

CENTRO UNIVERSITARIO DE BRASILIA
FACULDADE DE CIENCIAS DA EDUCAÇÃO E SAUDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

HELENA DA SILVA PORTELA

CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de artigo como requisito de formação no Bacharelado em enfermagem no UniCeub, sob orientação da professora Julliane Messias Cordeiro Sampaio.

CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Helena da Silva Portela¹

Julliane Messias Cordeiro Sampaio²

Resumo

Objetivo: Trata-se de uma revisão integrativa que objetivou avaliar a presença câncer de mama em mulheres jovens até 40 anos e identificar o acesso aos programas de rastreamento e detecção precoce. **Método:** As bases de dados foram Scielo, Biblioteca Virtual em saúde, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações e o Banco de teses da Universidade de São Paulo. Os critérios de inclusão foram texto completo em português, inglês ou espanhol, publicados entre 2013 e 2018, artigos científicos publicados em revistas, Teses de Doutorado e dissertações de mestrado. **Resultados:** Após a análise dos trabalhos foi possível separar os resultados em categorias que contemplaram: Relação da hereditariedade com o câncer de mama em mulheres jovens; Faixa etária acometida; Estadiamento predominante e Diagnóstico e rastreamento. **Conclusão:** Há uma necessidade de se investir em programas de rastreamento a essa população.

Palavras chaves: Câncer de mama; Mulheres; Jovens; Rastreamento; Diagnóstico.

BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Objective: This is an integrative review aimed at evaluating the presence of breast cancer in young women up to 40 years old and identifying access to screening and early detection programs. **Method:** The databases were Scielo, Virtual Health Library, Digital Theses and Dissertations Library and the Theses Bank of the University of São Paulo. The inclusion criteria were full text in Portuguese, English or Spanish, published between 2013 and 2018, scientific papers published in journals, Ph.D. Theses and master's dissertations. **Results:** After the analysis of the studies, it was possible to separate the results into categories that included Relation of heredity with breast cancer in young women; Age group affected; Predominant Staging and Diagnosis and Screening. **Conclusion:** There is a need to invest in screening programs for this population.

Keywords: Breast cancer; women; Young; Screening; Diagnosis.

¹Acadêmica de enfermagem do UNICEUB

²Professora do UniCEUB - Doutora em Enfermagem em Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

O câncer (CA) é responsável, a cada ano por mais de 7 milhões de óbitos no mundo, sendo o CA de mama responsável 22% dos casos novos, mantendo-se como o segundo tipo mais frequente no mundo e em primeiro lugar entre os que acometem as mulheres. (SOUZA et al, 2016). Para o Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de CA de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste e na Região Norte é o segundo tumor mais incidente. (INCA, 2018).

Os fatores de risco para o câncer de mama estão principalmente relacionados a idade e de forma cumulativa a história reprodutiva, onde mulheres mais velhas na fase de perimenopausa possuem os maiores índices desse tipo de câncer. O acometimento em mulheres com idade inferior a 40 anos ainda é pouco frequente, mas vem apresentando um crescimento no país com aspectos mais agressivos e diagnósticos em estágios mais avançados (VARGENS et al, 2017). Em mulheres mais jovens os valores de reincidência e recidiva local são mais elevados do que em pacientes mais velhas, sendo 5 vezes mais elevado nos casos de recidiva e variando entre 12 a 35% para a reincidência (MOURA, SANTOS, PARTELE, 2015). Dessa maneira esses autores apontam que mulheres com idade inferior a 40 anos apresentam pior prognóstico quando acometidas por essa patologia.

As estratégias de prevenção do câncer de mama podem ser divididas em prevenção primária e secundária. Na prevenção primária, encontram-se as medidas focadas na orientação relacionada aos hábitos de vida, como alimentação, obesidade e sedentarismo, e na realização do auto palpação das mamas sempre que sentirem-se confortáveis, sem a utilização de técnicas mais específicas (OHL, 2015), essa forma difere da antiga recomendação de realização do autoexame das mamas, que apresentava técnica e periodicidade fixa. Segundo INCA (2015) na prevenção secundária ocorre as estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce. O rastreamento tem o objetivo de identificar doenças em sua fase assintomática e ocorre através da realização de testes simples em pessoas saudáveis.

As estratégias de diagnóstico precoce possuem o objetivo de detectar pessoas com sinais e sintomas iniciais da doença e é realizado através da mamografia e do exame clínico das mamas, onde a mamografia deva ser realizada em mulheres com mais de 50 anos, e o exame clínico anual em mulheres acima de 40 anos de idade Para mulheres pertencentes a grupos de risco muito elevado para câncer de mama, a recomendação é de iniciar triagem em a partir dos

35 anos de idade e somente através do Exame clínico das mamas anualmente. A oferta de exames de mamografia à população assintomática e abaixo da idade preconizada, pode induzir e situações como a indução do CA de mama por radiação e o aumento na taxa de resultados falso-positivos, causando aumento da realização exames complementares desnecessários e maior ansiedade nas mulheres (BRASIL (2013). Porém para GONÇALVES et al (2014) o atraso no diagnóstico e no início do tratamento estão relacionados aos maiores índices de mortalidade feminina, de forma que quando detectado em estádios iniciais, apresenta melhor prognóstico e garante menores custos ao sistema de saúde.

A partir do diagnóstico é realizado a classificação do CA de mama, podendo ocorrer de diversas forma, como tipo histológico e grau histológico, a classificação por subtipos moleculares, classificação clínica pelo sistema TNM, que indica o tamanho do tumor, o número de linfonodos acometidos; e a presença ou não de metástase à distância (MACEDO, 2015). Segundo, de forma geral no sistema TNM o estágio 0 é representado pelo carcinoma *in situ* e junto ao estágio I e representante também os tumores iniciais; os estádios II e III são representados pelos casos de doença localmente avançada, com disseminação loco regional extensa; e por último o estágio estágio IV representados pelos tumores com metástases a distância. (SILVA, LELIS, MONTEIRO, 2014). Dessa forma o estadiamento é importante para definir a gravidade da lesão durante o diagnóstico.

Sendo assim, mulheres jovens abaixo dos 40 anos não entram para a triagem e não participam das ações de diagnóstico precoce, pois considera-se o risco maior que o benefício tornando essas mulheres excluídas das ações de prevenção primária e secundária. Portanto este estudo teve como objetivo avaliar a presença CA de mama em mulheres jovens até 40 anos e identificar o acesso aos programas de rastreamento e detecção precoce. As mulheres nessa faixa etária não possuem acesso a métodos de rastreamento e detecção precoce, ficando mais suscetíveis ao agravamento da doença sabendo-se que quanto mais jovem pior o prognóstico tende a ser, necessitando de estudos voltados para essa população.

2 MÉTODO

Este é um estudo de revisão integrativa da literatura sobre CA de mama em mulheres jovens até 40 anos. Para construir a pesquisa e nortear as buscas foi utilizada a estratégia SPIDER que contempla os seguintes elementos: *Sample* (amostra); *Phenonemon of Interest*

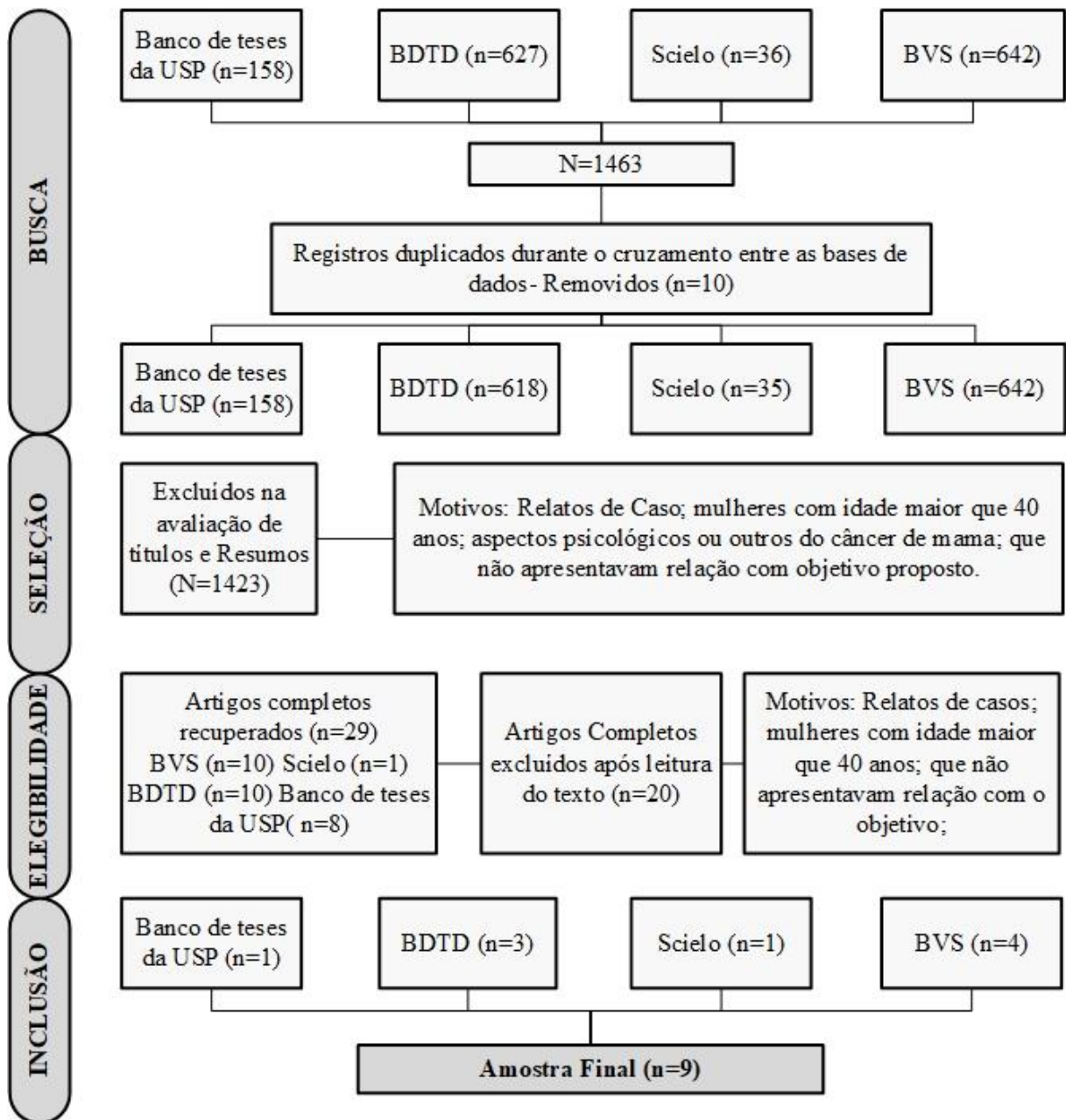
(fenômeno de interesse); *Design* (desenho do estudo); *Evaluation* (avaliações); *Research type* (tipo de pesquisa).

O levantamento dos estudos ocorreu março a maio de 2018 e foi norteado pela seguinte questão “É necessário a inserção de mulheres com idade inferior a 40 anos no rastreamento do CA de mama?”. Contemplando-se as seguintes etapas na elaboração da revisão: 1. Definição do objetivo; 2. Busca ou amostragem na literatura (estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos), 3. Coleta de dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Discussão dos resultados; e 6. Apresentação da revisão (SOUZA, SILVA E CARVALHO, 2010).

Para a seleção dos artigos foram consultadas nos Descritores da Saúde (DECs) as seguintes palavras chaves: Câncer de mama; Mulheres; Jovens; Rastreamento; Diagnóstico. A partir delas foi realizada uma consulta nas bases de dados Biblioteca virtual em Saúde (BVS) e Scielo, e para a seleção das teses e dissertações foi utilizada a Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações (BDTD) e o Banco de teses de Universidade de São Paulo. Os critérios de inclusão analisados incluem texto completo em português, inglês ou espanhol, publicados entre 2013 e 2018, artigos científicos publicados em revistas que tivesse uma metodologia que atendesse ao objetivo do estudo, ensaios clínicos, pesquisas experimentais e pesquisas qualitativas. Teses de Doutorado e dissertações de mestrado. Os critérios de exclusão foram, mulheres acima de 40 anos, artigos sem publicação em revista científica, resumo de congressos e relatos de caso. Os trabalhos possivelmente relevantes para a pesquisa, dentro dos critérios estabelecidos foram selecionados com base na leitura dos títulos e resumos, onde a amostra final deste estudo ficou constituída por 9 trabalhos, sendo 5 artigos científicos, 2 teses e 2 dissertações. Esse processo pode ser visto na Figura 1.

As características gerais dos estudos incluídos na revisão foram organizadas em relação ao objetivo e a conclusão obtida, e o nível de evidencia desenvolvido pela autora, para evidenciar a força dos trabalho, baseado na Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, de forma que o Nível I são evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados, ensaio clínico controlado randomizado; Nível II são evidências obtidas em Revisão Sistemática de Estudos de Coorte, Estudo de Coorte, estudos de observação de resultados terapêuticos; Nível III são evidências de Revisão Sistemática de Estudos Caso-Controlle, e Estudo Caso-Controlle; Nível IV são Relato de Casos Nível V são evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Figura 1- Fluxograma do processo de construção da Revisão. Banco de teses da USP, BDTD, Scielo, BVS, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor.

3 RESULTADOS

Na presente revisão integrativa, seguindo o que foi exposto na metodologia analisou-se 5 artigos e 2 teses e 2 dissertações que atenderam aos critérios de inclusão mencionados. Dentre os trabalhos incluídos houve maior incidência de estudos publicados em 2013. O tipo de estudo predominante foi o descritivo. O nível de evidencia de cada artigo está descrito no

quadro 1, onde 6 trabalhos apresentaram nível III, 2 de nível II e 1 trabalho de nível I. Nenhum trabalho se enquadrou nos níveis IV e V.

A distribuição dos trabalhos revisados, como descrito no quadro 2, foi realizado através da separação da amostra, dos objetivos e da conclusão dos autores. Após a análise dos trabalhos foi possível separar os resultados em categorias que contemplam: Relação da hereditariedade com o câncer de mama em mulheres jovens; Faixa etária acometida; Estadiamento predominante e Diagnóstico e rastreamento.

Quadro 1- Características gerais dos estudos analisados organizados por nível de evidência. Banco de teses da USP, BDTD, Scielo, BVS, 2018.

AUTORES	ANO	TIPOS DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA				
			I	II	III	IV	V
<i>PINHEIRO et al</i>	2013	Estudo descritivo, transversal			X		
<i>APPLETON, HACKNEY, NARAYANAN JÁCOME</i>	2013	Estudo documental, retrospectivo			X		
	2013	Revisão de literatura			X		
<i>RUDDY et AL</i>	2014	Estudo de coorte		X			
<i>SEBASTIÃO et al</i>	2014	Estudo documental descritivo			X		
<i>ABRAHÃO</i>	2015	Revisão de Literatura			X		
<i>MOURA</i>	2015	Ensaio clínico randomizado	X				
<i>PEREIRA</i>	2016	Epidemiológico observacional, descritivo misto com coorte transversal, diagnóstico e coorte retrospectivo		X			
<i>PEREIRA, VIAPIANA, SILVIA</i>	2017	Estudo descritivo, transversal			X		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 2- Distribuição dos trabalhos revisados. Banco de teses da USP, BDTD, Scielo, BVS, 2018.

Autores	Amostra	Objetivos	Conclusão
PINHEIRO et al	12.689 casos	Descrever o perfil clínico epidemiológico de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama no Brasil comparando as características clínicas entre as faixas etárias 35-39 anos e as menores de 34 anos.	Mulheres jovens com câncer de mama apresentam estadiamento avançado ao diagnóstico.
APPLETON, HACKNEY, NARAYANAN	2,495 casos	Avaliar a adequação da ultrassonografia e a utilidade da mamografia em mulheres até 40 anos.	A ultrassonografia foi confiável no diagnóstico nessa faixa etária. A mamografia e / ou ressonância magnética merecem-se como essenciais para determinar com precisão a multifocalidade e/ou a extensão da doença.
JÁCOME	653	Identificar os fatores de risco e sobrevida de CA de mama em mulheres jovens.	Câncer de mama em mulheres jovens possuem riscos diferentes, prognóstico desfavorável e baixa sobrevida
RUDDY et al	585 casos	Avaliar como as mulheres jovens apresentam CA de mama, a Frequência dos atrasos no diagnóstico e a relação entre atrasos e estágio da doença	As mulheres detectam seus próprios cânceres de mama. Sem longos atrasos do diagnóstico. Mulheres mais pobres possuem maior probabilidade ocorrer atrasos no diagnóstico.
SEBASTIÃO et al	68 casos	Identificar o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos em mulheres diagnosticadas com CA de mama menores de 40 anos	O rastreamento do câncer de mama nessas mulheres permite detectar mais precocemente, reduzindo a incidência dos óbitos.
ABRAHÃO	1869	Identificar a influência dos e dos subtipos moleculares e a idade no estadiamento clínico do CA de mama e avaliar a sobrevida de mulheres jovens diagnosticadas	O subtipo molecular triplo negativo está associado ao estadiamento avançado e em mulheres jovens foi um fator para a piora sobrevida. A melhora do conhecimento sobre esse tipo permitirá o desenvolvimento de estratégias para esse grupo.
MOURA	149 casos	Investigar 149 mulheres brasileiras com idade de até 25 anos com diagnóstico de CA de mama e as características patológicas do câncer.	A frequência do CA de mama correspondeu a 0,4% de todos os casos no Brasil, O carcinoma ductal invasivo foi o tipo histológico mais comum com grau III de estadiamento, presença de receptor hormonal em 59,6% dos casos e apresentando maiores tamanhos tumorais
PEREIRA	211 casos	Descrever o perfil clínico epidemiológico de pacientes com idade igual ou inferior a 40 anos com CA de mama diagnosticadas e tratadas.	A não participação do rastreio mamográfico, leva a uma diminuição da sobrevida estando relacionado ao estadiamento mais avançado e tratamento mais agressivo.
PEREIRA, VIAPIANA, SILVIA	233 casos	Descrever o perfil clínico de pacientes com idade igual ou inferior a 40 anos diagnosticadas e tratadas com CA de mama.	O comportamento mais agressivo e o atraso no diagnóstico e o do câncer podem contribuir para a ocorrência de um estadiamento mais avançado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4 DISCUSSÃO

4.1 Relação da hereditariedade com o câncer de mama em mulheres jovens

O diagnóstico de CA de mama em mulheres jovens é baixo, entretanto nos últimos anos vem ocorrendo um aumento significativo no Brasil. Segundo JÁCOME (2013) este aumento pode estar relacionado a fatores de risco tanto hereditários como ambientais e hormonais, apesar de estes últimos não estarem bem caracterizados nessa faixa etária podendo atuar de forma diferente da que atuam nas mulheres mais velhas. Durante o diagnóstico prioriza-se a busca ativa por antecedentes familiares desse tipo de câncer, entretanto somente uma de cada quatro mulheres apresentará antecedentes familiares e apenas uma em cada dezoito será de primeiro grau.

JÁCOME (2013) ainda encontrou em seu estudo que três de cada cinco mulheres diagnosticadas com CA de mama possuíam antecedentes familiares afetados por outros tipos de CA, onde o risco para essa mulher ser diagnosticada aumenta proporcionalmente de acordo com aumento do número de familiares afetados. PINHEIRO (2013) em seu estudo, diverge do autor ao encontrar que 48,6% das mulheres até 39 anos possuem história familiar da doença sendo o risco aumentado em duas vezes quando há presença de um parente de 1º grau. Dessa forma é possível observar que esse fator tem grande importância para o desenvolvimento da doença, mas é possível sugerir a falta dados que deixem claro essa relação.

4.2 Faixa etária acometida

É sabidamente conhecido que o câncer de mama tem como principal fator para seu desenvolvimento a idade, com predominância das taxas de mortalidade em mulheres acima de 50 anos. Entretanto em mulheres jovens, segundo MOURA (2015) ocorre o maior estadiamento da doença, bem como presença de tumores maiores, onde 69,1% dos tumores mediam mais que 2 cm. O autor atribui esse fator a ausência de programas de triagem para essa população, sendo que a detecção precoce poderia reduzir o tamanho dos tumores e por consequência a mortalidade.

JACOME (2013) corrobora com essa ideia ao colocar que mulheres jovens com essa patologia possuem um pior prognóstico, mesmo com a terapêutica implantada de forma adequada. Sendo que a sobrevida total nas mulheres com idade inferior a 31 anos foi menor que

a sobrevivência das mulheres diagnosticadas com idade acima dessa faixa etária. Já SEBASTIÃO (2014) encontrou em seus estudos dados onde mulheres com diagnóstico ocorrido com menos de 35 anos ou após os 75 anos têm maior risco de mortalidade, associando esse dado a apresentação mais agressiva do e o pior prognóstico nessas faixas etárias, onde a taxa de mortalidade em pacientes com menos de 40 anos de 46,9%.

4.3 Estadiamento predominante

Segundo PEREIRA (2016), em seus estudos foi encontrado que as mulheres menores de 40 anos apresentam estadiamento avançado, onde 27,5% dos casos foram estadiados como II, seguido 21,3% como III e o estágio IV representado 2,4%, indicando estágio avançados da doença, tornando mais difícil o tratamento. Esses dados demonstram que as mulheres já são diagnosticadas em estágio avançados da doença, tornando mais difícil o tratamento

Em Relação a achados clinico-patológicos o perfil clinico patológico o tipo histológico mais presente foi o carcinoma ductal invasor, o tipo molecular mais encontrado foi o triplo negativo, os estadiamentos IIA e IIIB foram os predominantes ao diagnóstico, caracterizando doença mais avançada. (ABRAHÃO, 2015). Nessa faixa etária os tumores de menor tamanho, com ausência de comprometimento linfonodal, estadiamento clínico inicial, receptor de estrogênio positivo e subtipos moleculares diferentes de triplo negativo, apresentaram menor probabilidade de recidiva ou metástase. (MOURA, 2015).

PINHEIRO et al, (2017) em relação ao tratamento adotado para essa faixa etária é realizado da mesma forma para pacientes jovens e idosas, sendo guiado de acordo com as características do tumor, questões de cunho estético e outras. O predomínio de técnica adotada foi método cirúrgico associado a quimioterapia, seguido pela combinação com radioterapia, entretanto diante do quadro de maior estadia mento e características clinico patológicas mais agressivas, se faz necessário a realização de tratamentos mais radicais que pioram a qualidade de vida e aumentam a morbidade.

4.4 Diagnóstico e Rastreamento

O diagnóstico e o rastreamento são um desafio para o tratamento das mulheres diagnosticadas com menos de 40 anos, pois não há programas governamentais que favoreçam a divulgação e conscientização desse grupo, gerando uma vulnerabilidade para aquelas que não

possuem um acesso adequado a conhecimento e recursos médicos. Essa ideia corrobora com que SEBASTIÃO (2014) apresenta em seu estudo, onde as mulheres pertencentes a classes sociais menos favorecidas são vulneráveis, possuindo um diagnóstico tardio da doença e menor acesso aos programas de prevenção, de forma que quando relacionada com a escolaridade, as mulheres com nível superior, possuem sobrevida de 92,2% em cinco anos.

RUDDY et al (2014) em seu estudo confirma que mulheres nessa faixa etária, por falta de rastreamento rotineiro possuem dificuldades em realizar o diagnóstico, onde frequentemente esse se dá por autodetecção de anormalidades mamárias. Além disso mulheres em pior situação financeira tinham maior probabilidade de sofrer atrasos na busca de atendimento médico. O atraso no diagnóstico pode contribuir para um estágio mais elevado e, portanto, podem ter impacto nos desfechos.

Entretanto JACOME (2013) em relação ao uso da mamografia nessa faixa etária sugere uma associação entre exposição à radiação ionizante e o risco de desenvolver câncer de mama, que é proporcional a idade da exposição à radiação. Quando a exposição acontece antes de uma gestação a glândula mamária não está totalmente desenvolvida podendo resultar em um possível dano ao DNA, gerando um erro genético e por consequência uma possível lesão. PEREIRA et al (2017) corrobora com essa ideia pois a mama jovem é mais sensível a radiação por ser mais densa, diminuindo assim sensibilidade da mamografia, resultando em maior dose de radiação dispensada pelo mamógrafo.

Diante disso, APPLETON (2013), sugere o uso da ultrassonografia como método diagnóstico de melhor escolha, pois devido ao fato dessas mulheres possuírem tecido mamário denso favorece o uso desse método, possuindo ainda a capacidade em detectar câncer oculto nessa faixa etária ao contrário do exame mamográfico. Esse estudo corrobora com o mais recente apresentado por PEREIRA et al (2017) onde em uma comparação entre mulheres mais jovens e as mais velhas, o uso da mamografia teve menor especificidade e sensibilidade nas mulheres entre 18 e 39 anos, onde em 75% dos casos a mamografia não identificou os tumores nessa faixa etária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi abordado e discutido ao longo deste artigo, a prevalência de mulheres com idade inferior a 40 anos é baixa, entretanto essa população possui os efeitos mais drásticos e piores prognósticos. Parte desse problema está associado a dificuldade em acessar os recursos necessários para o diagnóstico, pois essas mulheres são excluídas dos programas de

rastreamentos, pois os mesmos são realizados através da mamografia, e sendo esse um exame com eliminação de radiação ionizante, aumenta os riscos nessa faixa etária para o desenvolvimento ao agravamento da patologia, considerando-se assim os riscos maiores que os benefícios. Observou-se então que os diagnósticos ocorrem em decorrência da autodetecção de alterações nas mamas, porém mulheres com menores condições sociais, possuem maior risco de atraso no diagnóstico e menor acesso a programas de prevenção. Uma alternativa a mamografia apresentada por alguns autores, seria então uso da ultrassonografia, pois além de possuir maior especificidade e sensibilidade nesse grupo, possui menores riscos relativo ao uso da radiação.

Dessa forma, pode-se sugerir que há uma necessidade de se repensarem as políticas públicas de rastreamento do câncer de mama, no que tange a faixa etária da população-alvo, beneficiando-as com o acesso aos exames de rotina que atualmente são realizados em mulheres com mais de 40 anos de idade, devido à gravidade do prognóstico em mulheres com menos de 40 anos. Nesse sentido, não se pretende esgotar a discussão sobre a temática com essa investigação, senão, abrir possibilidades para que novas pesquisas sejam realizadas a fim de beneficiar o grupo populacional ora apresentado nesse estudo.

6 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, K.S. **Fatores prognósticos em mulheres jovens com câncer de mama.** Dissertação (Mestrado) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 2015.

APPLETON, D.C.; HACKNEY, L.; NARAYANAN, S. Ultrasonography alone for diagnosis of breast cancer in women under 40. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, London, v.96, p.202-206. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

GONÇALVES, L.L.C et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n.3, p.394-400, março. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018, Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2018

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Controle do câncer de mama: detecção precoce.** Rio de Janeiro, 2015.

JÁCOME G.P.O. **Câncer de mama em mulheres jovens no Rio de Janeiro: estudo de fatores de risco e sobrevida.** 111 f. Tese (Doutorado) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

Macedo, F.O. **Abordagem cirúrgica axilar no câncer de mama estadiamento clínico T1-T2N0M0: complicações pós-operatórias e sobrevida em uma coorte hospitalar de mulheres do Rio de Janeiro.** 134 f. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MOURA J.R.; SANTOS J.M.; PARTELE M. Idade precoce do câncer de mama e suas implicações, **RBM Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.72, n.9, setembro.2015.

MOURA, R.D. **Câncer de mama em mulheres muito jovens: estudo clinicopatológico de 149 pacientes ≤25 anos de idade.** Tese (Doutorado) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

OHL, I.C.B et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.4, p.793-803. Julho-agosto. 2016.

PEREIRA, H.F.B.E.S.A. **Perfil epidemiológico e clínico de mulheres jovens com câncer de mama no Amazonas: estudo de 11 anos.** Dissertação (Mestrado) da Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 2016.

PEREIRA, H. F. B. E. S. A et al. Aspectos Clínicos e Patológicos do Câncer de Mama em Mulheres Jovens Atendidas na FCEcon entre 2003 e 2013. **Revista Brasileira de Cancerologia**; Rio de Janeiro, v.63, n.2, p.103-109. 2017.

PINHEIRO, A.B et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.351-359. 2013.

RUDDY, K.J. et al. Breast Cancer Presentation and Diagnostic Delays in Young Women. **Cancer**, v.120, n.1, p.-20-25, January, 2014.

SEBASTIÃO, CK et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.19, n.3, p.459-464. julho-setembro.2014.

SILVA, C. R. M. da; LELIS, M. C.; MONTEIRO, S. O. **Estadiamento do câncer de mama: Tratado de Oncologia.** Rio de Janeiro: Editora Revinter, Vol. 2., Cap. 123, 2013.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer, **Revista Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-106, 2010.

SOUZA, N.H.A et al. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro. **SANARE- Revista de Políticas Públicas**, Sobral, V.16, n.02, p.60-67, julho-dezembro.2017.

VARGENS, O.M.C et al. Mulheres jovens com câncer de mama: lutando contra o câncer e o espelho, **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v.4, e109, 2017.