

**VII ENCONTRO NACIONAL PARA O CONTROLE DO  
CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E DE MAMA - INCA**

**RIO DE JANEIRO, 5 DE MAIO DE 2011**

**ORGANIZAÇÃO DE REDES DE  
ATENÇÃO À SAÚDE**

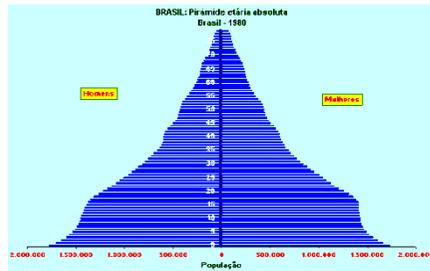
**EUGÊNIO VILAÇA MENDES (\*)**

**Consultor em Saúde Pública**

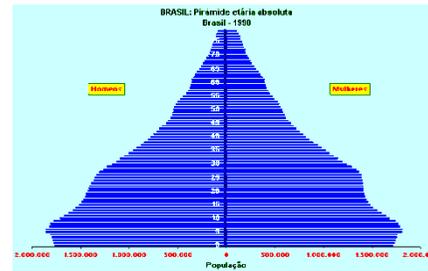
# **A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL**

- **A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA**
- **A CARGA DE DOENÇAS**

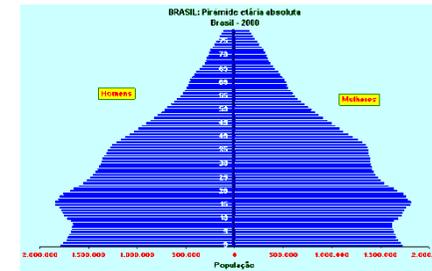
# A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA



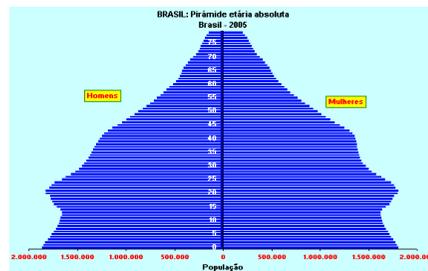
1980



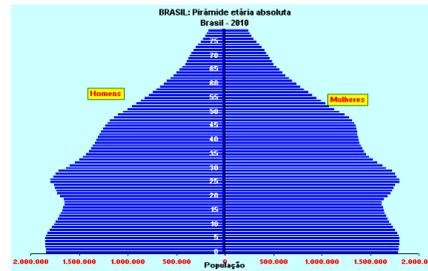
1990



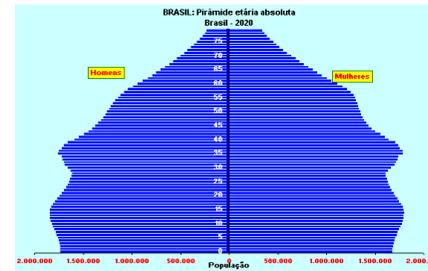
2000



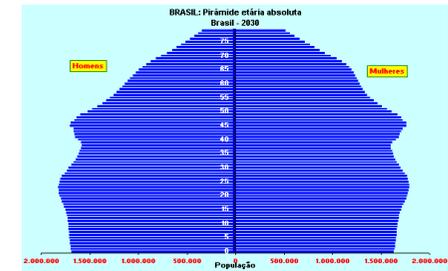
2005



2010



2020



2030

10% da população idosa

20 MILHÕES

**BRASIL**

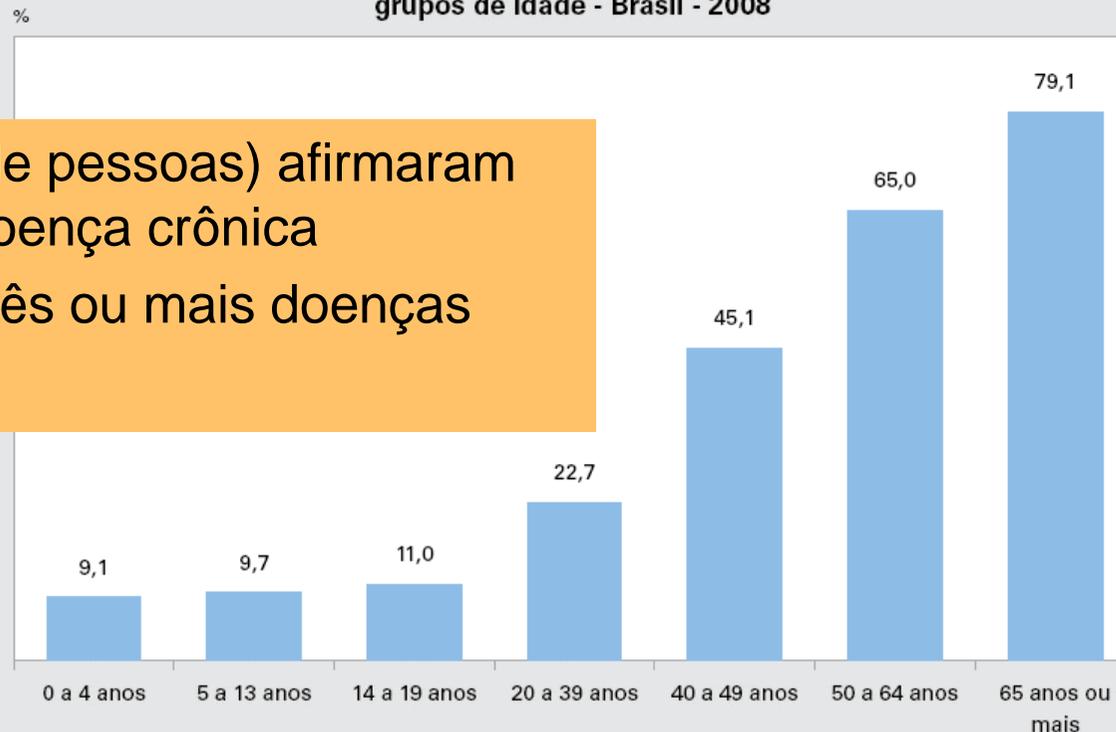
2005 a 2030

15% da população idosa

MAIS DE 40 MILHÕES

# AS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL

Gráfico 9 - Percentual de pessoas, na população residente, com declaração de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, segundo os grupos de idade - Brasil - 2008



- 31,3% (59,5 milhões de pessoas) afirmaram ter pelo menos uma doença crônica
- 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas

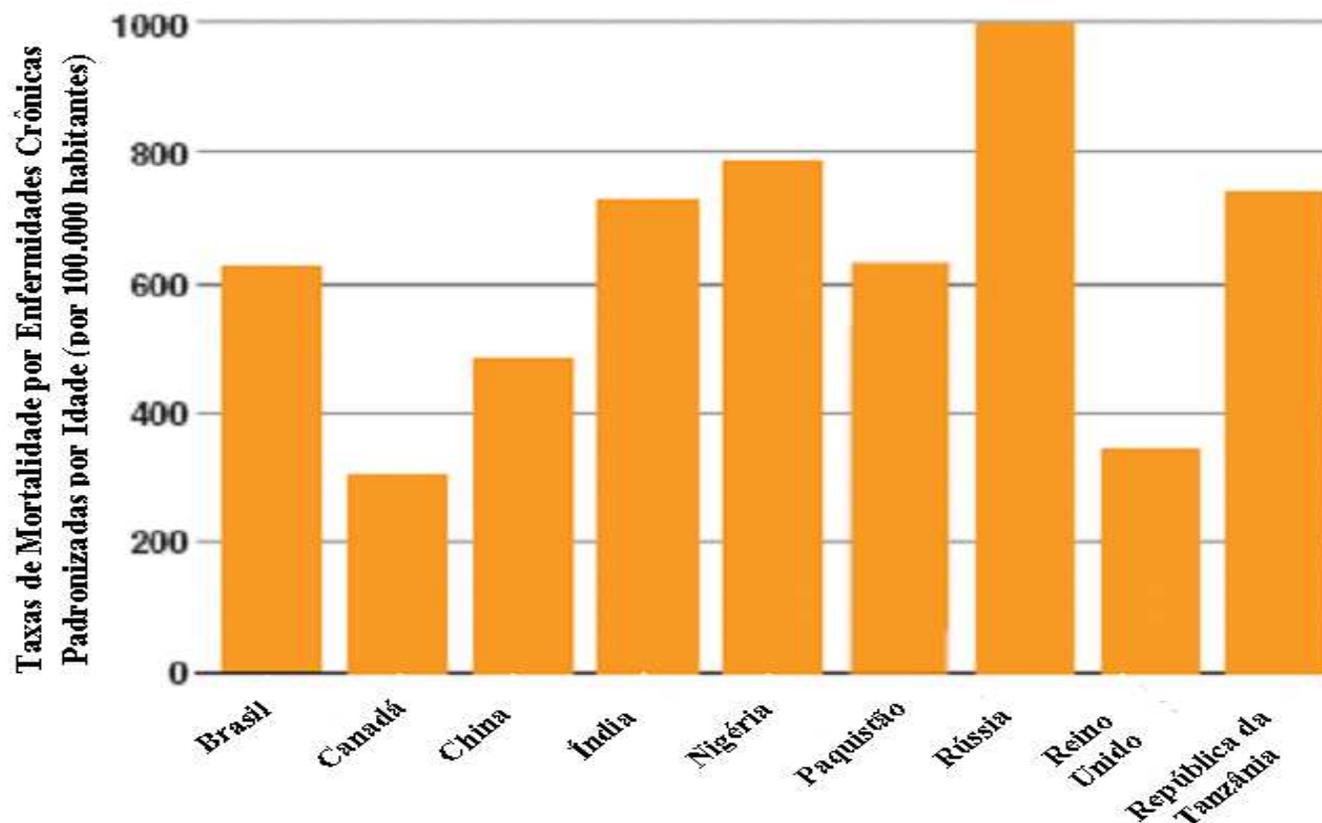
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

# **A CARGA DE DOENÇAS EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE (AVAI'S), BRASIL, 1998**

<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>	<b>AVAI'S POR MIL HABITANTES</b>	<b>%</b>
<b>INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E DESNUTRIÇÃO</b>	<b>34</b>	<b>14,8</b>
<b>CAUSAS EXTERNAS</b>	<b>19</b>	<b>10,2</b>
<b>CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS</b>	<b>21</b>	<b>8,8</b>
<b>DOENÇAS CRÔNICAS</b>	<b>124</b>	<b>66,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>232</b>	<b>100</b>

FONTE: SCHRAMM et alii (2004)

# A EPIDEMIA OCULTA



**MORTES POR DIA POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: 480**

**MORTES POR DIA POR CÂNCER DE MAMA: 30**

FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005); INCA (2009)

# **A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL: A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS**

- **UMA AGENDA NÃO CONCLUÍDA DE INFECÇÕES, DESNUTRIÇÃO E PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA**
- **A FORTE PREDOMINÂNCIA RELATIVA DAS DOENÇAS CRÔNICAS E DE SEUS FATORES DE RISCOS, COMO TABAGISMO, SOBREPESO, INATIVIDADE FÍSICA, USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E ALIMENTAÇÃO INADEQUADA**
- **O CRESCIMENTO DAS CAUSAS EXTERNAS**

# **O PROBLEMA CRÍTICO DO SUS**

**A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE QUE COMBINA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E TRIPLA CARGA DE DOENÇA, COM FORTE PREDOMINÂNCIA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS, E UM SISTEMA FRAGMENTADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA EPISÓDICA E REATIVA E QUE É VOLTADO PRINCIPALMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E ÀS AGUDIZAÇÕES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS**

# **AS CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

- **ORGANIZADOS POR COMPONENTES ISOLADOS**
- **ORIENTADOS PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E PARA AS AGUDIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **VOLTADOS PARA INDIVÍDUOS**
- **OS SUJEITOS SÃO OS PACIENTES**
- **REATIVIDADE**
- **ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS E REABILITADORAS**
- **SISTEMAS DE ENTRADA ABERTA E SEM COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PELA APS**
- **ÊNFASE NO CUIDADO PROFISSIONAL**
- **GESTÃO DA OFERTA**
- **PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS**

# O CONTROLE DO DIABETES

## NO BRASIL

- APENAS 10% DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 1 APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- APENAS 27% DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- 45% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM SINAIS DE RETINOPATIAS
- 44% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NEUROPATIAS
- 16% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM ALTERAÇÕES RENAIAS
- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAUDE: US 606,00

## NOS ESTADOS UNIDOS

- 17,9 MILHÕES DE PORTADORES DE DIABETES, 5,7% MILHÕES SEM DIAGNÓSTICO (32%)
- APENAS 37% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- 35% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM SINAIS DE RETINOPATIAS
- 58% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM DOENÇAS CARDIOVASCULARES
- 30% A 70% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NEUROPATIAS
- 15% DOS PORTADORES DE DIABETES SUBMETERAM-SE A AMPUTAÇÕES
- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAUDE: US 7.285,00

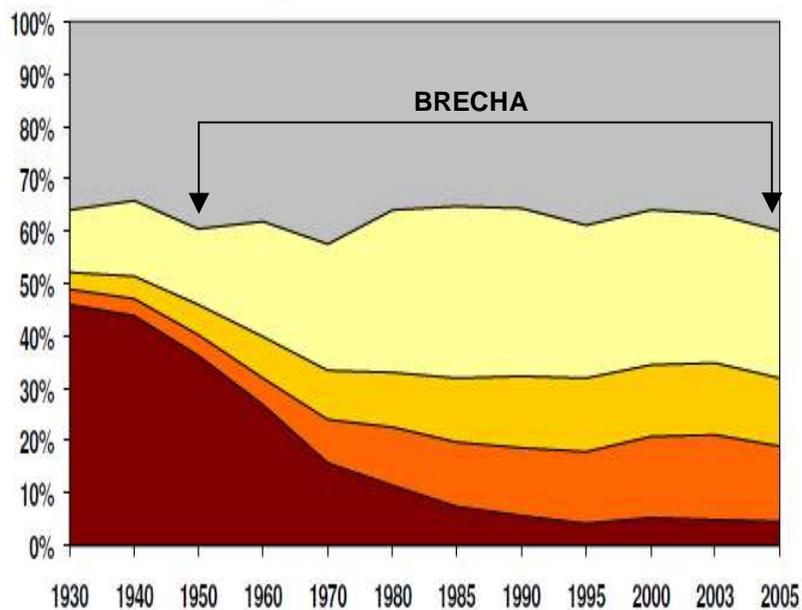
FONTES: BARR et al. (1996); SAYDADH et al.(2004); NATIONAL DIABETES STATISTIC (2007); IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE (2008); UNIFESP/FIOCRUZ (2009); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010)

# **A EVOLUÇÃO DE UM CLIENTE DE UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE: O CASO DO SR. SEDENTÁRIO**

<b>IDADE</b>	<b>EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>
<b>40 ANOS</b>	<b>OBESIDADE, ESTRESSE E HISTÓRIA FAMILIAR DE DIABETES</b>
<b>45 ANOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>
<b>50 ANOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2</b>
<b>60 ANOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA CORONARIANA E CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO</b>
<b>65 ANOS</b>	<b>INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E HEMODIÁLISE</b>
<b>70 ANOS</b>	<b>ÚLCERA NO PÉ E AMPUTAÇÃO DE MEMBRO</b>
<b>75 ANOS</b>	<b>ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COM HEMIPLEGIA, SEGUIDO DE INTERNAÇÃO EM UTI E MORTE</b>

# A CRISE DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PLANO MACRO

Mortalidade Proporcional no Brasil, 1930 - 2005



■ Infeciosas e Parasitárias ■ Neoplasias ■ Causas Externas ■ Aparelho Circulatório ■ Outras Doenças

Fonte SVS - 2005 - Até 1970, os dados referem-se apenas às capitais

**UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SÉCULO XXI SENDO RESPONDIDA SOCIALMENTE POR UM SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA METADE DO SÉCULO XX**

**POR QUÊ?**

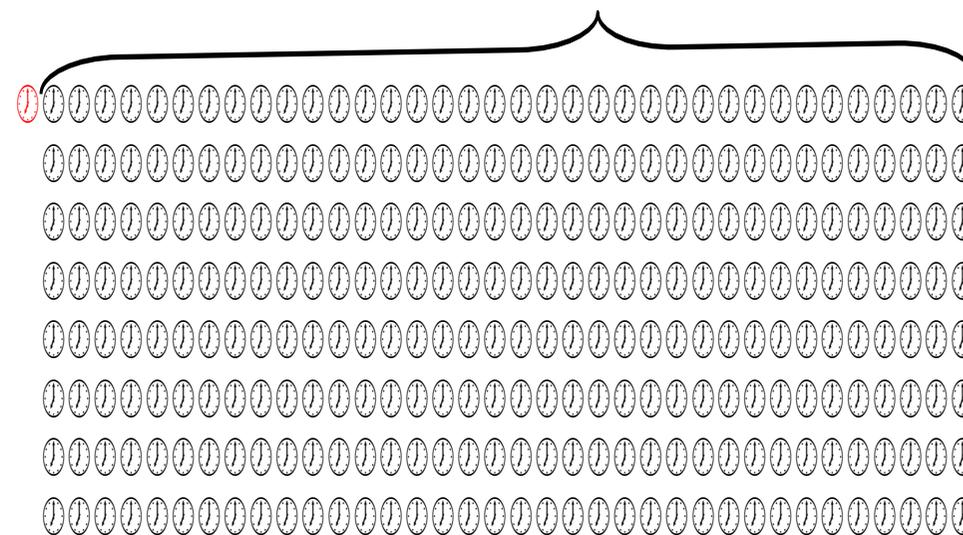
**O DESCOMPASSO ENTRE OS FATORES CONTINGENCIAIS QUE EVOLUEM RAPIDAMENTE (TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA) E OS FATORES INTERNOS (CULTURA ORGANIZACIONAL, RECURSOS, SISTEMAS DE INCENTIVOS, ESTILOS DE LIDERANÇA E ARRANJOS ORGANIZATIVOS)**

FONTE: MENDES (2009)

# A ARROGÂNCIA DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **UMA PESSOA PORTADORA DE DIABETES, TEM, EM MÉDIA, DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE NA INGLATERRA, UMA ATENÇÃO PRESTADA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DE 3 HORAS POR ANO.**
- **UM ANO TEM 8.760 HORAS, O QUE SIGNIFICA QUE UM PORTADOR DE DIABETES RELACIONA-SE, DIRETAMENTE, COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, MENOS DE UM MILIONÉSIMO DAS HORAS DE UM ANO.**

Os profissionais de saúde só interagem com portadores de doenças crônicas por poucas horas num ano...  
o resto do ano estas pessoas cuidam de si mesmas...



# **A SOLUÇÃO DO PROBLEMA CRÍTICO DO SUS**

**O RESTABELECIMENTO DA COERÊNCIA ENTRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE COM TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E TRIPLA CARGA DE DOENÇA COM PREDOMÍNIO RELATIVO FORTE DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA CONTÍNUA E PROATIVA E VOLTADO EQUILIBRADAMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

FONTE: MENDES (2009)

# O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

**AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO ARRANJOS ORGANIZATIVOS DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DE DIFERENTES DENSIDADES TECNOLÓGICAS, QUE INTEGRADAS POR MEIO DE SISTEMAS DE APOIO TÉCNICO, LOGÍSTICO E DE GESTÃO, BUSCAM GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

# AS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ VOLTADO PARA INDIVÍDUOS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O SUJEITO É O PACIENTE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O SUJEITO É AGENTE DE SAÚDE</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ REATIVO</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ PROATIVO</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ATENÇÃO INTEGRAL</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ CUIDADO PROFISSIONAL</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ CUIDADO MULTIPROFISSIONAL</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ GESTÃO DA OFERTA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ GESTÃO DE BASE POPULACIONAL</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO OU POR CICLO DE ATENDIMENTO DE UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE</li></ul>

FONTE: MENDES (2009)

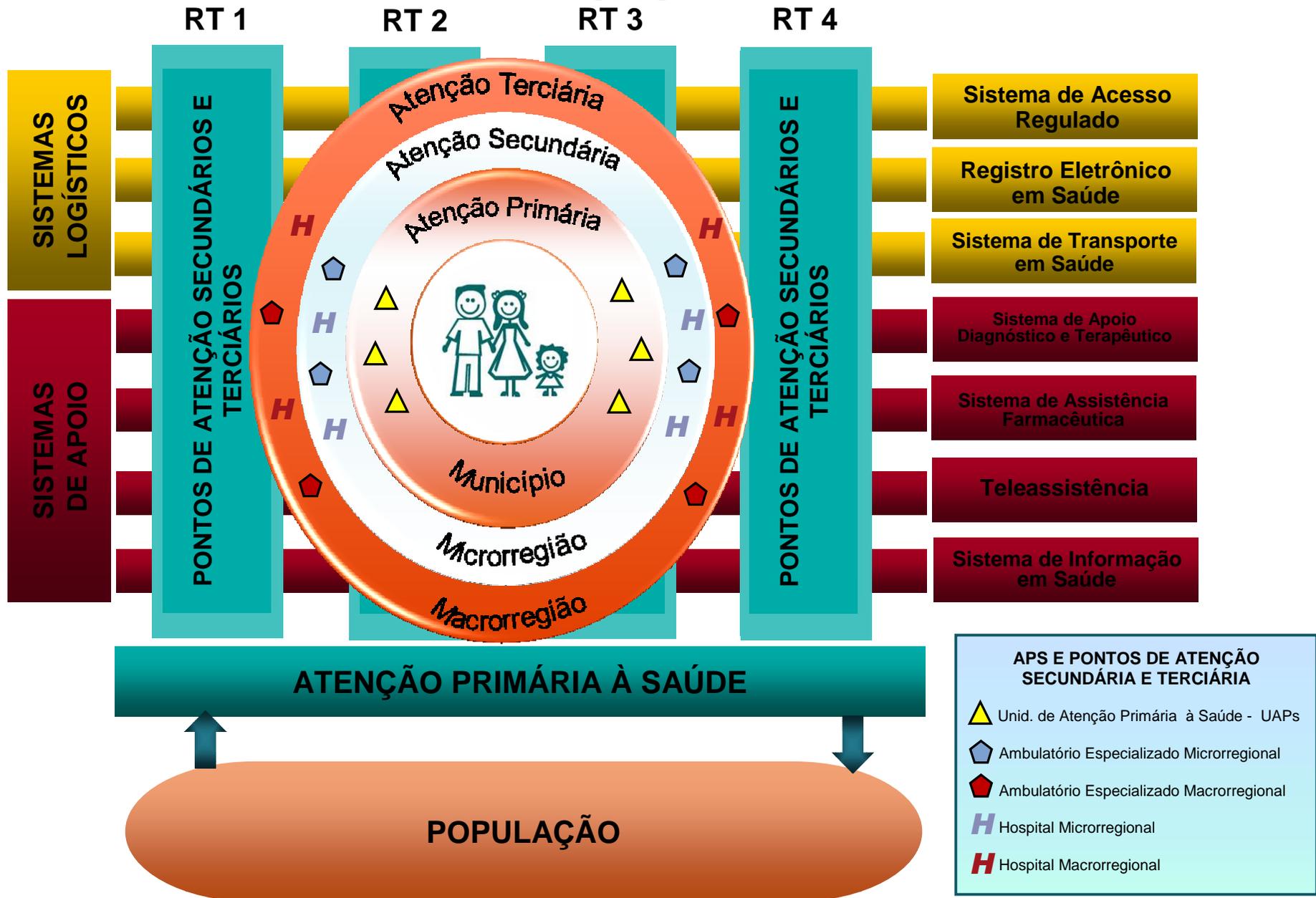
# **OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

- **UMA POPULAÇÃO:**  
A POPULAÇÃO ADSCRITA À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
- **UMA ESTRUTURA OPERACIONAL:**  
OS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
- **UM MODELO LÓGICO:**  
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

# **A POPULAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A GESTÃO DE BASE POPULACIONAL**

- **O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO**
- **O CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS**
- **A CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS POR RISCOS SÓCIO-SANITÁRIOS**
- **A VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM FATORES DE RISCO**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS POR GRAUS DE RISCOS**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM MUITO ALTO RISCO**

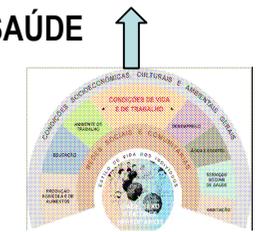
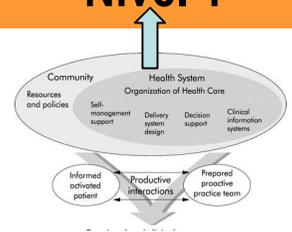
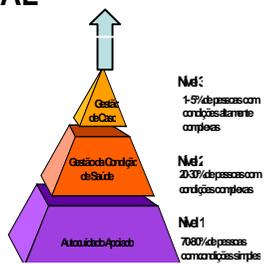
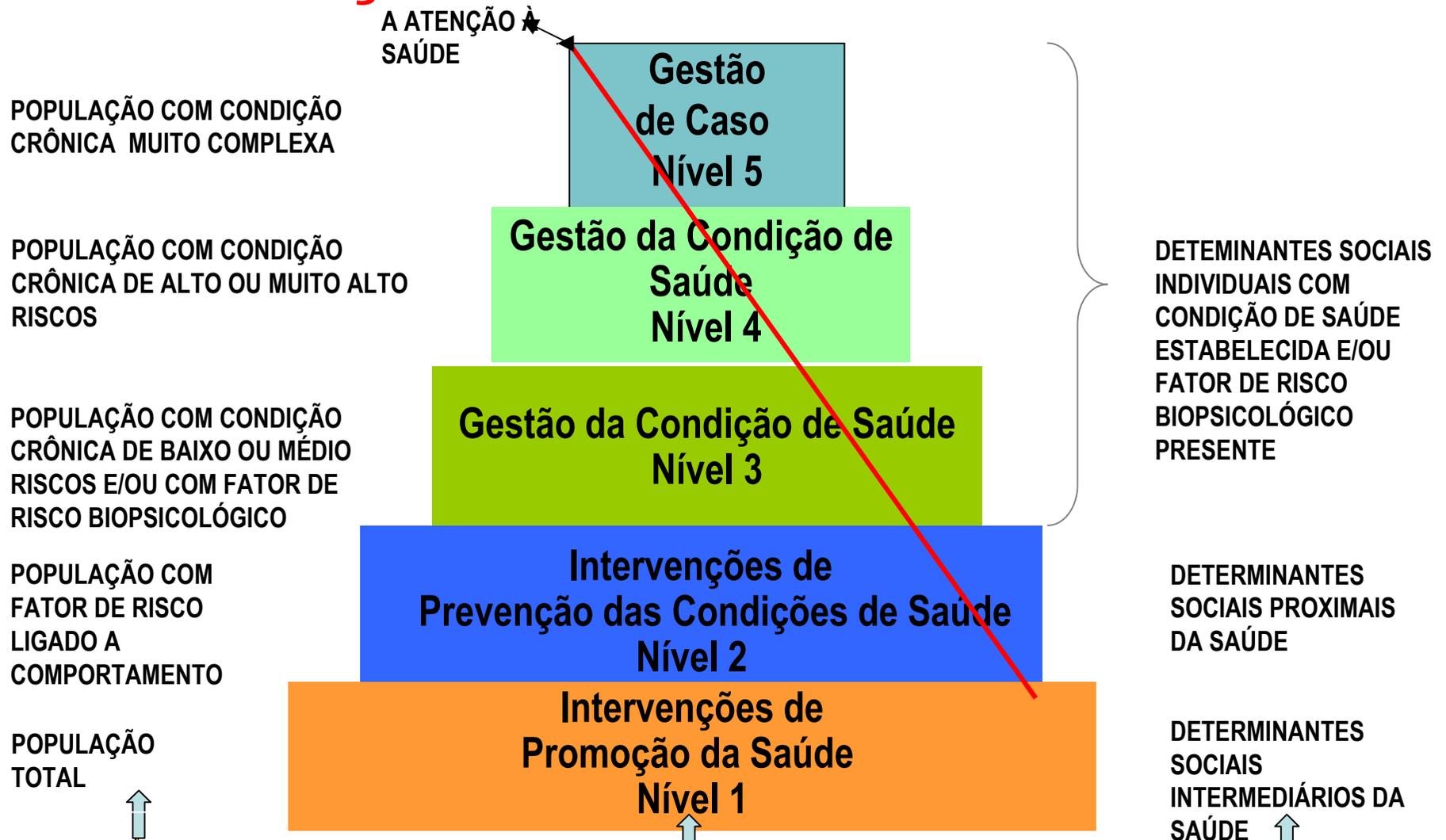
# A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



# OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS
- O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

# UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS



# **A CRISE DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PLANO MICRO: A FALÊNCIA DO SISTEMA CENTRADO NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO**

- **“NÃO PODEMOS PRATICAR A CLÍNICA DO SÉCULO XIX NO MUNDO DO SÉCULO XXI. É PRECISO MUDAR” (LIPMANN, 2000)**
- **A CRISE DA CLÍNICA ESTÁ EM TRANSPLANTAR A LÓGICA DO ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS. ISSO NÃO DÁ CERTO (GRUMBACH & BODENHEIMER, 2004)**
- **ENTRE 60% A 65% DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, HIPERCOLESTEROLEMIA E DIABETES NÃO ESTÃO CONTROLADOS (ROUMIE et al., 2006)**

# **A REGRA DOS 50% NAS RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS E PESSOAS USUÁRIAS**

- **50% DAS PESSOAS DEIXARAM AS CONSULTAS SEM COMPREENDER O QUE OS MÉDICOS LHES DISSERAM**  
(ROTER & HALL, 1989)
- **50% DAS PESSOAS COMPREENDERAM EQUIVOCADAMENTE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS MÉDICOS**  
(SCHILLINGER et al., 2003)
- **50% DAS PESSOAS NÃO FORAM CAPAZES DE ENTENDER AS PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS**  
(SCHILLINGER et al., 2005)

# UMA NOVA CLÍNICA PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- DA QUEIXA-CONDUTA PARA O PLANO DE CUIDADO
- DA ATENÇÃO CENTRADA NA DOENÇA E NO INDIVÍDUO PARA A ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA E NA FAMÍLIA
- O EQUILÍBRIO ENTRE ATENÇÃO PROGRAMADA E NÃO PROGRAMADA
- DA ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL
- O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO DOS GENERALISTAS E DOS ESPECIALISTAS
- O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PRESENCIAL E A NÃO PRESENCIAL
- O INCREMENTO DA ATENÇÃO EM GRUPO
- A INTRODUÇÃO DA ATENÇÃO POR LEIGOS
- O FORTALECIMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO

# AS EVIDÊNCIAS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **MELHORAM OS RESULTADOS SANITÁRIOS NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **DIMINUEM AS REFERÊNCIAS A ESPECIALISTAS E A HOSPITAIS**
- **AUMENTAM A EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **PRODUZEM SERVIÇOS MAIS CUSTO/EFETIVOS**
- **AUMENTAM A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS**

FONTES: WEINGARTEN ET AL. (1985); OSMAN ET AL. (1996); BERNABEI et al. (1998); MCCULLOCH et al. (1998); BYNG et al. (1998); WAGNER (1998); REUBEN et al. (1999); MALCOM et al. (2000); SIMON et al. (2001); WAGNER et al. (2001); DOUGHTY et al. (2002); UNUTZER et al. (2002); GILBODY et al. (2003); POLONSKY et al. (2003); GRIFFIN & GIMONTH (2004); KATON et al. (2004); SMITH et al. (2004); VETER et al. (2004); SINGH (2005); NUNO (2008); TOSEN & HAM (2008); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (2010)

# **OS DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA NO SUS**

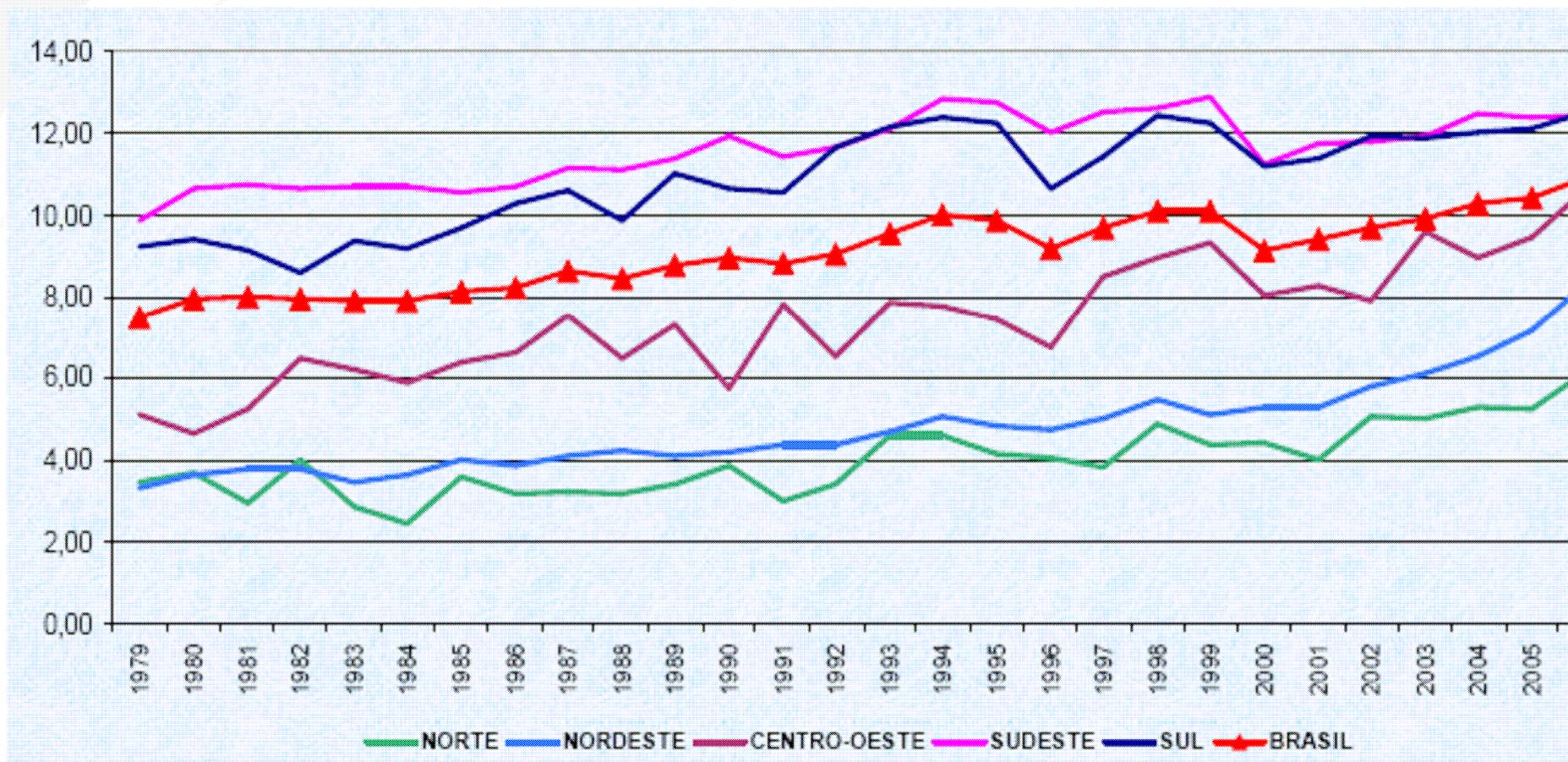
- **CÂNCER DE MAMA: UM PROBLEMA IMPORTANTE DE SAÚDE PÚBLICA**
- **UMA TAXA DE MORTALIDADE EM CRESCIMENTO**
- **AS ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA**
- **A VISÃO HIERÁRQUICA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **O CRESCIMENTO DOS GASTOS EM ONCOLOGIA E A EFICIÊNCIA ALOCATIVA**
- **A BAIXA E DESIGUAL UTILIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA**
- **O ACESSO À MAMOGRAFIA**
- **A BAIXA E DESIGUAL OFERTA DO EXAME CLÍNICO DA MAMA**
- **A FRAGILIDADE DA APS NA ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA**

# **CÂNCER DE MAMA: UM IMPORTANTE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

- **CASOS NOVOS POR ANO (2008): 49.400**
- **NÚMERO DE MORTES POR ANO (2006): 10.834**

FONTE: INCA (2009)

**Taxas de mortalidade por câncer de mama, Brasil e macro-região, entre 1979 e 2005**

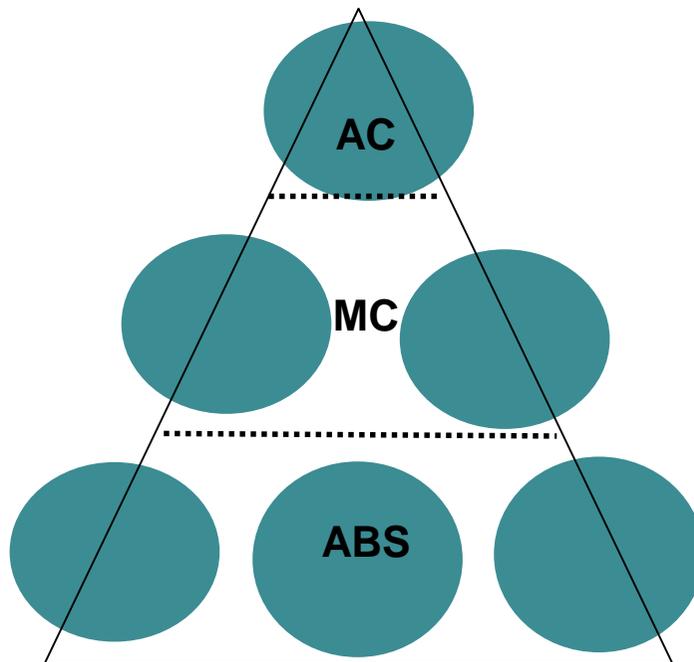


# **AS ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA**

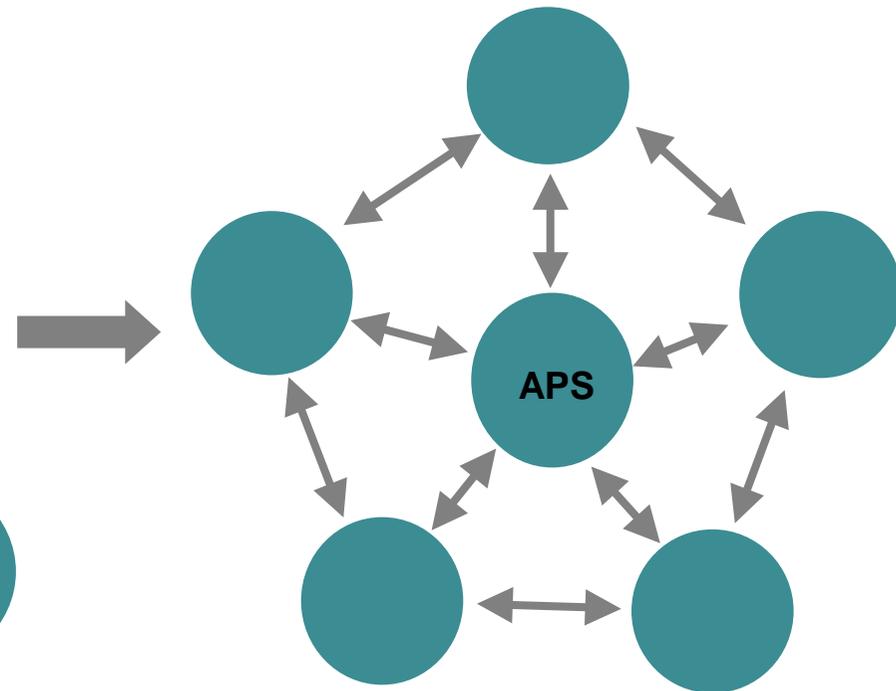
- **A PREVENÇÃO: AÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO**
- **A DETECÇÃO PRECOCE: EXPANSÃO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREAMENTO DE BASE POPULACIONAL**
- **O TRATAMENTO E A REABILITAÇÃO**
- **OS CUIDADOS PALIATIVOS**

# REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: HIERARQUIA OU POLIARQUIA?

**SISTEMA FRAGMENTADO  
E HIERARQUIZADO**

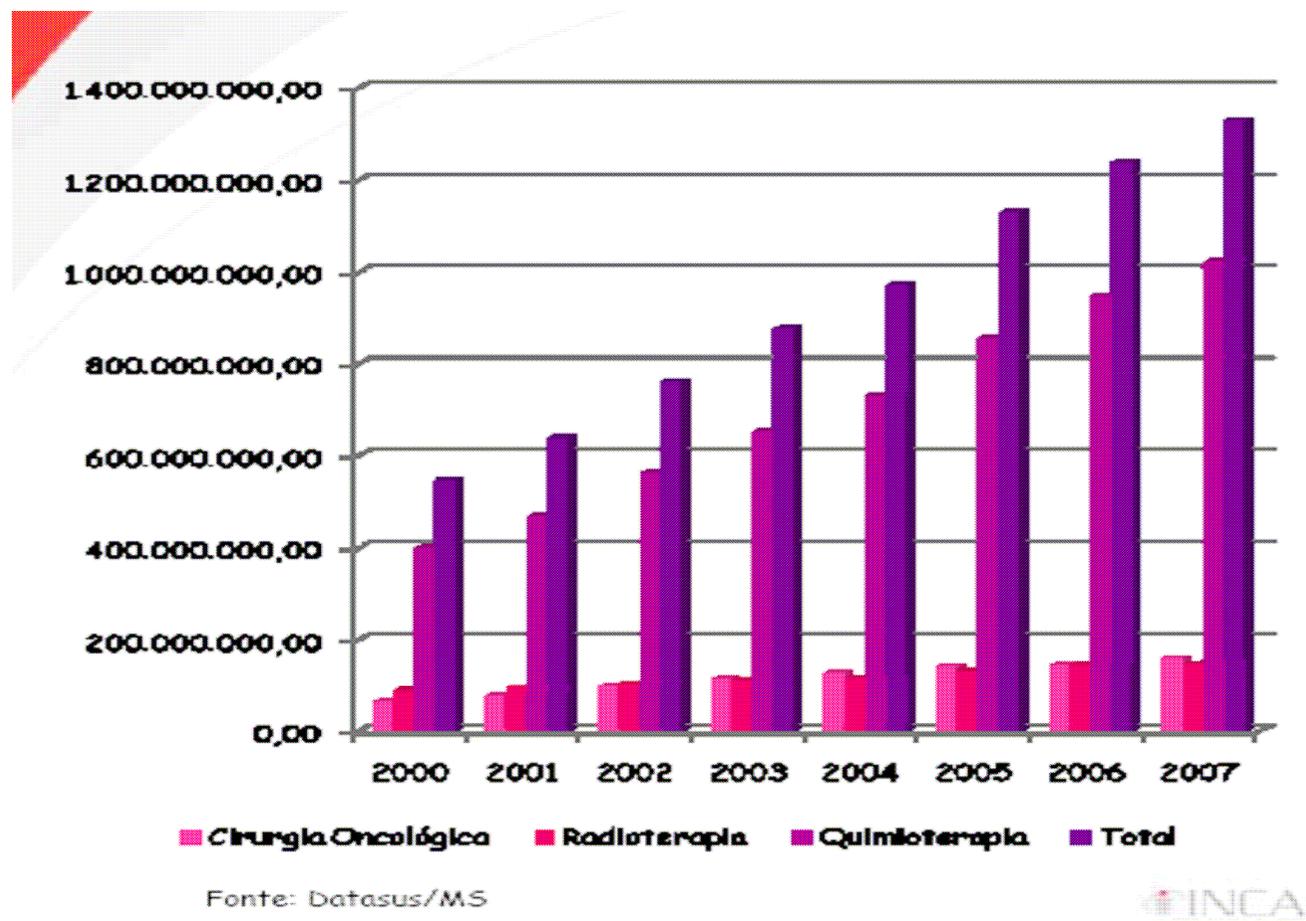


**REDES POLIÁRQUICAS  
DE ATENÇÃO À SAÚDE**



FONTE: MENDES (2009)

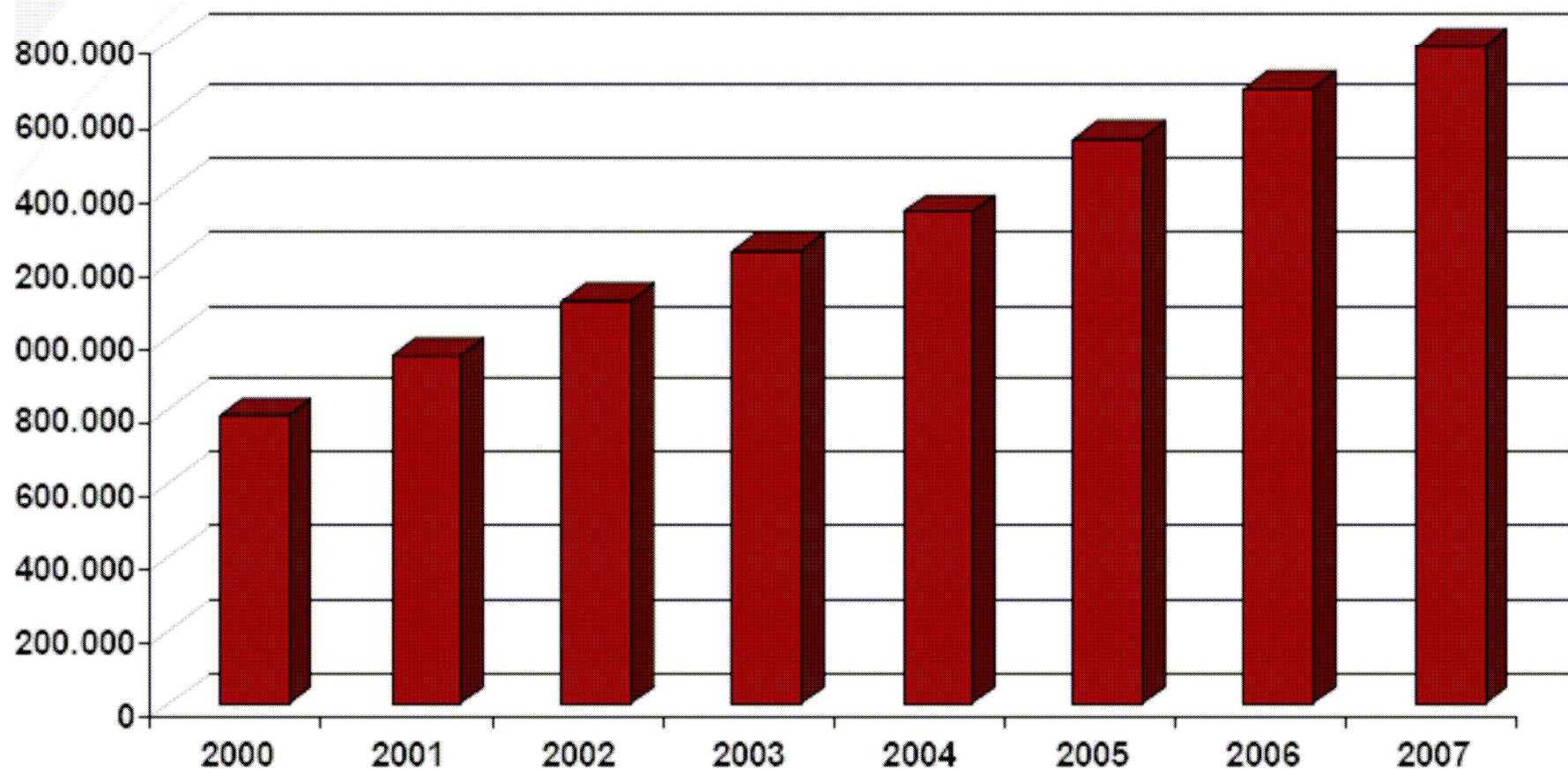
# GASTOS EM ONCOLOGIA NO SUS



**GASTOS DO SUS COM CÂNCER DE MAMA EM 2009: 262 MILHÕES DE REAIS**

FONTE: INCA (2009); THOMÉ (2010)

# Procedimentos quimioterápicos realizadas no SUS, Brasil, 2000 - 2007



# **A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA**

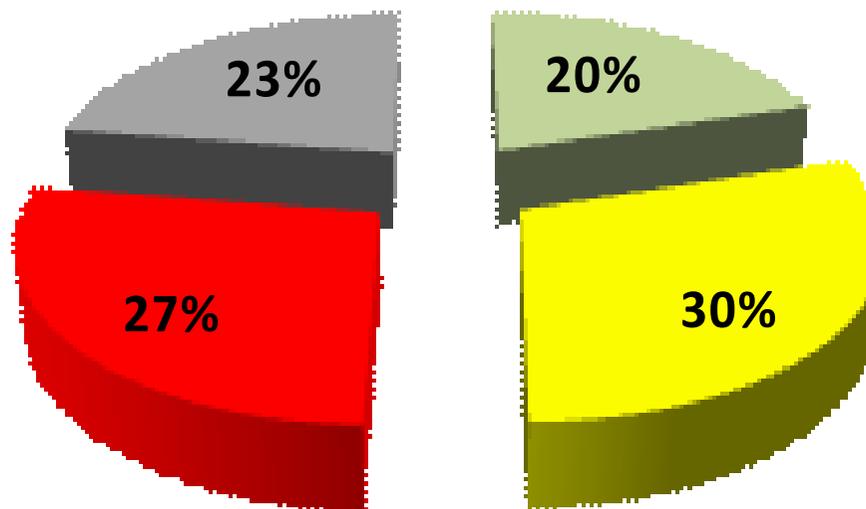
**CERCA DE 30% DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA  
PODEM SER EVITADOS POR MEIO DA  
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ADEQUADAS,  
ATIVIDADE FÍSICA REGULAR E MANUTENÇÃO DO  
PESO IDEAL**

**A CLÍNICA HEGEMÔNICA DÁ CONTA DISSO?**

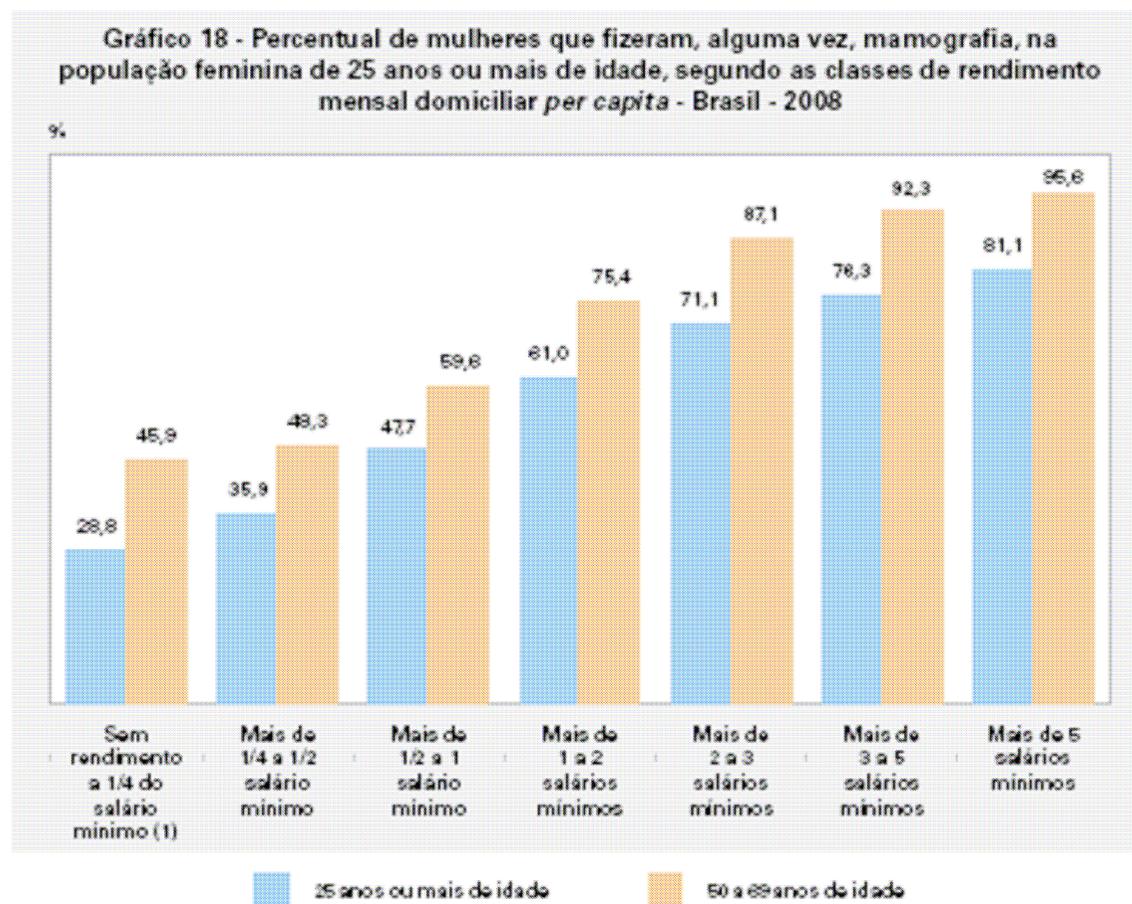
FONTES: INCA/PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (2011); MENDES (NO PRELO)

## Estadiamento do tumor na chegada dos pacientes aos hospitais com Registro Hospitalar de Câncer para tratamento de câncer de mama feminina – ano 2007

■ In situ e Estádio I   ■ Estádio II   ■ Estádio III e IV   ■ Não estadiado/SI



# A BAIXA E DESIGUAL UTILIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA: DIMENSÃO DA RENDA



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

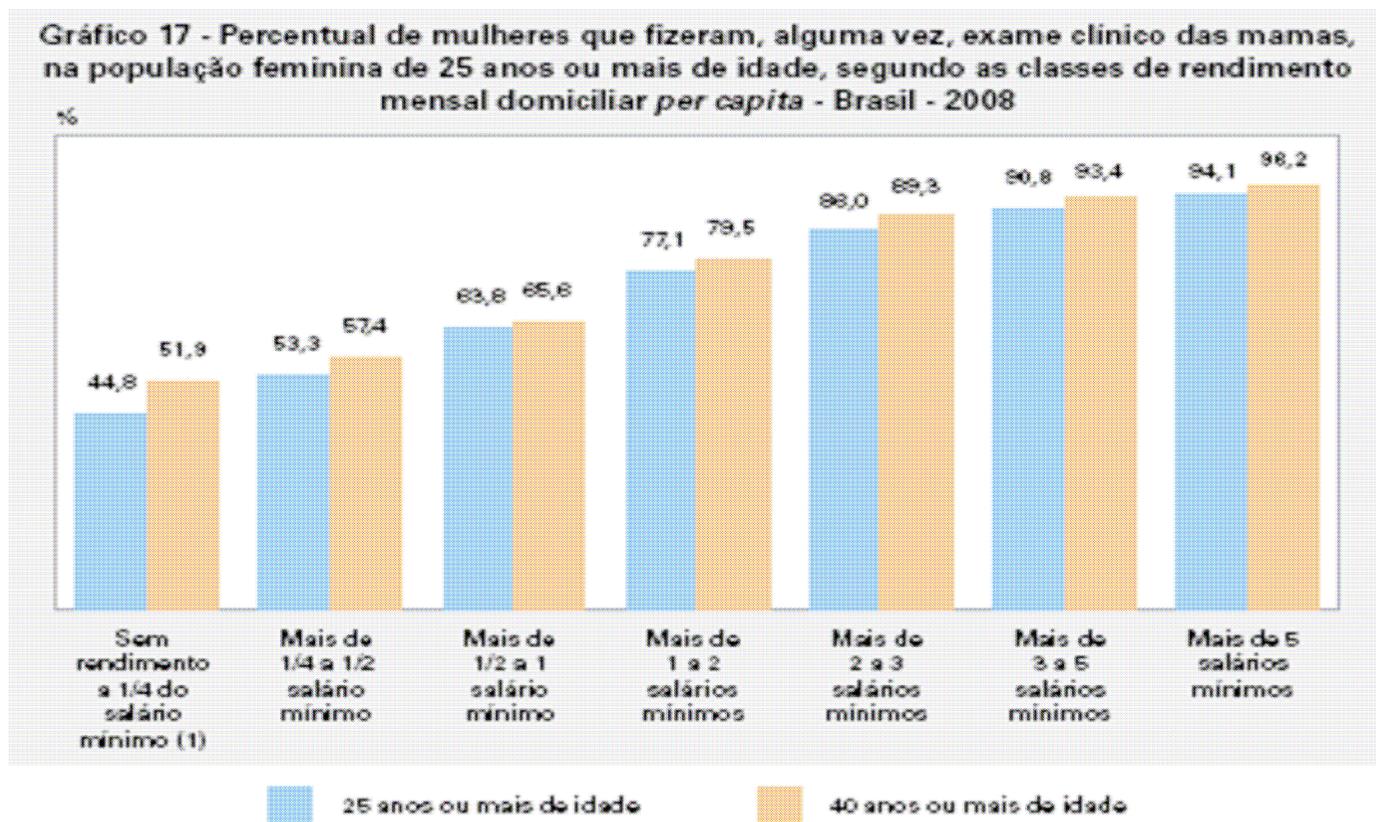
Nota: Exclui-se as pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

(1) Inclusive as pessoas moradoras em unidades domiciliares cujos componentes recebiam somente em benefício.

# **O ACESSO À MAMOGRAFIA**

- **A ALFABETIZAÇÃO SANITÁRIA**
- **O CUSTO DE OPORTUNIDADE**
- **O TRANSPORTE EM SAÚDE**
- **A QUALIDADE DA MAMOGRAFIA**

# A BAIXA E DESIGUAL OFERTA DE EXAME CLÍNICO DA MAMA



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Nota: Excluídas as pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

(1) Inclusive as pessoas moradoras em unidades domiciliares cujos componentes recebiam somente em benefício.

FONTE: IBGE (2010)

# **O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA**

- **MEDIDAS PREVENTIVAS: UMA CLÍNICA CAPAZ DE CONTRIBUIR PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS**
- **INFORMAÇÕES SOBRE OS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCER DE MAMA**
- **EXAME CLÍNICO DE MAMA DE ROTINA**
- **RASTREAMENTO DE BASE POPULACIONAL: A BUSCA ATIVA DAS MULHERES DE RISCO E O AGENDAMENTO PARA A MAMOGRAFIA E PARA OS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS**

FONTE: MENDES (NO PRELO)

# REFLEXÕES FINAIS

**“ O SISTEMA ATUAL NÃO FUNCIONA E A SOLUÇÃO DE FAZER MAIS DO MESMO NÃO É A SAÍDA. É PRECISO MUDAR O SISTEMA ”**



**“QUANDO OS PROBLEMAS SÃO CRÔNICOS, O MODELO DE TRATAMENTO AGUDO NÃO FUNCIONA”**

FONTES:

INSTITUTE OF MEDICINE - Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. Century. Washington, The National Academies Press, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Cuidado inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.