

Assistência em Mastologia em uma Unidade de Referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil

Mastology Assistance in a Reference Unit of the Unified Health System in Ceara, Brazil

Asistencia en Mastología en una Unidad de Referencia del Sistema Nacional de Salud en Ceará, Brasil

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti¹; Patrícia Saldanha Freire Simões²; Maria Rebeca Rocha da Silva²; Paula Nathana Rabelo Galdino²

Resumo

Introdução: O momento do diagnóstico do câncer de mama influencia diretamente na evolução e prognóstico da doença, sendo a precocidade desse diagnóstico diretamente proporcional às chances de cura. Portanto, é importante identificar limitações para esse diagnóstico precoce. **Objetivo:** Avaliar a assistência prestada às pacientes em uma unidade de referência em mastologia no Ceará, de acordo com sua procedência. **Método:** Estudo transversal e quantitativo. Foi aplicado um questionário estruturado para usuárias do ambulatório de mastologia do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, atendidas durante o ano de 2010. **Resultados:** Entre as 600 mulheres entrevistadas, 139 (23,2%) tinham diagnóstico de câncer de mama, sendo 50,4% residentes na capital e 49,6% procedentes do interior. A mediana de tempo de espera por uma consulta especializada foi de 15 dias para mulheres residentes na capital e 30 dias para aquelas vindas do interior, sendo duas vezes maior ($p=0,0001$). Quando o procedimento cirúrgico foi indicado, a média do tempo de espera para residentes na capital foi de 39 dias e, para as procedentes do interior, 63 dias ($p=0,046$). O tempo para realização das biópsias foi adequado para mais de 90% das mulheres, porém o mesmo não ocorreu quando foi necessária realização de cirurgia. Entre as mulheres, 491 (81,8%) estavam satisfeitas com o atendimento. **Conclusão:** A demora em realizar a cirurgia pode impactar negativamente na sobrevivência das pacientes e reduzir as chances de cura, principalmente para aquelas residentes no interior do Estado.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Epidemiologia; Detecção Precoce de Câncer; Diagnóstico Tardio; Prognóstico; Prevenção & controle

¹ Doutor. Epidemiologista e Professor do Curso de Medicina da Faculdade Christus. Fortaleza (CE), Brasil e do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil.

² Acadêmicas do Curso de Medicina da Faculdade Christus. Fortaleza (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Curso de Medicina da Faculdade Christus. Rua João Adolfo Gurgel, 133 - Papicu. Fortaleza (CE), Brasil.
E-mail: pamplona.luciano@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo, sendo provavelmente o mais temido pelas mulheres devido à sua alta mortalidade, repercussões psicológicas e queda na qualidade de vida¹. Nas últimas décadas, a taxa bruta de mortalidade por câncer de mama apresentou uma variação percentual de 76%, passando de 5,77 em 1979 para 10,15 mortes por 100 mil mulheres em 2002². No Brasil, o câncer de mama é a maior causa de óbitos por câncer na população feminina para a faixa etária entre 40 e 69 anos. Segundo os dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), as estimativas para o ano de 2012 são de 52.680 novos casos³. Apesar de ser considerado um câncer de relativo bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente; suas taxas de mortalidade permanecem elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágio avançado⁴. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos chega a 61%⁵.

O momento do diagnóstico tem influência direta na evolução e prognóstico da doença, sendo a precocidade do diagnóstico diretamente proporcional às chances de cura⁶. As formas mais eficazes de detecção precoce do câncer de mama são o exame sistemático da mama ou exame clínico, feito por profissional especializado; a mamografia, que consiste em um exame radiológico de alta precisão; e custo igualmente elevado, o que dificulta o acesso da população de menor poder aquisitivo; e o autoexame das mamas (AEM), caracterizado pela facilidade e baixo custo, já que quem o executa é a própria mulher⁷. Entre esses, a mamografia é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama capaz de detectar alterações ainda não palpáveis⁸. O rastreamento através da mamografia é capaz de detectar a doença ainda em fase inicial, o que pode melhorar o prognóstico. Estudos recentes indicam que o rastreamento regular do câncer de mama em mulheres com 50 ou mais anos de idade pode reduzir a mortalidade em até 45%⁹.

Atrasos que levem à demora no diagnóstico e/ou terapêutica permitem o crescimento tumoral com potencial detrimento para as chances de cura dos pacientes¹⁰. Devido ao aumento no número de casos de câncer de mama e aos seus impactos (sociais, psicológicos e econômicos) é cada vez maior a necessidade de identificar limitações para o diagnóstico precoce e uma boa condução das pacientes, independente do local de residência¹¹. Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi avaliar a assistência prestada às pacientes em uma unidade de referência em mastologia no Ceará, de acordo com sua procedência.

MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal e quantitativo, com usuárias do ambulatório de mastologia do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), Nordeste do Brasil. Aplicou-se um questionário estruturado com 19 questões a uma amostra composta por 600 mulheres, baseada na expectativa do número de pacientes atendidas na unidade de saúde, durante o período de execução da pesquisa.

O instrumento de coleta (questionário) abordava os aspectos socioeconômicos e clínicos em relação ao câncer de mama, o tempo de espera entre cada procedimento prescrito e sua realização e a satisfação das usuárias em relação ao atendimento prestado, sendo aplicado para as usuárias do ambulatório de mastologia do IPCC, com ou sem diagnóstico de câncer de mama, que estavam em acompanhamento médico ambulatorial nessa instituição, entre o período de 1 de março a 30 de novembro de 2010.

Como critério de inclusão, aplicou-se o questionário para as pacientes que compareceram ao consultório médico, entre segundas e sextas-feiras, durante o dia e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídas as mulheres que, por quaisquer motivos, não aceitaram participar do estudo. Respeitaram-se todos os princípios éticos da portaria 196/96, sendo o trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Christus, com o número de protocolo 015/2010.

Para análise dos dados, utilizou-se o Software EpiInfo 6.4. Foram aplicados o teste do qui-quadrado, para calcular as tendências, e ANOVA com um nível de significância de 5%. Os dados encontram-se sob a forma de tabelas.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 600 mulheres. Destas, 347 (57,8%) eram residentes na capital Fortaleza, sendo 70 (20,2%) com diagnóstico de câncer de mama. As outras 253 (42,2%) mulheres eram procedentes do interior do Estado, sendo 69 (27,3%) com diagnóstico de câncer de mama. A idade média das mulheres entrevistadas foi de 48 anos (15-98). Em relação à escolaridade, 291 mulheres (48,5%) tinham ensino fundamental incompleto e outras 186 (31,0%) apresentavam pelo menos ensino médio completo.

No tocante à realização do autoexame, 364 (60,9%) mulheres citaram ter realizado nos últimos três meses, não sendo significativa a diferença entre capital e interior ($p=0,671$). Por outro lado, as residentes no interior realizaram o exame com maior frequência ($p=0,048$). Em relação à procura pelo IPCC, 363 (60,5%) mulheres foram encaminhadas por unidades básicas de saúde. As residentes na capital foram ao IPCC por iniciativa própria (68,8%); enquanto, para as pacientes do interior, esse percentual foi de 50,7% (OR=1,35 – IC=1,19-1,55;

$p < 0,000$). As mulheres com maior escolaridade buscaram mais o IPCC por iniciativa própria, com uma $OR = 1,34$ ($IC = 1,09-1,63$; $p = 0,003$). A mediana de tempo de espera por uma consulta especializada foi de 15 dias (1 - 1.095 dias) para mulheres residentes na capital e 30 dias (1-730) para aquelas vindas do interior do Estado, sendo duas vezes maior ($p = 0,0001$).

Entre as 600 mulheres para as quais foi aplicado o questionário, 139 (23,2%) tinham diagnóstico de câncer de mama, sendo 70 (50,4%) residentes na capital e 69 (49,6%) procedentes do interior. Entre essas mulheres com diagnóstico confirmado, a média de idade foi de 53 anos (21-82 anos). Entre as 274 mulheres que tiveram indicação de biópsia, 145 (52,9%) eram procedentes da capital. Entre as pacientes com solicitação para realização de biópsia, resultado da biópsia, além da realização e resultado da mamografia; não houve diferença em relação à procedência e ao tempo de espera (Tabela 1).

Quando o procedimento cirúrgico foi indicado, a média do tempo de espera para mulheres residentes na capital foi de 39 dias e 63 dias para as pacientes procedentes do interior ($p = 0,046$). Quanto à satisfação pelo atendimento prestado, 491 (81,8%) mulheres mostraram-se satisfeitas, não apresentando diferença significativa em relação à procedência ($p = 0,452$) ou à escolaridade ($p = 0,040$) (Tabela 2).

Entre as pacientes com diagnóstico de câncer de mama, as principais sugestões para o serviço foram melhorar o atendimento (21,9%) e maior agilidade dos resultados (17,5%). As pacientes sem diagnóstico confirmado também sugeriram melhoria do atendimento (28,6%) e maior agilidade na liberação dos resultados de exames (15,5%).

DISCUSSÃO

A idade média das mulheres com câncer de mama, em atendimento, foi de 53 anos, semelhante às pacientes de outros Estados Brasileiros¹²⁻¹³, além de outros países¹⁴⁻¹⁵. O câncer de mama permanece como um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade, aspectos sociais, além dos elevados custos com o tratamento.

Para o tratamento e maior sobrevivência de pacientes com câncer, do ponto de vista de importância clínica dos diferentes atrasos, os três intervalos mais importantes, em ordem decrescente de gravidade, podem ser o tempo entre a mamografia e a biópsia, tempo de resultado da biópsia para cirurgia e o tempo entre o resultado do exame anatomopatológico e o tratamento adjuvante^{10,16}. Dessa forma, os dados dessa Unidade no Ceará apontam um resultado parcialmente satisfatório, tendo 90%

Tabela 1. Tempo de espera para realização e recebimento de resultado de exames

Tempo	Nº solicitações	Média	Mediana	Máximo	Valor-p
Realização da consulta					
- Capital	347	38	15	1095	0,019
- Interior	251	57	30	730	
Realização da biópsia					
- Capital	120	16	14	90	0,105
- Interior	121	20	15	90	
Resultado da biópsia					
- Capital	114	24	25	60	0,058
- Interior	112	29	20	135	
Realização da mamografia					
- Capital	222	35	15	365	0,085
- Interior	159	50	21	730	
Resultado da mamografia					
- Capital	218	20	15	240	0,090
- Interior	150	24	15	180	
Realização de cirurgia					
- Capital	92	39	30	365	0,046
- Interior	84	63	30	600	

Tabela 2. Características socioeconômicas e satisfação das usuárias em relação ao tempo

Consulta especializada	≤ 30 dias	Média	Mediana	Máximo	Valor-p
- Capital	284 (62,3)	63 (37,7)	1,40	1,15 – 1,71	0,0001
- Interior	172 (37,7)	79 (55,6)			
- EF completo	146 (32,0)	40 (28,2)	1,14	0,85 – 1,53	0,224
- EF incompleto	310 (68,0)	102 (71,8)			
- Satisfeita	384 (84,2)	105 (73,9)	0,60	0,42 – 0,86	0,004
- Não satisfeita	72 (15,8)	37 (26,1)			
- ≤ 48 anos	223 (48,9)	73 (51,4)	1,05	0,87 – 1,27	0,335
- > 48 anos	223 (51,1)	69 (48,6)			
Realizar biópsia					
- Capital	110 (50,7)	10 (41,7)	1,22	0,74 – 1,99	0,267
- Interior	107 (49,3)	14 (58,3)			
- EF completo	56 (25,8)	4 (16,7)	1,55	0,62 – 3,90	0,237
- EF incompleto	161 (74,2)	20 (83,3)			
- Satisfeita	181 (83,4)	21 (87,5)	1,33	0,44 – 3,99	0,432
- Não satisfeita	36 (16,6)	3 (12,5)			
- ≤ 48 anos	94 (43,3)	7 (29,2)	0,80	0,60 – 1,06	0,132
- > 48 anos	123 (56,7)	17 (70,8)			
Tempo para receber mamografia					
- Capital	182 (60,9)	40 (48,8)	1,25	0,98 – 1,59	0,033
- Interior	117 (39,1)	42 (51,2)			
- EF completo	76 (25,4)	25 (30,5)	0,83	0,57 – 1,22	0,216
- EF incompleto	223 (74,6)	57 (69,5)			
- Satisfeita	255 (85,3)	62 (75,6)	0,60	0,38 – 0,96	0,031
- Não satisfeita	44 (14,7)	20 (24,4)			
- ≤ 48 anos	104 (34,8)	34 (41,5)	1,11	0,91 – 1,36	0,162
- > 48 anos	195 (65,2)	48 (58,5)			
Tempo para realizar a cirurgia					
- Capital	68 (53,5)	24 (49,0)	1,09	0,79 – 0,51	0,353
- Interior	59 (46,5)	25 (51,0)			
- EF completo	36 (28,3)	14 (28,6)	0,99	0,59 – 1,67	0,557
- EF incompleto	91 (71,7)	35 (71,4)			
- Satisfeita	110 (86,6)	39 (79,6)	0,66	0,32 – 1,33	0,176
- Não satisfeita	17 (13,4)	10 (20,4)			
- ≤ 48 anos	51 (40,2)	21 (42,9)	10,5	0,79 – 1,38	0,44
- > 48 anos	76 (59,8)	28 (57,1)			

das mulheres realizado biópsia em até 30 dias após a solicitação. Por outro lado, o tempo para realização da cirurgia não foi adequado para 27,8% das mulheres, o que pode contribuir para um desfecho não tão satisfatório e piora do quadro clínico. Esse impacto negativo pode ser estimado pela mediana de tempo necessário para um tumor de mama dobrar de tamanho, que foi de 157 dias para mulheres com idade entre 50 e 70 anos¹⁷. Assim,

se for considerado que a idade média das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, em atendimento, foi de 53 anos, é fundamental reduzir o tempo para realização da cirurgia. Além disso, atrasos no tratamento, superiores há três meses, podem reduzir em até 12% a sobrevida das pacientes após os cinco anos¹⁸.

O tempo entre uma consulta com um médico generalista e a consulta especializada foi inferior a 30

dias para 76,3% das mulheres, percentual próximo aos 82% alcançados em outra cidade no Sul do Brasil, onde as condições de saúde, renda e escolaridade são melhores¹⁹. Na cidade de São Paulo, a mediana de tempo entre os primeiros sintomas e a consulta especializada foi de 90 dias¹⁰. Outro trabalho, também na cidade de São Paulo, mas no início da década passada, constatou que as mulheres demoravam cerca de dois ou três meses para realizar uma mamografia²⁰. Enquanto 90% das mulheres realizaram biópsia em até 30 dias após a solicitação do médico; em outro estudo brasileiro, esse tempo médio foi de até 60 dias¹⁰, apontando para um aspecto positivo do serviço avaliado.

Mais de 78% das mulheres realizaram mamografia em até 30 dias após a solicitação do médico; e, destas, quase 90% receberam o resultado em menos de 30 dias. Esse tempo reduzido é fundamental para um bom acompanhamento do caso e escolha da intervenção mais adequada. Há evidências que apontam que o rastreamento para o câncer de mama reduz a mortalidade²¹ e que o rastreamento bianual para mulheres com mais de 50 anos é custo-efetivo quando comparado a outros cenários⁸. Isso pode contribuir para uma redução acentuada da mortalidade após algumas décadas e precisa ser implementado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Mais de 60% das mulheres entrevistadas relataram ter feito o autoexame nos últimos três meses. Esse percentual foi significativamente maior quando consideradas apenas as mulheres que residiam no interior do Estado. Em uma pesquisa realizada em um hospital universitário, de outra cidade do Nordeste do Brasil, 75% das mulheres atendidas realizavam o autoexame²². Esse achado é importante na medida em que as mulheres que têm o hábito de se examinar exigem mais qualidade durante as consultas ginecológicas. Isso foi evidenciado no Sul do Brasil onde foi realizado o procedimento correto e a maior parte das mulheres, durante a consulta ginecológica, realizava o autoexame²³. Assim, o autoexame, mesmo apresentando uma baixa sensibilidade e ter saído do protocolo em seu último consenso, mostra-se importante por estimular nas mulheres o autocuidado.

Não houve diferença significativa entre escolaridade e realização dos procedimentos. Isso se deve provavelmente por tratar-se de um hospital público de referência, onde a maior parte das usuárias tem baixa escolaridade. Outros trabalhos apontam que quanto mais elevado o nível socioeconômico maior a chance de realizar mais consultas médicas e exames²³. Esse aspecto não foi avaliado neste trabalho. Entretanto, quando avaliada a satisfação pelo atendimento prestado, mais de 80% das mulheres se mostraram satisfeitas, independente da escolaridade ($p < 0,05$). Os dois aspectos mais importantes relatados pelas pacientes para maior satisfação foram qualidade do atendimento e agilidade nos resultados dos exames,

corroborando uma avaliação de satisfação de usuários do sistema de saúde tanto no Brasil²⁴ como em outros países²⁵. Neste estudo, não foi avaliada a variável raça, entretanto quando consideradas a escolaridade e a procedência das mulheres não houve diferença significativa em relação ao nível de satisfação. Um trabalho realizado com a população americana apontou que as mulheres brancas tiveram uma maior satisfação em relação aos cuidados com a mama, quando comparadas a outros grupos raciais²⁵.

Assim, mesmo com as usuárias referindo satisfação em relação ao serviço prestado, é importante melhorar o atendimento e principalmente implementar medidas que contribuam para redução do tempo entre a realização dos exames e a devolução dos resultados, dando mais agilidade. Ações com esse perfil devem reduzir, de forma significativa, o impacto da doença nessas mulheres e principalmente aumentar a sobrevida das pacientes.

CONCLUSÃO

As mulheres residentes no interior do Estado demoraram o dobro do tempo para conseguir uma consulta especializada e o procedimento cirúrgico, quando o mesmo foi recomendado. Considerando que a precocidade do diagnóstico e o tratamento reduzem o impacto da doença nas mulheres, os custos sociais e com as internações, e aumentam a sobrevida das pacientes; aponta-se para importância de descentralizar o atendimento especializado, com qualidade, para reduzir o tempo de resposta ao tratamento das mulheres residentes no interior do Estado. Outro aspecto importante é a necessidade de redução do tempo de resposta aos exames como meta do serviço de saúde, o que reduz o impacto social causado por uma possível mastectomia.

AGRADECIMENTOS

Às alunas do curso de medicina da Faculdade Christus Manuela de Paula Cavalcante Madeiro, Maria Gabriela Adeodato Prado, Natália Merten, Nayanna Goiana Teixeira e Pamela de Alencar Fortaleza Sousa pela colaboração na coleta de dados e aplicação dos questionários. À professora Tânia Maria Cruz Werthon Veras pela colaboração na idealização desse trabalho. À oncologista/epidemiologista Miren Maite Uribe Arregi, do Registro de Câncer de Base Populacional da Secretaria de Saúde do Ceará, pela revisão e críticas ao trabalho.

CONTRIBUIÇÕES

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti participou da análise e interpretação dos dados, redação científica e revisão crítica do conteúdo. Patrícia Saldanha Freire Simões, Maria Rebeca Rocha da Silva, Paula Nathana

Rabelo Galdino participaram igualmente na concepção do trabalho, coleta e interpretação dos dados, redação científica e revisão crítica do conteúdo.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Borges JBR, Borges JBR, Morais SS, Borges TG, Guaris IR, Maia EMC, Paganotti JC, Barros FS. Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do auto-exame das mamas. *Revista brasileira de cancerologia* 2008; 54 (2):113-22.
2. Kohatsu EA, Barbieri AR, Hortale VA. Exames de mamografia em Mato Grosso do Sul: análise da cobertura como componente de equidade. *Revista de Administração Pública* 2009 maio/jun; 43 (3): 563-77.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de Mama. [Acesso em: março de 2012]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.
4. 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. *Revista brasileira de cancerologia* 2011; 57 (2):159-66.
5. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Revista brasileira de cancerologia* 2010; 56 (2): 227-36.
6. Kim DD, Araujo ALL, I An Tsai A, Kojima FH, Takashima JSI, Otsuka Junior LF. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. *Cien Saude Colet* 2010; 15 (1):13770-81.
7. Nascimento TG, Silva SR, Machado ARN. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm* 2009 jul/ago, 62(4).
8. Peregrino AAF, Vianna CMM, Caetano R, Gonzalez Mosegui GB, Almeida CEV, Machado SCF. Análise de custo-efetividade da idade de início do rastreamento mamográfico. *Revista brasileira de cancerologia* 2010; 56 (2): 187-93.
9. Novaes CO, Mattos IE. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad Saude Publica* 2009; 25 (2): 310-20.
10. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Perez Fraile NM, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54 (1):72-6.
11. Paulinelli RR, Freitas Junior RF, Curado MP, Souza AA. Breast cancer in Goiás, in Brazil and in the World: current incidence and mortality rates. *Revista brasileira de saúde materno infantil* 2003; 3(1):17-24.
12. Brito C, Portela MC, Vasconcelos MTL. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica* 2005; 39 (6): 874-81.
13. Thuler LC. Considerations on the prevention of female breast cancer. *Revista brasileira de cancerologia*, 2003; 49(4): 227-38.
14. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. *J Clin Oncol* 2003 April 15; 21(8): 1440-6.
15. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women. *BMC Womens Health* 2003 Jul 7;3(1):4.
16. Coastes AS. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. *Lancet* 1999; 353(9158): 1112-3.
17. Peer PG, Van Dijck JA, Holland R, Berbeek AL. Age-dependant growth rate of primary breast cancer. *Cancer* 1993; 71(11):3547-51.
18. 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 Apr; 3 (353 : suppl.9159): 1119-26.
19. Souza VO, Grandó JPS, Couto Filho JO. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL)2007. [Acesso em nov 2011]. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3763>
20. Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – uma contribuição a “bases para um programa de detecção precoce do Câncer de Mama”. *Radiologia brasileira* 2002; 35(3); 139-45.
21. Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 11, Art. No. CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub4
22. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. *Rev Lat Am Enfermagem* 2003,11(1): 21-7.
23. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27 (5):888-98.
24. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. Health care user satisfaction in Pernambuco State, Brazil, 2005. *Cien Saude Colet* 2011, 16(3): 1849-61.
25. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Brenna TA. Differences in the quality of care for women with an abnormal mammogram or breast complaint. *J Gen Intern Med* 2000 May; 15 (5): 321-8.

Abstract

Introduction: The time of breast cancer diagnosis has direct influence on the evolution and prognosis of the disease, and the precocity of the diagnosis is directly proportional to the chances of cure. Therefore, it is important to identify limitations for early diagnosis. **Objective:** To evaluate the care provided to patients in a reference unit in Mastology in Ceará, according to their origin. **Method:** Cross-sectional and quantitative study. A structured questionnaire was administered to users of outpatients of the Mastology Institute of Cancer Prevention in Ceará who had been under care during the year 2010. **Results:** Among the 600 women interviewed, 139 (23.2%) were diagnosed with breast cancer, 50.4% of whom lived in the capital and 49.6% in the countryside. The mean waiting time for a specialist consultation was 15 days for women living in the State capital and 30 days for those coming from the countryside, being twice as high ($p=0.0001$). When the surgical procedure was indicated, the average waiting time for residents in the capital was 39 days, and for those coming from the countryside, 63 days ($p=0.046$). The time to perform the biopsy was adequate for more than 90% of women, but this did not occur when it came to performing surgery. Among the women, 491 (81.8%) were satisfied with the service. **Conclusion:** The delay in performing surgery may cause a negative impact in the patient's survival and reduce the chances of cure, especially for those who dwell in the hinterland of the State. **Key words:** Breast Neoplasms; Epidemiology; Early Detection of Cancer; Delayed Diagnosis; Prognosis; Prevention & control

Resumen

Introducción: El momento del diagnóstico del cáncer de mama influye de manera directa sobre la evolución y pronóstico de la enfermedad y la precocidad del diagnóstico es proporcional a las posibilidades de curación. Por lo tanto, es importante identificar las limitaciones para el diagnóstico precoz. **Objetivo:** Evaluar la atención prestada a los pacientes de una unidad de referencia Mastología en Ceará, en conformidad con su procedencia. **Método:** Estudio transversal y cuantitativo. Fue utilizado un cuestionario estructurado que se aplicó a las usuarias del ambulatorio de mastología, del Instituto de Prevención del Cáncer de Ceará, atendidas durante el año 2010. **Resultados:** Entre las 600 mujeres entrevistadas, 139 (23,2%) tenían diagnóstico del cáncer de mama, el 50,4% de ellas viven en la capital y 49,6% provienen del interior. El tiempo promedio de espera para una consulta especializada fue de 15 días para las mujeres que viven en la capital y 30 días para las provenientes del interior, es el doble de tiempo ($p=0,0001$). Cuando el procedimiento quirúrgico se indicó, el tiempo promedio de espera fue de 39 días para capital y 63 días para el interior ($p=0,046$). El tiempo para realizar la biopsia fue adecuado para más de 90% de las mujeres, pero el mismo no ha ocurrido a la hora de realizar la cirugía. Entre las mujeres, 491 (81,8%) se mostraron satisfechas con el servicio. **Conclusión:** El retraso en la realización de la cirugía puede influir negativamente en la supervivencia de los pacientes y reducir las posibilidades de curación, sobre todo para aquellas residentes en interior del Estado. **Palabras clave:** Neoplasias de la Mama; Epidemiología; Detección Precóz del Cáncer; Diagnóstico Tardío; Pronóstico; Prevención & control