

Cuidados Farmacêuticos em Oncologia: desafios da integralidade

27, 28 e 29 de outubro de 2016

V Congresso de Farmácia Hospitalar  
em Oncologia do INCA

III Simpósio de Farmácia Hospitalar da SBRAFH-RJ  
II Simpósio da SOBRAFO-RJ  
Curso Preparo de Medicamentos Antineoplásicos Injetáveis

# Cuidados em Oncologia: o Desafio da Integralidade

Gelcio Luiz Quintella Mendes  
Coordenador de Assistência  
Instituto Nacional de Câncer

# O que é integralidade?

- s.f. 1 qualidade do que é integral, 1.1 reunião de todas as partes que formam um todo; totalidade, compleitude
- 1 qualidade do que é integral, 2 estado de uma coisa inteira, completa

# Na área de saúde

- A 'integralidade' como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema.



Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

- TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL
  - CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL
    - SEÇÃO II - DA SAÚDE
      - Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
        - » I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
        - » **II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;**
        - » III - participação da comunidade.



Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- CAPÍTULO II
  - Dos Princípios e Diretrizes
    - Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
      - **II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**

# As dimensões da integralidade

- conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço
- a 'integralidade' como traço da boa medicina,
- a 'integralidade' como modo de organizar as práticas,
- A 'integralidade' como resposta governamental a problemas específicos de saúde.

# Integralidade e o cuidado do indivíduo

- um valor a ser sustentado, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos.

Figura 13: O modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

## Atenção Integral à Saúde: o olhar sobre o sujeito

**condições de  
trabalho e renda**

**saberes/cultura**

**desejos e  
expectativas**



**apoio familiar/  
suporte social**

**percepções sobre  
saúde-doença**

**Crenças/  
espiritualidade**

**condição física  
e orgânica**

# O conceito da equipe

- Integralidade do cuidado com enfoque na formação de grupos multiprofissionais
- Aspectos biomédicos, sociais e ambientais

REVIEW ARTICLE

MEDICAL EDUCATION

Malcolm Cox, M.D., and David M. Irby, Ph.D., Editors

American Medical Education 100 Years  
after the Flexner Report

Molly Cooke, M.D., David M. Irby, Ph.D., William Sullivan, Ph.D.,  
and Kenneth M. Ludmerer, M.D.

- Reforma da educação médica em 1910 – Abraham Flexner
- Ênfase na base científica da prática médica
- Racionalidade analítica formal
- Hospitais orientados academicamente
- Ênfase na pesquisa em detrimento ao ensino e cuidado ao paciente

# Medicina baseada em doenças

MEDICAL EDUCATION  
IN THE  
UNITED STATES AND CANADA  
A REPORT TO  
THE CARNEGIE FOUNDATION  
FOR THE ADVANCEMENT OF TEACHING  
BY  
ABRAHAM FLEXNER  
WITH AN INTRODUCTION BY  
HENRY S. PRITCHETT  
PRESIDENT OF THE FOUNDATION

BULLETIN NUMBER FOUR (1910)

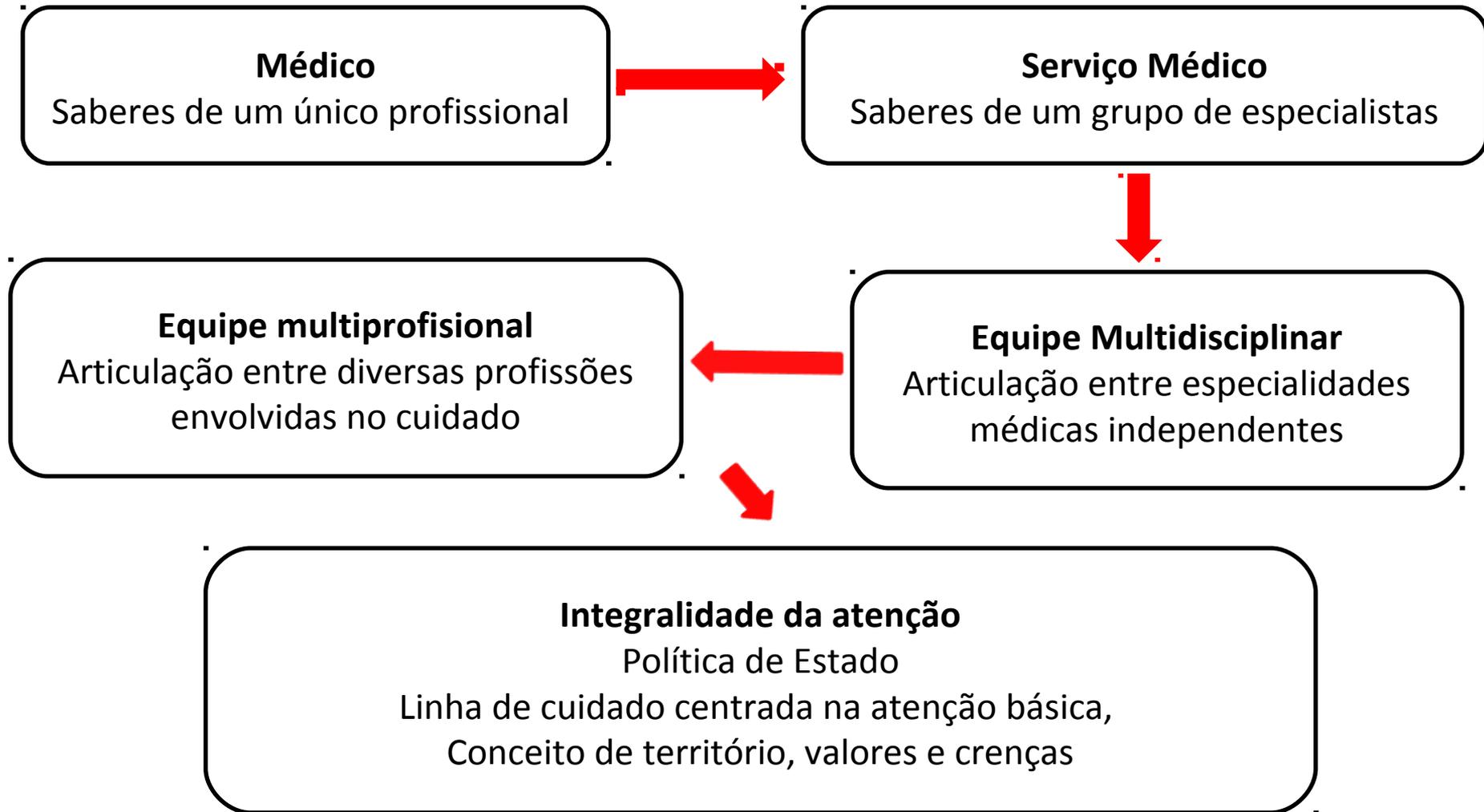
# A mudança

## American Medical Education 100 Years after the Flexner Report

Molly Cooke, M.D., David M. Irby, Ph.D., William Sullivan, Ph.D.,  
and Kenneth M. Ludmerer, M.D.

- Necessidade de redesenhar o modelo de treinamento
- Ênfase em aspectos sociais, econômicos e políticos
- Foco na abordagem multiprofissional
- Foco no cuidado hospitalar e ambulatorial
- O conceito de cuidado

# A evolução do cuidado



## *Comprehensive care*

- A prática do cuidado integral contínuo consiste na prevenção e tratamento concorrentes de múltiplos problemas de saúde físicos e emocionais, durante um período de tempo, em relação à família, eventos da vida e meio ambiente.

The practice of continuing comprehensive care is the concurrent prevention and management of multiple physical and emotional health problems of a patient over a period of time in relationship to family, life events and environment. (CGA) (1980) (2013 COD)

# *Comprehensive care*

- Cuidado do paciente como um todo, em suas necessidades, não somente as médicas ou físicas
- Diagnóstico e tratamento clínico
- Equipe multiprofissional
- Materiais educativos
- “*Patient advocacy*”, demandas econômicas
- Articulação com os profissionais da comunidade

# NCCN.org

https://www.nccn.org

Home | Visit the NCCN Patient Site | About NCCN | Find a Member Institution | Login/Register | Contact Us



## National Comprehensive Cancer Network

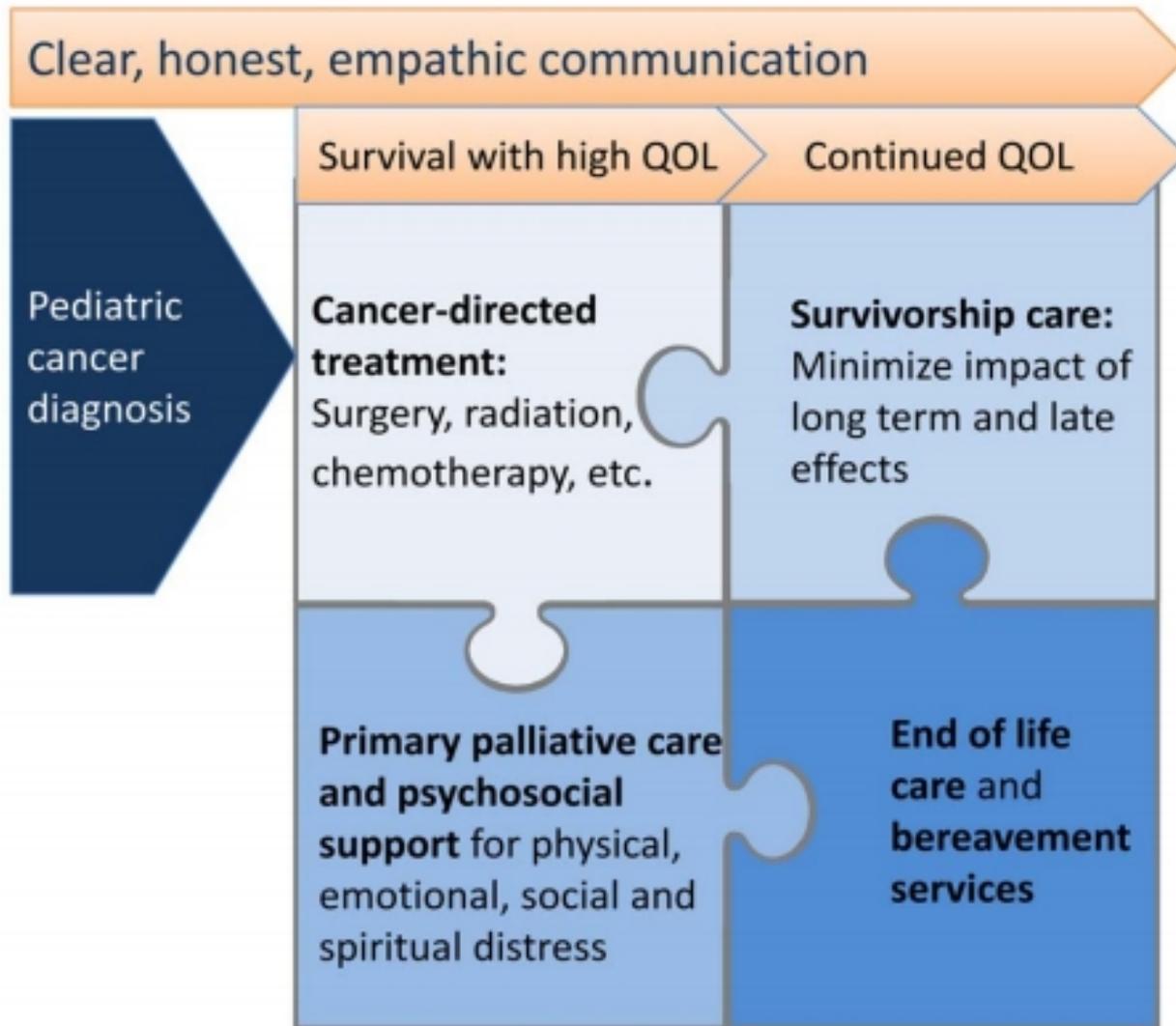
Your Best Resource in the Fight Against Cancer®

Follow us on:

NCCN Guidelines®	NCCN Compendia	NCCN Templates®	Educational Events & Programs	Subscriptions & Products	Clinical & Business Resources	NCCN Global	NCCN Oncology Research Program	Patient Resources
End-User License Agreement								
<a href="#">NCCN Guidelines for Treatment of Cancer by Site</a>								
<a href="#">NCCN Guidelines for Detection, Prevention, &amp; Risk Reduction</a>								
<a href="#">NCCN Guidelines for Supportive Care</a>								
<a href="#">NCCN Guidelines for Age Related Recommendations</a>								
<a href="#">NCCN Guidelines for Patients®</a>								
<a href="#">NCCN Guidelines with NCCN Evidence Blocks™</a>								
<a href="#">NCCN Framework for Resource Stratification of NCCN Guidelines (NCCN Framework™)</a>								
<a href="#">NCCN Imaging Appropriate Use Criteria (NCCN Imaging AUC™)</a>								
<a href="#">International Adaptations &amp; Translations</a>								
<a href="#">NCCN Guidelines Panels - Meeting Schedule</a>								
<a href="#">Transparency: Process and</a>								
		<a href="#">Acute Lymphoblastic Leukemia</a>		<a href="#">Hepatobiliary Cancers</a>		<a href="#">Prostate Cancer</a>		
		<a href="#">Acute Myeloid Leukemia</a>		<a href="#">Hodgkin Lymphoma</a>		<a href="#">Rectal Cancer</a>		
		<a href="#">Anal Carcinoma</a>		<a href="#">Kidney Cancer</a>		<a href="#">Small Cell Lung Cancer</a>		
		<a href="#">Basal Cell Skin Cancer</a>		<a href="#">Malignant Pleural Mesothelioma</a>		<a href="#">Soft Tissue Sarcoma</a>		
		<a href="#">Bladder Cancer</a>		<a href="#">Melanoma</a>		<a href="#">Squamous Cell Skin Cancer</a>		
		<a href="#">Bone Cancer</a>		<a href="#">Merkel Cell Carcinoma</a>		<a href="#">Systemic Light Chain Amyloidosis</a>		
		<a href="#">Breast Cancer</a>		<a href="#">Multiple Myeloma</a>		<a href="#">Testicular Cancer</a>		
		<a href="#">Central Nervous System Cancers</a>		<a href="#">Myelodysplastic Syndromes</a>		<a href="#">Thymomas and Thymic Carcinomas</a>		
		<a href="#">Cervical Cancer</a>		<a href="#">Myeloproliferative Neoplasms</a>		<a href="#">Thyroid Carcinoma</a>		
		<a href="#">Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</a>		<a href="#">Neuroendocrine Tumors</a>		<a href="#">Uterine Neoplasms</a>		
		<a href="#">Chronic Myelogenous Leukemia</a>		<a href="#">Non-Hodgkin's Lymphomas</a>		<a href="#">Vulvar Cancer</a>		
		<a href="#">Colon Cancer</a>		<a href="#">Non-Small Cell Lung Cancer</a>		<a href="#">Waldenströms Macroglobulinemia/Lymphoplasmacytic Lymphoma</a>		
		<a href="#">Dermatofibrosarcoma Protuberans</a>		<a href="#">Occult Primary</a>				
		<a href="#">Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers</a>		<a href="#">Ovarian Cancer</a>				
		<a href="#">Gastric Cancer</a>		<a href="#">Pancreatic Adenocarcinoma</a>				
				<a href="#">Penile Cancer</a>				

# Comprehensive Quality Cancer Care Trajectory



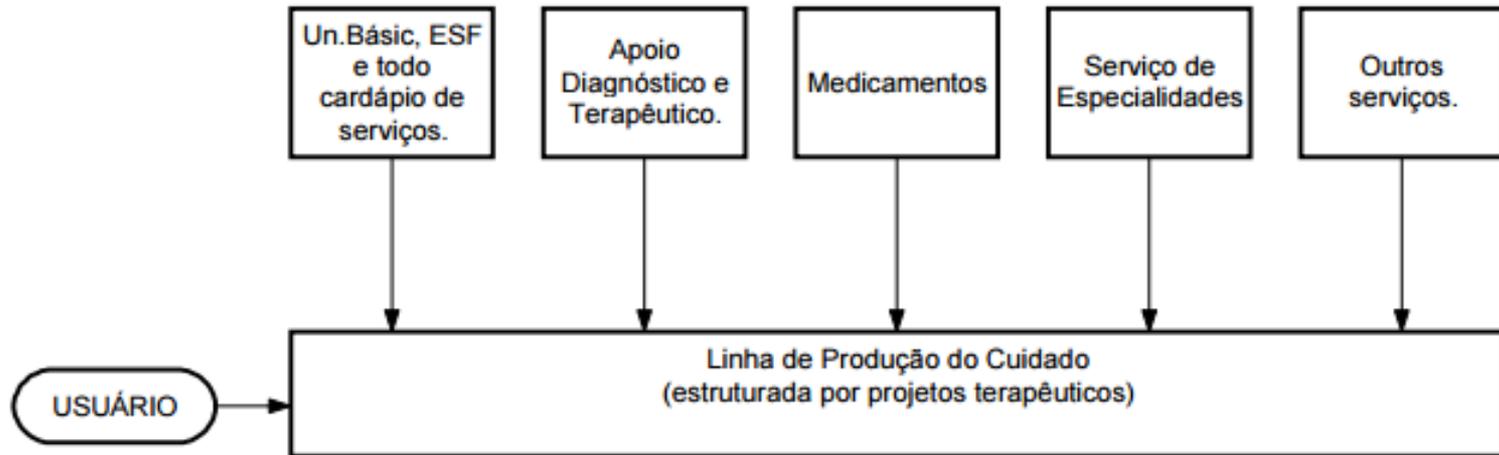
# O curso natural das enfermidades

- Conceito de adoecimento a partir de um estado inicial de saúde
- As múltiplas possibilidades de intervenção e cuidado ao longo da história natural da doença
- Os papéis dos diversos níveis de atenção

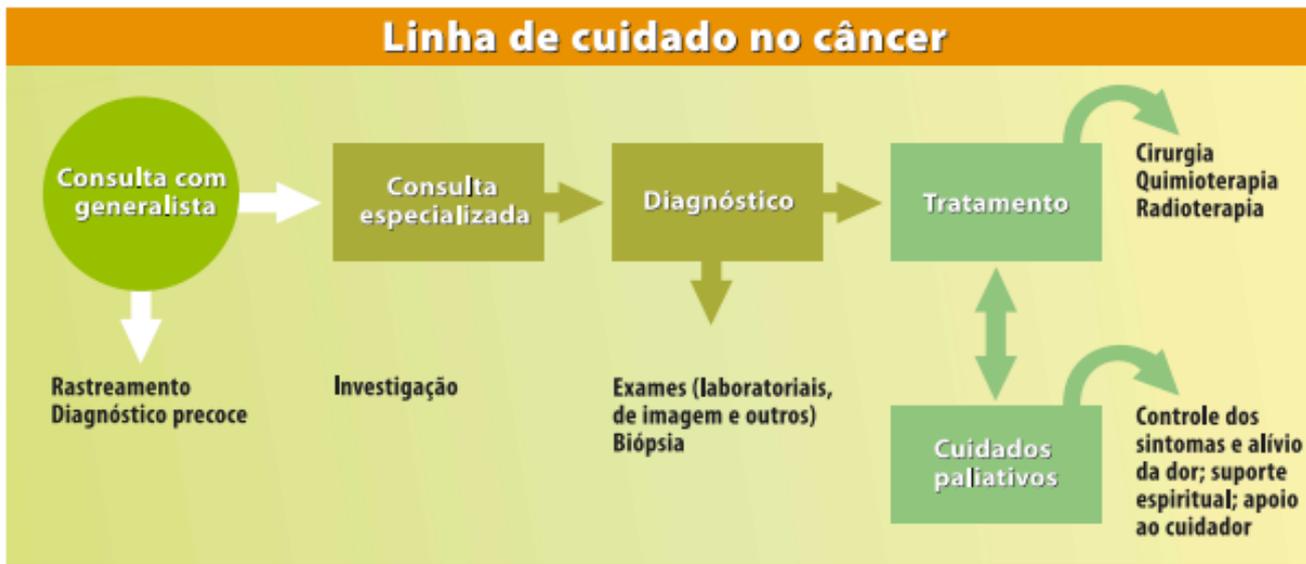
# Linha de cuidado

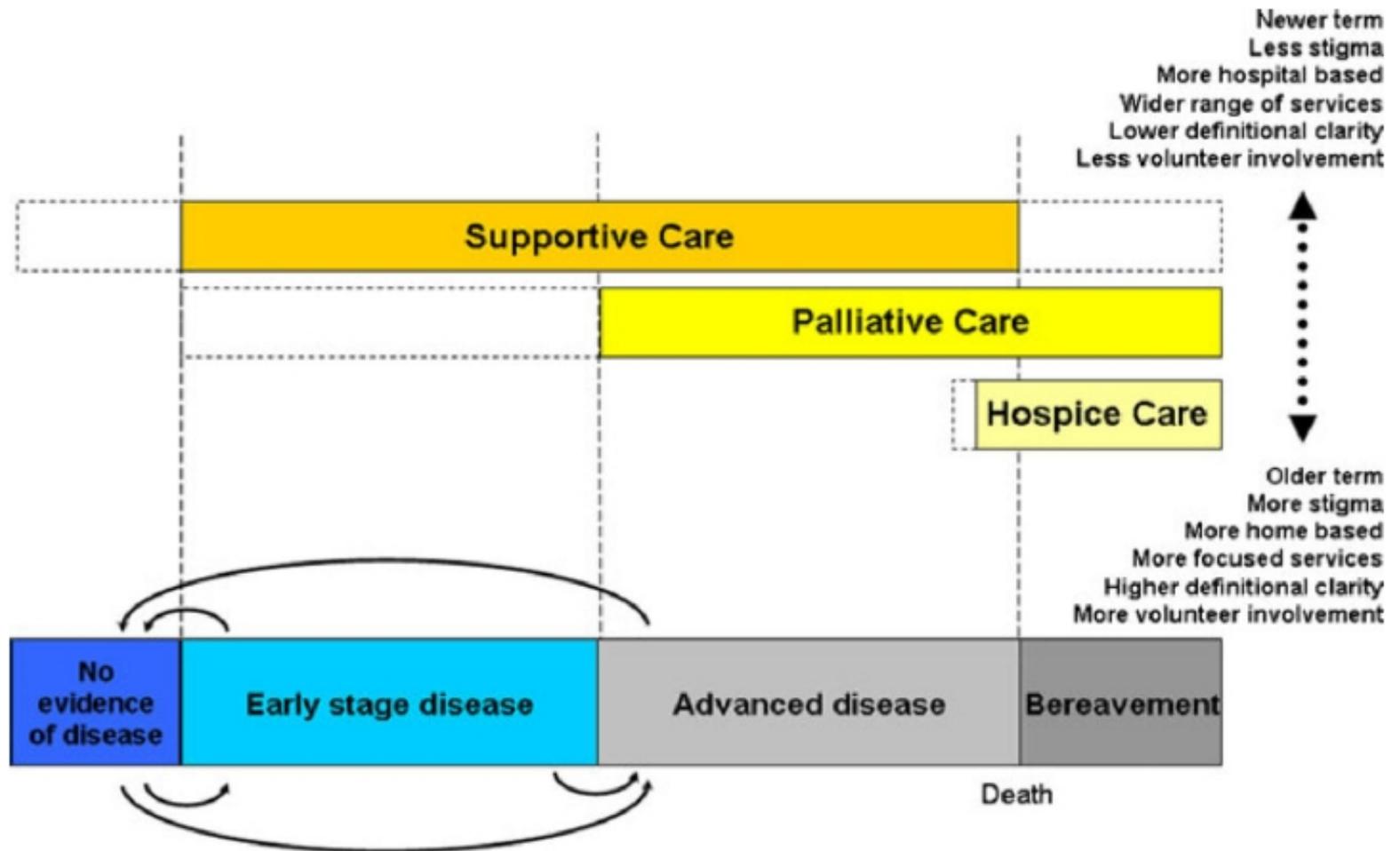
- **Linha de cuidado** é a imagem pensada para expressar os **fluxos assistenciais** seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas **necessidades de saúde**. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

# Linha de cuidado



## Linha de cuidado no câncer





# Cuidados paliativos

- Cuidado direcionado à melhora de qualidade de vida de pacientes com doenças ameaçadoras da vida
- Prevenção e alívio do sofrimento
- Dor e outros problemas físicos, psicológicos ou espirituais

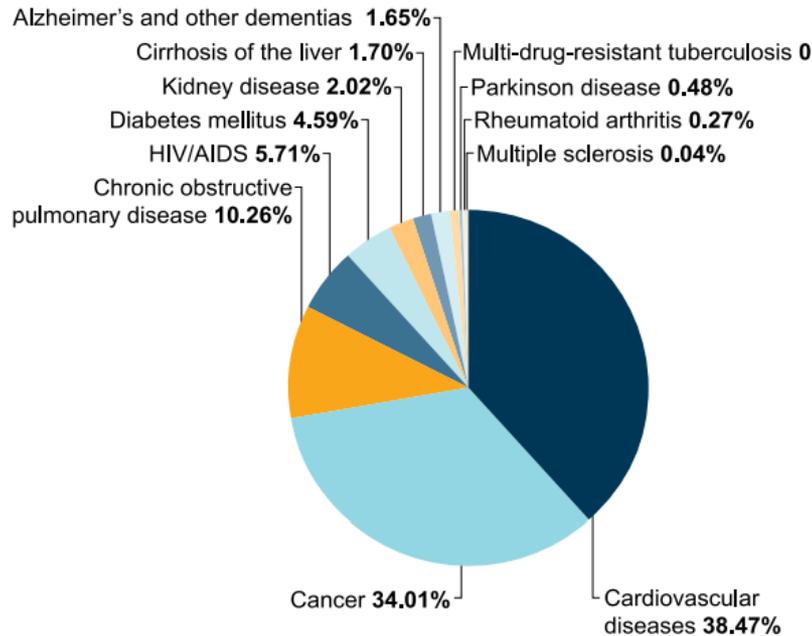
## **WHO definition of palliative care**

In 2002, the World Health Organization established a revised definition of palliative care for adults and a separate one for children:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patient's live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

# Cuidados paliativos



N = 19,228,760

## Policy

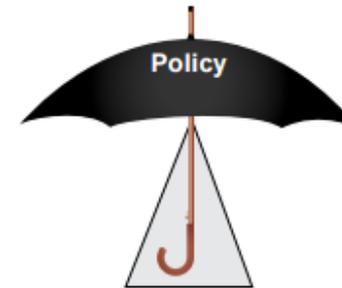
- Palliative care part of national health plan, policies, related regulations
- Funding/service delivery models support palliative care delivery
- Essential medicines

(Policy makers, regulators, WHO, NGOs)

## Medicine availability

- Opioids, essential medicines
- Importation quota
- Cost
- Prescribing
- Distribution
- Dispensing
- Administration

(Pharmacists, drug regulators, law enforcement agents)



## Education

- Media and public advocacy
- Curricula, courses – professionals, trainees
- Expert training
- Family caregiver training and support

(Media and public, healthcare providers and trainees, palliative care experts, family caregivers)

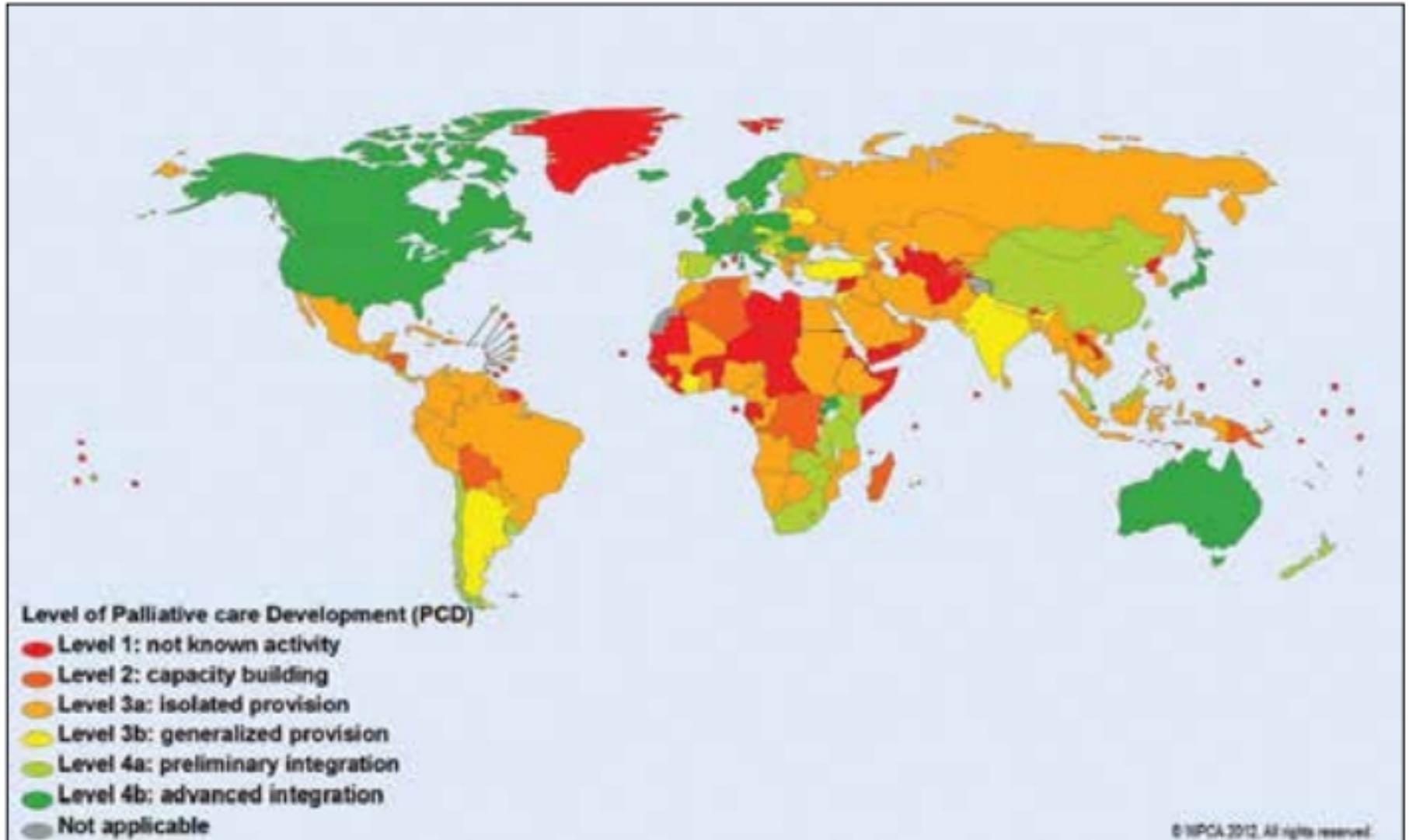
## Implementation

- Opinion leaders
- Trainer manpower
- Strategic and business plans – resources, infrastructure
- Standards, guidelines measures

(Community and clinical leaders, administrators)

Stjernsward et al. 2007<sup>33</sup>. Used with permission.

# Cuidados paliativos



# Cuidados paliativos



“Go around and see what is being done and then see how your own circumstances can produce another version; there is need for diversity in this field.”

Dame Cicely Saunders, Founder  
St. Christopher's Hospice

## **Level of support from the existing health system**

The challenge before palliative care workers in the developing world is to evolve a culturally and socio-economically appropriate and acceptable system for long-term care and palliative care, accessible to most of those who need it. This can be possible only if the service is part of a community-based primary healthcare system using local manpower and other resources. Many authors have highlighted the role of community participation in placing palliative care within this holistic context.

# Integralidade e a estruturação da assistência

- como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa 'horizontalização' dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde.

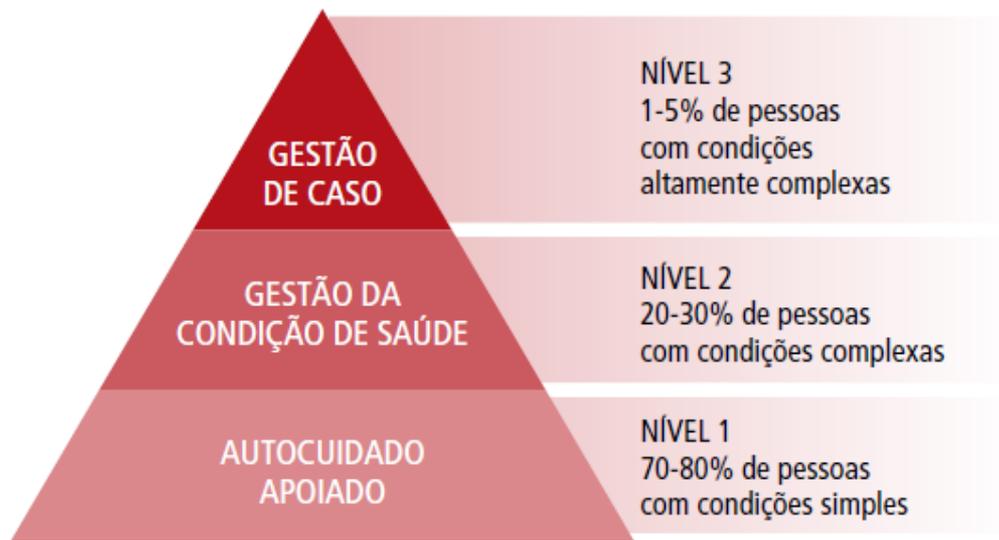


**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**

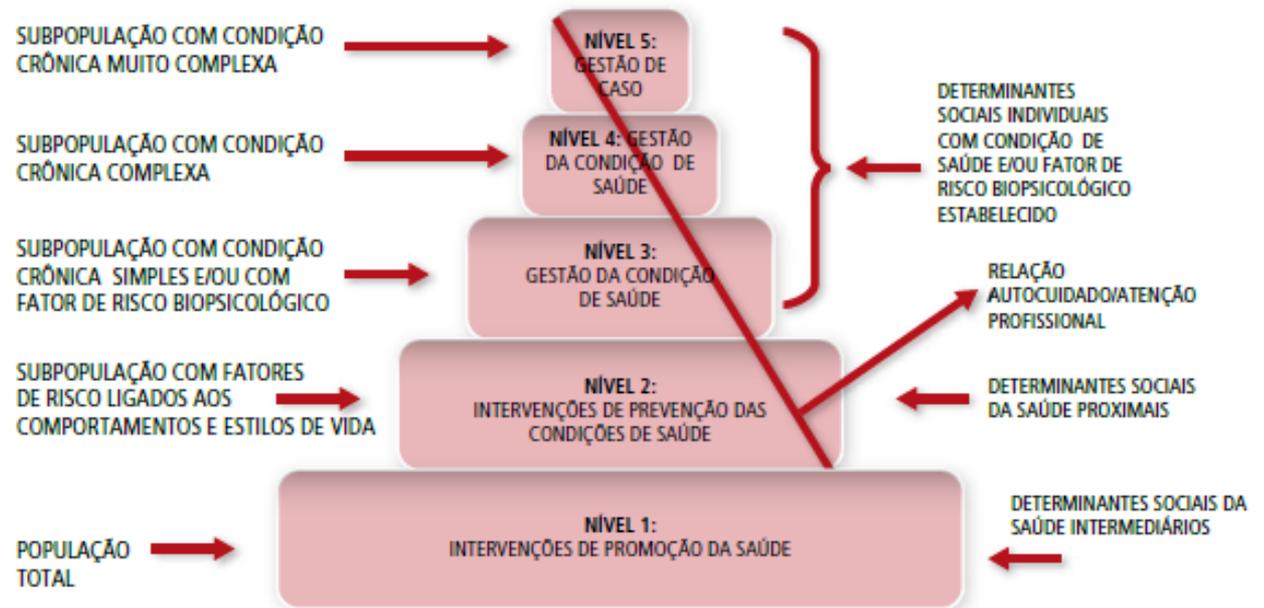
*Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

- 6. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
  - 6.2 Estrutura Operacional
    - **A Integralidade da Atenção:** a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.



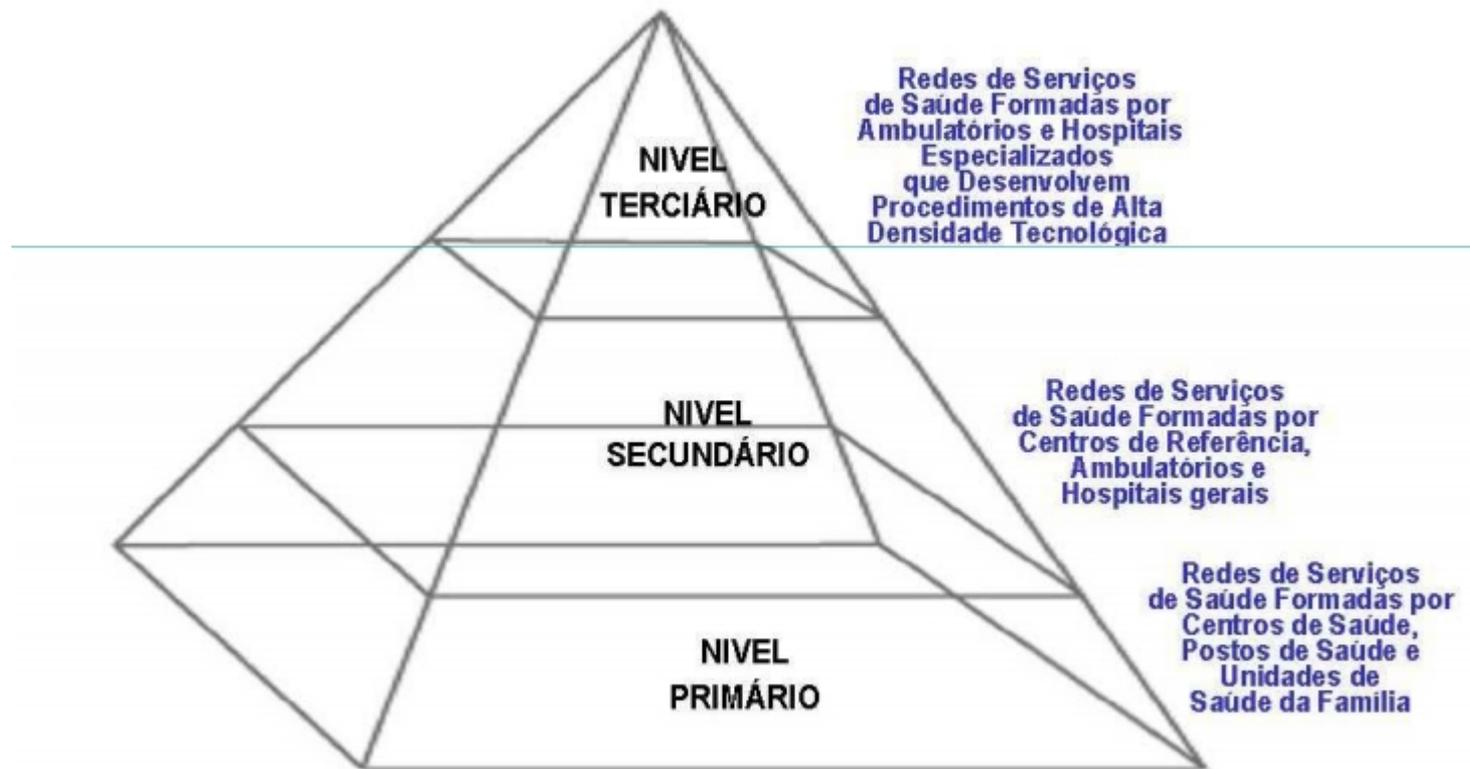
Fonte: Bengoa (2008); Porter e Kellogg (2008)

Figura 12: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



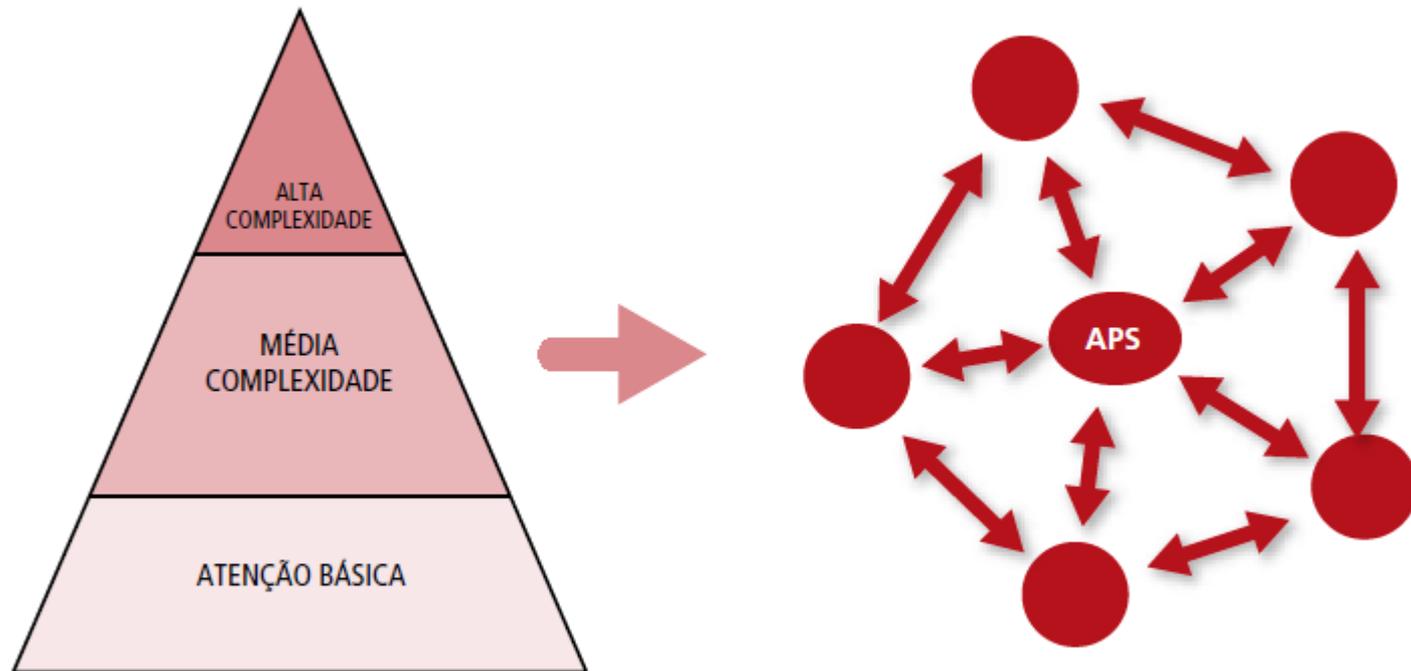
Fonte: Mendes (2007b)

# Sistemas piramidais

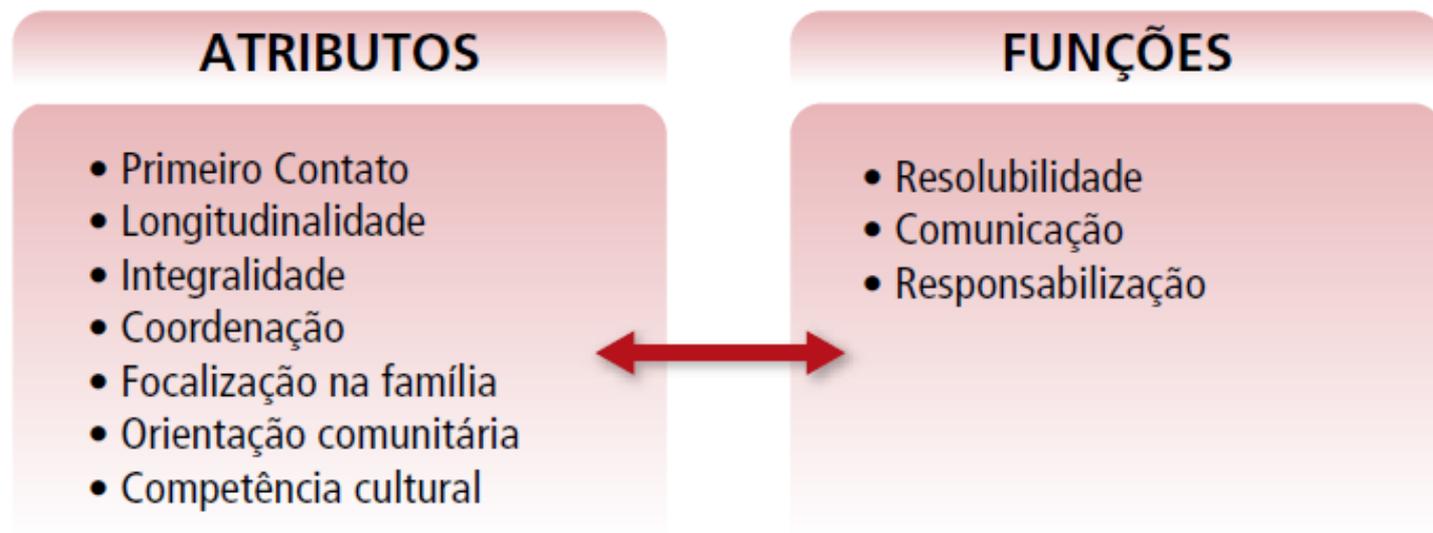


# A mudança

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde

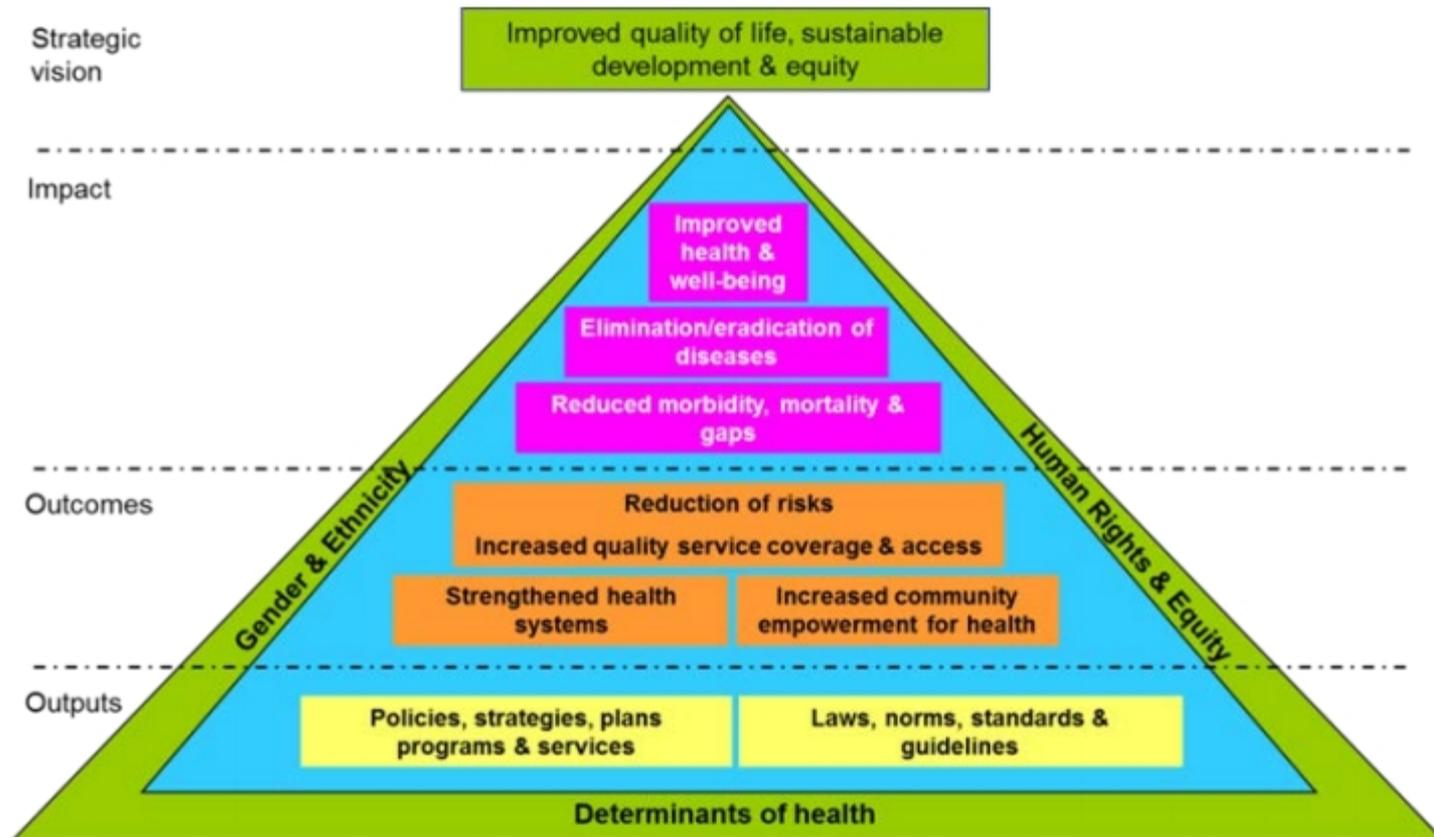


Contudo, as RASs apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS.



CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas

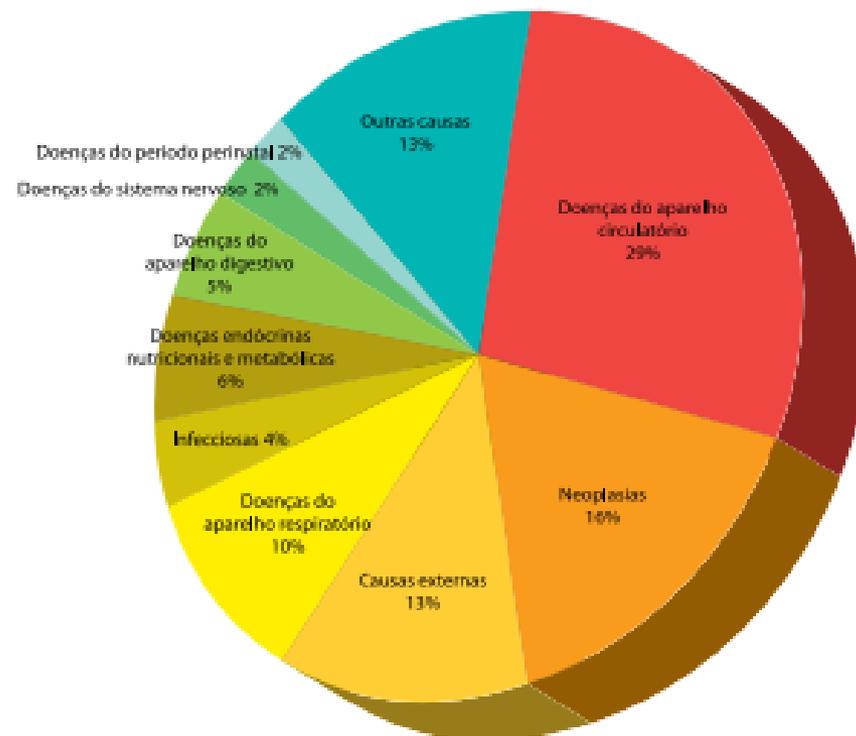
# OPAS



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias

Brasília – DF  
2013



Fonte: (BRASIL, 2011d).

## Quadro 1 – Formas de relação possíveis entre a ABS e a AAE

- 1º – Referência e contrarreferência
- 2º – Relação de visitas periódicas de especialistas a generalistas
- 3º – Relação mediada por gestor de caso
- 4º – Coordenação do cuidado

Fonte: (MENDES, 2012).

# Integralidade como forma de enfrentamento

- as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008**

*Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.*

- Art. 8º - As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.
  - § 1º São atribuições da regulação do acesso:
    - II - **garantir os princípios da equidade e da integralidade;**



**Ministério da Saúde**  
Gabinete do Ministro

**PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013**

*Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).*

- **CAPÍTULO II**

- **DAS DIRETRIZES**

- **Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:**

- I - garantia de universalidade de acesso, equidade e **integralidade na atenção hospitalar;**

# Na área de oncologia

- Marco legal definindo a política de atenção oncológica e os parâmetros para organização, planejamento e avaliação da rede.



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013**

*Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

- Seção V

- Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao **Cuidado Integral**

- Art. 12. Constitui-se princípio do **cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas.**
- Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a **prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos**, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.
- Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:
- I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma **mais próxima possível ao domicílio da pessoa**, observando-se os critérios de escala e de escopo;
- II - **atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer**, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença;
- III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e
- IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam.

# Integralidade em Oncologia

- Nível primário – Atenção Básica: estratégias de promoção da saúde, rastreio e diagnóstico oportuno
- Média complexidade: serviços diagnósticos, abordagem de lesões simples
- Nível avançado de atenção – terciário
- Alta complexidade, articulada com a atenção básica



**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Atenção à Saúde**

**PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014**

*Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

- CAPÍTULO II
- DAS OBRIGAÇÕES DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS COMO CACON OU UNACON
  - Art. 13. Os estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON deverão:
    - I - **compôr a Rede de Atenção à Saúde** regional, estando articulados com todos os pontos de atenção, observando os princípios, as diretrizes e as competências descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, no que se refere aos **diagnósticos diferencial e definitivo de câncer, ao tratamento, à reabilitação e aos cuidados paliativos**;
    - V - submeter-se à **regulação**, ao monitoramento e à avaliação do Gestor Estadual e Municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão;



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

## RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL

---

# Política Nacional de Atenção Oncológica

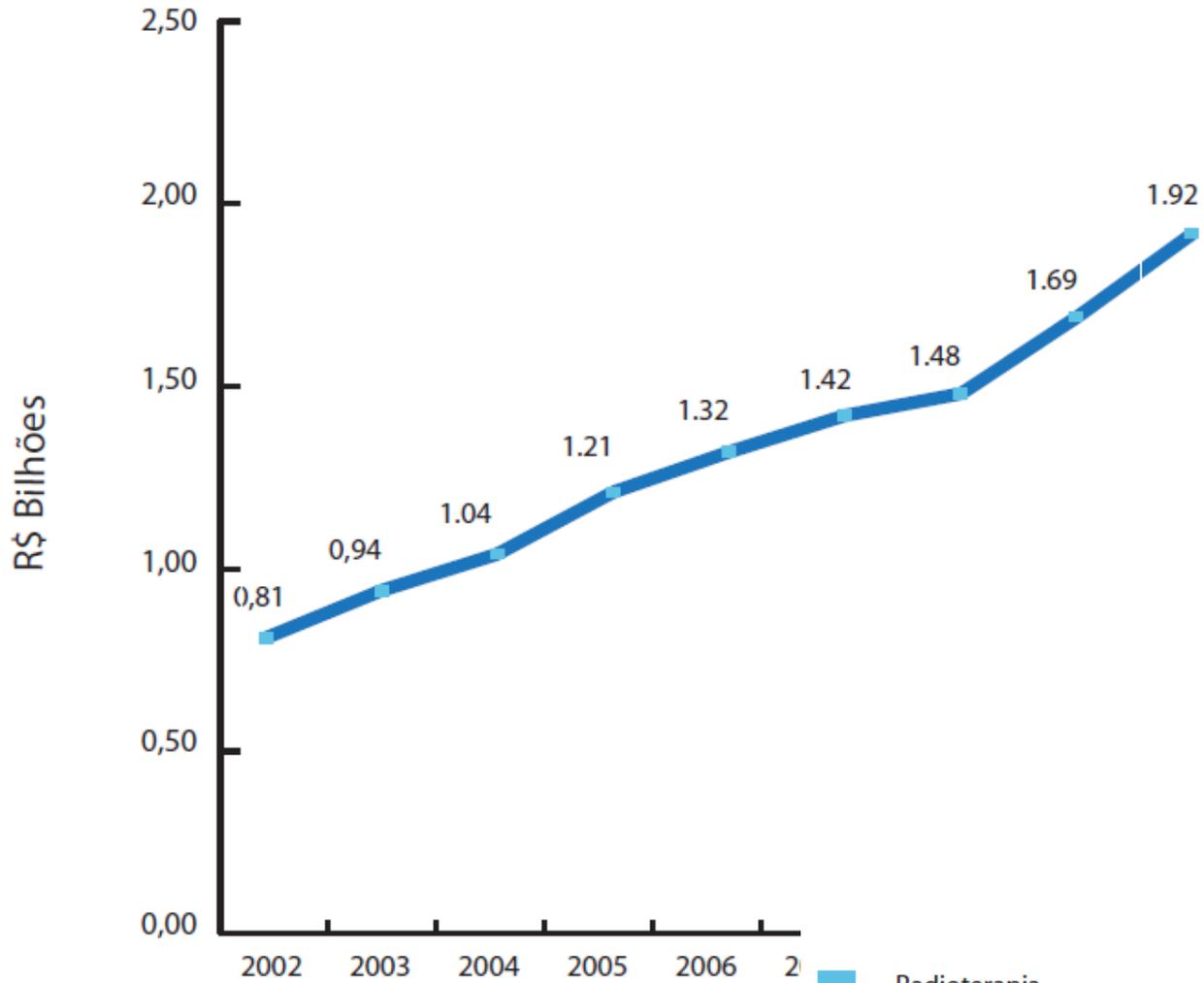
Brasília, 2011

# Questionamentos do TCU

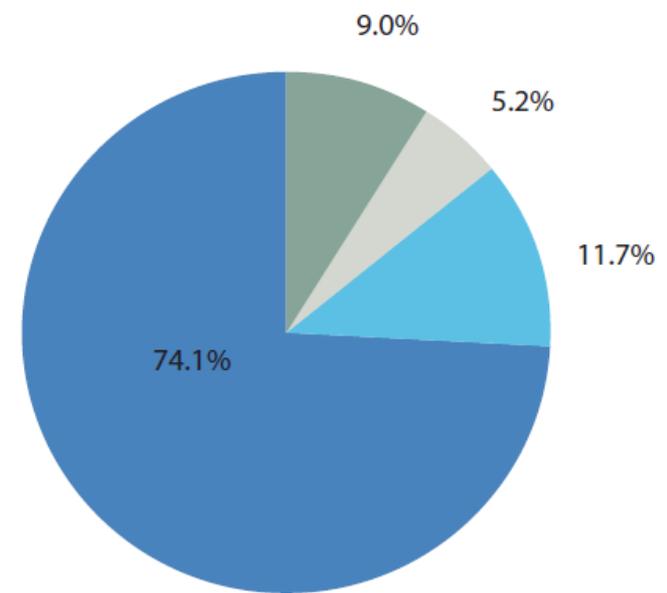
1ª Questão: A estrutura da rede de atenção oncológica tem possibilitado aos doentes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento?

2ª Questão: As condutas terapêuticas disponibilizadas aos pacientes do SUS estão suficientemente atualizadas, segundo a percepção dos especialistas que atuam na área de oncologia?

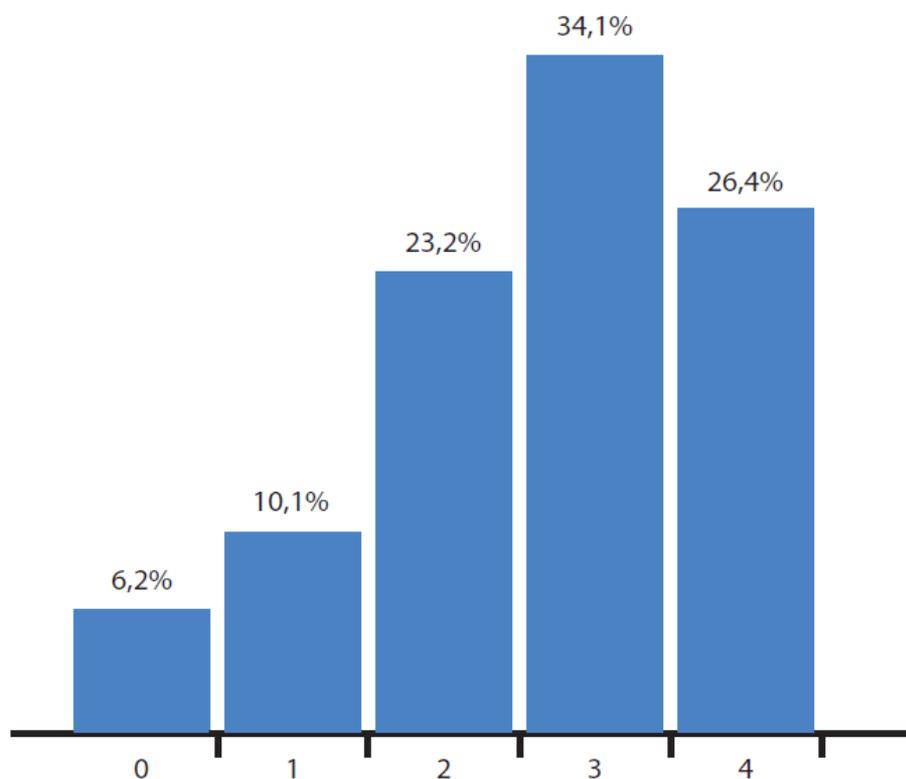
**Gráfico 1**  
Despesas federais com tratamentos  
ambulatoriais  
e hospitalares de oncologia  
Brasil.



- Radioterapia
- Quimeoterapia
- Cirurgia
- Outros



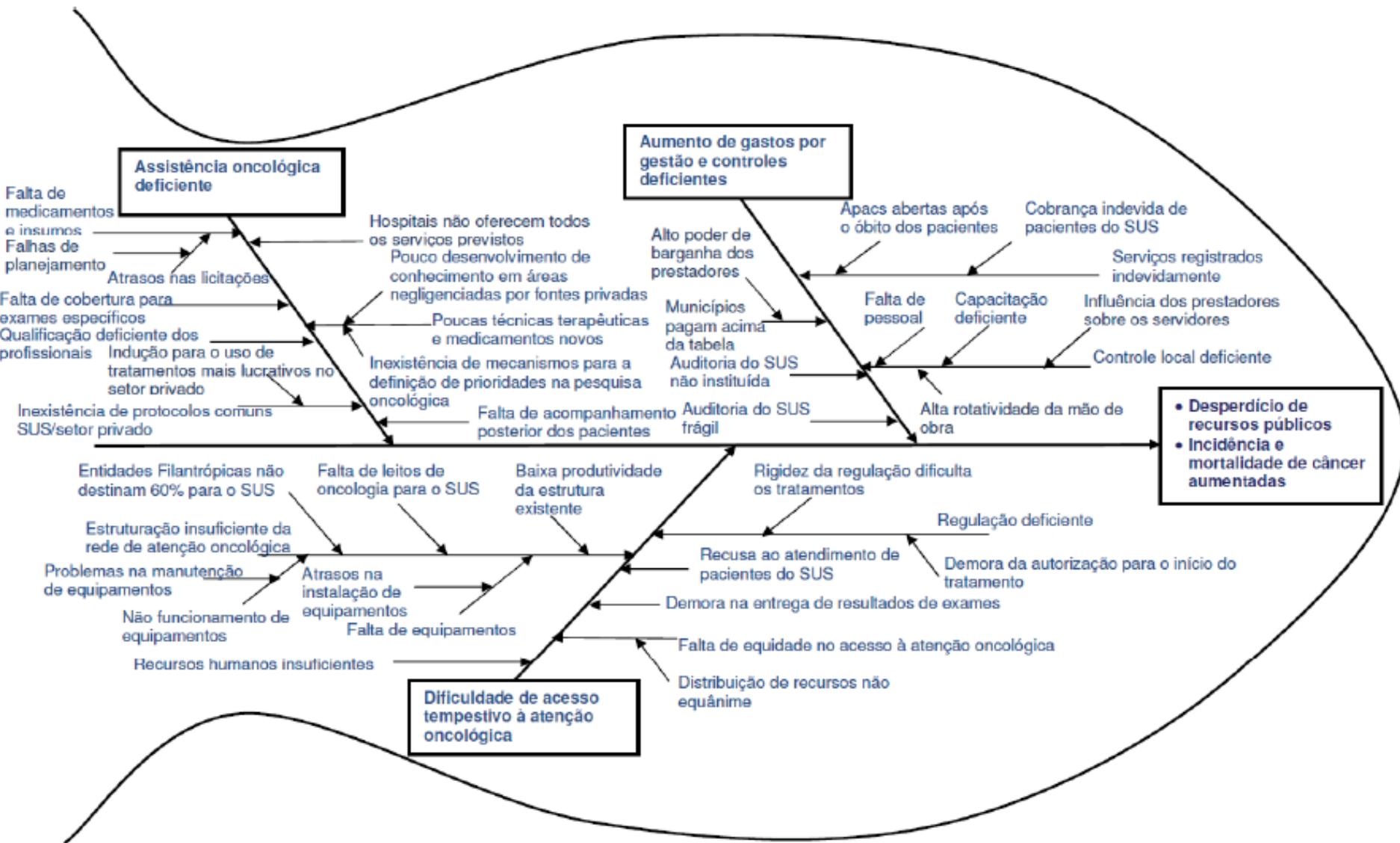
**Gráfico 6**  
Estadiamento no momento do diagnóstico - Brasil - 2010



Local	Ano	Fonte de dados	Tratamentos iniciados em até 30 dias	Mediana (dias)	Média (dias)
Canadá (Província de Manitoba)	2009	Canadian Institute for Health Information	100,0%	6	—
Reino Unido	2007	The Royal College of Radiologists	92,0%	15	—
Canadá (Província de Nova Escócia)	2009	Canadian Institute for Health Information	62,0%	21	—
Brasil	2007	RHC - Inca	15,7%	77	100,6
Brasil	2009	RHC - FOSP	17,1%	80	91,3
Brasil	2010	SIA/SUS	15,9%	89	113,4

## 6 CONCLUSÃO

183 A rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada para assegurar atenção oncológica adequada para toda a população que dela necessita. As principais carências identificadas dizem respeito à estrutura para a realização dos tratamentos de radioterapia, razão pela qual esse foi o aspecto mais focalizado nas análises desenvolvidas. Mas também foram identificadas carências importantes para o atendimento tempestivo das necessidades de cirurgia oncológica e, mesmo, de quimioterapia, quando se consideram os problemas estruturais específicos de determinadas unidades da Federação.



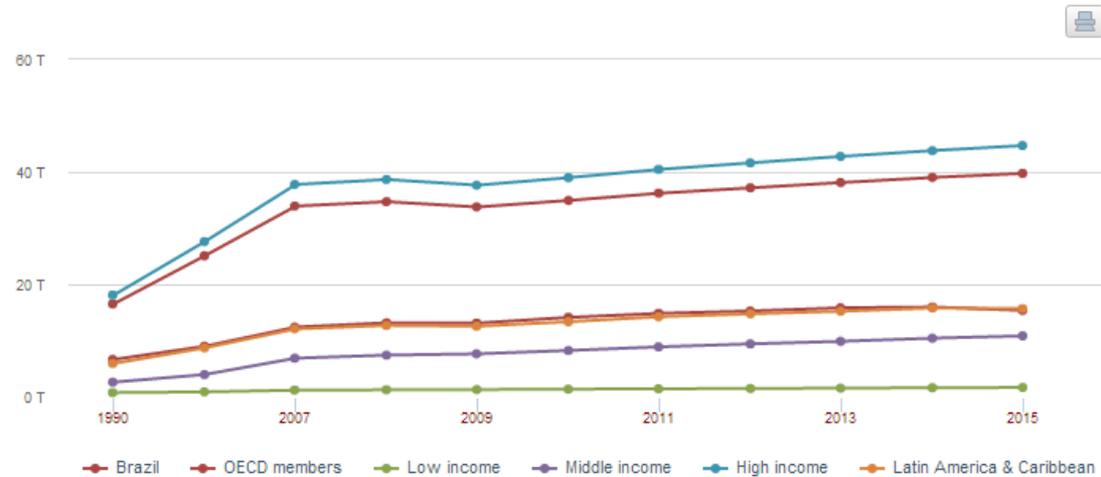
# Os desafios da integralidade

- Financiamento
- Modelos centrados em doenças
- Corporativismo profissional versus abordagem multiprofissional
- Formação profissional: visão do mercado privado
- Transição demográfica e epidemiológica
- Estruturação da rede: sistema baseado na oferta de serviços versus sistema baseado nas demandas epidemiológicas

# Dados do Banco Mundial

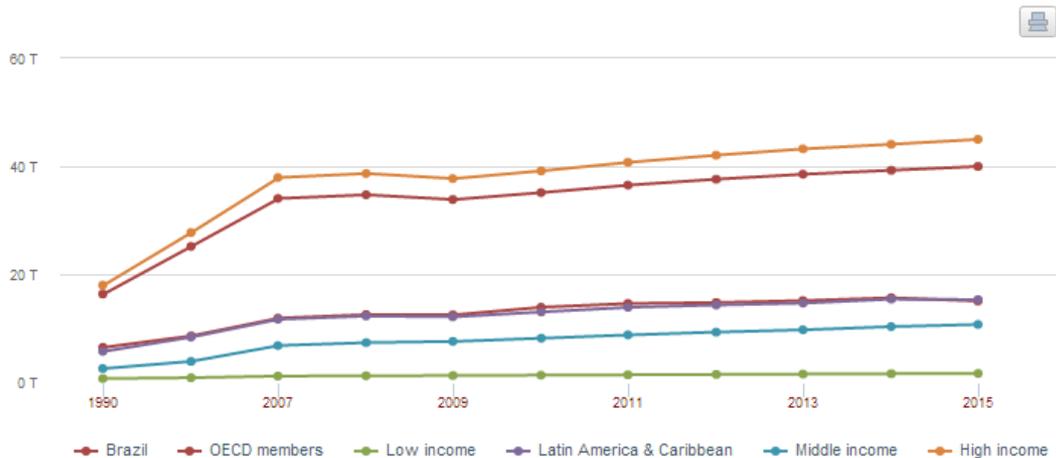
## PIB per capita por paridade de compra

GDP per capita, PPP (current international \$) ⓘ



Source: World Development Indicators

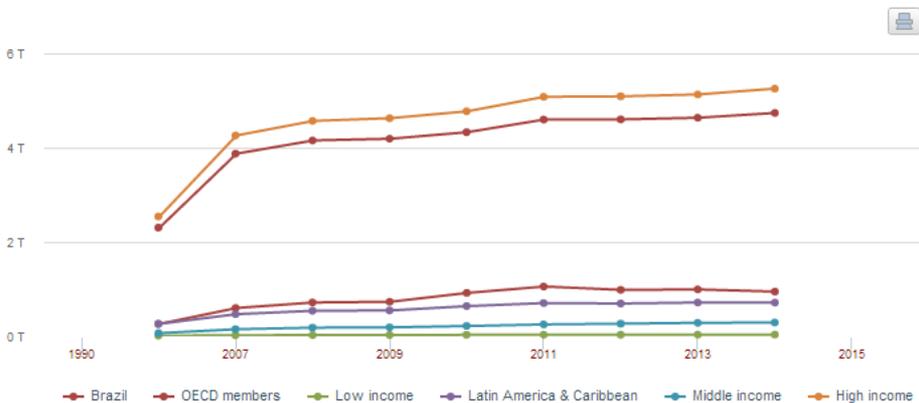
GNI per capita, PPP (current international \$) ⓘ



<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx>

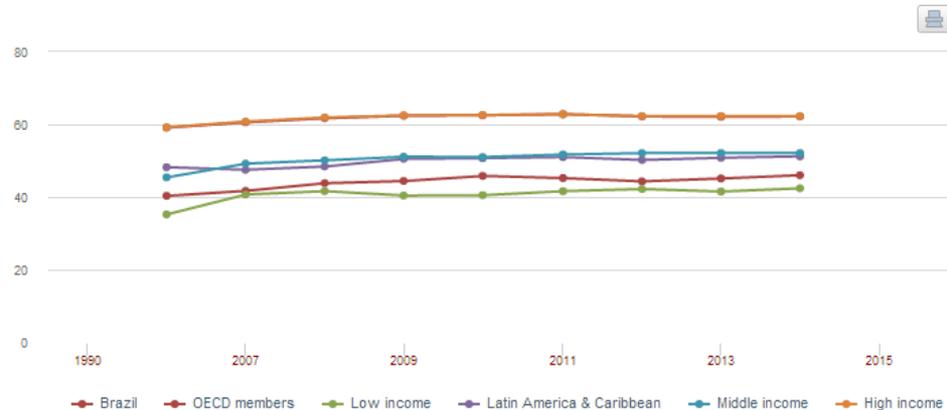
# Dados do Banco Mundial - Saúde

Health expenditure per capita (current US\$) ⓘ



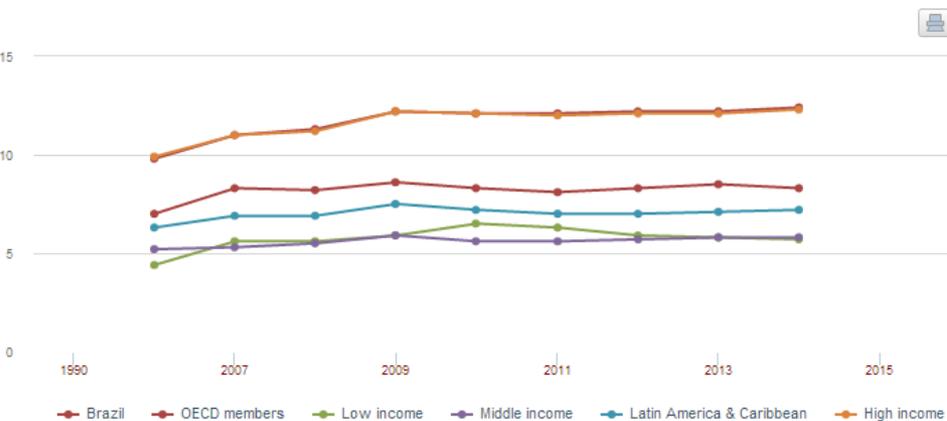
Source: World Development Indicators

Health expenditure, public (% of total health expenditure) ⓘ



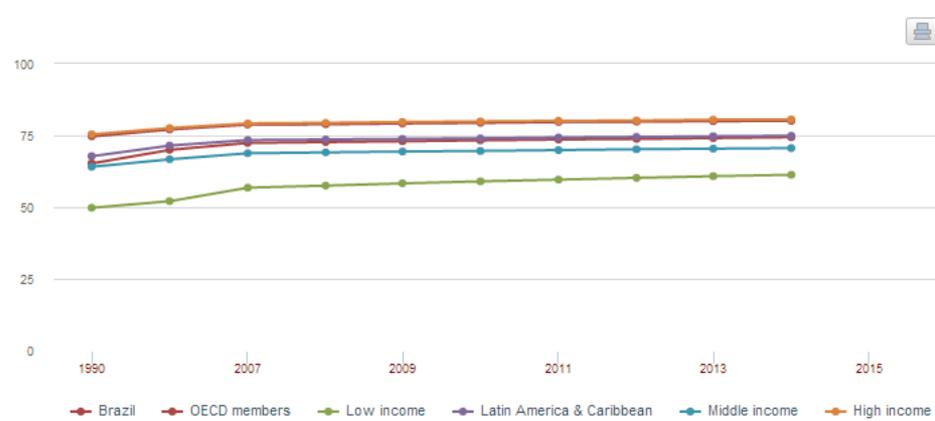
Source: World Development Indicators

Health expenditure, total (% of GDP) ⓘ



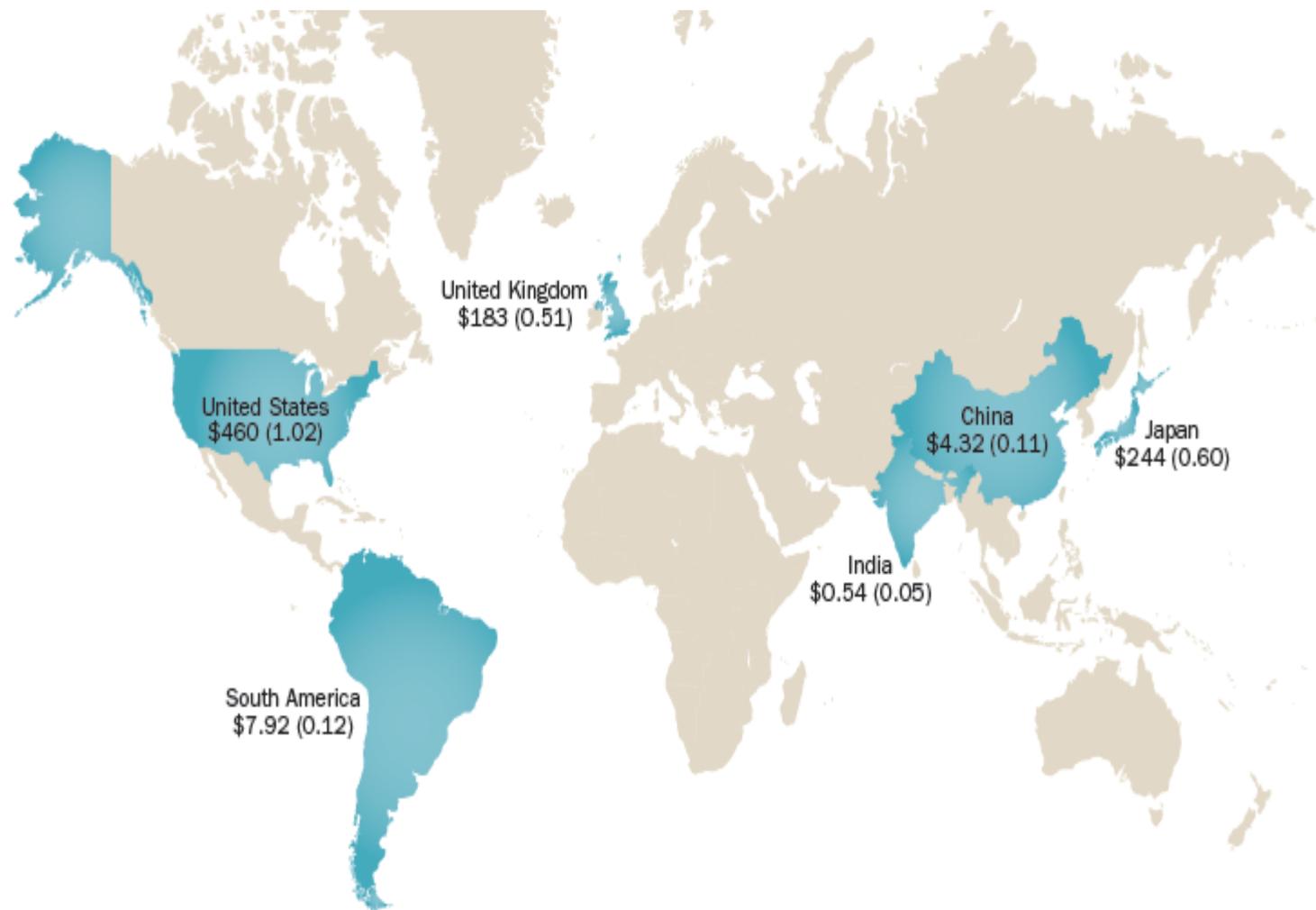
Source: World Development Indicators

Life expectancy at birth, total (years) ⓘ

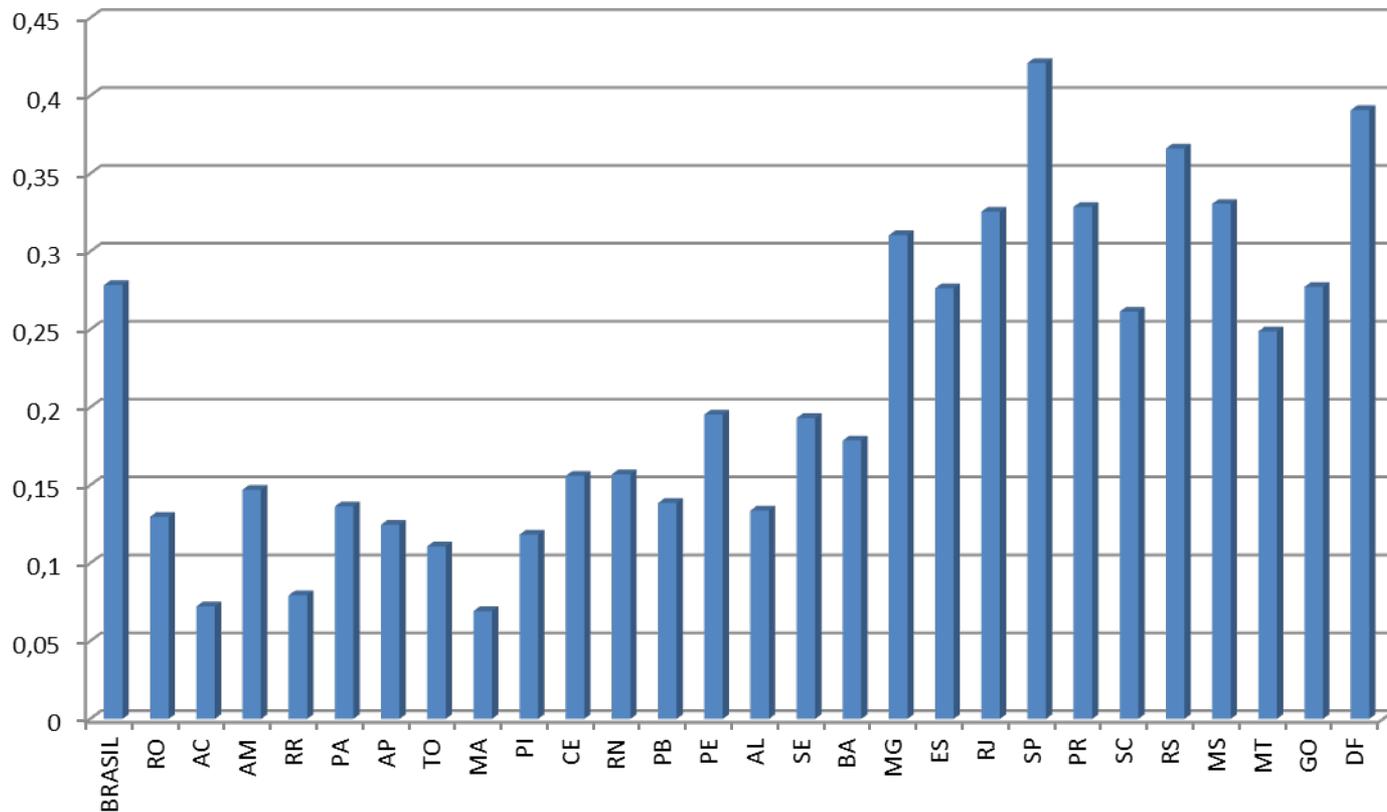


Source: World Development Indicators

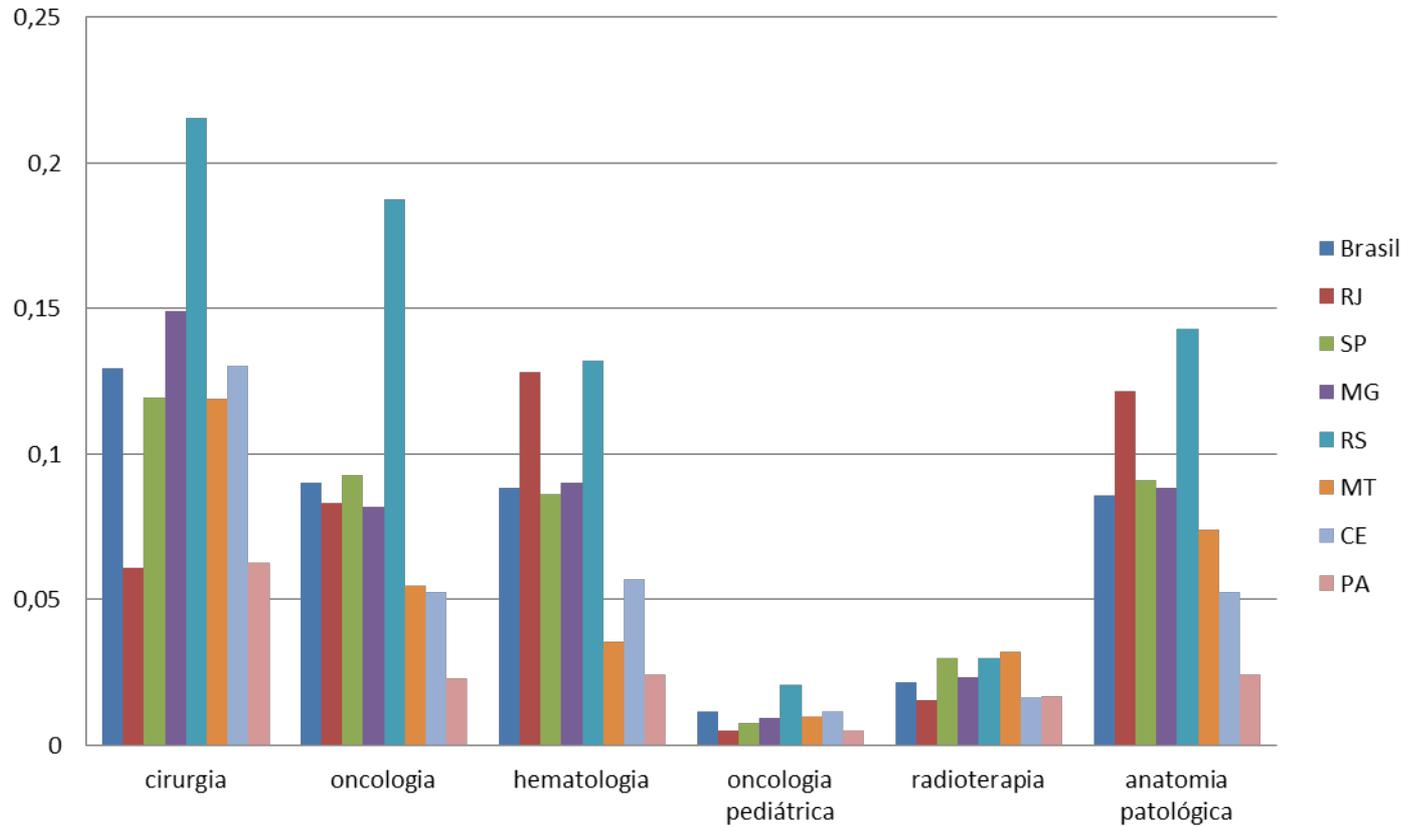
# Financiamento da saúde no mundo



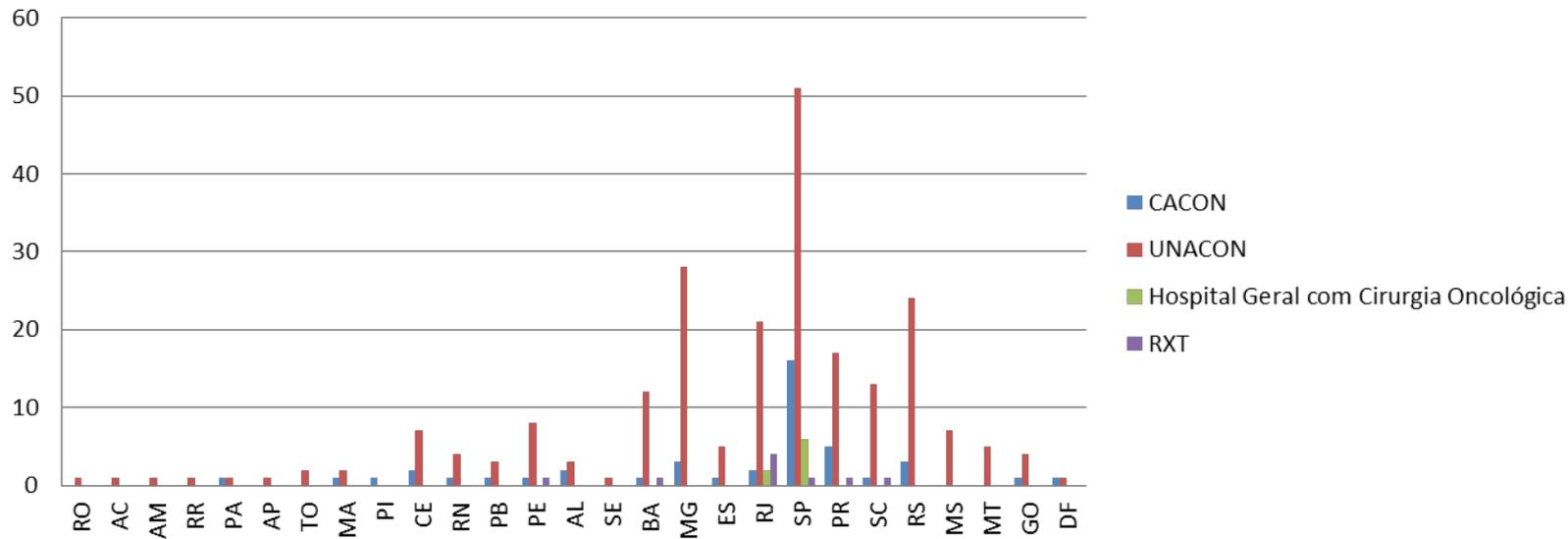
## Acesso à saúde suplementar em 2013



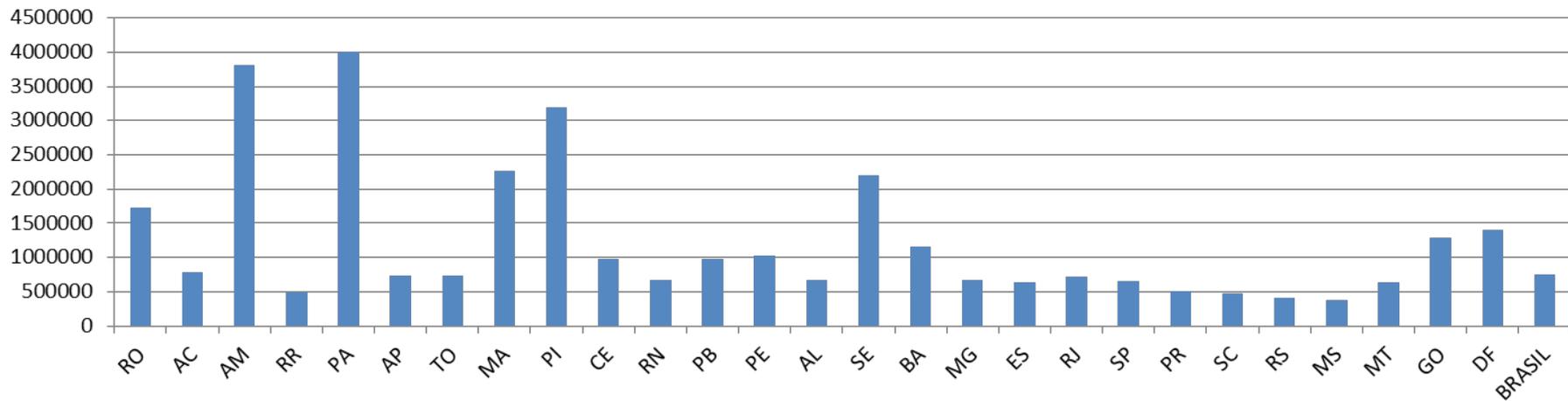
## razão especialista / 10.000 habitantes



## distribuição das Unidades de Tratamento Oncológico

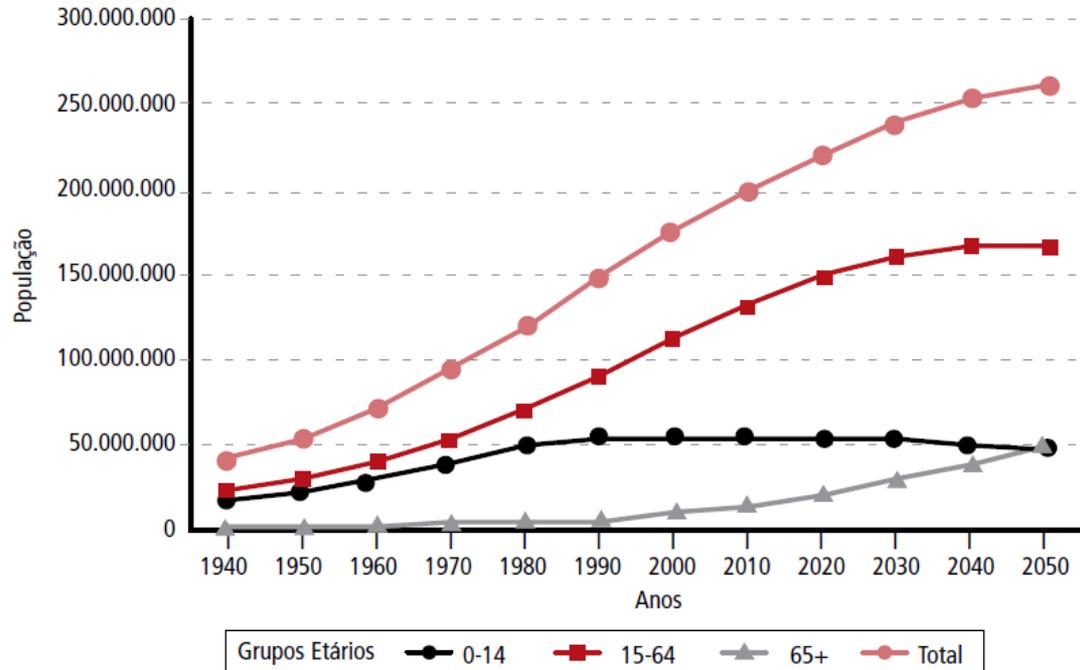


## razão população / Unidade de Tratamento Oncológico



# Transição demográfica

Gráfico 2: População total, segundo grandes grupos etários, Brasil, 1940 a 2050

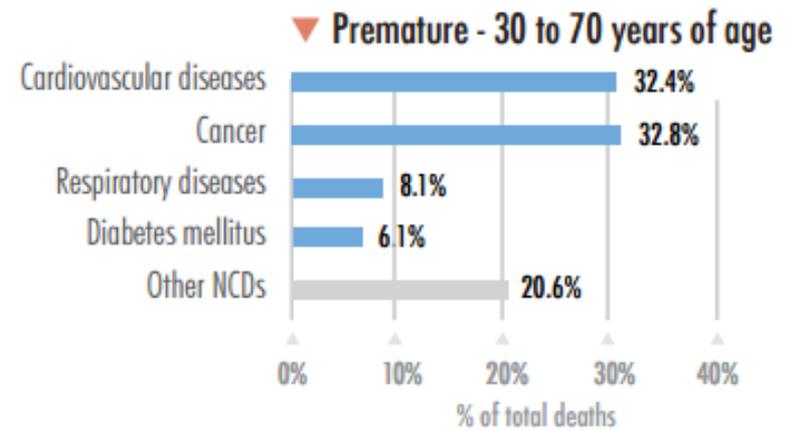
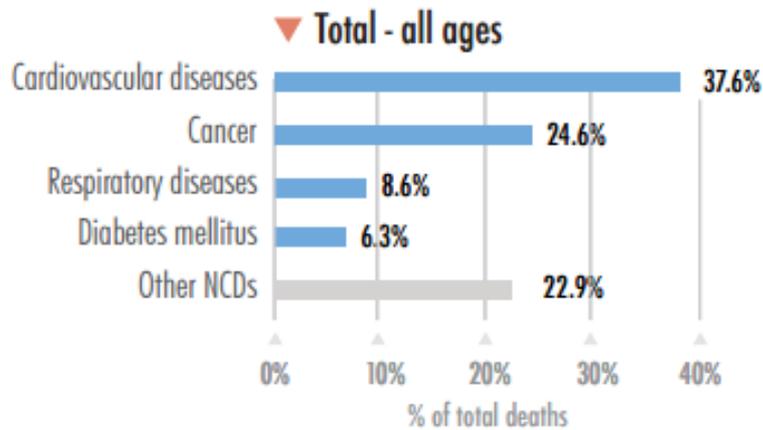


Fonte: Brito (2007)



# O impacto do câncer

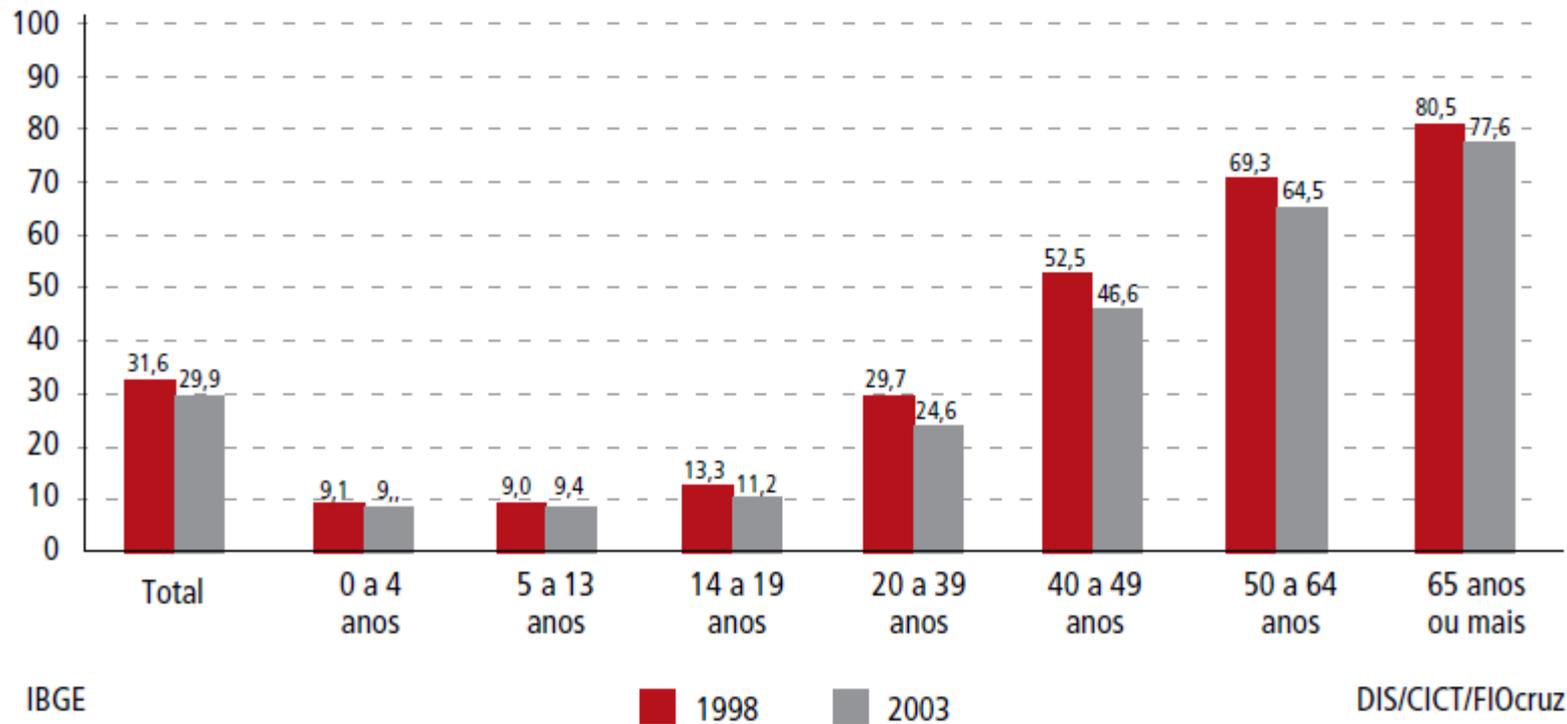
► Distribution of overall and premature NCD mortality in the Region of the Americas; 2012



Source: PAHO/WHO Regional Mortality Database, corrected data.

# Envelhecimento da população e carga de doenças crônicas

Gráfico 3: Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de doença crônica por idade. Brasil, 1998 e 2003



Fonte: Travassos et al. (2005)

# A carga das doenças crônicas

Tabela 4: Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAls), Brasil, 1998

GRUPOS DE DOENÇAS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
Infecciosas, parasitárias e desnutrição	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condições maternas e perinatais	21	8,8
Doenças crônicas	124	66,3
Total	232	100,0

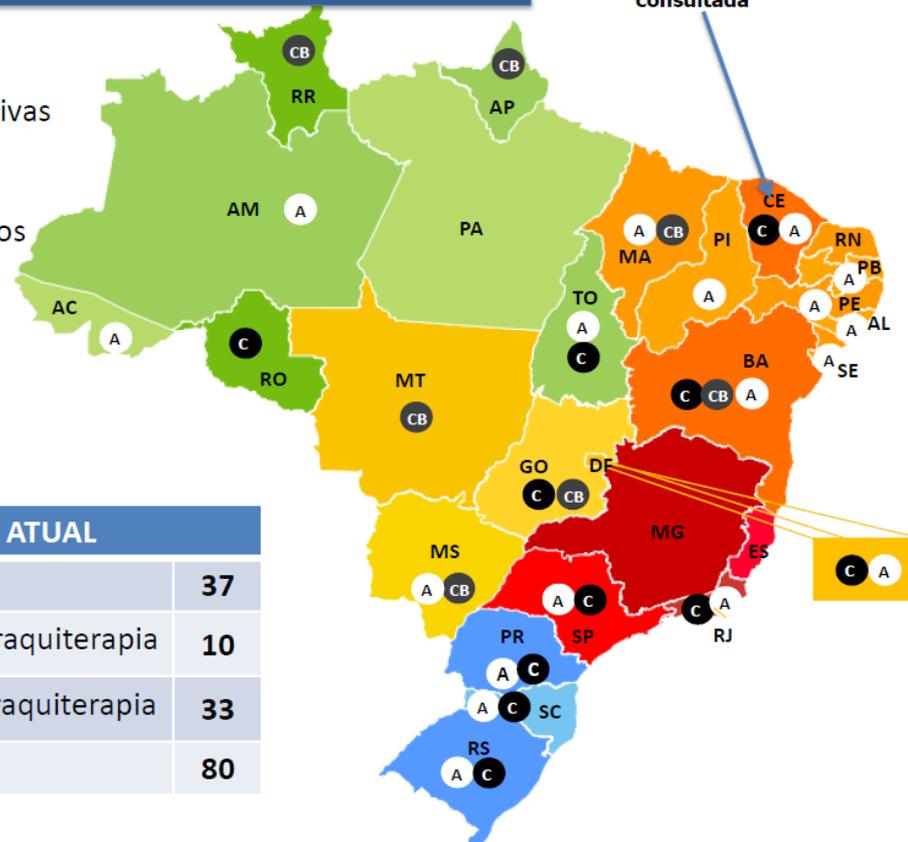
Fonte: Schramm *et al.* (2004)

# Plano de expansão da radioterapia portaria 931/2012

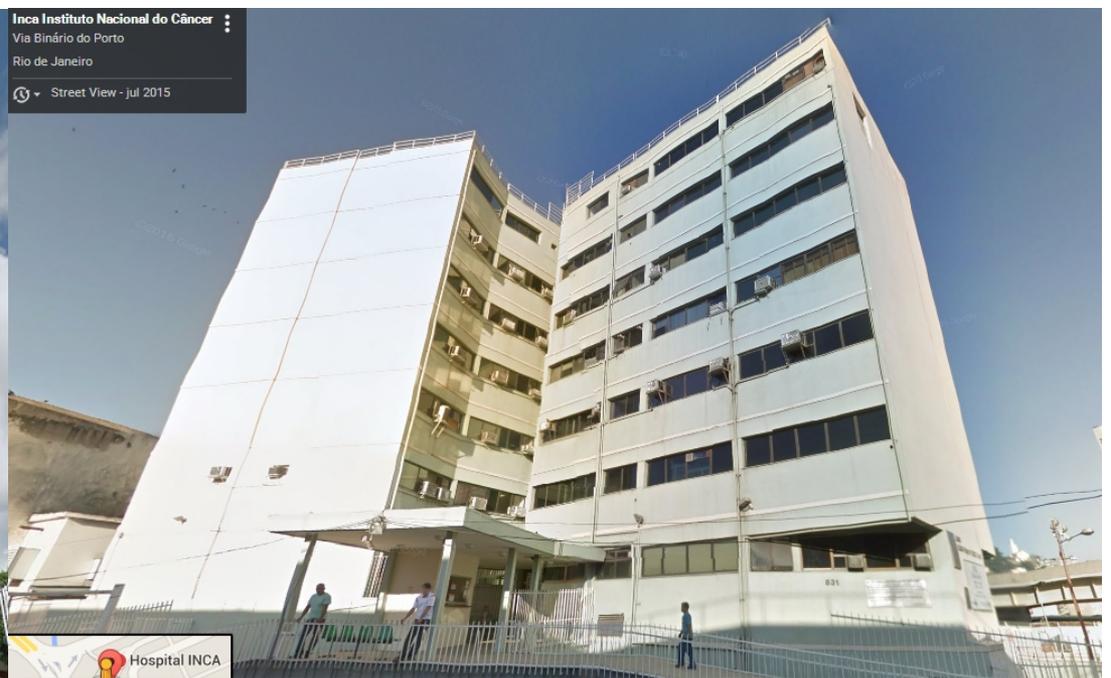
## SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA NO PLANO DE EXPANSÃO

23 unidades federativas  
65 municípios  
43 novos serviços  
37 serviços ampliados

STATUS ATUAL	
Ampliação	37
Construção com braquiterapia	10
Construção sem braquiterapia	33
Total	80



Inca Instituto Nacional do Câncer  
Via Binário do Porto  
Rio de Janeiro  
Street View - jul 2015





[glmendes@inca.gov.br](mailto:glmendes@inca.gov.br)