTADOS:** Os estudos localizados abordaram as temáticas rastreamento, diagnóstico e detecção precoce do câncer ginecológico, assim como sua abordagem geral, manejo clínico e perfil epidemiológico, seus impactos na qualidade de vida materna e como os aspectos psicossociais corroboram em sua assistência multiprofissional, tendo em fim a abordagem de seus desfechos obstétricos e neonatais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No geral, os estudos demonstram que a condução da gestação associada ao câncer ginecológico envolve elevada complexidade clínica, especialmente na necessidade de equilibrar o prognóstico materno e os desfechos fetais. Embora a manutenção da gestação seja possível em muitos casos, a abreviação do parto ou postergação terapêutica relaciona-se ao aumento da prematuridade e às intervenções obstétricas e neonatais, ainda que muitos recém-nascidos apresentem condições favoráveis ao nascimento quando há planejamento adequado da assistência. Além disso, a sobreposição entre manifestações da gestação e sinais das neoplasias dificulta a suspeita diagnóstica precoce, favorecendo atrasos na identificação da doença e no início do tratamento. Nesse contexto, a condução clínica dessas gestantes depende do estadiamento tumoral, da idade gestacional e da atuação multiprofissional, visando minimizar riscos maternos e neonatais.

Palavras-chave: Gravidez, Câncer na gestação, Tratamento oncológico, Saúde materno-fetal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pregnancy is a period involving physical, hormonal, and emotional changes in women, requiring adaptations. Cancer during pregnancy is rare and complex, demanding careful management of the maternal-fetal dyad. Among the most common gynecological cancers are cervical, uterine corpus, and ovarian cancer, each with specific characteristics, prognoses, and effects on pregnancy. Cervical cancer is associated with HPV and screened through Pap smears, but diagnosis during pregnancy requires special attention. Uterine corpus cancer can be type 1, low-grade, or type 2, aggressive and hormone-dependent, both requiring careful monitoring. Ovarian cancer has high mortality due to late diagnosis and requires surgical staging, which may involve laparotomy or laparoscopy adapted for pregnant women. Treatments include therapy after the first trimester, surgery, and cessation of breastfeeding, considering maternal-fetal safety. Implications include miscarriage, malformations, growth restriction, preterm birth, and maternal risk, requiring individualized assessment. Managing cancer during pregnancy requires balanced decisions, considering effective treatment, fetal protection, and maternal quality of life. **OBJECTIVE:** To describe the maternal-fetal outcomes of the coexistence of gynecological cancer and pregnancy. **METHODOLOGICAL ASPECTS:** This is a descriptive literature review study, using PubMed, BVS, SciELO, BDENf, and WoS Web of Science databases as data sources. Included were full articles published between 2015 and 2025, in Portuguese and English, available free of charge in full text. Data analysis was descriptive. **RESULTS:** The studies found addressed topics such as screening, diagnosis, and early detection of gynecological cancer, as well as its general approach, clinical management, and epidemiological profile, its impacts on maternal quality of life, and how psychosocial aspects contribute to its multidisciplinary care, ultimately addressing its obstetric and neonatal outcomes. **FINAL CONSIDERATIONS:** Overall, studies show that managing pregnancy associated with gynecological cancer involves high clinical complexity, especially regarding the need to balance maternal prognosis and fetal outcomes. Although maintaining the pregnancy is possible in many cases, early delivery or therapeutic postponement is associated with increased prematurity and obstetric and neonatal interventions, even though many newborns present favorable conditions at birth when adequate care planning is provided. In addition, the overlap between pregnancy manifestations and neoplasm signs hinders early diagnostic suspicion, favoring delays in disease identification and treatment initiation. In this context, the clinical management of these pregnant women depends on tumor staging, gestational age, and multidisciplinary action, aiming to minimize maternal and neonatal risks.

Keywords: Pregnancy, Cancer in pregnancy, Oncologic treatment, Maternal-fetal health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASC-H	Células escamosas atípicas
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
CCU	Câncer do colo do útero
CE	Câncer de endométrio e câncer de corpo de útero
CO	Câncer de ovário
DECS	Descritores de Ciência da Saúde
DNA	Ácido desoxirribonucleico
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HPV	Papilomavírus Humano
IGF-1	Fator de Crescimento Semelhante à Insulina
IG	Idade Gestacional
LE	Laparoscopia exploratória
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
TC	Tomografia computadorizada
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
CEM	Centro de Especialidades Médicas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CMG	Câncer de mama gestacional

SUMÁRIO

RESUMO	6
<i>ABSTRACT</i>	7
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO	9
1 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Geral	18
2.2 Específicos	18
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	19
4 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

INTRODUÇÃO

Os cânceres ginecológicos são uma das principais razões de óbito de mulheres em idade reprodutiva que é mais intensa entre 15 e 49 anos e afeta cerca de 0,05% a 0,1% das gestações. O aumento das gestações em mulheres mais maduras está correlacionado com a ascensão dessa condição. Os tipos mais frequentes de câncer durante a gestação incluem os ginecológicos, de mama, tireoide e hematológicos (Carvalho *et al*, 2022). Esta pesquisa é fundamental para propor conhecimento aprofundado para discentes da área da saúde, sendo uma das justificativas para o presente estudo pela necessidade em aprofundamento a compreensão sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento e o manejo dos cânceres ginecológicos durante a gestação, visando subsidiar a saúde pública com informações relevantes e colaborar para a educação em saúde tanto aos profissionais quanto aos discentes.

A elucidação desses fatores pode contribuir para aprimorar o diagnóstico precoce, otimizar as abordagens terapêuticas, conseqüentemente, melhorar o prognóstico materno-fetal. A motivação para o desenvolvimento do presente estudo surgiu a partir da percepção da complexidade do cuidado às gestantes com gravidez de alto risco, por ocasião da vivência acadêmica em estágio na área da saúde da mulher. Outro fator motivacional, foi a escassez de produções científicas que abordem de forma integrada os desfechos materno-fetais em casos da detecção de câncer ginecológico durante a gestação.

Diante disso, surgiu o seguinte questionamento: Quais os desfechos materno-fetal da coexistência entre câncer ginecológico e gravidez?

1 REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação representa um dos períodos mais significativos na vida da maioria das mulheres e a maternidade se inicia antes mesmo da concepção, resultante de processos transculturais e da própria trajetória de desenvolvimento individual, abrangendo a infância, adolescência e o anseio pela maternidade, culminando na gestação. A gravidez se constitui por um período esperado de 280 dias que equivale a 9 meses durante o qual a mulher experimentará um processo de transformações fisiológicas, físicas e psicológicas, gerando a necessidade de reestruturações na vida da mulher e de seu cônjuge. Devido a todas as mudanças e vivências psíquicas da mulher, a experiência de gestar pode resultar em uma acentuada sensibilidade, podendo desencadear crises emocionais, ou alternativamente, desenvolver sua adaptação e resolução de conflitos internos e externos (Alves; Bezerra, 2020).

Embora o período gestacional e de seu acompanhamento individual no pré-natal é desafiador para a mulher, esse desafio estende-se também o sistema público e privado de saúde, visto que, o binômio requer uma série de cuidados e iniciativas diferenciais e especiais (Oliveira *et al.*, 2019). O pré-natal é um conjunto de serviços e cuidados ofertados à gestante com o objetivo de promover uma evolução segura, prevenir, identificar e tratar a mãe e o feto, abrangendo não somente o físico, mas também o bem-estar emocional.

De acordo com a OMS e suas diretrizes, a mulher deve iniciar seu pré-natal durante as primeiras 12 semanas de gestação, seguido de acompanhamentos subsequentes nas 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semanas. É recomendado que as gestantes façam o uso de uma suplementação diária de ácido fólico e ferro com o objetivo de prevenir anemia gestacional, sepse puerperal, baixo peso do bebê e nascimento prematuro. O objetivo da organização e estratificação do risco obstétrico é identificar quais mulheres possuem maior probabilidade de apresentar eventos adversos, assim, evitando intervenções desnecessárias permitindo se concentrar nos recursos mais necessários, melhorando assim os resultados em saúde e reduzindo seus custos (Brasil, 2022b).

A estratificação entre a divisão do pré-natal de baixo risco e o pré-natal de alto risco deve ser iniciada na primeira consulta do pré-natal e mantida de forma dinâmica e contínua com revisões a cada consulta realizada, as gestantes que se apresentam no pré-natal de alto risco necessitam de cuidados com uma equipe especializada e multiprofissional que deve ser composta por obstetras, especialistas da medicina materno-fetal, entre outras especialidades médicas e não médicas, se necessário, e disponibilidade de unidades com instalações neonatais, apesar disso, o cuidado realizado na atenção primária de saúde (APS) de forma contínua.

Para a definição de gestação de alto risco é necessária uma lista de critérios de definição que apresentam muita divergência na literatura especializada, características individuais, condições socioeconômicas, história reprodutiva prévia, condições clínicas preexistentes à gestação (como idade, índice de massa muscular, transtornos alimentares) contudo, tais características não são estáticas (Brasil, 2022b).

Nesse contexto de vigilância contínua e dinâmica da gestante durante o pré-natal, a identificação e o manejo de condições patológicas de alta complexidade. Dentre essas, o câncer se destaca como uma enfermidade que, quando coexistente com a gravidez, impõe desafios significativos ao cuidado do binômio materno-fetal. Câncer (ou tumor maligno) é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células (Inca, 2020). Seu surgimento ocorre a partir de uma mutação genética no DNA, esta alteração pode ocorrer em genes especiais, conhecidos como proto-oncogenes que naturalmente são inativadas, se ativadas são chamadas de oncogenes.

As oncogenes transformam células normais em células cancerígenas (Brasil, 2022a). Estas células se agrupam formando os tumores, sendo que, de acordo com sua origem são subdivididos em sarcomas e carcinomas. Os carcinomas têm início nos tecidos epiteliais e mucosas como músculos, gorduras, vasos e ossos, os sarcomas têm início em tecidos como osso, músculo ou cartilagem. O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo, porém, alguns órgãos são mais susceptíveis. Cada órgão pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor (Brasil, 2025a).

Quando se fala em cânceres ginecológicos é necessário levar em consideração a anatomia da pelve feminina. Os ovários são órgãos pares localizados lateralmente ao útero, com dimensões aproximadas de 2,5 a 5 cm de comprimento, 1 a 1,5 cm de espessura e 1,5 a 3 cm de largura, frequentemente comparados a uma amêndoa. Sua vascularização ocorre pelo infundíbulo pélvico, e seu revestimento é composto por epitélio cúbico simples e túnica albugínea. Estruturalmente, apresentam uma região medular interna, responsável pela nutrição e atividade endócrina, e uma região cortical periférica, onde ocorre a foliculogênese e a produção dos gametas femininos (Zugaib, 2023).

As tubas uterinas, também denominadas tubas de Falópio, conectam-se à cavidade abdominal por meio do óstio externo, sendo responsáveis pela captação do óvulo, e ao útero pelo óstio uterino. Dividem-se em quatro porções: infundibular e ampular, onde se localizam as fimbrias, além das porções ístmica e intersticial. Com cerca de 10 a 12 cm de comprimento, possuem parede composta por mucosa com epitélio colunar simples ciliado e secretor, camada

muscular lisa com disposição helicoidal responsável pelo transporte do óvulo e do zigoto, e serosa externa com função protetora (Zugaib, 2023).

O útero localiza-se entre a bexiga e o reto, apresentando dimensões médias de 7 cm de comprimento, 5 cm de altura e 2,5 cm no sentido anteroposterior no estado não gravídico. É constituído por três camadas principais, sendo o miométrio formado por músculo liso organizado em três estratos, essencial para a gestação e o parto (MS, 2006). O endométrio sofre variações cíclicas ao longo do ciclo ovulatório, que dura entre 21 e 35 dias, sendo dividido em camada basal, responsável pela regeneração tecidual, e camada funcional, rica em glândulas, vasos e estroma, renovada a cada ciclo (Zugaib, 2023). Anatomicamente, o útero divide-se em fundo, corpo e istmo, conectando-se ao colo uterino, cuja junção escamocolumnar apresenta epitélio colunar simples com possibilidade de metaplasia para epitélio escamoso estratificado não queratinizado.

Após a compreensão dos aspectos gerais do câncer e da anatomia pélvica feminina, torna-se relevante abordar os tipos de cânceres mais prevalentes e suas particularidades quando coexistentes com a gravidez. O Câncer de Colo de Útero (CCU), também conhecido como câncer cervical, é uma neoplasia que se desenvolve a partir de alterações celulares, frequentemente induzidas pela exposição a diferentes subtipos de alto risco do Papilomavírus Humano (HPV), os quais estão relacionados a tumores malignos (Inca, 2020).

Embora os cânceres de colo de útero, endométrio e ovário sejam intrinsecamente ginecológicos, é imperativo incluir o câncer de mama, visto que, sua alta prevalência entre as mulheres e sua classificação como ginecológica em muitos contextos clínicos, contudo, o envelhecimento é o principal fator de risco. Outros fatores ligados à vida reprodutiva da mulher, aos comportamentos e à genética ou à hereditariedade, bem como o consumo regular de bebida alcoólica e o excesso de gordura corporal, aumentam o risco de desenvolver a doença. A ocorrência do câncer de mama durante a gravidez, ou no período pós-parto, representa um cenário desafiador, exigindo uma abordagem multidisciplinar que considere tanto a saúde materna quanto a fetal. Por outro lado, a amamentação reduz o risco de desenvolvimento desse tipo de câncer (Inca, 2020).

O diagnóstico precoce do CCU é possível através do exame preventivo colpocitológico, popularmente conhecido como Papanicolau, cuja importância se estende também ao período gestacional (Brasil, 2013). No entanto, a interpretação dos achados citológicos e a realização de procedimentos diagnósticos invasivos, como a biópsia, podem apresentar desafios

específicos durante a gravidez, exigindo uma abordagem cuidadosa e multidisciplinar para evitar riscos maternos e fetais (Brasil, 2013; Bergman, 2013; Inca, 2016).

O câncer de colo de útero tem como principais sintomas o sangramento pós coito, colo de útero friável, tumoração, necrose, verrugas entre outras alterações. Células atípicas de significado indeterminado identificadas no tecido escamoso não afastam a possibilidade de lesão de alto grau com a presença de células escamosas atípicas (ASC-H), células atípicas identificadas no tecido glandular possivelmente não são neoplásicas, porém, também não se pode afastar possível lesão de alto grau. Quando localizadas atípicas em células escamosas como lesões intraepiteliais de alto grau que compreende como lesões cervicais de grau II e III, não podendo ser descartadas a possibilidade de uma microinvasão (Inca, 2016).

Desta forma, a junção da citologia oncológica, o interesse pelo tema surgiu a partir da vivência acadêmica a colposcopia e histologia dos tecidos formam a base do rastreio de lesões pré-cancerígenas e cancerígenas do trato genital feminino. A recomendação do Inca é a mesma para não gestantes e gestantes em caso de Ascus positivo, ou seja, Células escamosas atípicas de significado indeterminado, o exame preventivo deve ser repetido após 6 meses em mulheres com mais de 30 anos e a cada 12 meses em mulheres com até 30 anos de idade (Inca, 2024).

Além do CCU, outra neoplasia ginecológica de relevância, principalmente se tratando de alterações hormonais é o CE que se origina no endométrio e é também chamado de câncer de corpo de útero. Sua subdivisão é realizada através da histopatologia sendo dividido em tipo 1, identificado em cerca de 85% dos cânceres endometrioides de grau baixo e o tipo 2 de grau alto, de origem hormonal, incluem também tumores serosos, de células claras, carcinosarcomas e de histologia mista (Kaak *et al.*, 2005; Zhang *et al.*, 2013; Mungenast; Thalhammer, 2014).

O câncer de corpo de útero tipo 2 tem o prognóstico pior. O câncer de corpo de útero tipo 1 tem maior taxa de letalidade (Rodriguez *et al.*, 2019). Este tipo de câncer se origina no revestimento intra uterino e precisa de atenção específica quando se trata de uma paciente gestantes, a administração de fármacos oncológicos após o primeiro trimestre de gestação é considerada segura para o desfecho da gravidez. A prioridade é a minimização dos riscos fetais, razão pela qual a recomendação se restringe ao segundo e terceiro trimestres gestacionais. No primeiro trimestre, existe o risco elevado de aborto espontâneo ou de danos irreversíveis, como malformações, devido à ação teratogênica dos quimioterápicos (Costa; Souza, 2018). Adicionalmente, existem riscos associados ao parto e à amamentação.

Torna-se, portanto, imperativa a avaliação da necessidade de suspensão da quimioterapia entre a terceira e quarta semana que antecede o parto, bem como durante o período de amamentação, visto que a droga pode ser transmitida ao lactente através do leite materno. Contudo, em determinadas situações, a amamentação é suspensa para que um tratamento seguro e em tempo hábil possa ser instituído para a mãe (Costa; Souza, 2018). A principal preocupação reside na saúde da gestante e, subsequentemente, no bem-estar do feto. Essa ponderação de custo-benefício pode, por vezes, conduzir à decisão de interromper a gestação para iniciar o tratamento oncológico (Cormick, 2016).

A quimioterapia neoadjuvante constitui outra opção terapêutica, administrada após 24 semanas de gestação até que a viabilidade fetal seja alcançada. Este regime é frequentemente seguido por uma cesariana e tratamento cirúrgico, que, na maioria dos casos, envolve uma histerectomia total. Entretanto, a postergação do tratamento definitivo é indicada para gestantes que se encontram no final do terceiro trimestre de gestação (Silva *et al*, 2015). Diante desse cenário, emergem dois grandes dilemas: a priorização do tratamento materno pode comprometer a vida fetal, enquanto a preservação da vida do feto pode ameaçar a vida da mulher. A condição clínica da paciente, o estadiamento da doença e o estágio gestacional são fatores que suscitam discussões complexas sobre o custo-benefício de priorizar a preservação da vida da mulher ou de seu filho (Costa; Souza, 2018).

O excesso de gordura corporal tem sido associado ao surgimento do câncer de corpo de útero, pois promove aumento nos níveis de estrogênio biodisponíveis. O estado crônico de inflamação ao qual o organismo é submetido devido o excesso de gordura corporal também tem sido relacionado ao desenvolvimento do câncer endometrial (Brasil, 2025b).

Quando o estrogênio não é compensado pela progesterona, aumenta a atividade mitótica do tecido endometrial, esta atividade está ligada ao ciclo menstrual e ao processo ovulatório, sendo assim, promove a carcinogênese. Níveis elevados de insulina associados ao excesso de gordura corporal aumentam o crescimento do tumor endometrial, seja pela ligação à insulina ou aos receptores do Fator de Crescimento Semelhante à Insulina-1(IGF-1). O hormônio IGF-1 atua estimulando o crescimento celular, a síntese de proteínas e a divisão celular, é essencial para o crescimento ósseo e muscular. A inibição da síntese da globulina de ligação a hormônios sexuais, aumentam a biodisponibilidade do estrogênio (Brasil, 2025b).

Enquanto o CE se manifesta no corpo uterino, a complexidade dos cânceres ginecológicos se estende para os ovários, onde o câncer de ovário (CO) se destaca por ser o mais fatal dos cânceres ginecológicos em todo o mundo, visto que, ainda há a ausência de

métodos de rastreamento, por isso geralmente tem seu diagnóstico em estágio tardio (Mungenast; Thalhammer, 2014; Stewart; Raylea; Lockwood, 2019). O local primário deve ser designado sempre que possível, isso inclui além do ovário, a trompa de falópio e o peritônio, quando se encontra impossibilitado de identificar o local de surgimento do CO, é abordado como não designado (Berek *et al.*, 2021).

Esse sistema de estadiamento é frequentemente revisado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) que se baseou principalmente através de laparotomias exploratórias (LE). Embora a tomografia computadorizada (TC) seja capaz de mostrar alterações intra-abdominal da doença, o câncer de ovário, trompas de falópio e peritoneal deve ser estadeado através da LE. A LE no estadiamento do CO é importante para determinar com precisão sua histologia, citologia, estágio e prognóstico da doença, sendo que, deve haver uma confirmação citológica ou histológica antes de iniciar o tratamento quimioterápico (Chandra *et al.*, 2019; Moufarrij *et al.*, 2019; Micek *et al.*, 2020; Berek *et al.*, 2021).

A laparotomia constitui uma abordagem cirúrgica aberta, caracterizada por uma incisão de maior porte, ao passo que a laparoscopia representa uma técnica minimamente invasiva, que emprega pequenas incisões e uma câmera para a visualização da cavidade abdominal. Apesar de sua incidência ser rara, variando entre 1 a 2 casos para cada 1.000 gestações, a laparoscopia oferece diversas vantagens para a paciente, tais como menor dor pós-operatória, redução do tempo de internação, diminuição de riscos e uma recuperação mais célere, com melhor resultado estético.

Adicionalmente, a técnica apresenta menor risco de infecção e de complicações, a taxas de complicações, um estudo descobriu que a laparoscopia durante a gravidez foi associada a um aumento na taxa de cesariana (32,3%) em comparação com mulheres em intervenção cirúrgica (24,6%) (Solomon *et al.*, 2020). Embora possa apresentar desafios específicos, a laparoscopia é considerada uma alternativa segura em comparação com a cirurgia aberta (Cox *et al.*, 2016).

No contexto da gestação, a realização de uma laparoscopia exige a análise de particularidades, como o risco de lesão uterina e o potencial sofrimento fetal decorrente da alteração da pressão intra-abdominal. Idealmente, cirurgias eletivas devem ser agendadas para o período pós-parto e puerpério, que varia de 45 a 60 dias, podendo estender-se até 6 meses. Contudo, quando indispensáveis, é recomendado que sejam realizadas no segundo trimestre de gestação, a fim de minimizar o risco de aborto e parto prematuro. Cirurgias de emergência, por sua vez, não são postergadas, independentemente do período gestacional (Mota, 2024).

A anestesia em gestantes requer uma avaliação criteriosa para mitigar os riscos materno-fetais. O anestesiológista deve considerar os impactos do processo patológico, prevenir contrações uterinas indesejadas e assegurar uma perfusão uteroplacentária adequada. A anestesia geral pode ocasionar maior dessaturação, uma vez que gestantes apresentam uma redução de aproximadamente 20% na capacidade funcional respiratória ao longo da evolução gestacional. Dessa forma, a pré-oxigenação antes da indução anestésica e o posicionamento em decúbito lateral esquerdo são medidas indicadas para minimizar a pressão do útero sobre a veia cava inferior (Talbot; MacLennan, 2016).

O 2,6-diisopropilfenol é uma das opções medicamentosas mais empregadas; contudo, pode induzir hipotensão, vasodilatação periférica e depressão miocárdica. Tais efeitos podem ser atenuados com hidratação prévia da paciente e administração mais lenta do pré-anestésico. Bloqueadores neuromusculares são frequentemente utilizados para promover o relaxamento do músculo esquelético, sem, contudo, induzir fraqueza muscular esquelética ou paralisia no recém-nascido (Shin, 2021).

Quando se fala do surgimento de cânceres ginecológicos antes e depois da idade reprodutiva, estudos sugerem a relação direta entre o efeito dos altos níveis de estradiol e o surgimento do câncer (Kaaks *et al*, 2005; Chave *et al*, 2013). Apesar da associação do estrogênio ao surgimento dos cânceres ginecológicos, há uma dificuldade ao estudar fatores de risco como por exemplo, os níveis de estrogênio no câncer de mama, ovário e endométrio.

São usadas como variantes instrumentais as variantes genéticas de herança germinativa que devem ocupar três lacunas fundamentais para serem aceitas, sendo a primeira variante a associação entre a exposição ao hormônio, a segunda variante a ausência de fatores em potencial na relação exposição-desfecho e como terceira e última variante não estar associado diretamente ao resultado do câncer (Didelez; Sheehan, 2007; Thompson *et al*, 2007; Larson *et al*, 2022).

Estudos recentes comprovaram a relação entre os níveis de estradiol elevados no aumento do risco de câncer endometrial. Seu efeito no câncer de mama com teste positivo para receptor de estradiol, assim como a sugestiva relação com o surgimento do câncer de ovário de subtipo endometriode, reforça ainda mais os efeitos carcinogênicos nestes tecidos (Zhu *et al*, 2016; Johansson, 2022).

De acordo com o Inca (2016) os estudos mais recentes reportam a mesma base de dados, sua estimativa é de que a cada ano surjam cerca de 16 mil novos casos de câncer de colo de

útero, sendo que, em não gestantes sua porcentagem é de 1,2% e em mulheres gestantes com 1%. Seu diagnóstico é dificultoso devido seus sinais clínicos serem confundidos com as mudanças físicas da mulher, com diagnóstico atrasado e tratamento limitado, o impacto acomete diretamente a sobrevida em todo o mundo, estudos mostram que o mau prognóstico não está diretamente ligado a alteração e aumento na produção hormonal, mas sim no tardio estadiamento do câncer (Johanson, 2011; Dotters-Katz *et al*, 2014; Andersson *et al*, 2015;).

Em síntese, quando há uma elevação exacerbada na produção de estrogênio e ele não é adequadamente compensado pela progesterona, ocorre um estímulo do tecido endometrial, intrinsecamente ligado ao ciclo menstrual e ovulatório, que pode culminar na carcinogênese. Além disso, níveis elevados de insulina, frequentemente associados ao excesso de gordura corporal, potencializam o crescimento do tumor endometrial. O diagnóstico precoce emerge como um pilar fundamental na gestão e prognóstico dos cânceres ginecológicos, conforme evidenciado no texto. A compreensão aprofundada desses aspectos constitui a base conceitual para a análise dos dados e a interpretação dos achados (Brasil, 2013; Inca, 2020; Brasil, 2025b).

As implicações do tratamento oncológico na gravidez são profundas e exigem uma ponderação constante entre a saúde materna e o bem-estar fetal. Para a mulher, o tratamento pode significar tanto a chance de cura quanto a exposição aos riscos de intervenções quimioterápicas ou cirúrgicas, além de um impacto emocional e psicológico significativo. Para o feto, as implicações são diretamente dependentes da idade gestacional (IG), podendo acarretar aborto espontâneo, malformações congênitas, danos irreversíveis, restrição de crescimento intrauterino, parto prematuro e baixo peso ao nascer. O local e o estadiamento do câncer influenciam diretamente a urgência e o tipo de intervenção, sendo que, em alguns casos, é possível a postergação do tratamento definitivo para o período pós-parto, embora também exista o dilema da interrupção da gestação.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever os desfechos obstétricos e neonatais da coexistência entre gravidez e câncer ginecológico.

2.2 Específicos

- Investigar os principais sintomas de câncer ginecológico.
- Analisar a repercussão do câncer ginecológico na qualidade de vida da gestante.
- Principais desfechos obstétricos associados a gestação e o câncer ginecológico.
- Principais desfechos neonatais associados a gestação e o câncer ginecológico.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo descritivo do tipo revisão narrativa de literatura com abordagem qualitativa.

3.1 Estratégia de Busca:

Foi baseada em dados secundários, localizados em artigos científicos, nas bases de dados eletrônicas PubMed e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde), nesta especificamente, Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e BDEnf (Base de Dados em Enfermagem).

Para desenvolver a pesquisa, estabeleceu-se como estratégia de busca a utilização de descritores presentes no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), relacionados ao tema proposto, quais sejam Câncer, gravidez, gestação, gestacional, desfecho, câncer ginecológico. Para aperfeiçoar a busca foi utilizado o operador booleano AND.

3.2 Critérios de Inclusão:

Foram incluídos artigos disponíveis, na íntegra e gratuitos, nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2015 a 2025.

3.3 Critérios de Exclusão:

Foram excluídos trabalhos com classificação metodológica de revisão, independente da modalidade.

3.4 Coleta de Dados:

Elaborado formulário para o registro das informações extraídas de cada estudo, a saber, ano de publicação, título, objetivo, método, discussão e conclusão. A avaliação da qualidade serviu para eliminar possíveis vieses interpretativos e uniformidade na extração de dados dos artigos assegurando maior confiabilidade da revisão.

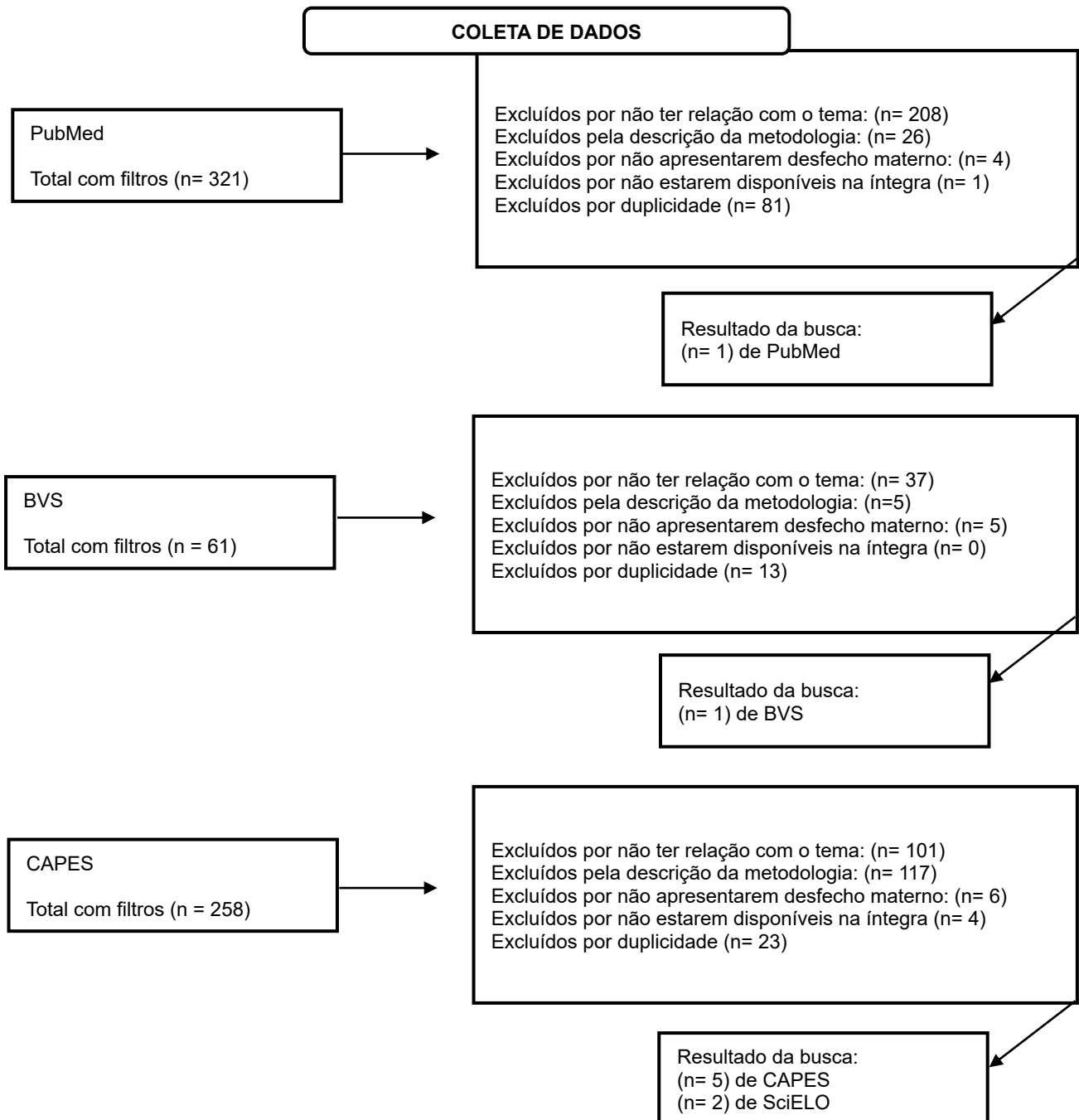
3.5 Análise:

Inicialmente, foi realizada a leitura completa e repetida de cada texto, com vistas a uma melhor compreensão dos dados e abordagem dos autores, para em seguida proceder ao registro da análise narrativa do material obtido.

4 RESULTADOS

O fluxograma (Figura 1) apresenta, de forma detalhada, as etapas do processo de seleção de identificação, seleção e inclusão dos estudos que compuseram esta revisão integrativa.

Figura 1 – Fluxograma representativo do processo de busca dos artigos relacionados.



Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

As principais informações dos 09 artigos selecionados para integrar esta revisão de literatura estão organizadas de forma sintetizada no Quadro 1.

Quadro 1: Caracterização dos artigos selecionados, segundo ano, bases de dados, título, objetivo, método, resultados e conclusão. Goiânia. 2026.

Ano e Base de dados	Título	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
SCIELO 2015	A1 Influência de variáveis clínicas na capacidade funcional de mulheres submetidas à quimioterapia.	Avaliar como o protocolo de quimioterapia e o tipo de tumor influenciam a capacidade funcional de mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional durante a quimioterapia.	Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo com abordagem quantitativa e delineamento longitudinal. O estudo incluiu 438 mulheres submetidas à quimioterapia em um no Centro de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CQT/HC/UFTM), realizado de janeiro de 2000 a dezembro de 2012. A capacidade funcional, avaliada por meio da escala de Karnofsky, refere-se ao grau de independência da paciente para realização de atividades diárias, como: maior impacto da quimioterapia, pior qualidade de vida e maior limitação física. Sendo um importante indicador do impacto da quimioterapia na qualidade de vida.	O tipo de tumor mais prevalente foi o câncer de mama, com um total de 224 (51,1%) casos da doença, seguido por 194 (44,3%) casos de câncer ginecológico e 20 casos de doença trofoblástica gestacional (DTG) (4,57%). A capacidade funcional da população estudada apresentou um escore médio de 70,00 no índice de Karnofsky. Notou-se maior impacto pontual no declínio da capacidade funcional das pacientes com câncer ginecológico e nas mulheres que utilizaram protocolos baseados em quimioterápicos taxanos.	É fundamental estabelecer medidas que visem garantir a prevenção dos efeitos colaterais causados pela quimioterapia, proporcionando atendimento abrangente e eficaz aos pacientes oncológicos.
CAPES 2018	A2 Caracterização Das Gestantes De Alto Risco Atendidas	Descrever as características de um grupo especial de gestantes atendidas correlacionando	Trata-se de um estudo prospectivo, exploratório de abordagem qualitativa,	O estudo incluiu 23 gestantes, a maioria com 18–40 anos, brancas (60,8%) e casadas (78,2%). A maioria estava na	Percebe-se que o enfermeiro tem papel fundamental no acompanhamento pré-natal dessas

Continua

Ano e Base de dados	Título	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
CAPES 2018	Em Um Centro De Atendimento À Mulher E O Papel Do Enfermeiro Nesse Período	os dados colhidos com informações de gestantes de alto risco atendidas, bem como discutir o papel do profissional de enfermagem nesse tipo de assistência.	realizada no Ceam, inserido no Centro de Especialidades Médicas (CEM) de Campo Grande, referência no atendimento a gestantes de alto risco da capital, no período de abril a maio de 2015.	segunda metade da gestação, com ensino médio (60,4%) e donas de casa (52,1%). Entre os achados de saúde, 30,4% tinham diabetes, 39,1% hipertensão, 8,6% IST, e 65–78% apresentavam fatores de risco gestacional ou materno-fetal. 30,4% já haviam sofrido aborto, 69,5% usavam suplementação de ácido fólico/ferro, 39,1% fumavam e 30,4% consumiam álcool durante a gestação.	mulheres, principalmente no que diz respeito a tratamento das doenças existentes ou pré-existentes, prevenção de agravos, manutenção do estado de saúde positivo tanto da mãe quanto do feto, transmissão de conhecimentos aos envolvidos no processo gestacional e prestação de serviços bem qualificados do pré-natal ao período puerperal das gestantes.
CAPES 2019	A3 Caso raro de carcinoma espinocelular sarcomatoid e surgindo em um teratoma maduro de ovário.	Conhecer as interferências do câncer no processo gestacional e seu desfecho, identificar as neoplasias mais frequentemente diagnosticadas em mulheres no período reprodutivo.	Trata-se de um estudo observacional descritivo do tipo relato de caso. Foram coletadas, informações dos prontuários de mulheres que vivenciaram o câncer, durante a gestação, no período de 2011 a 2018,	Mastocitomas ovarianos são comuns em mulheres jovens, sua malignização em carcinoma de células escamosas é rara. O diagnóstico é histopatológico, e o tratamento cirúrgico é padrão, podendo ser conservador em casos iniciais. O prognóstico depende do estágio; no caso relatado, a paciente permaneceu saudável 3 anos após cirurgia.	Existe um debate em curso sobre as melhores práticas de gestão para esta doença, e os benefícios do diagnóstico e intervenção precoces não podem ser mais enfatizados para um melhor prognóstico.
CAPES 2021	A4 Câncer durante a gravidez: análise dos casos com ênfase nos resultados obstétricos e neonatais	Conhecer as interferências do câncer no processo gestacional e seu desfecho, identificar as neoplasias mais frequentemente diagnosticadas em mulheres no período reprodutivo.	Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal e retrospectivo, o qual foi desenvolvido, utilizando-se dados secundários extraídos de prontuários de gestantes atendidas no pré-natal de alto risco de um hospital de referência, no interior do Estado de São Paulo.	Os cânceres mais prevalentes, durante a gestação foram: mama, colo do útero, leucemia e linfoma, 64,29% das grávidas estavam no segundo trimestre. A faixa etária foi de 27 a 44 anos, 80% receberam quimioterapia, 73,68% apresentaram complicações na gestação/puerpério, 42,11% das mulheres foram a óbito.	A pesquisa apresenta limitações, decorrentes do pequeno número de casos obtidos, pela dificuldade de identificar tais casos e a exclusão de prontuários com falta de informações. Objetiva-se com isso, auxiliar futuros trabalhos sobre o assunto em questão,

Continua

Ano e Base de dados	Título	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
CAPES 2021				Observaram-se 70,59% recém-nascidos pré-termo,	bem como, contribuir com a lacuna empírico-
CAPES 2021				56,25% baixo peso, ocorrência de dois abortos espontâneos e um natimorto.	Teórica sobre as repercussões para o binômio mãe-filho, resultantes da associação do câncer na gestação.
CAPES 2021	A5 Conhecimento, Atitude e Prática dos Enfermeiros sobre Rastreamento do Câncer de Mama no Período Gestacional	Identificar o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o rastreamento do câncer de mama no período gestacional; identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o rastreamento do CAM no período gestacional; identificar a atitude dos enfermeiros frente ao rastreamento no período gestacional e verificar a prática na realização do Exame Clínico das Mamas durante o pré-natal.	Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, cuja investigação ocorreu em outubro de 2017, utilizando-se o inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática). A utilização do inquérito CAP facilita entender a compreensão que os profissionais de saúde têm a respeito de um determinado tema.	O estudo incluiu 18 enfermeiras, das quais 94,4% possuíam pós-graduação e 44,4% tinham mais de cinco anos de atuação na atenção primária. Metade (50%) apresentou conhecimento adequado sobre fatores de risco do câncer de mama. A maioria reconheceu corretamente os métodos de rastreamento (77,7%), a faixa etária indicada para mamografia (94,4%) e o período adequado para o exame clínico das mamas (77,7%). Quanto à prática, 72,2% realizam ações de detecção no pré-natal, porém 38,8% fazem o exame clínico apenas quando há queixa e 16,6% nunca o realizam.	O controle e a prevenção do câncer é um desafio científico e de saúde pública. As grandes campanhas e estratégias de rastreamento da neoplasia mamária não priorizam as mulheres em idade fértil, o que pode acarretar um atraso no diagnóstico e tornar o prognóstico ainda pior nesses casos. O pré-natal configura excelente oportunidade para a identificação dos fatores de risco, bem como para o rastreamento do câncer de mama através da realização do ECM e de estratégias de conscientização e educação para a saúde acerca do tema.
CAPES 2021	A6 Gestantes com câncer de mama em tratamento quimioterápico com doxorubicina, ciclofosfamide e docetaxel em hospital oncológico de referência:	Contribuir com a lacuna empírica teórica sobre as repercussões para o binômio mãe-filho, resultantes da associação do câncer na gestação.	Trata-se de um relato de dois casos, quantitativo e descritivo. Os dados foram coletados de prontuários clínicos, foram realizadas entrevistas para complementar as informações.	As pacientes apresentaram diagnóstico em estágios III, com predomínio de carcinoma ductal invasivo e receptores hormonais negativos, um perfil mais agressivo. Em relação aos neonatos, não foram observadas complicações no parto ou após o nascimento. O	Os resultados apresentados nesse estudo demonstram a importância do desenvolvimento de novos artigos sobre o impacto do tratamento oncológico em pacientes grávidas, estudos com uma população maior e um grupo controle são importantes para elucidar comparações a

Continua

Ano e Base de dados	Título	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
CAPES 2021	um relato de dois casos			prognóstico foi desfavorável, com óbito das pacientes, tendo menor sobrevida associada ao CMG.	respeito de RAM e sobrevida entre pacientes com câncer de mama não gestantes e gestantes.
BVS 2021	A7 Resultados obstétricos e neonatais em mulheres com câncer associado à gravidez: um estudo populacional na Lombardia, norte da Itália.	Obter mais evidências sobre os resultados obstétricos e neonatais em mulheres com e sem câncer associado a gestação.	Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo baseada na população, utilizou o certificado de assistência ao parto e os bancos de dados regionais de utilização de serviços de saúde da região da Lombardia para identificar beneficiárias do Serviço Nacional de Saúde que deram à luz entre 2008 e 2017.	O câncer de mama destacou-se por apresentar impacto significativo nos desfechos obstétricos. As gestantes com esse tipo de câncer tiveram alta taxa de cesariana eletiva (82,1%) e elevada frequência de parto prematuro (52,2%), indicando que a condução da gestação foi frequentemente antecipada. Em contrapartida, não houve ocorrência de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (0%) nesse grupo.	O câncer foi associado ao parto prematuro iatrogênico, visto que, entre as mulheres com câncer, o peso ao nascer foi menor em comparação com as mulheres sem câncer, e observou-se um risco aumentado de baixo índice de Apgar aos 5 minutos. Para garantir o bem-estar neonatal dos filhos de mulheres com câncer, deve-se considerar uma estratégia em relação à via e ao momento do parto.
SCIELO 2022	A8 Convivendo Com O Câncer Gestacional: Uma Teoria Fundamenta da Nos Dados A Partir De Experiências De Famílias	Compreender a experiência de famílias diante do adoecimento de familiar por câncer gestacional.	Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados (<i>Grounded Theory</i>), com referencial teórico no Interacionismo Simbólico. Participaram do estudo doze famílias que tiveram entre seus membros uma mulher com diagnóstico de câncer gestacional. A coleta dos dados deu-se por formulário de identificação, genograma e entrevista, entre março de 2018 e março de 2019, e a análise seguiu as etapas da	O estudo mostrou que o câncer gestacional impacta profundamente toda a família, causando medo, incerteza e sofrimento, especialmente pelo conflito entre a saúde materna e a do bebê. As famílias passam por um processo de adaptação, buscando estratégias de enfrentamento, como apoio emocional, espiritualidade e fortalecimento dos vínculos familiares. Também foi evidenciada a importância da rede de apoio e da equipe de saúde no enfrentamento da doença.	O câncer gestacional é vivido pela família como uma dualidade entre vida e morte, sendo uma experiência singular, aprendida e transformadora. Portanto, a prática da enfermagem, necessariamente, precisa estar centrada nos elementos de positividade presentes nas interações familiares e em seu contexto. Os resultados deste estudo reforçam ainda a necessidade da busca cotidiana pela ampliação do cuidado interdisciplinar à

Continua

Ano e Base de dados	Título	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
SCIELO 2022			codificação substantiva e teórica.		família.
PUBMED 2025	A9 Câncer cervical na gravidez: uma análise retrospectiva de 10 anos do manejo clínico e perspectivas futuras.	Avaliar o diagnóstico, o tratamento e os resultados clínicos de pacientes com câncer cervical na gravidez (CCIP) e seus fetos ao longo de um período de 10 anos, fornecendo evidências clínicas para o manejo do CCIP.	Trata-se de um estudo análise retrospectiva de pacientes com CCIP em nosso centro ao longo da última década, com foco na manifestação clínica, manejo clínico, diagnóstico e estratégias de tratamento.	Foram analisadas 28 pacientes com câncer cervical associado à gravidez, predominando carcinoma escamoso e diagnóstico durante a gestação. Parte das pacientes manteve a gravidez, com atraso no tratamento sem progressão tumoral, e os partos ocorreram por cesariana próximos ao termo. No seguimento, a maioria sobreviveu e apresentou sobrevida livre de doença, embora tenham ocorrido casos de progressão e metástases.	Os resultados indicam que pacientes com câncer cervical na gravidez apresentam desfechos semelhantes aos de mulheres não grávidas. Destaca-se a importância do diagnóstico precoce diante de sangramento vaginal e do manejo individualizado, podendo-se considerar o adiamento do parto para preservar a gestação. O estudo também reforça a necessidade de pesquisas multicêntricas prospectivas para melhorar a padronização do tratamento.

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A análise dos artigos permitiu a organização dos achados conforme a temática indicada a seguir (Quadro 2).

Quadro 2: Análise dos artigos selecionados conforme as temáticas, seguido por uma categorização e a consideração final conjunta. Goiânia. 2026.

Temática	Artigos	Considerações
Rastreamento, diagnóstico e detecção precoce	A5, A9	A literatura destaca a relevância do rastreamento durante o pré-natal, embora ainda existam lacunas no conhecimento e na prática profissional. O diagnóstico precoce é fundamental para melhorar o prognóstico materno e ampliar as possibilidades terapêuticas durante a gestação.
Abordagem geral e manejo clínico do Câncer na gestação	A3, A4, A6, A9	Os estudos evidenciam que o manejo do câncer na gestação é complexo e deve ser individualizado, considerando tipo tumoral, idade gestacional e prognóstico materno. Observa-se que intervenções terapêuticas podem ser realizadas com relativa segurança em períodos específicos da gestação, exigindo tomada de decisão compartilhada e acompanhamento especializado.
Perfil clínico e epidemiológico das gestantes	A4, A7	Os estudos mostram que gestantes com câncer frequentemente apresentam características de alto risco e necessitam de acompanhamento diferenciado. A compreensão do perfil clínico e epidemiológico contribui para identificação precoce, planejamento assistencial e redução de complicações.
Impacto na qualidade de vida materna	A1, A8	Os estudos demonstram que o câncer e seu tratamento afetam a capacidade funcional e o bem-estar das gestantes. Esses impactos reforçam a necessidade de estratégias que minimizem efeitos adversos e promovam qualidade de vida durante o tratamento e acompanhamento.
Aspectos psicossociais e assistência multiprofissional	A2, A5, A8	Os estudos evidenciam que o câncer na gestação impacta significativamente o contexto emocional e familiar, exigindo suporte contínuo. A atuação da equipe multiprofissional, especialmente da enfermagem, é essencial para promover cuidado integral, acolhimento e adesão ao tratamento.
Desfechos obstétricos e neonatais	A4, A6, A7, A9	Os resultados indicam maior ocorrência de desfechos adversos, como prematuridade e intervenções obstétricas, frequentemente relacionadas à necessidade de iniciar tratamento materno. Apesar disso, quando há planejamento adequado, muitos desfechos neonatais são favoráveis, reforçando a importância do acompanhamento multiprofissional.

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

6 DISCUSSÃO

A incidência de câncer na gestação situa-se em torno de 1 caso para cada 1.000 gestações, sendo os tumores mais frequentes o câncer do colo do útero, seguido pelos tumores ovarianos e, em menor proporção, o câncer de endométrio. Esses dados dialogam com os achados deste estudo ao evidenciar a predominância de determinados tipos tumorais no grupo analisado (Amant *et al.*, 2017; Iavazzo, Minis, Gkegkes, 2018).

No que diz respeito às características clínicas dessas pacientes, os estudos indicam que os sintomas iniciais tendem a ser inespecíficos, como dor abdominal, sangramentos irregulares e alterações pélvicas, frequentemente confundidos com manifestações próprias da gestação. Essa sobreposição sintomatológica está associada ao atraso na suspeita diagnóstica, aspecto também observado nos resultados analisados, evidenciando a dificuldade de identificação precoce dessas neoplasias no contexto gestacional (Amant *et al.*, 2017; Vivod *et al.*, 2024).

Além dos aspectos clínicos, evidências epidemiológicas demonstram que fatores sociodemográficos, como baixa escolaridade, acesso limitado aos serviços de saúde e desigualdades regionais, relacionam-se a maior probabilidade de diagnóstico em estágios avançados, especialmente no câncer do colo do útero. Esses elementos aparecem associados às fragilidades no acesso ao cuidado e na continuidade da assistência, conforme também identificado nos dados do presente estudo (Silva *et al.*, 2021; Brasil, 2025).

Considerando as especificidades de cada neoplasia os achados do presente estudo convergem com a literatura ao evidenciar que, embora a gestação represente uma oportunidade estratégica para ações de rastreamento em mulheres sem acompanhamento prévio, essa prática ainda ocorre de forma limitada no contexto do pré-natal. Diretrizes internacionais ressaltam a importância do diagnóstico precoce como componente essencial da redução da morbimortalidade por câncer ginecológico, entretanto, na prática, observa-se uma lacuna entre as recomendações e sua efetiva implementação nos serviços de saúde (*World Health Organization*, 2020).

Em continuidade às limitações relacionadas ao rastreamento e à detecção precoce, observa-se que o manejo clínico dos cânceres ginecológicos na gestação é diretamente impactado pelo momento do diagnóstico, conforme evidenciado na literatura recente. Estudos apontam que o atraso diagnóstico, frequentemente associado à sobreposição de sintomas com alterações fisiológicas da gestação, resulta na identificação da doença em estágios mais

avançados, o que amplia a necessidade de intervenções terapêuticas mais complexas (Iavazzo, Minis, Gkegkes, 2018; Vivod *et al.*, 2024).

No que se refere especificamente ao câncer de mama na gestação, a literatura aponta que seu manejo segue princípios semelhantes aos de mulheres não gestantes, com adaptações voltadas à segurança fetal. O diagnóstico tende a ocorrer em estágios mais avançados, devido às alterações fisiológicas mamárias que dificultam a detecção precoce (Amant *et al.*, 2017; Peccatori *et al.*, 2020). Em relação ao tratamento, a cirurgia pode ser realizada em qualquer trimestre, enquanto a quimioterapia é indicada após o primeiro trimestre, sendo outras modalidades terapêuticas, como radioterapia e hormonioterapia, geralmente postergadas para o período pós-parto. Dessa forma, a conduta terapêutica permanece dependente da idade gestacional e do estadiamento da doença, exigindo abordagem multidisciplinar (Iavazzo, Minis, Gkegkes, 2018).

Ainda no âmbito das limitações do rastreamento, em relação ao câncer de mama associado à gestação, os dados analisados reforçam a tendência descrita na literatura de diagnóstico em estágios mais avançados. Tal achado é frequentemente relacionado às alterações fisiológicas da mama gestacional, que dificultam a identificação precoce de anormalidades, além da menor utilização de métodos de imagem como estratégia de rastreamento nesse período. Nesse cenário, observa-se que a investigação diagnóstica, muitas vezes, ocorre apenas após a manifestação de sinais clínicos mais evidentes (Loibl *et al.*, 2015; Akhlaqi *et al.*, 2025).

Nesse contexto, no que se refere ao câncer do colo do útero, os resultados encontrados dialogam com estudos que apontam a segurança e a recomendação do exame citopatológico durante a gestação na ectocérvice, quando se há a lacuna na sequência dos exames prévios, tendo em vista que, após dois exames preventivos com intervalo de 1 ano apresentando resultado normal, o preventivo pode ser realizado a cada três anos) contrapondo-se, porém, à baixa adesão observada na prática clínica. Essa inconsistência na realização do rastreamento durante o pré-natal tem sido associada a fragilidades na organização dos serviços e à conduta profissional, o que pode contribuir para a não detecção de lesões precursoras em tempo oportuno (Cohen *et al.*, 2019; Arbyn *et al.*, 2020).

No câncer de colo do útero observa-se uma tendência crescente à adoção de estratégias conservadoras em estágios iniciais, especialmente quando há desejo de continuidade da gestação. A literatura descreve a possibilidade de acompanhamento clínico rigoroso ou utilização de quimioterapia neoadjuvante até a viabilidade fetal, permitindo o adiamento do tratamento definitivo. Entretanto, em estágios mais avançados, o início imediato da terapêutica

oncológica é frequentemente necessário, independentemente da idade gestacional, evidenciando a influência direta do estágio tumoral sobre a conduta clínica (Iavazzo, Minis, Gkegkes, 2018; Smith *et al.*, 2024).

Por outro lado, no que se refere ao câncer de endométrio, a literatura destaca sua raridade no contexto gestacional, o que limita a disponibilidade de evidências específicas. Nesses casos, o manejo tende a ser baseado em dados extrapolados de populações não gestantes, com possibilidade de abordagens conservadoras em situações selecionadas. Essa escassez de padronização contribui para maior variabilidade nas condutas clínicas, reforçando a necessidade de decisões individualizadas e baseadas em avaliação multidisciplinar (Iavazzo, Minis, Gkegkes, 2018).

Acerca dos resultados, esses encontram respaldo em estudos que destacam o papel da ultrassonografia como método inicial na avaliação de alterações mamárias durante a gestação. Também aparece como coincidente, a possibilidade de utilização da mamografia em situações específicas, sem riscos significativos quando realizadas com as devidas precauções. Ainda assim, a literatura aponta que atrasos na condução diagnóstica permanecem frequentes, muitas vezes relacionados à interpretação equivocada de sintomas como alterações fisiológicas da gravidez (Vashi *et al.*, 2016; Ahn *et al.*, 2020).

Além dos fatores clínicos já mencionados, observa-se, ainda, consonância entre os achados deste estudo e a literatura no que diz respeito às barreiras relacionadas à prática profissional e à organização dos serviços de saúde. A variabilidade no conhecimento técnico, na tomada de decisão e ausência de protocolos específicos contribuem para a heterogeneidade das condutas e atraso no encaminhamento dos casos suspeitos, evidenciando a necessidade de maior alinhamento entre diretrizes e prática assistencial (Cazap *et al.*, 2016; Peccatori *et al.*, 2020).

De forma semelhante, em relação aos tumores ovarianos, os estudos indicam que o diagnóstico ocorre frequentemente de forma acidental durante exames ultrassonográficos do pré-natal, o que pode favorecer a detecção em fases iniciais. Ainda assim, o manejo clínico apresenta desafios, uma vez que envolve a avaliação do potencial maligno da lesão e a decisão sobre o momento ideal para intervenção cirúrgica. A realização de cirurgia no segundo trimestre é amplamente recomendada, sendo a quimioterapia reservada para casos selecionados, dependendo do tipo histológico e da evolução clínica (Amant *et al.*, 2017; Vivod *et al.*, 2024).

Por fim, no âmbito das intervenções terapêuticas, evidências indicam que a quimioterapia administrada após o primeiro trimestre pode ser considerada uma alternativa viável em determinados casos, não estando associada a aumento significativo de malformações congênitas. No entanto, a exposição fetal ao tratamento exige monitoramento contínuo, especialmente diante das incertezas relacionadas aos efeitos a longo prazo (Kim *et al.*, 2024).

Diante desses diferentes cenários clínicos, observa-se que o manejo dos cânceres ginecológicos na gestação está intrinsecamente relacionado às limitações previamente discutidas no rastreamento e diagnóstico precoce, sendo caracterizado por elevada complexidade, necessidade de individualização terapêutica e dependência da integração entre diferentes áreas da assistência à saúde (Amant *et al.*, 2017; Vivod *et al.*, 2024).

Outro elemento importante nesse perfil, refere-se à distribuição etária dessas pacientes, sendo observado que a ocorrência de câncer durante a gestação está frequentemente associada a mulheres em idade reprodutiva mais avançada, com a idade média de apresentação de 32 a 38 anos. Esse fator tem sido descrito como um dos determinantes do aumento da incidência, considerando a relação entre idade materna e maior risco para desenvolvimento de neoplasias (Iavazzo, Minis, Gkegkes, 2018).

O perfil clínico e epidemiológico das gestantes acometidas por câncer ginecológico, observa-se, conforme descrito na literatura, que se trata de uma condição rara, porém, com tendência de aumento, especialmente em decorrência do adiamento da maternidade.

De forma complementar, o perfil dessas gestantes apresenta heterogeneidade clínica, variando conforme o tipo tumoral, o estágio da doença e as condições de acesso aos serviços de saúde, o que contribui para diferentes trajetórias diagnósticas e terapêuticas observadas na prática assistencial (Amant *et al.*, 2017; Iavazzo, Minis, Gkegkes, 2018).

Considerando essas repercussões clínicas e epidemiológicas, a análise da qualidade de vida materna em contexto de câncer ginecológico evidencia que o impacto da doença e de seu tratamento ultrapassa a dimensão física, envolvendo aspectos psicológicos, sociais e reprodutivos. Estudos recentes apontam que gestantes acometidas por essas neoplasias apresentam níveis elevados de sofrimento emocional, frequentemente associados à incerteza quanto ao prognóstico e às decisões terapêuticas, especialmente quando há desejo de manutenção da gestação ou preservação da fertilidade (Anderson *et al.*, 2024).

No âmbito psicológico, observa-se que sentimentos como ansiedade, medo e insegurança são recorrentes, sendo intensificados pela necessidade de conciliar o cuidado

oncológico com a gestação. A literatura descreve que o conflito entre o início imediato do tratamento e os potenciais riscos ao feto constitui um importante fator de estresse, impactando a percepção de qualidade de vida dessas mulheres. Além disso, o medo de progressão da doença e de desfechos adversos para o feto contribui para maior carga emocional durante o período gestacional (Carter *et al.*, 2023).

Do ponto de vista físico, os efeitos do tratamento oncológico, como fadiga, dor, limitações funcionais e alterações corporais, repercutem no bem-estar materno. Procedimentos cirúrgicos e terapias sistêmicas estão associados à redução da capacidade funcional e à interferência nas atividades diárias, aspecto que se sobrepõe às próprias demandas fisiológicas da gestação (Johnson *et al.*, 2015; Smith *et al.*, 2025a).

Outro componente relevante, refere-se ao impacto na sexualidade e na imagem corporal, frequentemente descrito em mulheres com câncer ginecológico. Alterações decorrentes da doença e do tratamento, associadas a fatores emocionais, podem comprometer a vida sexual e os relacionamentos interpessoais, interferindo na qualidade de vida (Brown *et al.*, 2021; Lee *et al.*, 2023).

Além disso, questões relacionadas à fertilidade e à capacidade reprodutiva aparecem como determinantes relevantes da qualidade de vida. A possibilidade de perda da fertilidade ou de complicações gestacionais está associada a sofrimento emocional e influencia a tomada de decisão terapêutica, especialmente em cenários nos quais há limitação de abordagens conservadoras (Anderson *et al.*, 2024).

Diante desses impactos na qualidade de vida, a análise dos aspectos psicossociais relacionados ao câncer ginecológico na gestação evidencia que o impacto do diagnóstico ultrapassa a dimensão individual, alcançando também o contexto familiar e social da gestante. Estudos apontam que a comunicação do diagnóstico está frequentemente associada a reações intensas, como medo, ansiedade e incerteza, especialmente diante do risco simultâneo para a mãe e o feto, o que interfere diretamente no processo de tomada de decisão e na vivência da gestação (Brown *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2025b).

No contexto familiar, observa-se que o diagnóstico repercute de forma significativa nas relações interpessoais, podendo gerar sobrecarga emocional, alterações na dinâmica familiar e necessidade de reorganização de papéis. A literatura descreve que parceiros e familiares também apresentam níveis elevados de estresse e insegurança, sobretudo diante das decisões

relacionadas ao tratamento e à continuidade da gestação, o que evidencia a necessidade de inclusão da família no processo de cuidado (Johnson *et al.*, 2015; Carter *et al.*, 2022).

Durante o tratamento, os aspectos psicossociais tendem a se intensificar, uma vez que as gestantes enfrentam simultaneamente os efeitos físicos da terapia oncológica e as demandas emocionais da gestação. Estudos indicam que a necessidade de escolher entre diferentes abordagens terapêuticas, muitas vezes com riscos potenciais ao feto, configura um dos principais fatores de sofrimento psicológico, influenciando diretamente a qualidade de vida e o bem-estar emocional dessas mulheres (Brown *et al.*, 2022; Anderson *et al.*, 2024).

Além da atuação assistencial, intervenções psicossociais estruturadas, como acompanhamento psicológico e ações de educação em saúde, são apontadas como estratégias que auxiliam na redução do sofrimento emocional e no fortalecimento das estratégias de enfrentamento. Esses recursos favorecem tanto a gestante quanto sua rede de apoio, contribuindo para maior adaptação às mudanças impostas pela doença e pelo tratamento ao longo da gestação (Brown *et al.*, 2022; Anderson *et al.*, 2024).

Diante dessa complexidade, a assistência multiprofissional é descrita como elemento central no cuidado às gestantes com câncer ginecológico, sendo fundamental para o manejo integral das necessidades físicas e psicossociais. A atuação integrada entre diferentes profissionais, incluindo obstetras, oncologistas, psicólogos e equipe de enfermagem, possibilita maior suporte na tomada de decisão, melhor compreensão do tratamento e acompanhamento contínuo durante todo o processo (Anderson *et al.*, 2024; Smith *et al.*, 2025b).

Nesse cenário, dentre os profissionais da equipe de saúde, destaca-se o enfermeiro como elo entre a gestante, a família e a equipe de saúde, atuando na orientação, no acolhimento e na identificação precoce de demandas emocionais e sociais. A literatura evidencia que a enfermagem contribui para a humanização do cuidado, favorecendo a comunicação eficaz, o esclarecimento de dúvidas e o suporte durante o enfrentamento do diagnóstico e do tratamento, aspectos que influenciam diretamente a experiência da gestação nesse contexto (Carter *et al.*, 2022).

Considerando todo o contexto previamente discutido, a análise dos desfechos maternos, obstétricos e neonatais em gestantes com câncer ginecológico evidencia que o impacto da doença está fortemente relacionado às decisões terapêuticas adotadas durante a gestação. Estudos recentes demonstram que o principal desfecho obstétrico associado é o aumento da prematuridade, frequentemente decorrente de intervenções médicas programadas, com o

objetivo de viabilizar o início ou a continuidade do tratamento oncológico (De Haan *et al.*, 2018a; Silva *et al.*, 2025).

Nesse contexto, entende-se que a antecipação do parto constitui uma estratégia recorrente, especialmente em situações que exigem terapêutica imediata, contribuindo para o aumento das taxas de cesariana e de partos induzidos. A literatura indica que essas intervenções estão mais associadas ao manejo clínico do que à progressão da doença, evidenciando o papel da tomada de decisão multiprofissional na determinação dos desfechos obstétricos (De Haan *et al.*, 2018a; Van Calsteren *et al.*, 2021).

No contexto da associação entre câncer ginecológico e gestação, os desfechos neonatais são fortemente influenciados pelas condutas adotadas para o manejo materno. A prematuridade destaca-se como o achado mais frequente, estando, em grande parte, relacionada à interrupção antecipada da gestação para viabilizar o tratamento oncológico. Nesse cenário, a idade gestacional ao nascimento configura-se como um dos principais determinantes das condições neonatais (De Haan *et al.*, 2018a; Silva *et al.*, 2025).

Apesar disso, muitos recém-nascidos apresentam peso adequado para a idade gestacional e boas condições ao nascimento, embora a prematuridade esteja associada a maior necessidade de suporte neonatal, incluindo cuidados intensivos e monitoramento especializado no período pós-natal (De Haan *et al.*, 2018a; Silva *et al.*, 2025). Adicionalmente, as exposições terapêuticas durante a gestação também podem influenciar esses desfechos, com impacto variável conforme o tipo de tratamento e o momento gestacional (Kim *et al.*, 2024).

A partir dessa relação entre diagnóstico e evolução da doença, a abordagem geral desses cânceres durante a gestação baseia-se na individualização do tratamento, considerando principalmente o tipo tumoral, o estadiamento e a idade gestacional. De acordo com revisões recentes, a tomada de decisão deve equilibrar o prognóstico materno com a viabilidade fetal, sendo a idade gestacional um dos principais determinantes da conduta terapêutica. Nesse contexto, procedimentos cirúrgicos são preferencialmente realizados no segundo trimestre, período associado a menor risco de complicações obstétricas, enquanto a quimioterapia pode ser considerada após o primeiro trimestre, quando os riscos teratogênicos são reduzidos (Amant *et al.*, 2017; Iavazzo, Minis, Gkegkes, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No geral os estudos apontam que a possibilidade de levar a gestação em curso com o câncer ginecológico, apesar da maior ocorrência de desfechos adversos, como prematuridade e intervenções obstétricas, em sua maioria relacionadas à necessidade de iniciar tratamento materno, quando há planejamento adequado, muitos desfechos neonatais são favoráveis, visto que, pode-se iniciar o tratamento com segurança após a 24^a semana de gestação.

Assim, observa-se que a postergação do tratamento oncológico ou a necessidade de abreviação do parto implicam maior complexidade na condução clínica da gestação, uma vez que envolvem riscos tanto maternos quanto fetais. Enquanto o adiamento terapêutico pode favorecer a progressão da doença e limitar possibilidades de manejo oncológico, a antecipação do parto relaciona-se ao aumento da prematuridade e da necessidade de intervenções obstétricas e neonatais. Nesse contexto, a definição da conduta depende diretamente do estadiamento tumoral, da idade gestacional e da avaliação multiprofissional individualizada.

Em síntese, a sobreposição entre manifestações fisiológicas da gestação e sinais clínicos dos cânceres ginecológicos implica maior dificuldade na suspeita diagnóstica precoce, favorecendo atrasos na investigação e identificação da doença em estágios mais avançados. Entre os principais sintomas estão dor abdominal ou pélvica, sangramentos vaginais irregulares, alterações no padrão de fluxo vaginal, sensação de pressão pélvica e modificações mamárias. Esses sinais tendem a ser interpretados como alterações próprias da gestação, como desconfortos do crescimento uterino, variações hormonais ou mudanças fisiológicas esperadas do período gravídico, o que pode comprometer o encaminhamento oportuno e o início precoce da terapêutica.

Em relação aos desfechos neonatais, os estudos apontam que, apesar do aumento da prematuridade, muitos recém-nascidos apresentam peso adequado para a idade gestacional e boas condições ao nascimento. Ainda assim, a prematuridade iatrogênica está associada a maior necessidade de suporte neonatal, incluindo internação em unidades de terapia intensiva, além de maior risco de morbidade neonatal em comparação a gestações sem complicações oncológicas (De Haan *et al.*, 2018b; Silva *et al.*, 2025).

No que se refere aos desfechos maternos, a literatura sugere ausência de aumento expressivo de complicações obstétricas diretamente relacionadas ao câncer, sendo os principais riscos associados à evolução da doença e à necessidade de intervenções terapêuticas. Nesse

cenário, o planejamento individualizado da assistência aparece como elemento central na condução clínica dessas gestantes (De Haan *et al.*, 2018; Kim *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, além dos desfechos obstétricos e neonatais, destaca-se que o câncer ginecológico na gestação repercute de forma significativa na qualidade de vida materna, uma vez que envolve impactos físicos, psicológicos, sociais e reprodutivos. O sofrimento emocional, associado à incerteza prognóstica e à necessidade de decisões terapêuticas complexas, somado às limitações funcionais e às possíveis repercussões na sexualidade e fertilidade, evidencia que o cuidado deve ultrapassar a dimensão biomédica, reforçando a importância da abordagem multiprofissional e integral.

REFERÊNCIAS

- AHN, B. Y. *et al.* Pregnancy- and lactation-associated breast cancer: mammographic and sonographic findings. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32031727/>. acesso em: 15 de abril de 2026.
- ALVES, T. V., BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. Id on Line *Rev. Mult. Psic.* V.14, N. 49 p. 114-126, Fevereiro/2020 - ISSN 1981-1179. Disponível em: <https://share.google/izUY7T9dg8s8huXHj> . Acesso em 05 de abril de 2025.
- AMANT, F. *et al.* Breast cancer in pregnancy: recommendations of an international consensus meeting. *European Journal of Cancer*, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25857750/>. acesso em: 15 de abril de 2026.
- AMANT, F.; *et al.* Neoplasias ginecológicas na gestação: equilibrando riscos fetais e segurança oncológica. *Lancet Oncology*, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5358514/>. Acesso em: 18 de abril de 2026.
- ANDERSON, C.; *et al.* Qualidade de vida e sofrimento psicológico relacionados à fertilidade e gestação em mulheres jovens tratadas por câncer ginecológico. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11506014/>. Acesso em: 21 de abril de 2026.
- ANDERSON, C.; *et al.* Impacto de intervenções psicossociais em mulheres com câncer ginecológico. *Health Psychology Review*, 2025. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2025.2525409>. Acesso em: 24 de abril de 2026.
- ANDERSSON, T. M. L., *et al.* Cancer during pregnancy and the postpartum period: a population-based study. *Cancer Volume 121, Issue 12*. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cncr.29325>. Acesso em: 24 de março de 2025.
- ARBYN, M. *et al.* Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X19304826>. Acesso em: 17 de abril de 2026.
- AZZIZ, R. *et al.* Androgen excess in women: experience with over 1000 consecutive patients. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(2):453-62. <https://share.google/SY6zQ19LkewG6r8Eb> . Acesso em: 2 de maio de 2025
- BOKHMAN, J. V. Dois tipos patogênicos de carcinoma endometrial. *Gynecol Oncol* 15(1):10–17. 1983. Disponível em: <https://share.google/X9V0rK4p9F02HcZNk> . Acesso em: 22 de maio de 2025.
- BRASIL, M. S. Agenda da Mulher. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_mulher.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2025.
- BRASIL, M. S. Cadernos de Atenção Básica, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf Acesso em: 14 de maio de 2025.
- BRASIL, M. S. Instituto Nacional de Câncer. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf . Acesso em: 21 de abril de 2025.
- BRASIL, M. S. Como surge o câncer. 2022a. Disponível em: <https://share.google/Qaq05J6nrchUSHA0o> . Acesso em: 21 de abril de 2025.
- BRASIL, M. S. Manual de gestação de alto risco. Brasília – DF 2022b. Disponível em: <https://share.google/jls3QtkileJ1jbmjy>. Acesso em: 07 de setembro de 2025.
- BRASIL. M. S. Tempo para diagnóstico do câncer do colo do útero e fatores associados (2016–2020). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/>. Acesso em: 19 de abril de 2026.
- BRASIL, M. S. Câncer de Ovário. 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/ovario> Acesso em: 28 de maio de 2025.

BRASIL, M. S. Câncer do corpo do útero. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/corpo-do-utero> . Acesso em: 14 de maio de 2025.

BROWN, L.; *et al.* Fatores relacionados à qualidade de vida sexual em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão sistemática. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-021-06056-0>. Acesso em: 21 de abril de 2026.

BROWN, A.; *et al.* Aspectos psicossociais associados ao câncer durante a gestação: uma revisão de escopo. *Psycho-Oncology*, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9990617/>. Acesso em: 24 de abril de 2026.

CARLSON, M. J.; THIEL, K. W.; LESLIE, K. K. Passado, presente e futuro da terapia hormonal no câncer endometrial recorrente. *Int J Women's Health* 6:429-435. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S40942>. Acesso em: 02 de junho de 2025.

CARTER, J.; STABILE, C.; GUNN, A.; SONODA, Y. Necessidades psicossociais de sobreviventes de câncer ginecológico. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25697547/>. Acesso em: 24 de abril de 2026.

CARTER, J.; STABILE, C.; GUNN, A.; SONODA, Y. Qualidade de vida sexual em sobreviventes jovens de câncer ginecológico. *Quality of Life Research*, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-023-03386-1>. Acesso em: 21 de abril de 2026.

CARVALHO, C. M. *et al.* Aspectos clínicos do câncer durante o período gestacional: desafios diagnósticos e terapêuticos. *Femina*; v.50, n.10, p.582-8, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1414413/femina-2022-5010-582-588.pdf> . Acesso em: 21 de abril de 2025.

CAZAP, E., *et al.* Barriers to cancer diagnosis and treatment in low- and middle-income countries. *The Oncologist*, 2016. Disponível em: <https://share.google/d26JoczORzO9CB7A8> . Acesso em: 15 de abril de 2026.

COHEN, P. A.; JHINGRAN, A.; OAKNIN, A.; DENNY, L. Cervical cancer. *The Lancet*, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30638582/>. Acesso em: 17 de abril de 2026.

CORMICK A., PETERSON E. Câncer na Gravidez. Obstetrícia. Ginecologia. Clínica. N. Am. 2018;45:187–200. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889854518300093> Acesso em: 18 de setembro de 2025.

COSTA, A.E.L.; SOUZA, J.R. Implicações psicossociais relacionadas a assistência à gestante com câncer: percepções da equipe de saúde. *Rev. SBPH*. v.21, n.3, p.100-122, 2018. Disponível: <https://share.google/peCIHVQ8ZMVrmYzOF> . Acesso em: 10 de junho de 2025.

CHANDRA, A. *et al.* Ovarian cancer: Current status and strategies for improving Therapeutic outcomes. *Cancer Medicine*, v. 8, n. 16, p. 7018–7031, 27 set. 2019. Disponível: <https://share.google/Mltc8gWVWaLzVvFAZ> . Acesso em: 30 de maio de 2025.

CHAVE, T., *et al.* Grupo Colaborativo de Hormônios Endógenos e Câncer de Mama. Hormônios sexuais e risco de câncer de mama em mulheres na pré-menopausa: uma reanálise colaborativa de dados individuais de participantes de sete estudos prospectivos. *Lancet Oncol*. 2013;14(10):1009-1019. Disponível em: <https://share.google/DauBpsohyV9w91UIQ> . Acesso em: 10 de junho de 2025.

DE HAAN, J.; *et al.* Obstetric and neonatal outcomes after maternal cancer diagnosed during pregnancy: a systematic review. *The Lancet Oncology*, 2018a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29395867/>. Acesso em: 25 de abril de 2026.

DE HAAN, J.; *et al.* Oncological management and obstetric and neonatal outcomes for women diagnosed with cancer during pregnancy: a multicentre cohort study. *The Lancet Oncology*, 2018b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29395867/>. Acesso em: 25 de abril de 2026.

DIDELEZ, V., SHEEHAN, N. A randomização mendeliana como uma abordagem de variável instrumental para inferência causal. *Stat Med Res*. 2007;16(4):309-330. Disponível em: <https://share.google/58BtwJzb11EeD9NTC> . Acesso em: 06 de setembro de 2025.

DOTTERS-KATZ S, *et al.* Câncer e gravidez: a perspectiva do clínico. *Obstet Gynecol Surv*. 2014; 69 : 277-286. Disponível em: <https://share.google/WH7rpkehgPV1OqgJj>. Acesso em: 18 de setembro de 2025.

GARCIA, M.; *et al.* Qualidade de vida e sofrimento psicológico relacionados à fertilidade e gestação em mulheres com câncer ginecológico. **Cancers**, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/16/20/3456>. Acesso em: 24 de abril de 2026.

GERTZ, J. *et al.* Estrogen Signaling in Endometrial Cancer: a Key Oncogenic Pathway with Several Open Questions. **Published. V. 10**, p. 51–63. 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12672-019-0358-9> . Acesso em: de maio de 2025.

IVAZZO, C; MINIS, E. E; GKEGKES, I. D. Manejo atual do câncer ginecológico na gravidez. **J Turk Ger Gynecol Assoc.** 2018;19(2):104-110. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5994818/>. Acesso em: 18 de abril de 2026.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). O câncer de colo de útero na gravidez. Rio de Janeiro, INCA 2016. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/10364/2/O%20C%C3%82NCER%20DE%20COLO%20DO%20C3%94TERO%20NA%20GRAVIDEZ%20apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 08 de junho de 2025.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). ABC do Câncer. Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro, 6ª edição, INCA 2020. Disponível em: <https://share.google/fqYNGBi87xbr25bdS> Acesso em: 24 de março de 2025.

JONGEN, V. *et al.* Expressão do receptor de estrogênio-alfa e -beta e receptor de progesterona-A e -B em uma grande coorte de pacientes com câncer endometrial. **Endometrioides. Gynecol Oncol** 112(3):537-542. 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825808009347?via%3Dihub>. Acesso em: 14 de maio de 2025.

JOHANSSON, A. *et al.* Artigo de jornal Investigando o efeito dos níveis de estradiol no risco de câncer de mama, endométrio e ovário. **Journal of the Endocrine Society**, Volume 6, Edição 8, agosto de 2022. Disponível em: <https://academic.oup.com/jes/article/6/8/bvac100/6619509>. Acesso em: 27 de maio de 2025.

JOHANSSON A. L, *et al.* Aumento da mortalidade em mulheres com câncer de mama detectado durante a gravidez e em diferentes períodos pós-parto. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.** 2011; 20: 1865 - 1872. Disponível: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/21750168/> . Acesso em: 18 de setembro de 2025.

JOHNSON, N.; *et al.* Impacto do câncer do colo do útero na qualidade de vida. **Gynecologic Oncology Research and Practice**, 2015. Disponível em: <https://gynoncrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40661-015-0011-4>. Acesso em: 21 de abril de 2026.

KAACKS, R. *et al.* Esteroides sexuais séricos em mulheres na pré-menopausa e risco de câncer de mama na Investigação Prospectiva Europeia sobre Câncer e Nutrição (EPIC). **J Natl Cancer Inst.** 2005;97(10):755-765. Disponível em: <https://share.google/4abEyUP5aH5DxKGAo> . Acesso em: 30 de maio de 2025.

KIM, H. J.; *et al.* Influence of cancer in pregnancy on obstetric and neonatal outcomes. **Journal of Gynecologic Oncology**, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38522950/>. Acesso em: 25 de abril de 2026.

KOUTRAS, A. *et al.* Tratamento do câncer e imunoterapia durante a gravidez. 2022;14(10):2080. Disponível em: [10.3390/pharmaceutics14102080](https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14102080). Acesso em: 18 de setembro de 2025.

LARSSON, S. C., *et al.* Estradiol sérico e 20 cânceres específicos em mulheres: estudo de randomização mendeliana. **J Clin Endocrinol Metab.** 2022;107(2):e467-e474. Disponível em: <https://share.google/nIjNoOSxjwITM> . Acesso em: 10 de junho de 2025.

LEE, S.; *et al.* Necessidades psicossociais de mulheres com câncer ginecológico: estudo de métodos mistos. **Supportive Care in Cancer**, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36125848/>. Acesso em: 24 de abril de 2026.

LEE, S.; *et al.* Impacto do câncer ginecológico na qualidade de vida sexual e emocional de mulheres jovens. **Quality of Life Research**, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-023-03386-1>. Acesso em: 21 de abril de 2026.

- LEE, S.; *et al.* *Obstetric and neonatal outcomes following taxane use during pregnancy: a systematic review.* **BMC Cancer**, 2024. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-023-11704-6>. Acesso em: 25 de abril de 2026.
- LOIBL, S. *et al.* *Treatment of breast cancer during pregnancy: an observational study.* **The Lancet Oncology**, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25865578/>. Acesso em: 16 de abril de 2026.
- MICEK, H. M. *et al.* *The Many Microenvironments of Ovarian Cancer: Advances in Experimental Medicine and Biology*, p. 199–213, 2020. Disponível em: <https://share.google/kzJCG7At7c8QqHPFW>. Acesso em: 30 de maio de 2025.
- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. *Anatomia orientada para a clínica*. 8. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, v. 8, n. 3 p. 302-303, 2019. Disponível em: <https://share.google/bqYDB3do8HJ00TisZ>. Acesso em: 2 de maio de 2025.
- AKHLAQI, M. *et al.* Uma revisão sistemática e meta-análise da taxa de incidência de câncer de mama associado à gravidez. **BMC Cancer**. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12885-025-14091-2>. Acesso em: 02 de maio de 2026.
- MOUFARRIJ, S. *et al.* *Epigenetic therapy for ovarian cancer: promise and progress.* **Clinical Epigenetics**, v. 11, n. 1, 15 jan. 2019. Disponível em: <https://share.google/RVuJmpAY7T3RuUTFB>. Acesso em 30 de maio de 2025.
- MOTA, G. P. S. *et al.* Cirurgia Minimamente Invasiva na gravidez: Explorando o Papel da laparoscopia. **Rev. Ibero-Americana de Human., Ciênc. e Edu.** São Paulo, v.10.n.06. jun. 2024.ISSN -2675 –3375. Disponível em: <https://share.google/3acCdNQ73chOnp1q>. Acesso em: 19 de setembro de 2025.
- MUNGENAST, F.; THALHAMMER, T. Biossíntese e ação do estrogênio no câncer de ovário. **Front Endocrinol** (Lausanne). 2014;5:192. Disponível em: <https://share.google/qYthfsc3NpkPHbgXp>. Acesso em: 30 de maio de 2025.
- NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (Brasil). OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês. 2016. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/74878-oms-publica-novas-orienta%C3%A7%C3%B5es-sobre-pr%C3%A9-natal-para-reduzir-mortes-de-m%C3%A3es-e-beb%C3%AAs#:~:text=%22A%20gravidez%20deve%20ser%20uma,adolescentes%20da%20OMS%2C%20Antony%20Costello>. Acesso em: 07 de setembro de 2025.
- PECCATORI, F. A. *et al.* *Fertility preservation and post-treatment pregnancies in post-pubertal cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines.* **Annals of Oncology**, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32976936/>. Acesso em: 16 de abril de 2026.
- SANTOS, G. N. *et al.* Câncer ginecológico durante a gravidez: estratégias de manejo e impacto na prognose, v. 6, **Issue** (2024). Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1709>. Acesso em: 24 de abril de 2025
- SCAPPATICCIO, L. *et al.* *Impact of COVID-19 on the thyroid gland: na update.* **Ver Endocr Metab Disord**. 2021;22(4):803-15. Disponível em: <https://share.google/xrl4WY08oT26Y39hp>. Acesso em: 2 de maio de 2025
- SETIAWAN, V. W. *et al.* Estudo Nacional Australiano de Câncer Endometrial G (2013) Cânceres endometriais tipo I e II: apresentam fatores de risco diferentes? **J Clin Oncol: Jornal Oficial da Sociedade Americana de Oncologia Clínica** 31(20):2607–2618. <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2012.48.2596>. Acesso em: 21 de maio de 2025.
- SHEN, F.; GAO, Y.; DING, J.; CHEN, Q. A positividade do receptor de estrogênio ou do receptor de progesterona é diferente entre câncer endometrial tipo 1 e tipo 2? **Oncotarget** 8(1):506–511. Disponível em: https://www-oncotarget-com.translate.google/article/13471/text/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=sge. Acesso em: 21 de maio de 2025.
- SILVA, R. S.; *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de mulheres com câncer do colo do útero. **Universidade de São Paulo** (Dissertação), 2021. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/85/85131/tde-18112021-101714/pt-br.html>. Acesso em: 19 de abril de 2026.

SILVA, J. L.; *et al.* Maternal and perinatal outcomes in pregnant women with cancer. **Diagnosics**, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40310447/>. Acesso em: 25 de abril de 2026.

SMITH, H. O.; *et al.* Câncer do colo do útero associado à gestação: desafios atuais e estratégias futuras. **Cancers**, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/16/7/1341>. Acesso em: 18 de abril de 2026.

SMITH, A.; *et al.* Atividade física e qualidade de vida antes e após histerectomia por câncer ginecológico. **International Urogynecology Journal**, 2025a. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-025-06157-3>. Acesso em: 21 de abril de 2026.

SMITH, L.; *et al.* O impacto psicossocial do diagnóstico de câncer na gestação: um estudo de coorte multicêntrico. **Frontiers in Psychology**, 2025b. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2025.1696459>. Acesso em: 24 de abril de 2026.

SOLOMON, N. *et al.* Obstetrical outcomes following laparoscopy during pregnancy: a retrospective case-control study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 302, n. 6, p. 1421–1427, 1 dez. 2020. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14481>. Acesso em: 18 de setembro de 2025.

STEWART, C.; RAYLEA, C.; LOCKWOOD, S. Ovarian cancer: na integrated review. **Semin Oncol Nurs** 35(2):151-156. 2019. Disponível em: <https://share.google/yjZ1gap7PVEtWP0N> . Acesso em: 21 de maio de 2025.

TALBOT, L.; MACLENNAN, K. Physiology of pregnancy. **Anaesthesia & Intensive Care Medicine, Obstetric Anaesthesia**. v. 17, n. 7, p. 341–345, 1 jul. 2016. Disponível em: <https://share.google/Jq6kOacTU4nPwbOMc>. Acesso em: 18 de setembro de 2025.

THOMPSON, D.J., *et al.* Mapeamento fino do CYP19A1 e randomização mendeliana: o estradiol é causal do câncer endometrial. **Câncer relacionado ao endocrinologista**. 2016;23(2):77-91. <https://share.google/9peY2SIKXyUNICdC2> . Acesso em: 10 de junho de 2025.

TRALDI, M. C., *et al.* Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres Atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.185- 191, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020026>. Acesso em: 07 de setembro de 2025.

VALBUSA, D. E., *et al.* Câncer de ovário: fisiopatologia e manejo terapêutico *Ovarian cancer: pathophysiology and therapeutic management*. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.9, n.1, p. 641-656, jan., 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/download/55947/41119/136505> . Acesso em: 30 de maio de 2025.

VAN CALSTEREN, K.; *et al.* Obstetric and neonatal outcomes in women diagnosed with cancer during pregnancy. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2021. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03508-4>. Acesso em: 25 de abril de 2026.

VASHI, R. *et al.* Breast imaging of the pregnant and lactating patient. **Radiographics**, 2016. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2016150037>. Acesso em: 15 de abril de 2026.

VIVOD, M.; *et al.* Câncer ovariano seroso de alto grau durante a gestação: do diagnóstico ao tratamento. **Current Oncology**, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1718-7729/31/4/144>. Acesso em: 18 de abril de 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). *Guide to cancer early diagnosis*. **World Health Organization**, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2026.

ZHANG, X. *et al.* Níveis de hormônios sexuais plasmáticos pós-menopausa e risco de câncer de mama ao longo de 20 anos de acompanhamento. **Tratamento de câncer de mama**. 2013;137(3):883-892. Disponível em: <https://share.google/2IW1MoF7G4ztH4ERM> . Acesso em: 30 de maio de 2025.

ZUIN, M. *et al.* Arterial hypertension and risk of death in patients with COVID-19 infection: systematic review and meta-analysis. **J Infect**. 2020;81(1):e84-6. Disponível em: Disponível em: <https://share.google/oLiz6PTV6k2Z33DZa1> . Acesso em: 24 de abril de 2025.

ZUGAIB, M. *et al.* Zugaib Obstetrícia [5.ed.]. BARUERI: **Manole**, 2023. Disponível em: <https://www.meulivro.biz/medicina/obstetricia/1137/zugaib-obstetricia-3-ed-pdf/>. Acesso em 06 de setembro de 2025.

ZHU Z., *et al.* Integração de dados resumidos de estudos GWAS e eQTL prevê alvos de genes de características complexas. *Nat Genet.* 2016;48(5):481-487. Disponível em: <https://share.google/7EkARz51g7VxrLpk4> Acesso em: 10 de junho de 2025.