

Atraso na primeira consulta após percepção dos sinais/sintomas de câncer de mama*
Delay in the first medical appointment after noticing signs/symptoms of breast cancer
Retraso en la primera consulta después de la percepción de los signos/síntomas del
cáncer de mama

Recebido: 29/01/2020

Aprovado: 10/08/2020

Publicado: 22/09/2020

Milena Edite Case de Oliveira¹
Tiago Almeida de Oliveira²
Tácila Thamires de Melo Santos³
Lorena Sofia dos Santos Andrade⁴
Mathias Weller⁵

Este é um estudo quantitativo e transversal realizado entre 2016 e 2019, em dois centros de referência em oncologia da Paraíba, que teve como objetivo identificar os fatores que levaram ao atraso entre a percepção dos sinais/sintomas do câncer de mama e a primeira consulta ao profissional de saúde. Foi considerado atraso quando esse intervalo foi maior que 60 dias. Participaram da pesquisa 141 mulheres. Para a análise estatística foram utilizadas a Análise de Kaplan-Meier e Regressão de Cox. Os resultados mostraram que mulheres que tinham acesso aos serviços de saúde particulares (IC 95%: 0.003-0.24, $p < 0,01$), que realizavam exames de detecção precoce (IC 95%: 0.02-0.46, $p < 0,01$) e que tiveram seus sintomas percebidos através de exames de rastreamento (IC 95%: 0.05-0.79; $p = 0,02$) tinham menor risco de atraso. O estudo indica barreiras de acesso para as mulheres que utilizaram o serviço público do estado da Paraíba, bem como que a realização de exames de rastreamento apresenta-se como fator importante para a diminuição do atraso.

Descritores: Neoplasias da Mama; Diagnóstico Tardio; Serviços de Saúde.

This is a quantitative and cross-sectional study carried out between 2016 and 2019, in two oncology reference centers in the state of Paraíba, Brazil, which aimed to identify factors that led to the delay between the perception of signs/symptoms of breast cancer and the first appointment with a healthcare professional. A delay was considered when this interval was greater than 60 days. 141 women participated in the research. For statistical analysis, Kaplan-Meier Analysis and Cox Regression were used. The results showed that women who had access to private health services (95% CI: 0.003-0.24, $p < 0.01$), who underwent early detection (95% CI: 0.02-0.46, $p < 0.01$) and who had their symptoms perceived through screening tests (95% CI: 0.05-0.79; $p = 0.02$) had a lower risk of delay. The study indicates barriers of access for women who used public services in the state of Paraíba, as well as the fact that going through screening tests is an important factor in reducing delay.

Descriptors: Breast Neoplasms; Delayed Diagnosis; Health Services.

Este es un estudio cuantitativo y transversal realizado entre 2016 y 2019 en dos centros de referencia en oncología de Paraíba, Brasil, cuyo objetivo fue identificar los factores que provocaron el retraso entre la percepción de los signos/síntomas del cáncer de mama y la primera consulta con el profesional de la salud. Se consideró un retraso cuando este intervalo fue superior a 60 días. Participaron 141 mujeres en la encuesta. El Análisis de Kaplan-Meier y la Regresión de Cox se utilizaron para el análisis estadístico. Los resultados mostraron que las mujeres que tenían acceso a servicios de salud privados (IC 95%: 0.003-0.24, $p < 0,01$), que realizaban pruebas de detección temprana (IC 95%: 0.02-0.46, $p < 0,01$) y que percibieron sus síntomas a través de pruebas de detección (IC 95%: 0.05-0.79; $p = 0,02$) tenían un menor riesgo de retraso. El estudio indica las barreras de acceso para las mujeres que utilizaron el servicio público en el estado de Paraíba, así como que la realización de pruebas de detección es un factor importante en la disminución del retraso.

Descriptores: Neoplasias de la Mama; Diagnóstico Tardío; Servicios de Salud.

* Estudo financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

1. Psicóloga. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Neurociência Cognitiva e Comportamento pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. ORCID: 0000-0003-2266-5890 E-mail: milacdo1@gmail.com

2. Estatístico. Mestre e Doutor em Estatística e Experimentação Agronômica. Docente do Departamento de Estatística da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil. ORCID: 0000-0003-4147-7721 E-mail: tadolive84@gmail.com

3. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Professora do Centro Universitário Maurício de Nassau e Professora substituta do departamento de Enfermagem da UEPB, Campina Grande, PB, Brasil. ORCID: 0000-0001-7487-0605 E-mail: tacimelotj@hotmail.com

4. Bióloga. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Campina Grande, PB, Brasil. ORCID: 0000-0003-4766-1482 E-mail: lorena_sofiagc@hotmail.com

5. Biólogo. Mestre em Biologia. Doutor em Genética. Professor Associado do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da UEPB, Campina Grande, PB, Brasil. ORCID: 0000-0002-5881-4256 E-mail: mathiasweller@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública e uma das principais causas de mortalidade feminina no mundo¹. Para o ano de 2018, a estimativa é de 2.088.849 novos casos de câncer de mama feminino no mundo, estimando-se a ocorrência de 626.679 mortes para o mesmo ano². A mudança de estilo de vida e a expectativa de vida mais longa podem levar a um aumento na incidência de câncer de mama nos países em desenvolvimento, enquanto nos países desenvolvidos os índices vem apresentando estabilidade³.

No Brasil, há uma estimativa de 59.700 novos casos de câncer de mama para o biênio 2018-2019⁴. Nas regiões sul do Brasil, incluindo os maiores centros urbanos do país, São Paulo e Rio de Janeiro, a incidência de câncer de mama permaneceu estável. Isso contrasta com a região Nordeste, que apresentou um aumento da doença entre 2005 e 2018, de 27,23 para 63,98 novos casos por 100.000 mulheres^{4,5}.

Atrasos no tratamento são considerados uma das principais razões para as altas taxas de mortalidade por câncer de mama nos países em desenvolvimento, e refere-se ao intervalo de tempo entre o reconhecimento dos sintomas e o início do tratamento⁶.

O atraso no diagnóstico pode ser subdividido em quatro etapas, a saber: (1) A data do primeiro sintoma, definido como o momento em que as primeiras alterações corporais são notadas; (2) A data da primeira apresentação, que consiste no encaminhamento ao profissional de saúde para a investigação de possíveis patologias; (3) Data de encaminhamento, onde há uma transferência de responsabilidade de um profissional de saúde para um serviço especializado; (4) Data do diagnóstico, referindo-se a qualquer intervalo de tempo que se inicia ou finaliza com o diagnóstico⁷. Na data do primeiro sintoma considera-se: a data que a primeira alteração corporal foi percebida, a data em que o primeiro sintoma foi percebido, a data em que a pessoa percebe um motivo para discutir o sintoma com um profissional de saúde, e a data em que o sintoma de alto risco foi percebido⁷.

Estudos brasileiros apresentam relação entre o atraso no diagnóstico e estágios avançados da doença (III e IV), o que leva a uma piora no prognóstico^{8,9}. Como fatores que levam ao atraso da paciente, considera-se: nível educacional, estado civil, não reconhecer os sinais e sintomas, medo da morte e não ter serviço de saúde no local de residência^{8,10,11}.

Existem estudos que buscaram analisar o atraso para primeira consulta no Brasil^{9,11,12}. Uma pesquisa demonstrou que, na Paraíba, 41% das mulheres estão iniciando o tratamento para o câncer de mama em estágios avançados^{11,13}. Além disso, os estudos que analisaram esse intervalo de tempo enfocaram na análise de fatores de risco como a percepção da mulher acerca do adoecimento e fatores sociodemográficos. Entretanto, outras variáveis não foram analisadas para explicar o atraso, como por exemplo: a diferença entre os serviços de saúde público e privado na interferência do tempo antes do diagnóstico da doença.

A população brasileira pode ter acesso à saúde gratuita através do Sistema Único de Saúde (SUS), ou, uma parcela desta, pode investir em serviços de saúde privados¹⁴. Porém, a maior parte da população brasileira dependem exclusivamente do serviço público de saúde¹⁵.

Tem-se como pressuposto que as mulheres que dependem exclusivamente do serviço público de saúde possuem maior risco de atraso. Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores que levaram ao atraso entre a percepção dos sinais/sintomas do câncer de mama e a primeira consulta ao profissional de saúde. Foi considerado atraso quando esse intervalo foi maior que 60 dias.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico e de corte transversal¹⁶, onde buscou-se analisar o intervalo de tempo entre a percepção dos sinais/sintomas do câncer de mama e a

primeira consulta ao profissional de saúde em mulheres com câncer de mama do Estado da Paraíba.

Os dados foram coletados entre outubro de 2016 e março de 2019, em dois centros de referência em oncologia, que juntos, tratam mais de 90% de todas as pacientes com câncer de mama do estado da Paraíba.

Foram utilizados como critérios de inclusão: mulheres, maiores de 18 anos, que receberam diagnóstico de câncer de mama nos últimos três anos a partir da data de coleta, que estavam realizando tratamento em um dos dois centros de referência analisados e que a percepção dos sinais/sintomas se deu através delas mesmas, de algum familiar, ou por meio de exames de rastreamento. Foram excluídas do estudo aquelas que estavam em tratamento de recidiva da doença e que apresentaram déficits cognitivos que impediram a coleta dos dados.

Os dados coletados foram: sociodemográficos e informações sobre as datas de percepção dos sinais/sintomas e da primeira consulta ao profissional de saúde. Foram coletados por meio da aplicação de um formulário construído pelos pesquisadores, neste caso através de entrevistas. Os dados sobre as características clínicas da doença foram consultados através dos prontuários clínicos.

As pacientes foram questionadas sobre comportamento preventivo, idade, escolaridade, estado civil, status de ocupação, renda, status de seguro de saúde, se apresentaram sintomas antes do diagnóstico, o tipo de sintoma, o tipo de serviço de saúde ao qual tinham acesso e se sabiam reconhecer os sintomas. Foi considerado atraso intervalo maior que 60 dias¹¹ entre o primeiro reconhecimento dos sinais/sintomas e a primeira consulta com o profissional de saúde.

A análise estatística foi realizada com o software R (versão 3.4.3). Os valores de p foram determinados por testes de razão de verossimilhança. A seleção das variáveis para o modelo ajustado foi obtida através de *stepwise*.

Foi utilizado o teste de Kaplan-Meier para a análise descritiva dos dados, o intervalo de tempo > 60 dias foi definido como evento. O tempo de seguimento considerou pacientes entre os anos de 2016 e 2019. A regressão de Cox foi utilizada para a análise múltipla, obtenção da razão de risco (RR) e do intervalo de confiança (95%IC), considerando o $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP; CEP-UEPB, sob parecer: 2.201.826, CAEE: 63083816000005187). Foi obtido o consentimento informado por escrito de cada participante para a participação do estudo e posterior publicação dos dados. Por se tratar de uma pesquisa realizada com seres humanos, esse estudo seguiu as diretrizes da declaração de Helsinque 2000.

RESULTADOS

Entrevistou-se 141 mulheres. A maior parte da amostra foi composta por mulheres com 50 anos ou mais, com escolaridade maior ou igual a 12 anos de estudo e com renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos (Tabela 1).

A mediana do intervalo de tempo entre a percepção dos sinais/sintomas e a primeira consulta com um profissional de saúde foi de 41 dias (intervalo: 0-1.592). Foi considerado 0 dias para as mulheres que realizaram a primeira consulta com o profissional de saúde no mesmo dia em que perceberam dos sinais/sintomas. Um total de 81 (57,4%) mulheres realizaram a primeira consulta com o profissional de saúde em até 60 dias após a percepção dos sintomas e 60 (42,6%) mulheres procuraram esse atendimento após 60 dias da percepção (Tabela 1).

Em relação aos sinais/sintomas clínicos apresentadas antes do diagnóstico da doença, 85 (60,1%) informaram ter apresentado nódulo, 26 (18,4%) mulheres relataram não ter apresentado nenhum sintoma aparente, mas sinais foram percebidos por exames de

rastreamento, 20 (14,2%) mulheres apresentaram outros sintomas, exceto o nódulo, e 10 (7,1%) apresentaram nódulo e outros sintomas (Tabela 1).

Dentre os outros sintomas apresentados foram relatados: Hemorragia pulmonar, líquido transparente, depressão mamária, mama inchada com retração areolar, abscesso mamário doloroso, aréola invertida, mama com aspecto inflamado, dor na mama, regurgitamento mamário, “queimor mamário”, sinais flogísticos na mama esquerda, protuberância mamária, sulco mamário”.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos de mulheres com câncer de mama. Paraíba, 2019.

Variáveis	No e %	Eventos ^{variável*} (%)	Mediana
Idade			
< 40 anos	14 (9,9)	10 (71,4)	170
≥ 40 anos < 50 anos	40 (28,4)	14 (35,0)	144
≥ 50 anos	87 (61,7)	36 (41,4)	152
Escolaridade			
Analfabeto	12 (8,5)	8 (66,6)	182
< 12 anos de estudo	50 (35,5)	19 (38,0)	143
≥ 12 anos de estudo	79 (56,0)	33 (41,7)	144
Estado Civil			
Com companheiro (a)	80 (56,7)	33 (41,3)	133
Sem companheiro (a)	61 (43,3)	27 (44,3)	182
Trabalho			
Sim	50 (35,5)	24 (48,0)	154
Não	91 (64,5)	36 (39,5)	150
Renda			
< 1 salário mínimo	6 (4,3)	3 (50,0)	120
≥ 1 < 2 salários	91 (64,5)	40 (44,0)	154
≥ 2 salários	44 (31,2)	17 (39,0)	144
Apresentou sintomas antes do diagnóstico			
Sim	115 (81,6)	53 (46,1)	148
Não	26 (18,4)	8 (5,7)	194
Qual sintoma apresentou?			
Nenhum	26 (18,4)	8 (30,8)	194
Nódulo	85 (60,1)	36 (42,6)	148
Nódulo e outros	10 (7,1)	4 (40,0)	194
Outros	20 (14,2)	12 (60,0)	110

*Pessoas com intervalo maior que 60 dias

Após a seleção por *stepwise* e a estimação da Razão de Risco do modelo final ajustado, considerando atraso o tempo maior que 60 dias entre a percepção dos sinais/sintomas e a primeira consulta com o profissional de saúde, os dados apontam que o grupo de mulheres incluídas na faixa etária maior ou igual a 50 anos apresentou 3,21 vezes mais risco de atrasar quando comparadas às mulheres com idade menor de 40 anos (IC 95%: 0.66-4.58; $p = 0,024$) (Tabela 2).

Mulheres que afirmaram ter acesso aos serviços particulares ou em ambos os tipos de serviços (públicos e particulares) diminuíram o risco de atraso, em respectivamente 97% (IC 95%: 0.003-0.24) e 98% (IC 95%: 0.003-0.25), quando comparadas às que só possuíam acesso ao serviço público de saúde ($p < 0,01$) (Tabela 2).

As participantes que relataram realizar exames de detecção precoce diminuíram em 90% o risco de atraso quando relacionadas com as que não realizavam os exames (IC 95%: 0,02-0,46; $p < 0,01$). Em relação aos exames de detecção precoce, as que afirmaram realizar o auto exame das mamas pelo menos uma vez ao ano diminuíram o risco de atraso em 91% quando comparadas as que realizavam o auto exame raramente (IC 95%: 0.02-0.34, $p < 0,01$). E as que realizavam mamografia pelo menos uma vez ao ano diminuíram o risco de atraso em 80% quando comparadas com as que realizavam a mamografia raramente (IC 95%: 0.05-0.74; $p = 0,01$) (Tabela 2).

Em relação à percepção dos sinais/sintomas, as mulheres que afirmaram ter sido algum familiar que percebeu o sintoma inicialmente tiveram um risco de atraso diminuído em 68% quando comparadas às que relataram que elas mesmas perceberam o sintoma (IC 95%: 0.08-1.16; $p= 0,08$). E as mulheres que relataram que os sinais/sintomas foram percebidos por meio de exames de rastreamento diminuíram o risco de atraso 79% em relação às que perceberam sozinhas (IC 95%:0.05-0.79; $p= 0,02$) (Tabela 2).

Tabela 2. Razão de Risco (RR) e intervalo de confiança (95%CI) da análise de regressão de cox para variáveis antes da primeira consulta com o profissional de saúde. Paraíba, 2019.

Variável	N (%)	Eventos ^{variável*} (%)	Mediana	RR ^{ajustado} (95%IC)	P
Idade					
< 40 anos	14 (10,0)	10 (71,4)	170	Ref.	
40 a 49 anos	40 (28,3)	14 (35,0)	144	1,74 (0,66-4,58)	0,261
≥ 50 anos	87 (61,7)	36 (41,4)	152	3,21 (1,16-8,89)	0,024**
Possui Plano de Saúde Privado					
Não	15 (10,6)	6 (40,0)	98	Ref.	
Sim	126 (89,4)	54 (42,8)	166	0,30 (0,07-1,29)	0,107
Serviços que tinha acesso					
Público	5 (3,5)	2 (40,0)	90	Ref.	
Privado	99 (70,2)	43 (43,4)	182	0,03 (0,003-0,24)	0,001*
Ambos	37 (26,3)	15 (40,5)	102	0,02 (0,003-0,25)	0,001*
Sabia reconhecer sintomas					
Não	76 (53,9)	30 (39,5)	144	Ref.	
Sim	65 (46,1)	30 (46,2)	169	0,50 (0,24-1,03)	0,062
Realizava exames de detecção precoce					
Não	85 (60,3)	34 (40,0)	120	Ref.	
Sim	56 (39,7)	26 (46,4)	179	0,10 (0,02-0,46)	0,002*
Realiza Auto Exame das Mamas					
Raramente	83 (58,9)	40 (48,2)	150	Ref.	
Pelo menos uma vez ao ano	58 (41,1)	20 (34,4)	183	0,09 (0,02-0,34)	<0,001*
Realiza Mamografia					
Raramente	90 (63,8)	40 (44,4)	154	Ref.	
Pelo menos uma vez ao ano	51 (36,2)	20 (39,2)	138	0,20 (0,05-0,74)	0,016*
Quem percebeu primeiro?					
A paciente	114 (80,9)	53 (46,5)	144	Ref.	
Familiar	6 (4,2)	3 (50,0)	302	0,32 (0,08-1,16)	0,084
Exames de rastreamento	21 (14,9)	4 (19,0)	380	0,21 (0,05-0,79)	0,021*

*Pessoas com intervalo maior que 60 dias ** $p < 0,05$

DISCUSSÃO

Os resultados indicaram que as mulheres com mais de 50 anos, que só tinham acesso ao serviço público de saúde, que não realizavam exames de detecção precoce e que perceberam sozinhas seus sintomas tiveram maior risco de atraso.

Mulheres que utilizaram só o serviço público de saúde antes da primeira consulta, apresentaram maior atraso quando comparadas às que utilizaram o privado, ou o privado e o público concomitantemente. Esses achados se assemelham aos encontrados em outros estados brasileiros, onde as mulheres que utilizavam serviço público de saúde apresentaram maior atraso em comparação com serviços de saúde privados^{8,9,12,17}.

O atraso entre a percepção dos sinais/sintomas e a primeira consulta com um profissional de saúde foi associado à falta de recursos financeiros em um estudo recente realizado no México⁶. Muitas vezes, isso se deve à falta de diretrizes para encaminhamento ou solicitação de exames subsidiários por profissional de saúde, decorrentes do desconhecimento dos sinais e sintomas da neoplasia^{18,19}.

As mulheres que relataram ter realizado exames de detecção precoce, e as que informaram realizar o autoexame das mamas e a mamografia pelo menos uma vez ao ano diminuíram o risco de atraso na primeira consulta, quando comparadas com as que não realizavam os exames. O Ministério da Saúde contra indica o ensino do autoexame das mamas como método de rastreamento do câncer de mama, por considerar que os possíveis danos superam os possíveis benefícios²⁰.

Dessa forma, a mamografia continua sendo o mais indicado, uma vez que permite a detecção ainda na fase assintomática da doença, diminuindo o risco de diagnóstico tardio^{21,22}. O resultado favorável, portanto, pode indicar que mulheres que realizam autoexame das mamas possuem maiores atitudes preventivas relacionadas à detecção do câncer mamário.

Esses resultados corroboram com outra pesquisa²³, na qual barreiras associadas à não adesão da mamografia ao nível individual podem estar relacionadas ao conhecimento dos sinais e sintomas e a atitude da paciente frente a percepção do sintoma. Há uma deficiência nas ações de educação em saúde, por não ressaltarem a importância da realização dos exames de rastreamento pelas mulheres²³. Há outros fatores que se inter-relacionam com essa problemática, como a falta de mamógrafos disponibilizados pelo SUS. Nesse sentido, o sistema de saúde é apontado como um dos determinantes da barreira de acesso da população ao exame mamográfico²³.

As mulheres que tiveram seus sinais percebidos por meio de exames de rastreamento diminuíram o risco de atraso no diagnóstico, em comparação com aquelas que perceberam seus próprios sintomas. Estudo sugere o tipo de sintoma mamário e o estresse emocional como fatores que influenciam no atraso da mulher na busca do diagnóstico após a percepção dos sinais/sintomas²⁴. Muitas mulheres relacionam o câncer de mama à percepção do nódulo mamário, desconsiderando outros sinais e sintomas provenientes da doença. Dessa forma, a presença de conhecimento parcial e errôneo sobre o risco do câncer de mama pelas mulheres, e dos diversos sintomas que envolvem a neoplasia, minimiza o benefício do diagnóstico precoce²⁴.

A maior parte da amostra consistiu em mulheres com 50 anos ou mais, e as mulheres compreendidas nessa faixa etária apresentaram maior risco de atraso na primeira consulta quando comparadas às mulheres com idade menor de 40 anos. Isso se justifica uma vez que se trata da faixa etária com maior risco de incidência do câncer de mama⁴.

CONCLUSÃO

Este estudo tem como limitações o baixo número de participantes e o viés da confiabilidade de algumas informações, pelo fato das mulheres terem sido questionadas por eventos do passado. Como forma de minimizar as limitações, buscou-se coletar mulheres que iniciaram o tratamento com o período máximo de três anos até a data da coleta. Por sua vez, este trabalho corrobora com as pesquisas existentes acerca do atraso na primeira consulta, após a detecção dos sinais/sintomas do câncer de mama, bem como, levanta direcionamentos no tocante às políticas públicas do Estado da Paraíba, uma vez que se trata de uma problemática complexa e multifatorial.

Apesar da existência de políticas públicas voltadas para a detecção precoce do câncer de mama, os dados apresentam um maior atraso em mulheres que utilizaram exclusivamente o sistema público de saúde, mostrando vulnerabilidade social dessas mulheres e a dificuldade em se promover a equidade com ações efetivas que viabilizem o diagnóstico da neoplasia em estágios iniciais.

Assim, considera-se necessário propor intervenções direcionadas à facilitação do acesso à primeira consulta, à mamografia, além da educação em saúde frente aos sinais e sintomas do câncer de mama, com vistas a propiciar o aumento da adesão das mulheres aos exames diagnósticos e da importância do diagnóstico precoce, bem como, o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da neoplasia de mama.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2018. [citado em 22 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en/>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* [Internet]. 2018 [citado em 31 ago 2020]; 68(6):394-424. DOI:10.3322/caac.21492
3. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends- an update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* [Internet]. 2016 [citado em 31 ago 2020]; 25: 16-27. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578
4. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA [citado em 31 ago 2020]; 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>
5. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
6. Unger-Saldaña K, Fitch-Picos K, Villarreal-Garza C. Breast cancer diagnostic delays among young Mexican women are associated with a lack of suspicion by health care providers at first presentation. *J Glob Oncol.* [Internet]. 2019 [citado em 31 ago 2020]; 5:1-12. DOI: 10.1200/JGO.19.00093
7. Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, et al. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer.* [Internet]. 2012 [citado em 31 ago 2020]; 106(7):1262-7. DOI: 10.1038/bjc.2012.68
8. Oshiro ML, Bergmann A, Silva RG, Costa KC, Travaim IEB, Silva GB, et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no centro-oeste do Brasil. *Rev Bras Canc.* [Internet]. 2014 [citado em 31 ago 2020]; 60(1):15-23. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2014v60n1.488>
9. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2009 [citado em 31 ago 2020]; 31(2):75-81. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/05.pdf>
10. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado em 31 ago 2020]; 31(6):1269-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00048514>
11. Weller M, Oliveira MEC, Santos TTM, Andrade LSS, Gomes KAL, Oliveira TA. Long travel distance for health care and poor adherence to breast cancer screening programs as predictors of patient delay. *Ann Epidemiol Public Health* [Internet]. 2019 [citado em 31 ago 2020]; 2(1):1008. Disponível em: <https://meddocsonline.org/annals-of-epidemiology-and-public-health/Long-travel-distance-for-health-care-and-poor-adherence-to-breast-cancer-screening-programs-as-predictors-of-patient-delay.pdf>
12. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2013 [citado em 31 ago 2020]; 35(10):458-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/06.pdf>
13. Andrade ACM, Ferreira Júnior CA, Guimarães BD, Barros AWP, Almeida GS, Weller M. Molecular breast cancer subtypes and therapies in a public hospital of Northeastern Brazil. *BMC Women's Health* [Internet]. 2014 [citado em 31 ago 2020]; 14(110). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166019/>
14. Malta DC, Stopa, SR, Pereira CZ, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Private health care coverage in the Brazilian population, according to the 2013 Brazilian National Health Survey. *Ciênc Saúde Colet.*

- [Internet]. 2013 [citado em 31 ago 2020]; 22:179-90. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/en_1413-8123-csc-22-01-0179.pdf
15. McGregor AJ, Siqueira CE, Zaslavsky AM, Blendon RJ. Do elections matter for private-sector healthcare management in Brazil? An analysis of municipal health policy. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2017 [citado em 31 ago 2020]; 17:483-96. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2427-5>
16. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
17. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2015 [citado em 31 ago 2020]; 20(12):3805-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3805.pdf>
18. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, Bezerra IMP, Batista HMT, Abreu LC, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. BMC Women's Health [Internet]. 2017 [citado em 31 ago 2020]; 17(13):1-8. DOI: 10.1186/s12905-016-0359-6
19. Gebrim LHA. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado em 31 ago 2020]; 32(5):eCO010516. DOI: 10.1590/0102-311XCO010516
20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
21. Rêgo NTDS, Escórcio-Dourado CSM, Martins LM. Fatores epidemiológicos associados à realização da mamografia. Rev Interdisciplin. [Internet]. 2019 [citado em 31 ago 2020]; 12(1):59-67. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1306>
22. Mauad EC, Nicolau SM, Moreira LF, Haikel Junior RL, Longatto-Filho A, Baracat EC. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. Rural Remote Health [Internet]. 2009 [citado em 31 ago 2020]; 9(3):1241. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19778158/>
23. Tramonte MS, Silva PCS, Chubaci SR, Cordoba CCRC, Zucca-Matthes G, Vieira RAC. Atraso diagnóstico no câncer de mama em hospital público oncológico. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2016 [citado em 31 ago 2020]; 49(5):451-62. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v49i5p451-462
24. Sousa TP, Guimarães JV, Vieira F, Salge AKM, Costa NM. Fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. Rev Eletr Enferm. [Internet]. 2019 [citado em 31 ago 2020]; 21:53508. DOI: 10.5216/ree.v21.53508

CONTRIBUIÇÕES

Milena Edite Case de Oliveira contribuiu na coleta e análise dos dados, redação e revisão. **Tiago Almeida de Oliveira** atuou na coleta e análise dos dados. **Mathias Weller** e **Tácila Thamires de Melo Santos** colaboraram na concepção e revisão. **Lorena Sofia dos Santos Andrade** participou da coleta e análise dos dados e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Oliveira MEC, Oliveira TA, Santos TTM, Andrade LSS, Weller M. Atraso na primeira consulta após percepção dos sinais/sintomas de câncer de mama. REFACS [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(4):819-826. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

OLIVEIRA, M. E. C.; OLIVEIRA, T. A.; SANTOS, T. T. M.; ANDRADE, L. S. S.; WELLER, M. Atraso na primeira consulta após percepção dos sinais/sintomas de câncer de mama. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 4, p. 819-826, 2020. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Oliveira, M.E.C., Oliveira, T.A., Santos, T.T.M., Andrade, L.S.S., & Weller, M. (2020). Atraso na primeira consulta após percepção dos sinais/sintomas de câncer de mama. REFACS, 8(4), 819-826. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.