

PERFIL OBSTÉTRICO E GINECOLÓGICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ABAIXO DA FAIXA ETÁRIA DE RASTREIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ALTO SERTÃO PARAIBANO

OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH BREAST CANCER BELOW THE AGE TRACKING TRACK OF THE MINISTRY OF HEALTH IN THE HIGH SERTÃO PARAIBANO

Katheleen Santos Dantas Lopes¹
Thaise de Abreu Brasileiro Sarmiento²
Renata Livia Moreira Fonseca de Medeiros³
Ocilma Barros de Quental⁴

RESUMO: **Objetivo:** analisar o perfil clínico-epidemiológico, centrado nos antecedentes ginecológicos e obstétricos de mulheres com câncer de mama abaixo da faixa etária de rastreamento estabelecida pelo Ministério da Saúde. **Metodologia:** estudo de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Utilizou-se o método snowball, participante. Os dados foram organizados em planilha eletrônica para análise em programa estatístico SPSS 24.0. A pesquisa obedece de forma incondicional os princípios éticos de pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** participaram vinte mulheres que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão. A média de idade da menarca prevaleceu entre 11 e 12 anos e 65% fizeram uso de anticoncepção hormonal, sendo que destas, 45% fizeram uso por mais de 5 anos, 94,7% afirmaram que o anticoncepcional era do tipo combinado. Em relação a gestações, 65% das entrevistadas afirmaram ter engravidado, sendo que destas, 46,2% tiveram mais de uma gestação. A média de idade em que as pacientes engravidaram pela primeira foi dos 21 anos. Questionadas sobre amamentação, apenas 10% afirmaram nunca terem amamentado e das 90% que amamentaram, 35% fizeram por mais de 6

¹ Autora. Acadêmica do Curso de Bacharelado em Medicina da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB. Fundadora e presidente da Liga Médico Acadêmica de Pediatria. Email: dantaslps@hotmail.com.

² Médica pela FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (2011), com Residência em Pediatria pelo Hospital Universitário Osvaldo Cruz (HUOC). Docente no módulo Saúde da Criança e Coordenadora do curso de medicina na Faculdade Santa Maria de Cajazeiras-PB.

³ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Doutora pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, e Docente da Faculdade Santa Maria. Email: renataliviamoreira@hotmail.com.

⁴ Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria. Mestre em Ciências da Saúde/ FMABC/ São Paulo. e Docente da Faculdade Santa Maria, no curso de Medicina. Email:ocilmaquental2011@hotmail.com.

meses. **Conclusão:** a menarca precoce, apesar de bem estabelecida pela literatura, não se apresentou em nenhuma das participantes do estudo, bem como a nuliparidade, tendo em vista que predominou mulheres que gestaram antes dos 30 anos. Apesar de a amamentação ser fator de proteção, 50% das mulheres afirmam terem amamentado pelo tempo determinado pela OMS. O uso de anticoncepcional oral apresenta-se como fator comum na maioria das mulheres. Identificar o perfil ginecológico e obstétrico do câncer de mama em mulheres jovens, no Alto Sertão Paraibano possibilitou perceber lacunas no que diz respeito à literatura quando comparada aos achados da pesquisa.

Palavras chave: Mulheres Jovens; Neoplasias de Mama; Perfil Clínico-Epidemiológico.

ABSTRACT: Objective: to analyze the clinical-epidemiological profile, focused on the gynecological and obstetric history of women with breast cancer below the age of screening established by the Ministry of Health. **Methodology:** descriptive exploratory study with quantitative approach. The participant snowball method was used. The data were organized in spreadsheet for analysis in statistical program SPSS 24.0. The research obeys unconditionally the ethical principles of research in human beings, according to Resolution 466/12 of the National Health Council. **Results:** Twenty women who met the inclusion and exclusion criteria participated. The mean age of menarche prevailed between 11 and 12 years and 65% used hormonal contraception, of which 45% used for more than 5 years, 94.7% said that the contraceptive was of the combined type. In relation to pregnancies, 65% of the interviewees reported having become pregnant, of which 46.2% had more than one gestation. The mean age at which the patients became pregnant for the first time was 21 years. When asked about breastfeeding, only 10% said they had never breastfed, and of the 90% who breastfed, 35% did it for more than 6 months. **Conclusion:** early menarche, although well established in the literature, did not present in any of the participants of the study, as well as nulliparity, considering that women who developed before the age of 30 predominated. Although breastfeeding is a protective factor, 50% of women say they have breastfed for the time being determined by WHO. The use of oral contraceptives is a common factor in most women. Identifying the gynecological and obstetric profile of breast cancer in young women in Sertão Paraibano made it possible to perceive gaps regarding the literature when compared to the findings of the research.

Keywords: Young Women; Breast neoplasms; Clinical-Epidemiological Profile.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer de mama é um problema de saúde pública em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Essa situação é resultado de dificuldades encontradas na prática da atenção básica, como eliminar fatores de risco ou diagnosticar e tratar lesões precursoras de câncer (INCA, 2015).

A neoplasia de mama é o tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com um número ligeiramente maior de casos nas regiões subdesenvolvidas (883 mil casos) do que nos mais desenvolvidos (794 mil). É a quinta causa de morte por câncer no mundo, apesar de ser a mais comum nas áreas menos desenvolvidas e a segunda nas mais desenvolvidas, após o câncer de pulmão. De acordo com as estimativas de 2018 do Instituto Nacional do Câncer (INCA) o câncer de mama no Brasil pode chegar a 59.700 casos em cada ano do biênio 2018-2019, com um risco de aproximadamente 56 casos por 100 mil mulheres (SCHROEDER et. Al 2017). Em mulheres com até 30 anos a incidência é de 1:6000, aumentando com o decorrer da idade, sendo aproximadamente 1:20 aos 80 anos (MEDEIROS *et al.*, 2015).

O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico relacionados ao histórico ginecológico e obstétrico de pacientes com câncer de mama abaixo da faixa etária de rastreio estabelecida pelo Ministério da Saúde no Alto Sertão Paraibano e correlacioná-lo com o perfil encontrado na literatura. O melhor conhecimento das características físicas, demográficas, hormonais e comportamentais na população avaliada justifica a pesquisa em seu perfil epidemiológico, uma vez que essa informação pode auxiliar na criação de um plano de cuidados prioritário para as mulheres dessa região.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Científica da Faculdade Santa Maria. A pesquisa foi realizada na cidade de Cajazeiras com mulheres de várias cidades que compreendem a microrregião do Alto Sertão Paraibano, e que participam, ou não, de grupos de apoio à doença. Ela compreendeu uma amostra de 20 pacientes que tem ou tiveram câncer de mama e estão abaixo da faixa etária de rastreio preconizada pelo Ministério da Saúde, que cursa com 50 anos. As informações foram obtidas por meio de entrevistas e os dados foram preenchidos em um questionário previamente validado. Os participantes assinaram um Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dividimos os dados coletados em duas categorias: características gerais (idade do diagnóstico, cidade em que nasceu, grau de instrução, situação conjugal e hábitos) e características clínicas (menarca, gestações, amamentação, uso de métodos contraceptivos e terapia hormonal, rotina de autoexame e ginecologia, exames de imagem, tipo histológico do câncer, cânceres na família). Os dados foram registrados no Microsoft Office Excel® planilhas de 2010, a fim de construir um banco de dados para análise descritiva usando a distribuição de frequências absolutas e relativas, e posterior apresentação de resultados em tabelas e gráficos.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

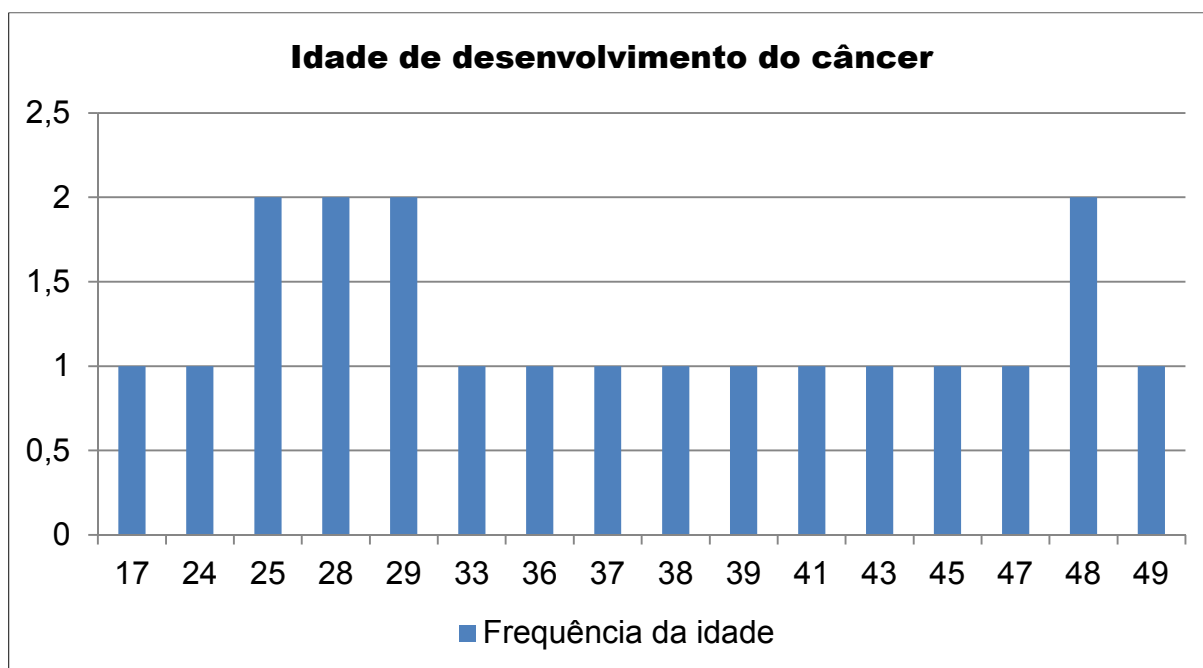
Em continuidade, pautando-se nos parâmetros e recortes metodológicos supracitados, foi delineada e efetuada a coleta de dados, de modo estruturado e consonante com as sistematizações estabelecidas. Desse modo, a pesquisa desenvolveu-se com mulheres de menos 50 anos de idade que sofreram ou sofrem do câncer de mama. A coleta das informações deu-se por meio de adaptações de

um instrumento construído com base nos critérios utilizados pelo National Comprehensive Cancer Network (NCCN) que, posteriormente, foram analisados por meio de estatística descritiva, contemplando as frequências e porcentagens dos resultados, que estão apresentados abaixo mediante gráficos e tabelas. No mais, os dados estão divididos em dois segmentos distintos, sendo estes, dados gerais e dados clínicos.

3.1 DADOS GERAIS

Considerando a idade de desenvolvimento do câncer, a prevalência das idades das participantes variou entre 17 e 49 anos, no entanto, as idades mais verbalizadas frequentes fixaram-se em 25, 28, 29 e 48 anos, com frequência de 2 vezes cada e porcentagem de 10%, respectivamente. As demais idades tiveram frequências menores, sendo apontadas apenas uma vez (Gráfico 1).

Gráfico 01: idade em que desenvolveu o câncer.



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

3.2 DADOS CLÍNICOS

À posteriori, afinando a explanação das informações pertinentes ao desenvolvimento de câncer, foram coletados alguns dados clínicos. Deste modo, foi visualizado que as participantes apresentaram na variável idade da menarca as idades de 11 e 12 anos, com 5 respostas cada, equivalendo a 25% cada categoria de resposta. Após isso, as mulheres foram indagadas se já haviam engravidado, no qual observou-se que 13 das participantes disseram que sim (65%), sendo que destas, 7 engravidaram apenas uma vez (53,9%) (Tabela 2).

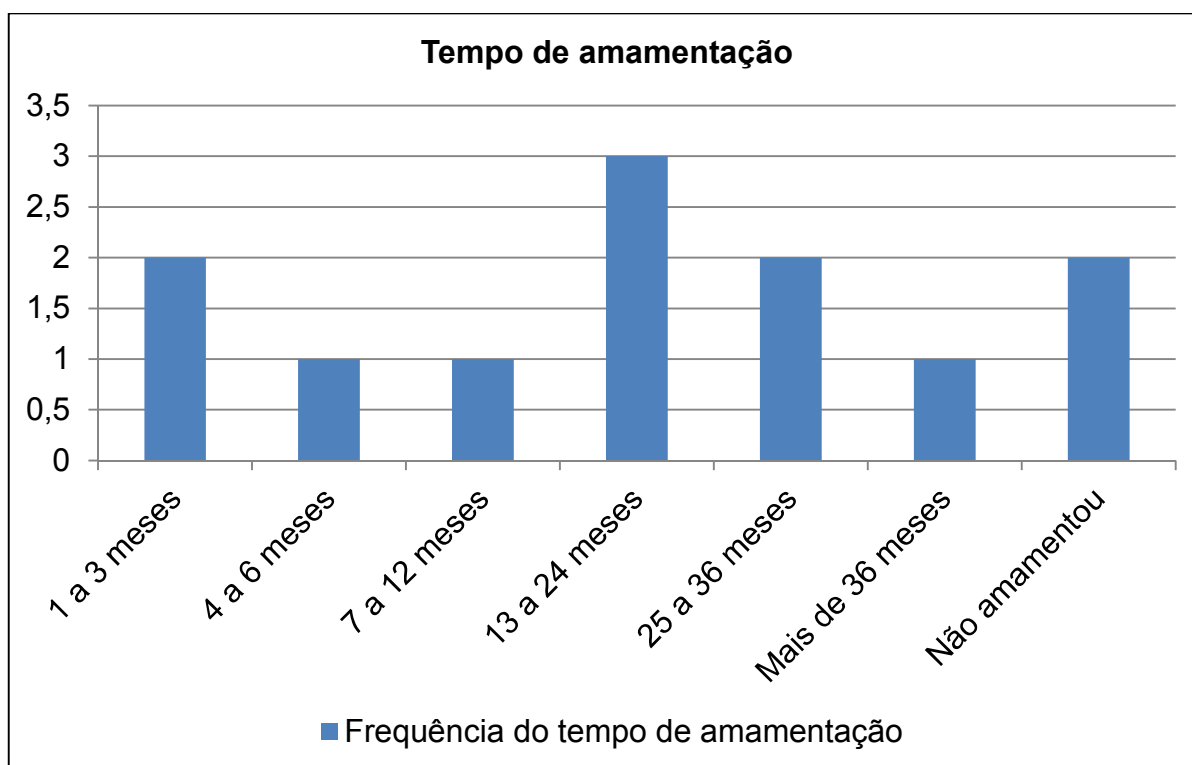
Tabela 02: dados clínicos.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Idade da Menarca		
9	1	5%
10	1	5%
11	5	25%
12	5	25%
13	4	20%
14	3	15%
15	1	5%
Já engravidou?		
Sim	13	65%
Não	7	35%
Quantas vezes?		
1	7	53,9%
2	3	23,1%
3	3	23,1%

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Em seguimento, o Gráfico 4 explana as respostas referentes ao tempo de amamentação, apresentando os seguintes resultados: 1 a 3 meses (10%), 4 a 6 meses (5%), 7 a 12 meses (5%), 13 a 24 meses (15%), 25 a 36 meses (10%), + de 36 meses (5%), não amamentou (10%) e omissos (40%). As frequências estão retratadas em cada coluna de acordo com a categoria de resposta.

Gráfico 04: tempo de amamentação.



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Aos questionar-se a idade da primeira gestação, constatou-se idades de 16 a 35 anos, predominando as idade de 19, 20 e 22, com frequência de 2 respostas, respectivamente, equivalentes a 15,4% cada. Em relação à idade da última gestação, prevaleceu a idade de 30 anos, com 3 respostas (33,4%). Quando indagadas sobre já ter feito tratamento para engravidar, 19 participantes disseram não ter feito (95%). Sobre a realização de fertilização *in vitro* e inseminação artificial, 100% afirmou que não o fizeram. No mais, 19 participantes (95%), responderam que não haviam feito tratamento hormonal para engravidar, em contrapartida, 13 participantes (65%) afirmaram ter feito uso da pílula anticoncepcional (Tabela 3).

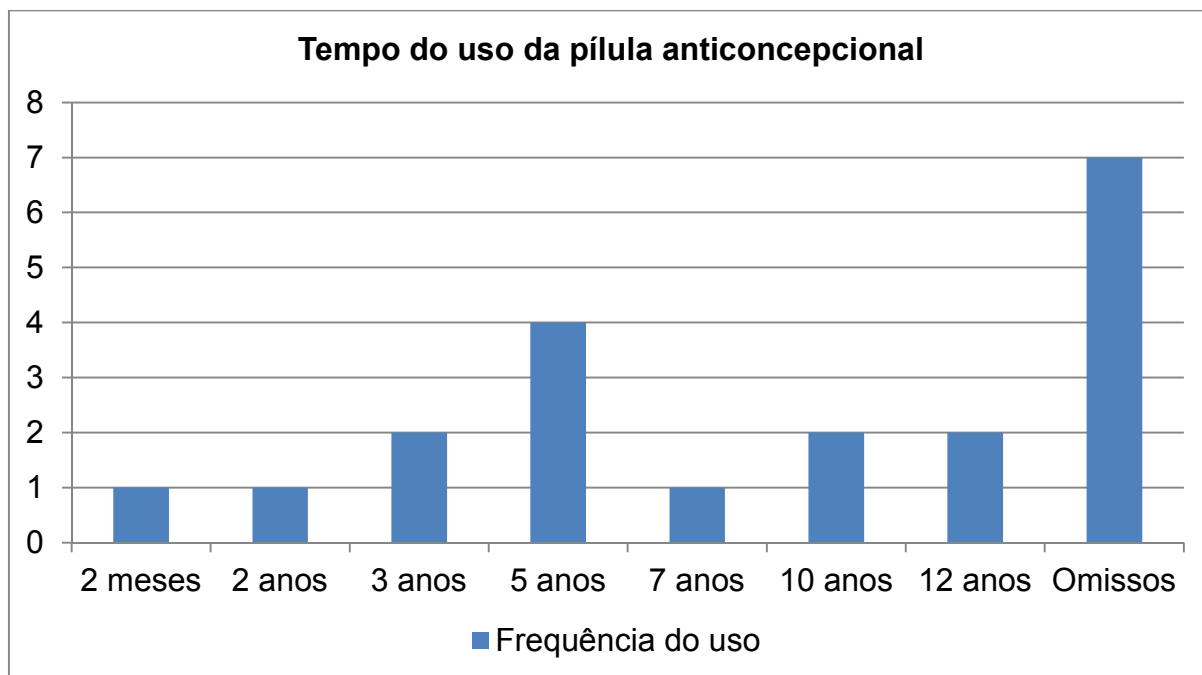
Tabela 03: dados sobre a gestação e o uso de métodos para engravidar.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Idade da primeira gestação		
16	1	7,7%
18	1	7,7%
19	2	15,4%
20	2	15,4%
21	1	7,7%
22	2	15,4%
23	1	7,7%
24	1	7,7%
28	1	7,7%
35	1	7,7%
Idade da última gestação		
22	1	16,7%
23	1	16,7%
30	3	33,4%
32	1	16,7%
Fez tratamento para engravidar?		
Sim	1	5%
Não	19	95%
Fez fertilização <i>in vitro</i>?	Não	100%
Fez inseminação artificial?	Não	100%
Realizou tratamento hormonal para engravidar?		
Sim	1	5%
Não	19	95%
Já utilizou pílula anticoncepcional?		
Sim	13	65%
Não	7	35%

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O Gráfico 5 declara as informações frente ao tempo de uso da pílula anticoncepcional, no qual verificou-se as respectivas porcentagens: 2 meses (5%), 2 anos (5%), 3 anos (10%), 5 anos (20%), 7 anos (5%), 10 anos (10%), 12 anos (10%) e omissos (35%). Prevalecendo o período de 5 anos, com 4 respostas.

Gráfico 05: tempo do uso da pílula anticoncepcional.



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

No que tange as pílulas anticoncepcionais utilizadas pelas participantes, houve maior incidência da pílula lume e Selene, com 3 respostas cada, indicando porcentagem de 16,7%, respectivamente, no entanto, 4 das mulheres (22,2%) afirmaram não saber o nome do anticoncepcional usado. Em relação o motivo, 12 das participantes (80%) relataram que usavam para evitar a gravidez. Ademais, 16 (80%) responderam que nunca fizeram uso de injeção de hormônio para evitar gravidez, assim como, 100% indicou que nunca fez uso do implante de hormônio. Em seguimento, foi verificado que 16 (80%) das respostas negavam o uso de DIU de hormônio e, frente a realização de reposição hormonal, 19 (95%) afirmaram que nunca havia passado pelo procedimento.

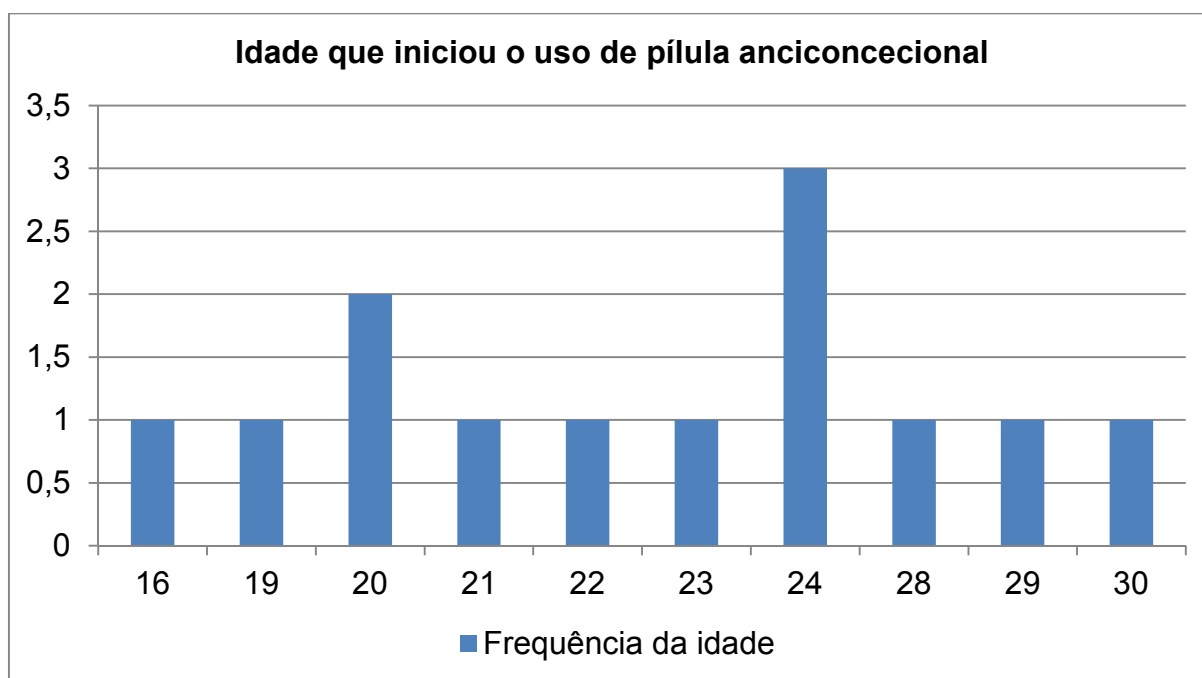
Tabela 04: métodos contraceptivos.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Pílulas utilizadas		
Não sabe	4	22,2%
lume	3	16,7%
Qlaira	2	11,1%
Yaz	1	5,6%
Evra	1	5,6%
Yasmin	1	5,6%
Microvilar	1	5,6%
Selene	3	16,7%
Ciclo21	1	5,6%
Adoless	1	5,6%
Motivo do uso		
Evitar gravidez	12	80%
SOP	2	13,3%
Outro	1	6,7%
Usou injeção de hormônio para evitar gravidez?		
Sim	4	20%
Não	16	80%
Já usou implante de hormônio?	Não	100%
Já usou DIU de hormônio?		
Sim	4	20%
Não	16	80%
Já fez reposição hormonal?		
Sim	1	5%
Não	19	95%

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Quando avaliada a idade de início do uso da pílula anticoncepcional, foi observada prevalência da idade de 24 anos (23,1%), enquanto as demais idades tiveram frequência de 1 (7,7%) a 2 (15,4%), respectivamente.

Gráfico 06. Idade que as participantes iniciaram o uso da pílula anticoncepcional.



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Para compreender a condição clínica, foi questionado o tipo histológico do câncer das participantes, havendo uma incidência pronunciada do carcinoma ductal invasivo (45%), enquanto os demais tipos obtiveram porcentagens menores, como, carcinoma in situ (15%), carcinoma lobular invasivo (15%), sarcoma (5%) e não sabe (20%).

4 DISCUSSÃO

A menarca é considerada um evento muito significativo na vida da mulher, por caracterizar-se como o início de sua vida reprodutiva e envolver grandes transformações de ordem somática, metabólica, neuromotora e psicossocial. A ocorrência da menarca, embora nem sempre se relacione com o ciclo ovulatório normal, representa o estágio de amadurecimento uterino (BRÊTAS, *et al.*, 2012). A

idade média da menarca gira em torno dos 12 anos e podem influenciar nessa idade fatores genéticos, disfunções, ambientais (RODRIGUES, 2017).

A idade menarquial é um fator de risco para câncer de mama bem estabelecido, com uma redução estimada de 10% do risco de câncer para cada aumento de dois anos na idade da menarca. Na menarca a taxa de crescimento e divisão dos ductos mamários aumentam. O efeito da menarca precoce pode ser devido ao estrogênio que induz a proliferação de células da mama, promovendo um maior número de células indiferenciadas e aumento do tamanho da glândula mamária após a menarca (TERRY, *et al.* 2017).

No presente estudo, nenhuma das entrevistadas obedece ao critério de menarca precoce, que se caracteriza pela idade da menstruação como menor que nove anos de idade (PASSOS, *et al.* 2017), sendo que 60% delas tiveram a menarca entre 12 e 14 anos. O INCA informa que o atraso da menarca reduz em torno de 15% por ano o risco de câncer de mama. Entretanto, a associação entre puberdade, marcada pela menarca e telarca, e câncer de mama é complexa e não representado por um único evento. A investigação sobre os efeitos dos estágios puberais, além da idade da menarca, é necessária para elucidar essas relações dos fatores de risco do aparecimento precoce do câncer de mama em mulheres jovens (DAY, *et al.*, 2015).

Existem evidências históricas da dependência hormonal do câncer de mama. A grande maioria dos estudos hormonais e câncer de mama mostra um aumento do risco, após o quinto ano de uso de hormônio natural ou sintético. O risco é ainda maior quando é feita com a associação de estrogênio e progesterona (SABINO, 2018).

O estrogênio, em grandes quantidades no sangue de uma mulher, aumenta o risco de câncer de mama. Desde o primeiro período menstrual até a menopausa, estrogênio e progesterona estimulam células mamárias. Durante seu tempo de vida, a mulher está exposta a esses hormônios, que vão aumentando o risco desse tipo de câncer. Por exemplo, começar seu período em uma idade jovem ou passar pela menopausa em uma idade posterior aumenta seu risco (KOMEN, 2017). Os riscos variam de acordo com a dose ou a formulação (LIMA *et al.*, 2017).

Parte das neoplasias mamárias são dependentes de hormônios, no entanto existem tumores mamários que não possuem receptor de estrogênio nem de progesterona. São tumores mais frequentes em pacientes jovens, possuem pior prognóstico e podem explicar porque alguns tipos de câncer de mama não são afetados pelas alterações hormonais, inclusive explicam porque a gestação e o uso de anticoncepcionais hormonais não aumentam o risco do surgimento de câncer de mama (BREYER, 2016).

Sendo assim, apesar de controvérsias na literatura, 65% das participantes fizeram uso de anticoncepção hormonal, sendo que destas, 45% fizeram uso por mais de 5 anos e ainda 94,7% afirmaram que o anticoncepcional era do tipo combinado, ou seja, estrogênio e progesterona.

A nuliparidade e a idade da primeira gravidez são fatores de risco associados ao câncer de mama (SILVA; SILVA, 2011). Há três séculos o médico Bernardino Ramazzini observou que o câncer de mama era uma doença mais comum entre freiras do que entre as outras mulheres desta mesma época, atribuindo então ao câncer de mama o nome doença de freira (GARCIA, *et al.* 2015).

Garcia *et al.* ainda afirma que as mulheres que nunca tiveram filhos apresentam um risco relativo de 1,4 para o desenvolvimento de câncer de mama quando comparadas as mulheres que tiveram filhos. Mulheres com idade inferior a 20 anos no primeiro parto pode reduzir o risco de câncer de mama em cerca de 50% em comparação com o nascimento do primeiro filho após os 35 anos.

A primeira gestação tardia constitui-se em um dos fatores não modificáveis que aumenta o risco para desenvolver câncer de mama. A nuliparidade, ou reduzido número de gestações, é tendência associada ao desenvolvimento socioeconômico atual e, em muitos estudos, é colocado como importante fator para o desenvolvimento do câncer de mama (MATOS; PELLOSO; BARROS, 2010.).

Das mulheres entrevistadas, (65%) afirmaram que já engravidaram, sendo que destas, 53,9% tiveram apenas uma gestação. A idade mínima da primeira gestação é de 16 anos e a máxima de 30 anos, com predomínio de 19 e 20 anos, o que podemos considerar com uma gestação precoce, contradizendo mais uma vez a literatura.

O aleitamento materno exclusivo por um período mínimo de seis meses

influencia na redução do risco para o câncer de mama (MOURA, *et al.* 2015). Esse efeito protetor é dado pela diferenciação das células mamárias que reduz o número de ciclos ovulatórios e a consequente excreção de estrogênio e de substâncias tóxicas que podem causar cancro, através do leite humano. Dessa forma, visto que o câncer de mama é uma patologia hormônio- dependente, neste caso do estrogênio, a amamentação torna-se um fator de proteção para essa doença, diretamente associado ao tempo de amamentação e ao número de filhos. Além disso, a amamentação induz o amadurecimento das glândulas mamárias, tornando as células mais “estáveis”, menos suscetíveis ao desenvolvimento do câncer (ALMEIDA; CONCEIÇÃO, 2013).

Amamentar por pelo menos um ano reduz os riscos de desenvolver o câncer de mama em 48%, sendo que os doze meses de amamentação não precisam ser contínuos - amamentar dois bebês durante seis meses, por exemplo, teria o mesmo efeito na saúde das mães. (CARNEIRO, 2017). Porém, esse dado não corrobora com os dados coletados, tendo em vista que da metade das mulheres que engravidaram, 90% afirmaram que amamentaram e 30% destas, por um período maior que um ano, contando uma ou mais gestações.

5 CONCLUSÃO

A maior parte das mulheres estudadas estava entre a segunda e a terceira década de vida, tendo um segundo padrão na quarta década de vida. Relataram ter tido a menarca dentro da faixa etária considerada normal para a primeira menstruação, contrariando a literatura que diz que a idade menarqual precoce é um fator de risco bem estabelecido para câncer de mama. Bem como o fato do número de gestações, já que a literatura nos traz que a nuliparidade precipitaria o aparecimento do cancro mamário, porém, 65% delas haviam engravidado e 46,1% delas eram multíparas.

Outro critério que confronta a literatura é amamentação, considerada fator de proteção quando é feita segundo a recomendação da OMS (mínimo de 6 meses), e

o estudo traz que apenas 10% das entrevistadas que engravidaram não amamentaram, sendo que 35% amamentaram mais do que os seis meses recomendados.

Entretanto, o uso de anticoncepcional oral, apesar de controverso na literatura no que diz respeito ao aumento da probabilidade do aparecimento do câncer de mama, evidenciou-se que 65% das participantes fizeram uso do mesmo, sendo que 94,7% afirmaram ser do tipo combinado (estrogênio e progesterona) e 45% delas usaram por mais de 5 anos.

O reconhecimento da relevância do perfil ginecológico e obstétrico do câncer de mama em mulheres jovens e que estão abaixo da faixa etária de rastreio, no Alto Sertão Paraibano, possibilita perceber lacunas no que diz respeito a literatura quando comparada a prática clínica diária. É necessário entender essas mulheres no âmbito clínico e social para desenvolver ações que dialoguem com essas particularidades e melhorem os indicadores de saúde, o prognóstico e o diagnóstico precoce do câncer de mama na região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L.M.N.; CONCEIÇÃO, G.A. The young woman's knowledge about the prevention of breast cancer. **Rev Enferm UFPI**, v.2, n.1, p.38-43, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016 - Incidência de Câncer no Brasil**. Brasil: Ministério da Saúde, 2015.

BRÊTAS, J.R.S. *et al.* Meaning of menarche according to adolescents. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 249-255, 2012.

BREYER, J.Z. **Avaliação de potenciais fatores de risco para câncer de mama em uma população da região sul do Brasil**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

CARNEIRO, S.R.S. **Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama: conhecimento das mulheres atendidas em um alojamento conjunto**. Trabalho e Conclusão de curso. Universidade Federal do Maranhão, 2017.

DAY, F.R. *et al.* Puberty timing associated with diabetes, cardiovascular disease and also diverse health outcomes in men and women: the UK Biobank study. **Scientific reports**, v. 5, p. 11208, 2015.

GARCIA, A. *et al.* **Investigação dos fatores de risco para câncer de mama na cidade de Santos, SP**. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2015.

HOUGHTON, Lauren C. *et al.* Comparison of methods to assess onset of breast development in the LEGACY Girls Study: methodological considerations for studies of breast cancer. **Breast Cancer Research**, v. 20, n. 1, p. 33, 2018.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, É. A. da; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, jul. 2011.

KOMEN, S. G. **How hormones affect breast cancer**. Komen, 2017.

LIMA A.C.S, *et al.* Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Asa Norte, v. 70, n. 3, p. 645-655, maio/jun. 2017.

MATOS, J.C.; PELLOSO, S.M.; BARROS, M.D.C. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 352-359, 2010.

MEDEIROS, G. C. *et al.* Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, jun. 2015.

MOURA, E.R.B.B. *et al.* Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, Marília Rosa *et al.* Family facing breast cancer diagnosis under the woman's viewpoint/Família diante do diagnóstico de câncer de mama sob o olhar da mulher. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 4, p. 932-935, 2018.

PASSOS, E.P. *et al.* **Rotinas em ginecologia**. São Paulo: Artmed Editora, 2017.

RODRIGUES, G. Porcentagem de gordura corporal e menarca. **Revista UNIPLAC**, v. 5, n. 1, 2017.

SABINO, E.C.C. **O uso de anticoncepcionais orais combinados e sua relação com o câncer de mama**. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário de Brasília, 2018.

SILVA, P; SILVA,S. R. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, 2011.

TERRY, M.B. *et al.* Pubertal development in girls by breast cancer family history: the LEGACY girls cohort. **Breast Cancer Research**, v. 19, n. 1, p. 69, 2017.