

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVI

Capítulo 19

TERAPIA HORMONAL E SAÚDE MAMÁRIA: IMPLICAÇÕES NO RISCO DE CÂNCER DE MAMA

CAMILA VARIANI^{1 3}
JULIA GIARETTA^{1 3}
JOSIMARA LUIZA PARISE^{1 3}
ANDRESSA MATTE^{1 3}
VITÓRIA CORNELIO BORGES FORTES^{1 3}
ISADORA OUTEIRO YANG^{1 3}
ANNA JÚLIA ROSA^{1 3}
GUILHERME BERTIN MÜLLER^{1 3}
ANTONIA BORBA^{1 3}
LÍVIA DE FIGUEIREDO NACHTIGAL^{1 3}
PIETRA BARCELOS MARKOWSKI^{1 3}
ISADORA MARTINEWSKI FONSECA^{1 3}
MARCELLY SILVEIRA REINALDO^{1 3}
LAURA DEVENZ CARDOSO^{1 3}
LUIZ CEZAR FERNANDES VILODRE^{2 3}

¹Discente - Medicina – Universidade Luterana do Brasil/ Canoas - RS.

²Docente – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Luterana do Brasil/Canoas-RS.

³Liga Acadêmica de Mastologia da Universidade Luterana do Brasil/Canoas- RS.

Palavras-Chave: Terapia Hormonal; Câncer de Mama; Menopausa.

DOI

10.59290/2348920815

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma neoplasia maligna caracterizada pela proliferação descontrolada de células mamárias, com potencial de invasão local e formação de metástases. Com exceção da região Norte, constitui a principal causa de morte por câncer entre mulheres no Brasil. Clinicamente, costuma manifestar-se inicialmente como um nódulo fixo e, em geral, indolor à palpação, podendo evoluir para sinais característicos como retração cutânea e aspecto em “casca de laranja”. Tais achados reforçam a importância da investigação diagnóstica precoce, essencial para o início oportuno do tratamento.

De etiologia multifatorial, o câncer de mama resulta da interação de fatores genéticos, hormonais, ambientais e comportamentais. Entre os fatores de risco descritos, destaca-se o uso de terapia hormonal combinada com estrogênio e progesterona no período pós-menopausa, associação evidenciada em grandes ensaios clínicos, como o *Women's Health Initiative* (WHI).

Durante a menopausa, ocorre uma acentuada redução na produção de estrogênio e progesterona, ocasionando alterações físicas, hormonais e psicossociais que impactam a qualidade de vida das mulheres. A fim de amenizar tais sintomas, pode-se fazer reposição desses hormônios sob acompanhamento médico especializado e de acordo com a indicação individualizada de cada paciente.

O capítulo a seguir abordará as terapias hormonais disponíveis, com ênfase em seus potenciais riscos relacionados ao câncer de mama, à luz de estudos clínicos e epidemiológicos que demonstraram relevância para a prática médica. Serão discutidas as evidências acerca da associação com neoplasia mamária e as recomendações atuais das diretrizes internacionais, a fim de oferecer uma visão fundamentada sobre o tema. O objetivo deste estudo é abordar os po-

tenciais riscos de câncer de mama quando usadas as terapias hormonais disponíveis no Brasil, observando evidências para a prática médica, além de observar a terapia hormonal em relação à saúde mamária.

MÉTODO

Foi conduzida uma revisão sistemática da literatura entre agosto e setembro de 2025, com buscas realizadas nas bases PubMed e SciELO, utilizando os descritores “*Hormone Therapy*”, “*Breast Cancer*” e “*Risks*”. A pesquisa inicial identificou 28 publicações, avaliadas segundo critérios previamente estabelecidos. Foram incluídos artigos completos, em português ou inglês, publicados entre 2018 e 2025, que abordassem diretamente a temática proposta, englobando revisões e estudos clínicos. Foram excluídos trabalhos duplicados, disponíveis apenas em formato de resumo, ou que não apresentassem pertinência ao escopo da revisão. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, permaneceram 18 artigos, submetidos à leitura minuciosa para extração e análise dos dados.

Os achados foram organizados e apresentados de forma descritiva, contemplando as seguintes categorias temáticas: panorama epidemiológico do câncer de mama; terapia hormonal no climatério; mecanismos biológicos e influência dos progestagênios; terapia de reposição hormonal e risco de recidiva em pacientes previamente tratadas; recomendações de sociedades médicas e diretrizes internacionais; políticas públicas e desafios no contexto brasileiro; aspectos psicossociais e qualidade de vida; e segurança mamária associada à individualização do tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Panorama epidemiológico do câncer de mama

O câncer de mama é, atualmente, o tipo de câncer mais incidente entre as mulheres no

mundo, sendo um importante problema de saúde pública. Estima-se que, no Brasil, no período de 2023 a 2025 houve cerca de 73.610 novos casos anuais, cerca de 41,89 por 100 mil mulheres. Em 2021, o país registrou 18.139 óbitos femininos por câncer de mama (BRASIL, 2022; BRASIL, 2023). No mundo, os números também são altos, em 2022, houve 2,3 milhões de novos casos e 670 mil mortes atribuídas à doença. Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, até 2050, a carga global pode atingir 3,2 milhões de novos casos e 1,1 milhão de mortes anuais (WHO, 2023; IARC, 2025).

Diversos fatores de risco contribuem para o desenvolvimento da doença. Entre os não modificáveis se encontram sexo feminino, história familiar ou pessoal de câncer de mama, idade avançada, mutações genéticas hereditárias (BRCA1, BRCA2, TP53, entre outros), menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos, menopausa tardia e elevada densidade mamária (INCA, 2024; European Commission, 2024). Dos fatores modificáveis, destacam-se obesidade, consumo de álcool, sedentarismo, etilismo, tabagismo, dieta rica em gorduras, exposições à radiação, uso prolongado de anticoncepcionais orais ou terapia de reposição hormonal na menopausa, além de fatores ambientais ocupacionais (INCA, 2024; ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2025). Outros fatores como aleitamento materno prolongado, atividade físicas regulares, peso adequado e redução de álcool e tabaco estão associados à redução do risco (INCA, 2024).

De fato, o câncer de mama é um problema de saúde pública que exige atenção máxima e prioritária devido sua alta incidência e mortalidade, além dos impactos socioeconômicos e pelas desigualdades no acesso ao diagnóstico precoce e tratamento.

Terapia hormonal no climatério: benefícios, indicações, contraindicações e diferenças entre terapia combinada e estrogênio isolado

A terapia de reposição hormonal permanece como a principal estratégia para o manejo dos sintomas do climatério e menopausa, proporcionando alívio de sintomas vasomotores, e a prevenção da osteoporose, que comprometem de forma significativa a qualidade de vida das mulheres na menopausa (PASSOS *et al.*, 2023; BRASIL, 2022; WHO, 2023).

Contudo, o uso prolongado da TRH, especialmente em mulheres pós-menopausa, levanta uma preocupação quanto ao risco de desenvolvimento do câncer de mama. Diversos estudos buscam esclarecer essa relação, considerando diferentes esquemas hormonais, a duração do tratamento e o impacto da escolha terapêutica (YUK, 2024; BRASIL, 2024; WHO, 2023).

A terapia hormonal é o tratamento mais eficaz para sintomas vasomotores, reduzindo significativamente a frequência e intensidade de fogachos, melhora da qualidade do sono e do bem-estar geral. Estudos demonstram que o alívio ocorre em poucas semanas após o início da terapia, sendo uma opção superior às outras farmacológicas (PASSOS *et al.*, 2023; YUK, 2024).

Ademais, a terapia hormonal mostrou preservação da densidade mineral óssea e redução do risco de fraturas por osteoporose em mulheres pós-menopausa, especialmente quando iniciada precocemente. O efeito protetor ósseo é mais evidente ainda em mulheres com fatores de risco para osteoporose ou que não toleram outras formas de terapia antiosteoporóticas (PASSOS *et al.*, 2023; BRASIL, 2022; WHO, 2023).

A terapia hormonal promove melhora do perfil lipídico, redução da resistência insulina e, conseqüentemente, diminuição do risco de dia-

betes tipo 2, além de contribuir para a manutenção de massa magra e distribuição da gordura corporal. No entanto, deve ser ponderado os benefícios metabólicos frente aos riscos cardiovasculares (PASSOS *et al.*, 2023; BRASIL, 2024; WHO, 2023).

A terapia combinada de estrogênio + progestagênio é indicada para mulheres com útero, pois o progestagênio mostrou-se como protetor contra hiperplasia e câncer de endométrio induzido por estrogênio. A terapia com estrogênio isolado é reservada para mulheres histectomizadas, apresentando menor risco de câncer de mama em comparação à terapia combinada. Estudos mostram que o risco de câncer de mama é significativamente maior no uso prolongado de terapia combinada, enquanto o uso de estrogênio isolado apresenta risco mais baixo (YUK, 2024; PASSOS *et al.*, 2023; BRASIL, 2024).

A terapia hormonal é indicada principalmente para mulheres no climatério com sintomas vasomotores moderados a graves, como fogachos e sudorese noturna. Além disso, é considerada para prevenção de osteoporose e melhora de sintomas geniturinários como atrofia vaginal e dispareunia. Essa indicação deve ser individualizada, levando em conta a idade, tempo desde a menopausa e fatores de risco pessoais (PASSOS *et al.*, 2023; BRASIL, 2022).

É contraindicada em mulheres com histórico prévio de câncer de mama, câncer de endométrio, tromboembolismo venoso, doença hepática ativa, sangramentos não esclarecidos e doença coronariana ou cerebrovascular em atividade (PASSOS *et al.*, 2023; BRASIL, 2024; WHO, 2023).

Mecanismos biológicos e a influência dos diferentes tipos de progestagênios

A relação entre a terapia hormonal e o câncer de mama é mediada por mecanismos bioló-

gicos complexos, centrados na sinalização dos receptores de estrogênio (RE) e progesterona (RP) no tecido mamário. O estrogênio atua como um potente mitógeno, promovendo a proliferação das células epiteliais da mama ao se ligar ao RE. Esse aumento na taxa de divisão celular eleva a probabilidade de erros na replicação do DNA, o que pode culminar em mutações oncogênicas.

O papel dos progestagênios é mais controverso e, crucialmente, depende da sua estrutura molecular. Diferentemente da progesterona natural, os progestagênios sintéticos utilizados na terapia hormonal combinada possuem diferentes perfis de ligação a receptores esteroides, incluindo receptores androgênicos e glicocorticoides, o que resulta em efeitos biológicos distintos no tecido mamário.

Estudos, como o *Women's Health Initiative* (WHI), demonstraram que o risco de câncer de mama estava significativamente aumentado no braço que utilizou estrogênios equinos conjugados associados ao acetato de medroxiprogesterona (MPA), um progestagênio sintético com atividade androgênica. Em contraste, pesquisas mais recentes sugerem que o uso de progesterona micronizada, bioidêntica à produzida pelo ovário, pode não conferir o mesmo nível de risco, ou até apresentar um perfil de segurança superior. Acredita-se que a progesterona micronizada tenha uma ação mais neutra ou até antiproliferativa em determinados contextos, modulando a ação estrogênica de forma mais fisiológica.

Essa distinção é fundamental na prática clínica, pois reforça que o risco associado à terapia combinada não é uma característica de classe, mas sim uma variável dependente do tipo específico de progestagênio utilizado. A escolha criteriosa do componente progestagênico, portanto, torna-se um pilar na individualização da te-

rapia hormonal, visando maximizar os benefícios e minimizar os riscos mamários.

Terapia de reposição hormonal e o risco de recidiva de câncer de mama em pacientes já tratados

Apesar do fato de que a TRH demonstrou ter melhorado a qualidade de vida em mulheres pós-menopausa saudáveis, poucos estudos observacionais abordaram essa terapia em pacientes tratados com câncer de mama, e nenhum observou aumento da recorrência ou mortalidade da doença.

A detecção precoce e as terapias aprimoradas mostraram um efeito positivo na expectativa de vida em pacientes com câncer de mama. À medida que a sobrevivência geral e livre de doenças melhora, a qualidade de vida se torna mais importante, principalmente naqueles pacientes que têm câncer de mama de baixo risco e experimentam sintomas da menopausa mais cedo do que o esperado devido ao tratamento antineoplásico.

Há também limites de uso para adotar terapias hormonais nas pacientes com risco de recidiva. Entre eles, ressalta-se a falta de informação individual sobre os efeitos colaterais, podendo influenciar as estimativas de persistência em hormonioterapia, uma vez que a supressão do hormônio provoca menopausa precoce e afeta a sexualidade em algumas mulheres. Além disso, pode estar associada significativamente ao aumento no risco de câncer de endométrio, embolia pulmonar, trombose venosa, artralgia, fraturas e eventos cardíacos. Muitos estudos têm focado em fatores não modificáveis, tornando necessárias novas pesquisas com inclusão de fatores modificáveis associados à adesão e persistência à hormonioterapia. Nesse sentido, mudanças na organização do cuidado podem ser pertinentes para auxiliar pacientes a cumprir o tratamento pelo período recomendado (MURPHY, *et al*, 2014).

Relação entre contraceptivos hormonais e câncer de mama; contraindicações, tempo de uso, diferenças entre os diferentes métodos

A associação de contraceptivos hormonais e o risco de desenvolvimento de câncer de mama ainda permanece um tema de ampla investigação científica, principalmente devido ao uso diário do método por milhares de mulheres pelo mundo e à elevada incidência de neoplasia mamária.

Do ponto de vista biológico, a mama é um órgão altamente sensível à variação hormonal, e o estrogênio estimula a proliferação celular, aumentando a incidência de erros na replicação do DNA, enquanto a progesterona tem efeito duplo: pode tanto regular o crescimento como potencializar a ação estrogênica. Dessa forma, a exposição contínua a esses hormônios exógenos representa um estímulo adicional à proliferação mamária.

Atualmente, o risco relativo de desenvolvimento de câncer de mama por usuárias de contraceptivos hormonais permanece baixo, sobretudo em mulheres jovens. O tempo de uso é um determinante crucial: usuárias de longo prazo, acima de cinco anos, apresentam um risco levemente maior que as usuárias de curta duração. A suspensão do método também pode diminuir o risco, desaparecendo de cinco a dez anos sem uso contínuo. Assim, sugere-se que a ação hormonal contribua para fatores proliferativos neoplásicos, mas não necessariamente como mecanismo de início da carcinogênese (TORRES-DE LA ROCHE *et al.*, 2023).

No que se refere à diferença de métodos, contraceptivos combinados de estrogênio e progesterona apresentam associação mais consistente com o aumento do risco, principalmente em doses antigas, com estrogênio elevado. Já métodos que contêm apenas progesterona são mais controversos: algumas formas sugerem risco semelhante aos combinados, outras não

demonstram risco significativo. Essa diferenciação pode estar relacionada às diferentes doses de hormônio, mas também às diferentes vias de administração (FITZPATRICK *et al.*, 2023).

Desse modo, a interpretação clínica deve considerar os métodos apropriados com o perfil do paciente. Também, é fundamental evitar interpretações equivocadas entre pequeno risco e contraindicação absoluta do contraceptivo hormonal, desfavorecendo avanços significativos em saúde reprodutiva e familiar.

Recomendações de sociedades médicas e diretrizes internacionais

O uso da terapia hormonal (TH) no climatério e seus riscos de câncer de mama ainda seguem sendo debatidos, tanto na escala nacional quanto internacional, pelas principais sociedades médicas. Segundo a North American Menopause Society (NAMS, 2022), os riscos dependem do tipo, da dose, da duração e da via de administração da terapia hormonal. Em especial, a terapia de reposição combinada de estrogênio e progesterona está associada a um aumento do risco de câncer de mama (INCA, 2022), embora o Instituto destaque que, após a suspensão da TRH, há uma queda progressiva desse risco. Em contraste, a TH apenas com estrogênio em mulheres histerectomizadas apresenta risco menor ou até redução do risco de câncer de mama (NAMS, 2022; FEBRASGO, 2024).

Mulheres com menos de 60 anos e que se encontram até dez anos do início da menopausa apresentam mais benefícios do que prejuízos, inclusive na esfera cardiovascular, desde que não haja contraindicações para a reposição hormonal. As diretrizes enfatizam o uso da menor dose eficaz pelo menor tempo possível, aliado ao acompanhamento clínico criterioso e ao rastreamento mamográfico regular (NAMS, 2022; FEBRASGO, 2024). Para sobreviventes de câncer de mama, a TH é contraindicada (NAMS, 2022).

Em âmbito nacional, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) reforça a necessidade de estudos mais homogêneos sobre a viabilidade da TRH em pacientes com diagnóstico prévio de câncer de mama, com o objetivo de avaliar o alívio dos sintomas do climatério. Os estudos existentes apresentam limitações, como curto tempo de acompanhamento, pequeno número de participantes e escassez de estratificação quanto à terapia utilizada e aos subtipos neoplásicos.

Acima de tudo, todas as diretrizes e sociedades científicas enfatizam a importância de uma avaliação individualizada de cada paciente, evitando generalizações nas condutas clínicas.

Políticas públicas e desafios no contexto brasileiro

No contexto da saúde pública no Brasil, a terapia de reposição hormonal (TRH) para mulheres que sofrem sintomas da menopausa está disponível, porém com algumas limitações. A oferta não ocorre de forma uniforme em âmbito nacional, sendo restrita a algumas unidades, o que mantém desigualdades, especialmente entre mulheres socialmente vulneráveis, que permanecem sem acesso pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com dificuldade de aquisição por meios próprios.

Segundo o Ministério da Saúde, para pessoas transgêneras, a terapia hormonal, tanto feminilizante quanto masculinizante, está assegurada, mas depende de protocolos específicos. O serviço permanece pouco especializado, sendo essencial o acompanhamento clínico contínuo, o que representa barreiras adicionais quando se considera a TRH para o climatério.

Há ainda um projeto de lei em andamento que visa garantir o acesso à TRH para todas as mulheres no período do climatério pelo SUS. Entretanto, o cenário da saúde pública demonstra que o sistema ainda não está plenamente es-

truturado para oferecer acompanhamento adequado (BRASIL, 2025).

Aspectos psicossociais e qualidade de vida

Os sintomas climatéricos não se restringem às manifestações físicas; eles impactam de forma significativa a esfera psicológica e social da mulher. Fogachos intensos, distúrbios do sono, alterações de humor e diminuição da libido repercutem diretamente na autoestima, na produtividade laboral e na qualidade das relações interpessoais. A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos é maior nesse período, o que reforça a necessidade de uma abordagem multidimensional no manejo clínico (BRITO *et al.*, 2014).

O diálogo efetivo entre médico e paciente desempenha papel central nesse contexto. Estratégias de comunicação empática favorecem a adesão terapêutica, possibilitam a correção de expectativas e aumentam a segurança quanto ao uso ou não da terapia hormonal. Quando a paciente é incluída ativamente no processo de decisão — respeitando sua autonomia e preferências — há maior satisfação com o tratamento e melhora da percepção de qualidade de vida.

A decisão compartilhada é especialmente relevante em situações de incerteza ou controvérsia científica, como a terapia hormonal na pós-menopausa, em que riscos e benefícios devem ser ponderados de forma individualizada. A escuta ativa e a consideração do contexto sociocultural da paciente são determinantes para escolhas terapêuticas realistas e sustentáveis, contribuindo para a redução de abandono do tratamento e para o fortalecimento do vínculo médico-paciente.

Segurança mamária e individualização do tratamento

A segurança mamária no contexto da prescrição terapêutica constitui um aspecto central da prática clínica, exigindo uma abordagem

pautada na individualização. Dessa forma, é de extrema importância que se realize uma avaliação clínica minuciosa, considerando fatores como histórico familiar, antecedentes reprodutivos e ginecológicos, presença de comorbidades que possam influenciar o risco e a idade de início da menopausa, quando relevante. A análise adequada permite identificar as mulheres que podem se beneficiar de determinada intervenção, ao mesmo tempo em que revela aquelas que a prescrição pode trazer riscos.

É essencial na escolha e individualização de terapias hormonais ou moduladores em mulheres, que haja foco na segurança da mama, principalmente no climatério e em sobreviventes de cânceres prévios. A Terapia Hormonal da Menopausa (THM), combinado de estrogênio e progesterona, demonstra risco aumentado de incidência de câncer de mama invasivo comparada ao uso de estrogênio isolado, especialmente quando usada por período igual ou superior a cinco anos (EPIC, 2020). Em comparação, a THM com estrogênio isolado ainda apresenta risco elevado que se modula conforme o tempo de uso e a idade de início do tratamento (EPIC, 2020).

Além da THM, os moduladores seletivos de estrogênio (SERMs) como tamoxifeno e raloxifeno têm papel na quimioprevenção do câncer de mama, mas também carregam riscos específicos. Eventos tromboembólicos venosos, risco aumentado de câncer de endométrio e efeitos oftálmicos leves a moderados são alguns riscos específicos desse tratamento. A magnitude desses eventos e o risco da sua incidência também se relaciona ao tempo de uso (ASCO, 2019).

Tratamentos como inibidores de aromatase, amplamente usados em terapia adjuvante ao câncer de mama com receptor de estrogênio positivo, reduzem os riscos de recidiva mas possuem efeitos colaterais em relação a densidade óssea, metabolismo lipídico, saúde cardiovas-

cular, além do possível impacto sobre o tecido mamário pela supressão estrogênica persistente. Tais efeitos devem ser avaliados na individualização terapêutica, sobretudo em mulheres com risco aumentado de osteoporose ou com comorbidades cardiovasculares (BRUSSELAERS, 2018)

Sendo assim, a individualização do tratamento requer atenção aos seguintes elementos: tipo de terapia hormonal, regime de tratamento, via de administração, duração do tratamento, idade de início, história pregressa de câncer, predisposição genética e condições clínicas associadas. Nesse sentido, torna-se imprescindível que a tomada de decisão terapêutica seja compartilhada, com informações claras e baseadas em evidências, permitindo que o paciente compreenda os riscos e benefícios de cada modalidade de tratamento e participe de forma ativa da escolha.

CONCLUSÃO

A terapia hormonal no climatério constitui recurso eficaz para o manejo dos sintomas vasomotores e para a melhora global da qualidade de vida. No entanto, sua associação ao risco de câncer de mama exige avaliação individualizada, considerando idade, esquema terapêutico, tempo de uso e comorbidades. Evidências indicam maior risco associado ao uso prolongado

da terapia combinada, enquanto o estrogênio isolado apresenta menor impacto.

Além das repercussões biológicas, os sintomas climatéricos afetam dimensões psicossociais, com impacto na saúde mental, na vida social e na percepção de bem-estar. Nesse sentido, o diálogo entre médico e paciente, aliado à decisão compartilhada, favorece adesão terapêutica, fortalece a autonomia feminina e contribui para desfechos clínicos e subjetivos mais satisfatórios (BRITO *et al.*, 2014).

No Brasil, persistem desafios relacionados ao acesso desigual à terapia hormonal e à necessidade de políticas públicas que ampliem a equidade em saúde. Nesse contexto, recomenda-se a utilização da menor dose eficaz pelo menor tempo possível, acompanhada de rastreamento regular e acompanhamento clínico contínuo.

Assim, a prática médica deve integrar ciência, humanização e escuta ativa, oferecendo condutas que conciliam benefícios terapêuticos, segurança clínica e qualidade de vida. A individualização do tratamento, considerando fatores biológicos, clínicos e psicossociais, permite adaptar estratégias terapêuticas às necessidades e prioridades de cada paciente, promovendo maior adesão e eficácia dos cuidados. Dessa forma, a prática médica ultrapassa a mera prescrição farmacológica, assumindo caráter integral e centrado no paciente, capaz de conciliar ciência, ética e humanização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANELLI, A. *et al.* Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer: assessment of therapy acceptance in a cohort of previously treated breast cancer patients. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, v. 58, n. 2, p. 91-96, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0041-87812003000200006>.
- BRASIL. Senado Federal. Tratamento da menopausa pelo SUS é aprovado na CDH. Brasília, 28 fev. 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/02/28/tratamento-da-menopausa-pelo-sus-e-aprovado-na-cdh>. Acesso em: 8 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de mama. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-mama>. Acesso em: 8 set. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Câncer de mama: prevenção, detecção precoce e redução de riscos evitáveis estão entre as estratégias para diminuir mortalidade. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/cancer-de-mama-prevencao-deteccao-precoce-e-reducao-de-riscos-evitaveis-estao-entre-as-estrategias-para-diminuir-mortalidade>. Acesso em: 8 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Fatores de risco para o câncer de mama. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/fatores-de-risco>. Acesso em: 8 set. 2025.
- BRITO, C *et al.* Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 2, p. 1-11, 2014. doi:10.1590/S0034-8910.2014048004799.
- BRUSSELAERS, N. *et al.* Different menopausal hormone regimens and risk of breast cancer. *Annals of Oncology*, v. 29, n. 8, p. 1771-1776, 2018. doi:10.1093/annonc/mdy212.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Brazilian Guideline on Menopausal Cardiovascular Health. Rio de Janeiro, 10 maio 2024. Disponível em: https://www.febRASGO.org.br/images/pec/posicionamentosfebrasgo/DIRETRIZCLIMATERIOeMENOPAUSA_ingles_10052024.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.
- FITZPATRICK, D. *et al.* Association of progestogen-only contraceptive use with breast cancer risk: A nested case-control study and meta-analysis. *PLoS Medicine*, v. 20, n. 3, p. e1004188, 2023. doi:10.1371/journal.pmed.1004188.
- IARC – International Agency for Research on Cancer. Breast cancer cases and deaths are projected to rise globally. 2025. Disponível em: <https://www.iarc.who.int/news-events/breast-cancer-cases-and-deaths-are-projected-to-rise-globally/>. Acesso em: 8 set. 2025.
- KNOWLEDGE4POLICY. Breast cancer prevention. European Commission, 2024. Disponível em: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/breast-cancer-prevention_en. Acesso em: 8 set. 2025.
- PASSOS, E. P. *et al.* Rotinas em ginecologia. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- RACGP – Royal Australian College of General Practitioners. An update on breast cancer prevention. *Australian Journal of General Practice*, maio 2025. Disponível em: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2025/may/an-update-on-breast-cancer-prevention>. Acesso em: 8 set. 2025.
- THE 2022 HORMONE THERAPY POSITION STATEMENT OF THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY ADVISORY PANEL. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 29, n. 7, p. 767–794, 2022. doi:10.1097/GME.0000000000002028.
- TORRES-DE LA ROCHE, L.A. *et al.* Breast cancer risk with oral contraceptive use: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, v. 290, p. 46-54, 2023.
- VISVANATHAN, K. *et al.* Uso da terapia endócrina para redução do risco de câncer de mama: atualização das diretrizes de prática clínica da ASCO. *Journal of Clinical Oncology*, v. 37, p. 3152-3165, 2019. doi:10.1200/JCO.19.01472.
- WHO – World Health Organization. Breast cancer: key facts. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Acesso em: 8 set. 2025.
- YUK, J. S. Relationship between menopausal hormone therapy and breast cancer: A nationwide population-based cohort study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, v. 166, n. 2, p. 735-744, 2024. doi:10.1002/ijgo.15461.