

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

Breast cancer: diagnosis-to-treatment waiting times for elderly women at a reference hospital of São Paulo, Brazil

Camila Brandão Souza¹
 Suzete Maria Fustinoni¹
 Maria Helena Costa Amorim²
 Eliana Zandonade²
 Jéssica Carvalho Matos¹
 Janine Schirmer¹

Abstract *This study compares waiting time from diagnosis of breast cancer to start of treatment with patients' social-demographic and clinical profiles in women aged 60 or more at the Pérola Byington Hospital, São Paulo, over the years 2001–2006. It is a descriptive study based on secondary data in a sample of 1,299 cases. Social-demographic, clinical and temporal variables were collected. Patients were divided into two groups: those with period between diagnosis and start of treatment less than 60 days, and greater than 60 days. The average time between diagnosis and start of treatment was 74.7 days (SD = 212.6), and the median time was 45 days. This waiting time was lower for subjects without diagnosis and without prior treatment ($p = 0.001$), and also for those with tumors at Stage 0, in situ or Stage I ($p = 0.001$). Time was significant for the outcomes of relapse ($p = 0.004$) and metastasis ($p = 0.038$). Having established diagnosis and treatment also resulted in lower time to start of the required care. Improvement to the structuring and functioning of the health service is an essential need, for dealing with the cases of the disease in an efficient manner, an important challenge for Brazil's Unified Health System.*

Key words *Breast cancer, Mammary neoplasia, Elderly women, Treatment, Diagnosis, Delay*

Resumo *Objetivou-se analisar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento e conhecer o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com 60 ou mais anos de idade, diagnosticadas com câncer de mama entre os anos de 2001 a 2006, no Hospital Pérola Byington, São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo, com dados secundários e amostra de 1299 casos. Coletou-se variáveis sociodemográficas, clínicas e temporais. Formou-se dois grupos de mulheres utilizando a variável tempo, sendo o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento: “até e maior que 60 dias”. A média do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 74,7 dias (DP = 212,6), e o tempo mediano de 45 dias. As idosas sem o diagnóstico e sem o tratamento anterior levaram menos tempo para dar início ao tratamento ($p = 0,001$), bem como as mulheres com estadiamento do tumor na fase inicial, in situ e I ($p = 0,001$). O tempo foi significativo para os desfechos de recidiva ($p = 0,004$) e metástase ($p = 0,038$). O diagnóstico e o tratamento estabelecidos garantiu às idosas menor tempo para o início da assistência devida. Melhorar a estruturação e o funcionamento dos serviços de saúde constitui fator imprescindível para o atendimento dos casos da doença de forma eficiente, um importante desafio para o Sistema Único de Saúde.*

Palavras-chave *Neoplasias da mama, Idosa, Tratamento, Diagnóstico, Atraso*

¹ Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, R. Napoleão de Barros 754, Vila Clementino, 04024-002 São Paulo SP Brasil. ufesmila_enfer@yahoo.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo.

Introdução

O câncer de mama é a causa mais comum de morte entre as mulheres e, exceto o câncer de pele não melanoma, é o tipo de câncer de maior incidência em 140 países¹. No Brasil, sua estimativa para os anos de 2014 e 2015 foi de 57.120 novos casos, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres². Para esse mesmo período serão 30.740 novos casos somente na região Sudeste¹.

O aumento da incidência do câncer não se deve apenas ao aumento da expectativa de vida, também está relacionado à melhora da tecnologia diagnóstica, bem como à ampliação de programas de rastreamento³. Nos países desenvolvidos sua incidência é maior, e também pode estar relacionado aos registros mais avançados, hábitos sedentários e reprodutivos⁴; já os coeficientes de mortalidade são mais altos nos países em desenvolvimento¹, reflexo das desigualdades em saúde⁵.

O câncer de mama possui progressão lenta e, se diagnosticado precocemente, apresenta considerável aumento na possibilidade de cura ou prolongamento da sobrevida⁶. É raro antes dos 35 anos, porém acima desta faixa etária sua incidência é rápida, crescente e progressiva⁷. Cerca de quatro em cada cinco casos ocorre após os 50 anos².

Nos Estados Unidos, em 2005, metade das pacientes diagnosticadas com câncer de mama tinham mais de 65 anos; e em 2015, a estimativa é que esse percentual aumente em 30%⁸. Populações com expectativa de vida mais alta, como a da Suíça, possuem a maior prevalência desse tipo de câncer da Europa, sendo as idosas responsáveis por 12% do total dos casos no País⁹.

Estudos sobre o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento são importantes para direcionar medidas resolutivas. Há ferramentas, como o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que auxiliam no monitoramento e avaliação das ações de controle e pesquisa do câncer, além de auxiliar na tomada de decisão frente à avaliação dos efeitos dos tratamentos e controle das variáveis que constam na ficha de tumor^{10,11}. As informações contidas nos RHCs subsidiam vários estudos¹²⁻¹⁴ e análises de tendências temporais dos fenômenos associados à doença¹¹.

A demora entre o diagnóstico e o início do tratamento agrava o câncer de mama, tornando-o progressivo e irreversível¹⁵. Dessa forma, em 2012, a Lei N°12.732, de novembro de 2012, ga-

rantiu ao paciente oncológico o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico¹⁶.

O atraso no tratamento do câncer de mama pode ocorrer em três momentos: do momento em que a mulher apresenta a sintomatologia até sua chegada ao serviço de saúde; o segundo momento é posterior ao atendimento médico, e se refere ao intervalo desse atendimento até o acesso à especialidade para a confirmação diagnóstica e, por último, o intervalo entre esse acesso e diagnóstico até o início do tratamento para a neoplasia em questão¹⁷. A mesma mulher pode sofrer atraso em várias etapas do seu diagnóstico e tratamento¹⁵.

Dependendo de fatores geográficos e socioeconômicos, o acesso e o tempo para o diagnóstico e o tratamento desse tipo de câncer variam¹⁵. A demora pode prejudicar o prognóstico das pacientes, reduzindo as chances de cura por crescimento e evolução do tumor^{15,18-20}. Existe uma associação entre atraso no diagnóstico e tratamento com pior sobrevida livre da doença, ocorrência de metástase linfonodal, tamanho do tumor e estadiamento tardio²¹, já a detecção precoce relaciona-se com maiores taxas de cura^{21,22}.

A lei, que garante ao paciente oncológico o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico, é recente¹⁶, todavia redes para o controle do câncer existem há mais tempo²³. A consolidação do conceito de Rede como estratégia de gestão da atenção oncológica no Brasil surgiu em 2003. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em parceria com o Ministério da Saúde, planejou uma agenda comum para as ações de controle do câncer, envolvendo diversas esferas da sociedade, visando reduzir a incidência e a mortalidade por câncer na população e garantir a qualidade de vida aos pacientes e familiares, e um dos seus objetivos foi fortalecer o planejamento e a avaliação das ações de atenção oncológica, estimulando sua integração e a otimização dos recursos²³. A Rede possivelmente potencializa os resultados do tratamento do câncer de mama, auxiliando no diagnóstico precoce, a diminuição entre os intervalos do diagnóstico e tratamento, por ser um indicador da eficácia e da eficiência do Serviço em todas as fases do tratamento do câncer de mama.

Frente ao exposto, objetivou-se com o presente estudo analisar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento em mulheres idosas, diagnosticadas com câncer de mama entre os anos de 2001 a 2006, em um serviço de referência, em São Paulo-SP - Brasil, e conhecer o per-

fil dessas idosas quanto ao estadiamento inicial, localização primária, tipo histológico do tumor, recidiva, metástase e tratamentos realizados.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com dados secundários. A população constituiu-se de todos os casos incidentes de mulheres idosas com diagnóstico de câncer de mama, que receberam tratamento no Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher, no Município de São Paulo, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2006, cadastrados no Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC), totalizando 1.299 casos.

O Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher, no Município de São Paulo, tem como missão prestar assistência ambulatorial e médico-hospitalar, referência, para a população da grande São Paulo, nas áreas de reprodução humana, ginecológica e oncologia genital e mamária²⁴.

Atualmente, sua função na terapêutica do câncer mamário e ginecológico, dentre outros, ganha destaque. Essa instituição mantém ainda campos de parceria com instituições de ensino, desenvolvimento de pesquisas, tecnologia e educação em saúde da comunidade²⁴.

Excluíram-se os casos que não apresentavam completude de registro das variáveis relacionadas ao tempo, recorreu-se aos prontuários para o entendimento do motivo dessa não completude. Em mulheres com mais de um diagnóstico de tumor primário de mama, somente o primeiro caso foi considerado.

Adotou-se como idoso a pessoa com 60 anos ou mais, de acordo com definição e utilização pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁵ e pela Política Nacional de Saúde do Idoso²⁶.

Analisaram-se 13 variáveis, todas provenientes da Ficha de Registro de Tumor e do RHC do Hospital, abrangendo faixa etária ao diagnóstico, ano do diagnóstico, diagnóstico e tratamento anterior, localização primária do tumor, tipo histológico do tumor, estadiamento clínico do tumor ao diagnóstico, tratamentos realizados e combinações, recidiva, metástase, localização da metástase, tempo decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento, tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento, tempo decorrido entre a primeira consulta e o diagnóstico. Houve seguimento das variáveis recidiva e metástase por um período de 5 anos.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2007 for Windows* e o Pacote Estatístico IBM SPSS *Statistics* 20.0. Realizou-se a análise descritiva univariada dos dados obtidos para conhecer o padrão de distribuição das mulheres que buscaram tratamento para câncer de mama. Analisaram-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio-padrão. Para a associação entre o tempo e as variáveis do estudo, utilizou-se o teste qui-quadrado de associação.

Formaram-se dois grupos de mulheres e utilizou-se a variável tempo, sendo o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento “até 60 dias” e “maior que 60 dias”, às demais variáveis do estudo. Considerou-se, para um nível de significância, $p \leq 0,05$.

Não há conflitos de interesses financeiros e/ou políticos.

Resultados

Entre os anos de 2001 e 2006, foram atendidas no Hospital Pérola Byington 1.318 novos casos de mulheres idosas com câncer de mama. Excluíram-se 19 casos por não terem realizado nenhum tipo de tratamento após o diagnóstico, apresentando não completude da variável tempo, totalizando 1.299 mulheres.

Observa-se, na Tabela 1, que mais de 50% das mulheres encontravam-se na faixa etária de 60-69 anos. A idade média das mulheres foi de 70,1 anos (desvio padrão 7,3 anos) e mediana de 69 anos. O ano de 2006 apresentou a maior frequência de diagnósticos, contabilizando 22% da população. Mais de 90% chegaram ao serviço sem diagnóstico e sem tratamento anterior. Em 98% dos casos a localização primária do tumor mamário esteve imprecisa. Quanto ao tipo histológico, 78% eram carcinoma ductal infiltrante. O estadiamento II esteve presente em 44%, seguido do estadiamento III com 28%. A associação de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia foi a mais utilizada pela instituição nos tratamentos, com 26%, seguida pela cirurgia, radioterapia e hormonioterapia, com 22%.

A Tabela 2 mostra que, na grande maioria dos casos (92%), não houve recidiva. Houve metástase em 17% das mulheres, sendo a localização isolada dos brônquios e pulmões a mais atingida (26%), seguida pelos ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros (23%).

A média do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 74,7 dias (DP = 212,6

Tabela 1. Perfil Clínico e Epidemiológico das Idosas com câncer de mama atendidas no Hospital Pérola Byington. São Paulo, 2014.

Variável	N	%
Faixa etária		
60 - 69 anos	697	54%
70 - 79 anos	443	34%
80 anos e mais	159	12%
Ano do diagnóstico		
2001	167	13%
2002	193	15%
2003	245	19%
2004	186	14%
2005	223	17%
2006	285	22%
Diagnóstico e tratamento anterior		
Sem Diagnóstico/ Sem Tratamento	1200	92%
Com Diagnóstico/ Com Tratamento	11	1%
Com Diagnóstico/ Sem Tratamento	88	7%
Localização Primária do Tumor		
Mama, SOE	1272	98%
Mama, Quadrante Superior Externo	13	1%
Demais localizações	14	1%
Tipo histológico do tumor		
Carcinoma Ductal Infiltrante	1011	78%
Carcinoma Lobular	97	7%
Demais localizações	195	15%
Estadiamento inicial do tumor		
<i>In situ</i>	81	7%
1	229	18%
2 (A, B)	555	44%
3 (A, B, C)	354	28%
4	37	3%
Tratamentos realizados e combinações		
Somente cirurgia	107	8%
Somente quimioterapia	11	1%
Somente radioterapia	2	0%
Somente hormonioterapia	8	1%
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia	350	27%
Cirurgia + radioterapia + hormonioterapia	291	22%
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia	203	16%
Cirurgia + hormonioterapia	136	10%
Demais combinações	191	15%

dias) e o tempo mediano de 45 dias. O tempo médio entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de 21 dias (DP = 124,3 dias). Observou-se que 5% das mulheres já chegaram com o diagnóstico e que aproximadamente 50% das mulheres tiveram a data do diagnóstico coincidindo com a data da primeira consulta. A mulher idosa espe-

Tabela 2. Perfil das variáveis recidiva e metástase das Idosas com Câncer de Mama atendidas no Hospital Pérola Byington. São Paulo, 2014.

Variável	N	%
Recidiva		
Local	78	6%
Regional	20	2%
Não houve recidiva	1.201	92%
Metástase		
Sim	221	17%
Não	1.078	83%
Localização da metástase		
Brônquios e pulmões	57	26%
Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros	51	23%
Linfonodos	14	7%
Fígado e vias intra-hepáticas	12	5%
Demais localizações e associações	87	39%

rou, em média, 95,7 dias (DP = 193,0 dias) entre a primeira consulta no serviço e o início de seu tratamento. O tempo mediano foi de 60 dias.

A Tabela 3 demonstra que mais de 80% das mulheres atendidas tiveram até dois meses de intervalo entre o diagnóstico e o tratamento, a maior parte esperou entre um e dois meses, e aproximadamente 36% foram atendidas em até um mês.

De acordo com a Tabela 4, as mulheres idosas de faixa etária mais elevada, com 80 anos ou mais, têm o tempo entre o diagnóstico e o tratamento inferior quando comparadas às idosas de até 69 anos, todavia essa variável não apresentou significância estatística.

No último biênio estudado, houve uma melhora significativa ($p = 0,001$) do tempo entre o diagnóstico e o tratamento, quando comparado ao biênio 2002-2003. No ano de 2003, a maioria das idosas recebeu o tratamento após 60 dias do diagnóstico, o contrário foi verdadeiro nos anos de 2005 e 2006.

As idosas que chegaram ao hospital sem o diagnóstico e sem o tratamento levaram menos tempo para iniciarem o tratamento, quando comparadas às que já chegaram com o diagnóstico ($p = 0,001$). Receber o diagnóstico no serviço favoreceu o acesso ao tratamento.

As mulheres com estadiamento do tumor na fase inicial, *in situ* e I, tiveram uma vantagem na agilidade do tratamento, quando comparadas

Tabela 3. Estatística do tempo entre diagnóstico, primeira consulta e tratamento das Idosas com Câncer de Mama atendidas no Hospital Pérola Byington. São Paulo, 2014.

Tempos	N	%
Tempo (dias) entre a primeira consulta e o início do tratamento		
Menos de 30 dias	196	15,1%
De 30 a 60 dias	718	55,3%
De 61 a 180 dias	303	23,4%
181 dias e mais	82	6,3%
Tempo (dias) entre o diagnóstico e o início do tratamento		
Menos de 30 dias	466	35,9%
De 30 a 60 dias	581	44,7%
De 61 a 180 dias	203	15,6%
181 dias e mais	49	3,8%
Tempo (dias) entre a primeira consulta e o diagnóstico		
Menos de 30 dias	850	65,4%
De 30 a 60 dias	218	16,9%
De 61 a 180 dias	103	7,9%
181 dias e mais	29	2,2%
Diagnóstico anterior à primeira consulta*	99	7,6%

* Pacientes com diagnóstico anterior à consulta.

às com o estadiamento mais avançado (III), $p = 0,001$.

A Tabela 5 mostra que o tempo foi significativo para os desfechos de recidiva e metástase, sendo $p = 0,004$ e $p = 0,038$, respectivamente. Das mulheres atendidas em até 60 dias, 6% tiveram recidiva e 16%, metástase; já entre as mulheres que foram atendidas após os 60 dias, 12% apresentaram recidiva e 21% evoluíram para metástase.

Discussão

A média do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 74,7 dias, e o tempo médio de 45 dias. Chegar ao serviço sem diagnóstico e tratamento anterior, bem como estar em estadiamento inicial favoreceram o acesso ao tratamento. O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi significativo para os desfechos de recidiva e metástase.

Neste estudo, as 19 mulheres que não iniciaram o tratamento não o fizeram por alguns motivos em comuns descritos nos prontuários, tais

como: “a crença na religião e em que um milagre aconteceria”; “a desesperança da cura quando em estágio avançado”; “o medo de enfrentar a doença e ficar mutilada” e “regresso para o seu local de origem por não poderem arcar com os altos custos de vida em São Paulo”.

Estudo realizado em Campinas verificou que é comum a desistência no decorrer da terapêutica, e que mulheres idosas com câncer de mama têm um risco três vezes maior de abandonarem o tratamento, quando comparadas a seus pares abaixo dos 55 anos²⁷. Outro estudo afirma que, para hormonioterapia, mulheres abaixo dos 35 anos são mais propensas ao abandono²⁸.

Há escassez de trabalhos que abordem somente as idosas, outros até optam por excluir a amostra^{29,30}, muitas vezes pelo fato delas possuírem fatores concomitantes à doença de base e que podem interferir em desfechos. Um trabalho sobre o perfil da mulher com câncer de mama, realizado no Estado do Espírito Santo e que incluiu mulheres idosas, também encontrou uma prevalência maior na idade de 60 a 69 anos, quando considerado somente o grupo idoso²⁹. Esse grupo costuma responder bem aos tratamentos, mas após os 75 anos tem prognóstico desfavorável para o câncer em questão³¹.

O número de diagnósticos em 2006 quase dobrou comparado ao ano de 2001. Esse fenômeno pode ter se dado, não pelo aumento da existência desses casos, mas sim pela melhora no diagnóstico e a garantia de acessibilidade ao serviço. A criação do documento de consenso para o controle do câncer de mama³, em 2004, apresentou recomendações desde a prevenção dos fatores de risco aos cuidados paliativos, e foi importante para a padronização das ações.

As mulheres costumavam chegar ao Serviço encaminhado pela Unidade Básica de Saúde, sem confirmação de diagnóstico e sem tratamento anterior, diferentemente do ocorrido em um hospital filantrópico, em Vitória, no qual a maioria das mulheres atendidas tinha o diagnóstico e o tratamento anterior³².

A imprecisão no registro da localização primária do tumor mamário foi um dado preocupante. Uma vez necessária ao diagnóstico deve ser preenchida no prontuário e registrada pelos registros do RHC, todavia em algum momento houve um entrave nesse processo. Tratando-se de pessoas diagnosticadas por câncer, em virtude de o processo de adoecimento ser de longa duração, que exige uma interação entre médico e paciente, o preenchimento adequado do prontuário deveria ser facilitado³³.

Tabela 4. Associação entre o tempo e as variáveis clínicas e epidemiológicas das Idosas com Câncer de Mama atendidas no Hospital Pérola Byington. São Paulo, 2014.

Variável	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento				p-valor
	Até 60 dias		Mais de 60 dias		
	N	%	N	%	
Faixa etária					0,089
60 - 69 anos	548	52,3	149	59,1	
70 - 79 anos	361	34,5	82	32,5	
80 - 89 anos	122	11,7	20	8	
≥ 90 anos	16	1,5	1	0,4	
Ano do diagnóstico					0,001
2001	142	14	25	10	
2002	155	15	38	15	
2003	162	15	83	33	
2004	143	14	43	17	
2005	189	18	34	13	
2006	256	24	29	12	
Diagnóstico e tratamento anterior					0,001
Sem diagnóstico/Sem tratamento	999	95,4	201	80	
Com Diagnóstico/Com Tratamento	3	0,3	8	3	
Com Diagnóstico/Sem Tratamento	45	4,3	43	17	
Estadiamento do tumor					0,001
0	76	7	5	2,2	
I	201	20	28	12,2	
II (A, B)	454	44	101	44,1	
III (A, B, C)	267	26	87	38	
IV	29	3	8	3,5	

Tabela 5. Associação entre o tempo e as variáveis recidiva e metástase das Idosas com Câncer de Mama atendidas no Hospital Pérola Byington. São Paulo, 2014.

Variável	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento				p-valor
	Até 60 dias		Mais de 60 dias		
	N	%	N	%	
Recidiva					0,004
Sim	68	6	30	12	
Não	979	94	222	88	
Metástase					0,038
Sim	167	16	54	21	
Não	880	84	198	79	

Registrar os dados, em países em desenvolvimento, é uma tarefa complexa, considerando a falta de recursos materiais e humanos. O risco de distorções é fato¹⁰, e a completude, muitas vezes, é baixa^{11,33}. Entretanto, há disponibilidade

de capacitação e atualização dos profissionais^{11,34}, visando à melhoria na qualidade desse registro.

Quanto ao tipo de tumor, carcinoma ductal infiltrante, ou carcinoma ductal invasivo, sem outras especificações, é o maior grupo de carcinomas invasivos da mama. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, que representa cerca de 75-80% dos carcinomas invasivos³⁵. Esses tumores oferecem um prognóstico menos favorável, quando comparados a outros carcinomas invasivos^{35,36}, normalmente apresentam necroses, áreas de enfarte e uma área central acelular característica³⁵.

Pesquisas apontam resultados semelhantes aos dados expostos e ao presente estudo, com predomínio do carcinoma ductal infiltrante dentre os tipos histológicos estudados³⁷⁻⁴⁰. É importante ressaltar que pacientes com idades semelhantes e tumores do mesmo tipo histológico não se comportam de forma uniforme, apresentam evoluções distintas³⁸.

O tipo histológico do tumor não é pré-requisito para o estadiamento que, quando bem definido, direciona as condutas terapêuticas de

maneira correta, estando intimamente ligado ao desfecho⁴¹. O câncer de mama tem um percentual de cura muito significativo, se diagnosticado e tratado rapidamente^{21,22}. Chegar ao serviço de saúde ainda na fase inicial da doença é o grande desafio para o Brasil. Estar entre os estádios II e III corroboram com os achados de Silva³², em que as variáveis 'baixa instrução' e 'origem do encaminhamento' pelo SUS apresentaram associação estatisticamente significativa, respectivamente 4,3 e 1,9 vezes mais chances para o diagnóstico em estágio tardio. Cintra et al.³⁹ encontraram um mesmo resultado quando avaliaram mulheres de Juiz de Fora (MG), e concluíram com isso que o foco deve estar no rastreamento do câncer de mama, além da garantia de tratamento quando diagnosticado. Srur-Rivero e Cartin-Brenes⁴² também encontraram distribuição semelhante.

A evolução do câncer de mama na mulher idosa parece ter um comportamento semelhante ao da mulher jovem, todavia, com o envelhecimento, essa mulher passa a ter menos acesso aos programas de rastreamento, aos métodos de diagnóstico e a tratamentos mais modernos e complexos²⁹.

O INCA, com base em dados epidemiológicos, preconiza o rastreamento por meio do exame clínico a todas as mulheres acima dos 40 anos, independentemente da faixa etária e, por mamografia, às mulheres que tenham entre 50-69 anos⁴³. Observa-se que não há consenso sobre o rastreamento para o câncer de mama em mulheres abaixo de 50 e acima de 70 anos. A *U.S. Preventive Services Task Force*⁴⁴ recomenda mamografia bienal para mulheres entre 50 e 74 anos. Antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada, levando em conta o custo-benefício do procedimento. Não há dados que respaldem sua indicação para mulheres acima de 75 anos. Para mulheres de qualquer idade, não é recomendado o autoexame das mamas por ausência de evidências quanto a sua eficácia, ausência que também ocorre quanto ao exame clínico das mamas. Para a *American Cancer Society*⁴⁵, o exame clínico das mamas deve ser realizado a cada 3 anos em todas as mulheres entre 20 e 30 anos, e todos os anos em mulheres acima de 40 anos, após essa idade, a mamografia deve ser anual. Ainda segundo a sociedade, todas as mulheres devem conhecer bem as suas mamas, sendo importante o exame clínico a partir dos 20 anos. A *Canadian Task Force*⁴⁶ não recomenda o rastreamento rotineiro com mamografia para mulheres entre 40-49 anos. Recomenda-se que seja realizado a cada 2 a 3 anos nas mulheres entre 50-69 anos, bem como entre

70-74 anos. Assim como a *U.S. Preventive Services Task Force* defende, não há confirmação de sua eficácia para mulheres acima de 75 anos^{44,46}. Segundo a *European Guidelines*, o rastreamento por mamografia deve acontecer a cada dois anos, no grupo alvo de mulheres entre 50-69 anos⁴⁷. Autores defendem que se a mulher idosa tem uma expectativa de vida superior a cinco anos, não apresenta comorbidades que a comprometam de maneira importante e está com a cognição preservada, o rastreamento de rotina, por mamografia, deve, sim, ser considerado²⁹.

Mulheres idosas apresentam menores possibilidades de diagnóstico precoce⁴⁸. O diagnóstico nas fases iniciais propicia tratamentos menos agressivos, e a mamografia é o principal método de detecção precoce ao alcance da população²⁹.

O tratamento do câncer de mama da mulher idosa é prejudicado por inúmeros equívocos, fazendo com que muitas vezes haja um subtratamento, por acreditar-se que são mais frágeis aos tratamentos existentes e que suas comorbidades irão influenciar diretamente no desfecho^{9,29}. Observa-se no presente estudo que a maioria das idosas foi tratada com todas as modalidades terapêuticas disponíveis no serviço, como: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Pode-se constatar que essas idosas foram avaliadas quanto a uma série de variáveis, dentre elas, a idade, o estágio da doença, presença ou não de metástase, o poder de toxicidade dos medicamentos e seu custo-benefício. Quanto às estratégias terapêuticas, ainda está distante a formulação de um único protocolo de tratamento, sendo o mais coerente a discussão de caso a caso no âmbito de uma equipe multidisciplinar⁴⁹.

A Sociedade Brasileira de Mastologia⁴⁹ defende que a omissão da radioterapia, embora não interfira na sobrevida da paciente, aumenta o risco da ocorrência de recidiva local, mas que o benefício do tratamento para as idosas pode ser menor, visto que se trata de uma população com baixo risco desse tipo de recidiva. Autores³¹ afirmam que o tamanho do tumor está diretamente ligado ao risco de recidiva, sendo fator preditor. A recidiva foi incomum, apresentando resultados semelhantes aos encontrados na literatura existente^{40,42}.

A principal característica do câncer é a capacidade de metastatizar. A genética do tumor é um fator importante no comprometimento metastático; acredita-se que a informação para o desenvolvimento da metástase já está contida no DNA do tumor desde o seu surgimento⁵⁰. Mulheres idosas comportam menos chance de desenvolve-

rem metástase quando comparadas às mulheres mais novas^{49,51}. A porcentagem desse evento varia dentre os estudos^{37,38,40}, mas é evidente que é a principal causa de mortes por câncer⁵². Como no presente estudo, a literatura aponta pulmão e ossos como importantes locais de acometimento por metástase^{38,39}.

Mesmo antes da Lei 12.732 ser decretada, a média do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento das mulheres estudadas foi satisfatória, atendendo ao que, anos depois, foi instituído, demonstrando agilidade e compromisso com a saúde pública. Autores^{15,53} defendem que o mais demorado seja conseguir o diagnóstico, que se traduz pelo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, o que não ocorreu no presente estudo. O tempo total entre a procura do serviço de saúde, o diagnóstico e o início do tratamento refletiu resolubilidade e foi inferior a estudos realizados em outros serviços de saúde^{15,53}.

Evidencia-se que as mulheres mais velhas foram atendidas mais rapidamente; esse resultado está em consonância com estudo realizado em idosas acima dos 65 anos nos Estados Unidos⁵⁴. Já no Reino Unido⁵⁵, mulheres acima dessa faixa etária apresentaram intervalos de tempo maiores entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Chegar ao serviço com diagnóstico e tratamento anterior conferiu maior sobrevida às mulheres de dois serviços de saúde em Florianópolis, ao mesmo passo que chegar sem diagnóstico e sem tratamento aumentou em mais de duas vezes o risco de óbito⁵⁶. No presente estudo, receber o diagnóstico e todo o tratamento no serviço estudado garantiu melhores tempos. Considerando que o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento é variável importante e que influencia sobre o prognóstico da paciente¹², possivelmente, chegar ao serviço sem o diagnóstico e tratamentos anteriores melhora o prognóstico da paciente, podendo interferir em aumento da sobrevida.

Visto que o câncer de mama tem um prognóstico bem melhor em estadiamentos iniciais^{37,39,41,56}, houve uma tendência em priorizar mulheres com uma chance maior de cura e/ou tempo de sobrevida. A agilidade do tratamento nas mulheres com estadiamento precoce e o tratamento tardio nas com estádios mais avançados é vista em vários outros estudos^{15,57-59}. Já, em um estudo realizado no Espírito Santo¹², a tendência foi de priorizar os casos mais graves, atendendo mais rapidamente mulheres com o estadiamento III e IV.

É importante enfatizar que as populações estudadas guardam características diferentes, uma vez que o referido estudo foi realizado com mulheres de todas as faixas etárias, e o presente estudo abrangeu apenas mulheres acima de 60 anos, o que pode ter interferido na ordem de prioridade do atendimento, pois mulheres mais jovens (a partir da terceira década de vida) possuem melhores prognósticos, quando comparadas às idosas^{31,49} e iniciar o tratamento mais rápido é determinante para o aumento das chances de cura/sobrevida⁴¹. As mulheres mais idosas geralmente têm comorbidades associadas, fragilidades decorrentes da idade, menores tempos de expectativa de vida, interferindo na escolha^{9,29,60,61} e na agilidade do tratamento, muitas vezes equivocadamente, por crenças infundadas^{49,60,61}, pois o envelhecimento é um processo multidimensional e totalmente individualizado, e que não, necessariamente, obedece a um padrão de declínio fisiológico²⁹.

Há divergências na literatura quanto aos intervalos entre o diagnóstico e o tratamento e as consequências para o paciente^{12,15,60,62}. Estudos afirmam que o atraso no diagnóstico não compromete o prognóstico^{12,60,62} e a sobrevida do paciente^{12,62}. Outros já registram que esse intervalo causa, sim, impacto negativo ao paciente¹⁸⁻²¹. Com o presente estudo observou-se que o tempo interfere no desfecho, e que o atendimento com rapidez oferece maiores condições para o tratamento da doença, com resultados mais satisfatórios. O diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama são importantes fatores de redução da mortalidade^{21,43}. Estratégias como o rastreamento para a detecção precoce são fundamentais e reforçam a importância da corrida contra o tempo^{22,43}.

Autores consideram que, quanto mais rápido se instituir o tratamento de tumores iniciais, maiores são as chances de cura¹⁵. O atraso do diagnóstico se relaciona com estadiamento tardio⁶³ e maiores riscos de metástase²⁰. A ocorrência de metástase e recidiva está diretamente relacionada à diminuição da sobrevida e pior prognóstico^{12,21}.

A não completude de algumas variáveis, bem como a imprecisão do registro, informações que podem ter se perdido pelo subpreenchimento dos prontuários⁶⁴, foram limitações do estudo. É imprescindível o envolvimento de gestores, profissionais da saúde e registradores dos RHCs, a fim de se atingir a completude e a precisão de dados para melhorar a qualidade das informações⁶⁵.

Conclusão

Receber o diagnóstico e todo o tratamento no serviço estudado garantiu melhores tempos; enfatiza-se que o período estudado precede à “Lei dos 60 dias”, e, ainda assim, os intervalos de tempo encontrados demonstram qualidade e resolubilidade do serviço prestado.

Este estudo, realizado com dados secundários, foi de extrema importância para conhecer a realidade entre o intervalo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento das mulheres idosas com câncer de mama; serve como base para que sejam planejadas estratégias de intervenções clínicas e políticas ao atendimento à mulher idosa pela equipe interdisciplinar.

Colaboradores

CB Souza, SM Fustinoni, MH Amorim, E Zandonade, JC Matos e J Schirmer participaram da concepção e projeto e análise e interpretação dos dados; da redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; da aprovação final da versão a ser publicada; sendo responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Ao Hospital Pérola Byington – Centro de Referência da Saúde da Mulher.

Referências

- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Latest world cancer statistics. *Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed*. 2013. [acessado 2014 ago 8]. Disponível em: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer*. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [acessado 2014 ago 9]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf
- Instituto Nacional do Câncer. Normas e Recomendações do Ministério da Saúde Controle do câncer de mama. Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso. *Rev Brasileira de Cancerologia* 2004; 50(2):77-90.
- Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries. *N Engl J Med* 2008; 358(3):213-216.
- World Health Organization. *Global Health Inequalities and Breast Cancer: An Impending Public Health Problem for Developing Countries*. [acessado 2015 jun 2]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4741.2008.00618.x/full>
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Atlas de Mortalidade por câncer*. [acessado 2012 out 10]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo05.action>
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Tipos de Câncer. Mama*. [acessado 2012 out 25]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+
- Hurria A, Naeim A, Elkin E, Limaye S, Grover A, Hudis C, Pearce C, Robson M. Adjuvant treatment recommendations in older woman with breast cancer: a survey of oncologists. *Crit Rev Oncol Hematol* 2007; 3(61):255-260.
- Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyr-old-Caspar I, Schäfer P, Kurtz J, Sappino AP, Vlastos G. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly woman. *J Clin Oncol* 2003; 19(21):3580-3587.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Rotinas e Procedimentos para Registros de Câncer de Base Populacional*. Rio de Janeiro, INCA, 2006. [acessado 2012 out 26]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/vigilancia/download/manual_rotinas_procedimentos_rcbp.pdf
- Pinto IV, Ramos DN, Costa MCE, Ferreira CBT, Rebelo MS. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet* 2012; 1(20):113-120.
- Albrecht CAM. *Análise de Sobrevida de Pacientes com Câncer de Mama Atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, na Cidade de Vitória, Espírito Santo* [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2011.
- Edwards D, Bell J. Cancer registries: future development and uses in Britain. *J Public Health Med* 2000; 2(22):216-219.
- Figueiredo GPZ. *Câncer em Crianças e Adolescentes no Hospital de Referência do Estado do Espírito Santo: Uma Análise de 25 Anos* [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2012.
- Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Riechelmann R, Kaliks R, Giglio A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1):72-76.
- Brasil. Presidência da República. Lei Nº12.732, de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União* 2012; 23 nov.
- Coates AS. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. *Lancet* 1999; 353(9158):1112-1113.
- Cant PJ, Yu DSL. Impact of the '2 week wait' directive for suspected cancer on service provision in a symptomatic breast clinic. *Br J Surg* 2000; 87(8):1082-1086.
- Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353(9159):1127-1131.
- Olivotto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L, Zeva M, Harrison M, Shumak R. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *Cancer* 2002; 94(8):2143-2150.
- Huo Q, Cai C, Zhang Y, Kong X, Jiang L, Ma T, Zhang N, Yang Q. Delay in Diagnosis and Treatment of Symptomatic Breast Cancer in China. *Ann Surg Oncol* 2015; 22(3):883-888.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Controle do Câncer de Mama. *Deteção Precoce*. [acessado 2014 ago 10]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce
- Rede Câncer. *Entenda a Rede*. [acessado 2014 ago 12]. Disponível em: http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/entendarede/site/home/o_que_e
- Hospital Pérola Byington. Centro de Referência da Saúde da Mulher, no Município de São Paulo. *O Hospital*. [acessado 2015 jul 26]. Disponível em: <http://www.hospitalperola.com.br/o-hospital.php>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. *Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados*. [acessado 2015 maio 16]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf IBGE, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 13 dez.
- Koseki NM. *Fatores associados a não adesão ao tratamento de mulheres com câncer ginecológico ou mamário* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1997.
- Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(2):284-295.

29. Silva LCR, Amorim WC, Castilho MS, Guimarães RC, Paixão TPMM, Pirfo, CBL. Câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade: diretrizes para diagnóstico e tratamento. *Rev Med Minas Gerais* 2013; 23(1):105-112.
30. Miranda TC, Kaliks RA, Jacob Filho W, Giglio A. Câncer de mama na mulher idosa – a visão do geriatra Breast cancer in elderly women – perspective of geriatricians. *Einstein*. 2008; 1(6):90-92.
31. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. *Rev Brasileira de Cancerologia* 2002; 48(1):113-131.
32. Silva PF. *Perfil de Mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória-ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento* [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
33. Felix JD, Castro DS, Amorim MHC, Zandonade E. Tendência da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres no Estado do Espírito Santo, no Período de 1980 a 2007. *Rev. bras. cancerol.* 2011; 2(57):159-166.
34. Kligerman J. O registro Hospitalar de Câncer no Brasil [editorial]. *Rev. bras. cancerol.* 2001; 4(47):357-359.
35. Oliveira CF, Silva TS. Carcinoma ductal invasivo da mama: do diagnóstico ao tratamento cirúrgico. Manual de Ginecologia – Volume II. Capítulo 37. Pag 247-288. Ed. Permanyer, 2011. [acessado 2014 ago 7]. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_37.pdf
36. Adair F, Berg J, Joubert L, Robbins GF. Long term follow-up of breast cancer patients: the 30 years report. *Cancer* 1974; 33(4):1145-1150.
37. Moraes AB, Zanini RR, Tuechiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2219-2228.
38. Crippa CA, Hallal ALC, Dellagiustina AR, Traebert EE, Gondin G, Pereira C. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. *Arq Catarin Med* 2003; 32(3):50-58.
39. Cintra JRD, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(4):339-346.
40. Cintra JRD, Bustamante-Teixeira MT, Diniz RW, Gonçalves Júnior H, Florentino TM, Freitas GF, Oliveira, LRM, Neves MTR, Pereira T, Guerra MR. Perfil imuno-histoquímico e variáveis clinicopatológicas no câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(2):178-187.
41. Instituto Nacional do Câncer (Inca). *Estadiamento*. [acessado 2014 ago 9]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54
42. Srur-Rivero N, Cartin-Brenes M. Breast cancer characteristics and survival in a Hispanic population of Costa Rica. *Breast Cancer (Auckl)* 2014; 29(8):103-108.
43. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Ações de Controle. Rastreamento do Câncer de mama*. [acessado 2014 ago 10]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_rastreamento_cancermama.pdf
44. U.S. Preventive Services Task Force. *Breast Cancer: Screening*. Release Date: November 2009. [acessado 2015 maio 31]. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/breast-cancer-screening>
45. American Cancer Society. The official Sponsor of Birthdays. *American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer*. 29 out 2014. [acessado 2015 maio 31]. Disponível em: <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>
46. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *CMAJ* 2011; 183(17):1991-2001.
47. International Agency for Research on Cancer. Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies. Breast Cancer Screening. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*. vol. 7. Lyon: IARC Press; 2002. [acessado 2015 maio 31]. Disponível em: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook7/Handbook7_Breast.pdf
48. Molina L, Dalben I, de Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(2):185-190.
49. Boletim da Sociedade Brasileira de Mastologia. Regional São Paulo. *Câncer de Mama na Mulher Idosa*. [acessado 2014 ago 12]. Disponível em: [http://www.spmastologia.com.br/Boletins/2012/abril/MASTO-BOL-2012-\(04\)-ABR_14.pdf](http://www.spmastologia.com.br/Boletins/2012/abril/MASTO-BOL-2012-(04)-ABR_14.pdf)
50. Albrecht CAM, Amorim MHC, Zandonade E, Viana K, Calheiros JO. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia, Vitória, ES. *Rev. bras. epidemiol.* 2013; 16(3):582-591.
51. Roundeau V, Mathoulin-Pélissier S, Tanneau L, Sacco AJ, Macgrogan G, Debled M. Separate and combined analysis of successive dependent outcomes after breast-conservation surgery: recurrence, metastases, second cancer and death. *BMC Cancer*. 2010; 10:697.
52. Brasileiro Filho G, Pereira FEL, Guimarães RC. Distúrbios do crescimento e da diferenciação celular. In: Brasileiro Filho G, organizador. *Bogliolo Patologia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 188-191.
53. 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.* 2009; 31(2):75-78.
54. Gorin SS, Heck JE, Cheng B, Smith SJ. Delays in breast cancer diagnosis and treatment by racial/ethnic group. *Arch Intern Med* 2006; 166(20):2244-2252.
55. Richards MA, Smith P, Ramirez AJ, Fentiman IS, Rubens RD. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer* 1999; 79(5-6):858-864.
56. Schneider IJC, D'orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 6(25):1285-1296.
57. Fedewa SA, Edge SB, Stewart AK, Halpern MT, Marlow NM, Ward EM. Race and Ethnicity are Associated with Delays in Breast Cancer Treatment (2003–2006). *J Health Care Poor Underserved* 2011; 22(1):127-140.
58. Ukwanya AY, Yusufu LM, Nmadu PT, Garba ES, Ahmed A. Delayed treatment of symptomatic breast cancer: the experience from Kaduna, Nigeria. *S Afr J Surg* 2008; 46(4):106-110.

59. Ezeome ER. Delays in presentation and treatment of breast cancer in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2010; 13(3):311-316.
60. Turner NJ, Haward RA, Mulley GP, Selby PJBMJ. Cancer in old age - is it inadequately investigated and treated? *BMJ* 1999; 319(7205):309-312.
61. Mottola Junior J. Câncer de Mama em Mulheres com mais de 70 anos. Centro de Referência da Saúde da Mulher e Hospital Geral V. N. *IV Jornada Paulista de Mastologia 2008*. Sociedade Brasileira de Mastologia. Cachoeirinha Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo.
62. Comber H, Cronin DP, Deady S, Lorcain PO, Riordan P. Delays in treatment in the cancer services: impact on cancer stage and survival. *Ir Med J* 2005; 98(8):238-239.
63. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353(9159):1119-1126.
64. Höfelmann DA, Anjos JC, Ayala AL. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(6):1813-1824.
65. Felix JD, Zandonade E, Amorim MHC, Castro DS. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):945-953.

Artigo apresentado em 09/03/2015

Aprovado em 16/06/2015

Versão final apresentada em 18/06/2015