

Heterogeneidade nas diretrizes do câncer de mama: Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde

Heterogeneity in breast cancer guidelines:

Ministry of Health and Municipal Health Secretariats

Bruna Campos De Cesaro¹ , Virginia Paladino Cardozo Vasconcellos Fernandes² ,
Bruna Telles Scola³ 

RESUMO

Introdução: Entre as mulheres, a neoplasia maligna de mama é responsável por 20% da incidência de câncer e por 14% do total de mortes associadas às neoplasias. O Ministério da Saúde brasileiro definiu estratégias a serem priorizadas e elaborou documentos de consenso com recomendações para a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos para o câncer de mama. Embora haja essa definição, as secretarias de saúde criam seus próprios protocolos ou utilizam outras recomendações. **Objetivo:** Verificar os protocolos existentes e compará-los com o do Ministério da Saúde. **Métodos:** Foi realizada revisão da literatura nas bases de dados PubMed, Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, utilizando-se os termos: “neoplasias da mama”, “sistema único de saúde”, “protocolos” e “protocolos clínicos”. **Resultados:** Foram encontrados 123 resultados; destes, 44 foram selecionados para leitura completa, permanecendo 10 trabalhos para esta revisão. Foi identificado que os protocolos das secretarias de saúde divergem do protocolo nacional quanto a fatores de risco considerados, papel da atenção básica, idade indicada para início de exames de prevenção, assim como a periodicidade indicada de exames. **Conclusão:** De acordo com esta revisão, existem divergências entre as diretrizes dos municípios e a nacional quanto ao câncer de mama. O desconhecimento sobre o protocolo nacional pode causar gastos desnecessários, destacando-se a necessidade de uniformização ou embasamento das ações tomadas para o desenvolvimento e a avaliação de programas de prevenção e tratamento do câncer de mama, objetivando a diminuição da mortalidade decorrida desse agravo. **Palavras-chave:** neoplasias da mama; Sistema Único de Saúde; protocolos clínicos; protocolos; saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: Malignant neoplasm of the breast is responsible for 20% of cancer incidence and 14% of all deaths associated with neoplasms in women. The Brazilian Ministry of Health defined strategies and developed consensus documents with recommendations for the prevention, early detection, diagnosis, treatment and palliative care for breast cancer. Despite this definition, the health secretariats create their own protocols or use other recommendations. **Objective:** To verify the existing protocols and compare them with the Ministry of Health's. **Methods:** A literature review was performed using PubMed, Scopus, Lilacs, SciELO and Google Scholar databases with the following keywords: Breast Neoplasms; Unified Health System; Clinical Protocols, Protocol. **Results:** 123 results are found; of these, 44 were selected for complete reading, remaining 10 papers for this review. It was identified that the health secretariats' protocols diverge from the national protocol regarding risk factors, work of primary care, age indicated for the beginning of preventive exams and indicated periodicity of exams. **Conclusion:** According to this review, there are divergences between the guidelines of the municipalities and the national one regarding breast cancer. The lack of knowledge on the national protocol can cause unnecessary expenses. It is necessary to standardize or base the actions taken for the development and evaluation of programs for the prevention and treatment of breast cancer, aiming at reducing the mortality resulting from this disease. **Keywords:** breast neoplasms; Unified Health System; clinical protocols; protocol; public health.

¹Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Universidade Luterana do Brasil, Faculdade de Medicina – Canoas (RS), Brasil.

Autor correspondente: Bruna Campos De Cesaro – Avenida Luiz Manoel Gonzaga, 470, ap. 1.103 – Três Figueiras – CEP: 90470280 – Porto Alegre (RS), Brasil – E-mail: brunadecesaro@gmail.com

Recebido em 16/01/2018 – Aceito para publicação em 06/06/2018.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, resultante de alterações no código genético. Entre as mulheres, a neoplasia maligna de mama é responsável por cerca de 20% da incidência de câncer e por 14% do total de mortes associadas às neoplasias.¹ É o segundo câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Sua incidência tem aumentado a cada ano, leva-se em consideração que esse aumento ocorre concomitantemente com o aumento da industrialização e da urbanização.¹⁻³

O Ministério da Saúde, em consideração com a situação atual do câncer de mama no Brasil e a fim de definir estratégias a serem priorizadas para o seu controle, elaborou documentos de consenso apresentando recomendações para prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos do câncer de mama e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

Uma forma de uniformizar normas para as intervenções técnicas e atualizar conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços de um sistema público de saúde é a criação e utilização de protocolos e diretrizes de atendimento. Estas assistem os diferentes profissionais na realização de suas funções ante a complexidade dos problemas de saúde apresentados pela população, pautando-se em conhecimentos científicos que balizam as práticas sanitárias para coletividades e no modelo assistencial adotado. Um protocolo de saúde reflete a política assistencial assumida pelo seu respectivo órgão, seja federação, estado ou município, bem como suas opções éticas para organização do trabalho em saúde e suas escolhas de tecnologias de saúde apropriadas e disponíveis para o enfrentamento de doenças, do diagnóstico ao tratamento.

Entre as neoplasias, o câncer de mama ocupa o segundo lugar em incidência e o terceiro em mortalidade.⁵ Estima-se que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o mais comum entre as mulheres e a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, registrando-se variação percentual relativa de 80% nas últimas décadas. No Brasil, as maiores taxas de incidência de câncer de mama se concentram nas capitais São Paulo, Brasília e Porto Alegre.²

Países como o Canadá, o Reino Unido, a Holanda, a Dinamarca e a Noruega têm apresentado aumento da incidência do câncer de mama, mas acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer. Essa associação tem sido relacionada à detecção precoce por meio da mamografia para rastreamento de alterações neoplásicas e à oferta de tratamento adequado quando o diagnóstico de câncer é realizado. Já no Brasil esse aumento da incidência tem sido acompanhado pelo aumento da mortalidade, o que é atribuído, principalmente, ao retardamento do diagnóstico e do uso de terapêutica adequada.⁴

O Ministério da Saúde brasileiro, considerando a situação atual do câncer de mama e a fim de definir as es-

tratégias a serem priorizadas para o seu controle, elaborou documentos de consenso apresentando recomendações para prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o câncer de mama, assim como ações a serem utilizadas para a implementação desse protocolo no SUS. A magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população. Diante disso, temos recomendações sobre o câncer de mama disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.⁵ Mesmo com a publicização do protocolo do Ministério da Saúde que preconiza a hegemonia da mesma prática em todo o território nacional, ainda é observado que muitas Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde criam e utilizam diretrizes e protocolos próprios.

Este estudo teve como objetivo verificar quais protocolos, diretrizes e práticas de saúde são utilizados nas redes de serviços estaduais e municipais de saúde para o câncer de mama e compará-los com o que é preconizado pelo protocolo nacional do Ministério da Saúde.

MÉTODOS

No período de janeiro de 2000 a julho de 2017, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, para busca de “bibliografia cinzenta”, em que foram utilizadas as bases de dados eletrônicas MedLine (acessada pelo PubMed), Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Uma lista de referências dos artigos selecionados também foi pesquisada manualmente, a fim de encontrar outras publicações relevantes (pesquisa saturação). Os termos da busca utilizados foram: “neoplasias da mama”, “sistema único de saúde”, “protocolos”, “protocolos clínicos” e seus entretermos, em português. Esta pesquisa restringiu-se ao uso estudos em português e referentes ao SUS brasileiro. Não houve restrição quanto aos desfechos esperados, a fim de aumentar a sensibilidade da pesquisa. Foram excluídos artigos que não abordassem o tema neoplasia de mama e que não foram realizados em humanos.

O processo de análise dos dados foi composto por três etapas. Na primeira ocorreu a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos identificados pela estratégia de busca; os trabalhos que não forneceram informações suficientes foram selecionados para a segunda etapa, denominada de “fase de avaliação do texto integral”, juntamente com os que atendiam aos critérios de inclusão. Na fase de avaliação do texto integral, os artigos foram analisados na íntegra, de acordo com os critérios de elegibilidade. Na terceira etapa houve o preenchimento de formulário padronizado no programa Microsoft Office Excel, versão 2008, com os seguintes dados: autores, ano de publicação, local ao qual se refere o estudo, diretrizes utilizadas. Os critérios utilizados para a comparação com

as diretrizes do Ministério da Saúde foram: fatores de risco considerados, inclusão da atenção básica no cuidado; quanto à mamografia: faixa etária indicada para a realização, periodicidade de repetição; quanto ao exame clínico: faixa etária indicada para a realização.

Como resultado da busca inicial, foram identificados 123 estudos, dos quais 44 atendiam aos critérios de inclusão e foram considerados relevantes para a leitura completa. Destes, após análise detalhada, 10 permaneceram para discussão no presente estudo (Figura 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As publicações encontradas se referiram aos seguintes municípios brasileiros: Rio de Janeiro, Florianópolis, Recife, Mossoró, Aracaju, Porto Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, Londrina e Belo Horizonte. Os dados foram analisados tendo como referência as orientações do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer (INCA) — Nota Técnica Conjunta de 2013,⁵ elencando-se os seguintes fatores: inclusão da atenção básica no cuidado, fatores de risco considerados; quanto à mamografia: faixa etária indicada para a realização, periodicidade de repetição; quanto ao exame clínico: faixa etária indicada para a realização.

A Nota Técnica Conjunta de 2013,⁵ do Ministério da Saúde e do INCA, indica a periodicidade de dois anos para o exame de mamografia, com a especificação de faixa etária indicada dos 50 aos 69 anos, delimitação de idade que está de acordo com a evidência científica de diminuição da mortalidade pelo uso dessa estratégia. A nota aponta ainda que a mamografia, quando realizada para além dessa faixa etária, é maléfica, devido ao sobrediagnóstico de falsos positivos; observamos que protocolos como os dos municípios de Porto Alegre e Mossoró não utilizam essa recomendação.

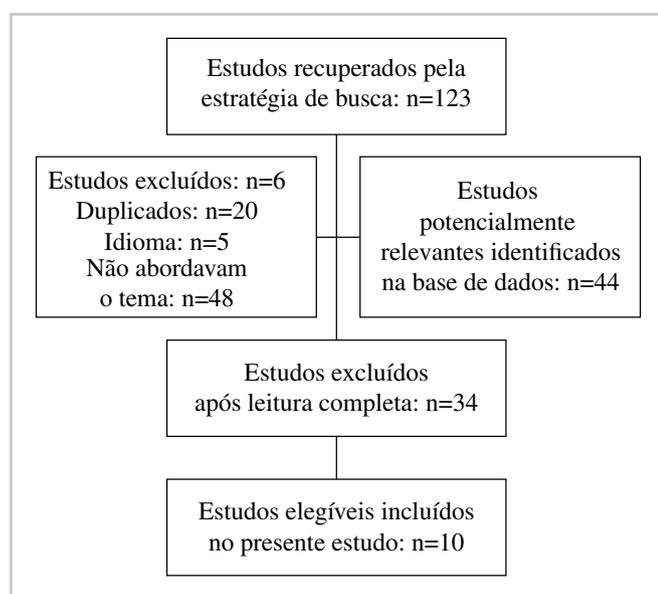


Figura 1. Fluxograma da seleção do estudo.

Sobre o exame clínico das mamas, a indicação do Ministério da Saúde e do INCA⁵ é anual para as mulheres com mais de 40 anos. Observamos que os municípios de Porto Alegre, Mossoró e Belo Horizonte apresentam indicação de idades diferentes. Não foi encontrado consenso sobre a indicação de faixas etárias entre esses outros municípios.

Segundo a Nota Técnica Conjunta,⁵ a atenção básica tem entre suas atribuições o papel de ser coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Nesse sentido, ela acompanha os usuários longitudinalmente, incluindo as demandas de serviço especializado ou de internação, responsável pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população. Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas ao câncer de mama, é de interesse público a realização de ações que visem o controle do câncer da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade. Segundo o protocolo nacional,⁵ após o recebimento de um exame “positivo”, cabe a atenção básica realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhá-la ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e acompanhamento da realização do tratamento adequado. Nesse processo, é fundamental o contato com a usuária, para identificar a compreensão que ela tem sobre sua doença e estimular a sua adesão ao tratamento. A nota técnica informa ainda que o sistema logístico da rede (sistema de informação) deve permitir que a atenção básica tenha acesso aos relatórios do tratamento, durante a sua realização, bem como à contrarreferência, quando o serviço especializado realizar a alta dessa usuária. Resultados⁶ demonstram que a relação entre os índices de não comparecimento dos usuários às consultas agendadas nos serviços de saúde e as equipes de atenção básica requer cuidados especiais, principalmente na periodicidade de acompanhamento.⁵ Nesse sentido, a intersecção com a atenção básica é de extrema importância. Observamos que apenas os municípios de Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro relatam especificamente a intersecção com a atenção básica.

A publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte³ cita o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) como necessário para melhorias na linha de cuidado do câncer e organização do fluxo, e o início do cuidado é a prevenção. Faz ainda uma distinção entre prevenção primária, evitando fatores de risco como obesidade, sedentarismo, alimentos gordurosos e ingestão alcoólica em excesso, mas não relata os outros citados pelo Ministério da Saúde, como: história familiar, reposição hormonal, idade da primeira gravidez, idades de menarca e de menopausa e exposição à radiação; e prevenção secundária: o exame físico realizado pelo médico ou enfermeiro. Sobre o exame físico, a Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte indica a realização anual em mulheres a partir dos 30 anos,

o que difere das orientações do Ministério da Saúde. Nesse protocolo encontra-se ainda uma gama de informações, destinada às usuárias, sobre como realizar o autoexame. O protocolo indica mamografia em mulheres de 40 a 59 anos no caso de alteração no exame clínico físico, assim como a indicação do INCA.

Os fatores de risco considerados pelo Ministério da Saúde² são: idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, obesidade, ingestão regular de álcool, sedentarismo, história familiar; em geral, os fatores de risco considerados relevantes pelo Ministério da Saúde não foram utilizados pelos estados e municípios, à exceção de Belo Horizonte.

A publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre⁶ faz referência a grande incidência de câncer de mama na população da Região Sul do país, mas sem determinar quais fatores levam a essa taxa. Os autores discordam da determinação do INCA para realização de mamografias de rastreamento do câncer de mama a partir dos 40 anos de idade e indicam exames anuais. Já o protocolo nacional⁵ indica o exame a cada triênio, usando como referência bibliografia de países como o Reino Unido. O protocolo de Porto Alegre traz ainda metas a serem atingidas pelo município sobre rastreamento e apresenta os seguintes fatores de risco: idade, história familiar, idade de menarca e menopausa, exposição à radiação, obesidade, fumo e ingestão de álcool, bem como terapias hormonais. O protocolo indica o exame físico a partir dos 15 anos, anualmente, e a mamografia, anualmente em mulheres de 50 a 69 anos sem fatores de risco e 35 a 49 anos que apresentem fator de risco, o que difere do protocolo nacional.

O protocolo produzido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo⁷ teve a contribuição de diferentes profissionais e de diferentes níveis de atenção em saúde para a elaboração de protocolo. Esse documento faz parte de uma ação maior — o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A orientação sobre o rastreamento segue a recomendação do Ministério da Saúde: bianual em mulheres de 50 a 69 anos. Como risco é citado apenas o histórico familiar, o que difere das orientações nacionais.

Assim como o de São Paulo,⁷ o protocolo de Florianópolis⁸ compõe o Programa de Atenção à Saúde Integral da Mulher. O documento foi elaborado por equipe multidisciplinar com profissionais de diferentes níveis de atenção. É referenciada a importância de a equipe trabalhar situações evitáveis por meio da educação em saúde, além do rastreamento mamográfico. Nesse protocolo são citados os mesmos fatores de risco que o protocolo nacional, assim como rastreamento por exame clínico anual e mamografia bianual na faixa etária dos 50 aos 69 anos; para a construção desse instrumento, é referenciado o protocolo nacional.⁵

O protocolo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro⁹ apresenta um histórico do câncer de mama no município, elucidando as taxas de incidência

e mortalidade. Elenca como fatores de risco para câncer de mama: histórico de câncer de mama anterior, predisposição genética — mulheres com história familiar de câncer de mama, portadoras de lesões mamárias precursoras, como hiperplasias com atipias, menarca precoce, menopausa tardia, nulíparas, obesidade pós-menopausa ou consumo de bebida alcoólica; não cita o sedentarismo, fator de risco pelo Ministério da Saúde. Indica o rastreamento apenas para mulheres acima de 50 anos, assim como o indicado pelo INCA. O protocolo reafirma a necessidade de educação permanente e envolvimento da atenção básica, indicando instruções objetivas às unidades básicas de saúde para atendimento.

Sobre a prática para prevenção do câncer de mama no Recife,¹⁰ o município utilizou as campanhas ministeriais, articuladas às demais ações e aos serviços já existentes no município, e entre municípios com protocolos avaliados é o que apresenta maior similaridade com a diretriz nacional. Da mesma forma, em Ribeirão Preto,¹¹ tanto os fatores de risco como o período de acompanhamento nos casos de mulheres classificadas como grupo de risco foram os mesmos indicados pela Nota Técnica Conjunta.⁵ A única indicação que difere é quanto à faixa etária indicada para início do rastreamento por meio de mamografia.

Em Sergipe,¹² a maioria dos diagnósticos com alterações ocorreu após exame clínico ou autopalpação. A mamografia foi a principal forma de rastreamento, mas com números muito abaixo da percentagem preconizada pelo Ministério da Saúde. A ultrassonografia foi usada corretamente como exame complementar. Os métodos de diagnóstico, assim como as recomendações para as mulheres e os tratamentos propostos, apresentaram-se em consenso com as diretrizes nacionais. Foram encontradas significativas barreiras, como acesso aos serviços das diferentes complexidades, o que aumentou o tempo de espera para diagnóstico ou tratamento em três meses.

Quanto à Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró,¹³ não é consensual a idade para início do rastreamento do câncer de mama, assim como não é estabelecido fluxo de referência e contrarreferência ou informada a população considerada para a faixa de risco. Também não se encontrou a informação de alguma forma de educação em saúde sobre câncer de mama para a comunidade ou para os profissionais. Diferente deste, outros estudos^{12,13} apontam a necessidade de educação permanente para os profissionais, além da necessidade de educação em saúde para a população e atualizações sobre o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Para que seja possível adequar as ações no rastreamento oportunístico do câncer de mama são necessários investimentos em educação permanente dos profissionais, assim como em avaliação contínua das ações de rastreamento nas unidades de saúde dos municípios.¹⁴ A proposta da educação permanente tem a potencialidade de transformar e fortalecer práticas tradicionais.¹⁵ Autores^{16,17} relacionam a baixa solicitação de mamografia por parte dos profissionais com a necessidade de investimentos na educação continua-

da nessa área para os especialistas em saúde, para prevenção da doença.

O protocolo publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina¹⁸ apresenta várias especificidades para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. Os fatores de risco apresentados não se referem aos documentos nacionais, mas aos internacionais, citando precisamente a ingestão de gordura, a alimentação escassa no que se refere a frutas e legumes, bem como outras especificidades nutricionais, assim como a relação aparecimento de câncer com o índice de massa corpórea (IMC). Informações mais detalhadas sobre o autoexame e o exame clínico também são relatadas, com ilustrações e explanação de cada etapa. É citada ainda a conduta, adotada em todo o Estado do Paraná, de utilizar o Modelo de Gail, não apresentado nos documentos nacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de publicações que relatam a prática clínica das secretarias de saúde para o câncer de mama e o registro de protocolos oficiais na literatura é escasso. Ainda que seja usado o protocolo de referência nacional para basear ações, documentos internacionais também foram utilizados para referência das diretrizes das secretarias de saúde, mesmo que em contextos de sistema de saúde diversos do brasileiro, não coincidindo com o estabelecido em protocolos de sistemas universais da saúde como o do Brasil e o da Inglaterra, que buscam padrões de integralidade. O desconhecimento sobre a nota técnica, criada pelo INCA a fim de facilitar a prática diária das Secretarias Municipais de Saúde, leva a gastos e investimento em saúde desnecessários.

Esta análise da prática clínica em relação ao câncer de mama encontrou distanciamento entre o preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro e os protocolos das Secretarias Municipais de Saúde, sem justificativas pautadas nas diferenças locorregionais para condutas diversas. Um panorama atual e abrangente das práticas nos mostra o quão diversos são os protocolos nacionalmente, tendo como principais pontos de divergência a presença da atenção básica nas ações idade para início dos exames preventivos e a periodicidade de mamografia. O desconhecimento sobre o protocolo nacional pode causar gastos desnecessários, destacando-se a necessidade de uniformização ou embasamento das ações tomadas para o desenvolvimento e a avaliação de programas de prevenção e tratamento do câncer de mama, a fim de minimizar os efeitos deletérios da detecção tardia, objetivando a diminuição da mortalidade decorrida desse agravo.

REFERÊNCIAS

1. Naves MMV, Quintanilha MIGD, Inumaru LE. Nutrição e prevenção de câncer: evidências, metas de saúde pública e recomendações individuais. *Nutr Pauta*. 2008;16:40-5.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e mama. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
3. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Prevenção e controle do câncer de mama: protocolos de atenção à saúde da mulher [Internet]. 2008 [acessado em 1º out. 2016]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/protocolocancerdemama.pdf>
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acessado em 17 fev. 2017]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rastreamento do câncer de mama. Nota técnica conjunta 11/2013 [Internet]. 2013 [acessado em 11 dez. 2016]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/a7973e0041bda572b9fef4c0453ee90/Nota+conjunta+mamografia+2013.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a7973e0041bda572b9fef4c0453ee90>
6. Tristão FI, Lima RCD, Lima EFA, Andrade MAC. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016;18(1):54-61. <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i1.15134>
7. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento e Programação. Protocolo de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama no município de Porto Alegre [Internet]. 2008 [acessado em 1º out. 2016]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_de_rastreamento_e_deteccao_precoce_do_cancer_de_mama_do_municipio_de_porto_alegre.pdf
8. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2012 [acessado em 1º out. 2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/ManualTecnico.pdf>
9. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher [Internet]. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2010 [acessado em 1º out. 2016]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/16_09_2010_12.38.44.8fb1f9bd6b11e6d031dfce2edc086bbb.pdf
10. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, Prefeitura do Rio de Janeiro. Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Coren RJ; 2012 [acessado em 1º out. 2016]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>

11. Duarte OD. Análise da avaliação e do contexto de implantação do programa de assistência integral à saúde da mulher no distrito sanitário III de Recife [dissertação]. Rio de Janeiro: Departamento de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
12. Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EAC, Panobianco MS. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):14-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100002>
13. Gonçalves LLC. Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; Universidade Federal do Sergipe; 2013.
14. Jácome EM. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró (RN) [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2009.
15. Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EAC, Panobianco MS. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):14-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100002>
16. Mattedi JPP, Quintanilha BC, Wandekoken KD, Dallbello-Araújo MD. Educação versus gestão: impasses da educação permanente em saúde. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016;18(1):77-86. <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i1.15138>
17. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):793-803. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>
18. Londrina. Prevenção do câncer de colo de útero e mama: protocolo [Internet]. Londrina: Prefeitura de Londrina; 2006 [acessado em 1º out. 2016]. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/2_prot_mulher_cancer_uter0%20_mama.pdf

Como citar este artigo:

De Cesaro BC, Vasconcellos VPC, Scola BT. Heterogeneidade nas diretrizes do câncer de mama: Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2019;21(1):22-7. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2019v21i1a5>