

A Cobertura Universal de Saúde: panorama geral e seus desafios com relação ao câncer. A experiência brasileira

Universal Health Coverage: an overview and its challenges regarding cancer. The Brazilian experience

Eduardo Blanco Cardoso¹, Fernando Gil Villa²

¹ Faculdade de Medicina, Universidade da República, Uruguai; Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil; Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Sociologia, Universidade Complutense de Madrid, Espanha; University of Portsmouth, England; Faculdade de Sociologia, Universidade de Salamanca, Espanha.

Palavras-chave

Câncer; cobertura universal de saúde; direito à saúde; sistema único de saúde; SUS.

Resumo

Introdução: A Cobertura Universal de Saúde (CUS), apesar das ambiguidades que possam ser atribuídas ao termo, levando a diferentes interpretações e abordagens por parte das autoridades sanitárias e governamentais do mundo todo, continua sendo na atualidade o centro dos debates sobre a prestação de serviços sanitários acessíveis e de qualidade, particularmente num momento histórico caracterizado pela recessão econômica, desemprego, estilo de vida não saudável, surgimento de

calamidades sanitárias, e manejo de doenças crônicas não transmissíveis associadas ao envelhecimento da população, entre outros fatores.

Objetivos: Explorar, mediante análise crítica, os pressupostos e alcances relacionados à proposta da CUS com base na sua concretude e contexto contemporâneo. Igualmente, discorrer sobre as implicações desta concepção no direito à saúde, na procura de estabelecer paralelismos e identificar entraves no desempenho do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), com especial atenção ao câncer.

Materiais e Métodos: Foi realizada revisão bibliográfica sistemática na procura de artigos científicos, nas bases de dados Medline, Lilacs e Scielo, assim como documentos e separatas oficiais de organizações internacionais não publicadas em revistas.

Resultados: Não podem ser apresentados em dados numéricos, pois trata-se de uma análise conjuntural, enquanto necessidades e determinantes em matéria de saúde, onde participam modelos de atenção específicos, gestão de serviços, financiamento e políticas públicas com baixa cobertura assistencial ao câncer, de limitado alcance social.

Conclusões: Trata-se de um problema multifatorial que coloca em perspectiva a necessidade de aprofundar a discussão com o intuito de garantir acesso e proteção das populações nos países de baixa renda contra gastos catastróficos em saúde. Comprova-se clara urgência de encontrar soluções que possam minimizar ou reverter o cenário atual, investindo em sistemas de saúde pública robustos, inclusivos e equitativos.

Keywords

Cancer; universal health coverage; right to health; unified health system.

Abstract

Introduction: Universal Health Coverage (UHC), despite ambiguities that can be attributed to the term, leading to different interpretations and approaches by the health and governmental authorities around the world, continues to be currently the center of the discussions on the provision of affordable and quality health services. Particularly at a historical moment characterized

by the economic recession, unemployment, the unhealthy lifestyle, the appearance of health calamities and the management of chronic noncommunicable diseases associated with the aging of the population, among other factors.

Objectives: To investigate, through critical analysis, assumptions and scope related to the UHC proposal based on its concretion and contemporary context. In addition, exposing the implications of this conception in the right to health, to establish parallel and identify obstacles in the performance of the Single Brazilian Health System (SUS), with special attention to cancer.

Materials and Methods: The systematic bibliographic review was carried out in the search for scientific articles, in the Medline, Lilacs and Scielo databases, as well as official documents of international organizations, not published in journals.

Results: They cannot be presented in numerical data, since it is a conjunctive analysis, in relation to health needs and determinants, where specific care models, service management, with limited cancer assistance participate.

Conclusions: This is a multifactor problem that puts in perspective the need to deepen the discussion to guarantee the access and protection of populations in low-income countries, against catastrophic health spending. There is urgency to find solutions that can minimize or reverse the current scenario, investing in robust, inclusive and equitable public health systems.

Introdução

A promoção e proteção da saúde são condições essenciais para o bem-estar humano e para o desenvolvimento socioeconômico sustentável. Não surpreende o fato de que as pessoas a considerem uma de suas principais prioridades. Como consequência, passa a ser um tema político, no qual os governos procuram soluções para satisfazer as expectativas da população. Há mais de sete décadas, nações de diferentes extensões, número de habitantes e condições socioeconômicas alimentam um sonho em comum: a Cobertura Universal de Saúde (CUS). Esse conceito tem sido acunhado por organizações internacionais como o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ e incorporado em resoluções da Organização das Nações Unidas (ONU) como parte dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a serem alcançados até 2030.² Particularmente, o n.º 3, “Saúde e bem-estar”, em seu enunciado 3.8. estabelece: “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”.³

Para isso, em 2017, a OMS juntamente com o BM, definiram uma “cesta mínima” de 16 serviços essenciais, como indicadora do nível de equidade de cobertura nos diferentes países, agrupados em quatro categorias: materno-infantil, doenças infecciosas, serviços e doenças não transmissíveis (DNT).³ Nesta última, embora incluam-se a prevenção e tratamento da hipertensão arterial e hipoglicemia, além do controle do tabaco, não incorpora qualquer indicador *proxy* do tratamento de câncer, sendo contemplada apenas a detecção do câncer de colo uterino.³

Pode-se advertir, já em primeira instância, que a lógica conceitual centraliza-se na preocupação com a proteção de riscos financeiros, deixando em aberto a procura de mecanismos alternativos de financiamento setorial, nem sempre alinhados ao direito à saúde e ao acesso universal e igualitário dos serviços que o subsidiam, como será retomado logo adiante.

A CUS aparece no cenário mundial claramente como um destino, um alvo comum, mas na discussão internacional identificam-se vários caminhos discentes para chegar a ela e, portanto, a existência desses “vários caminhos” faz com que o debate se aprofunde e atualize permanentemente. O objetivo é claro, porém, saber como chegar lá é um dos

maiores desafios em termos de vontade política e habilidade técnica.

Não existe uma receita única e infalível para a conquista deste, que se consolidou em ser marco importante de desenvolvimento social e econômico. As formas de financiamento, cobertura e serviços oferecidos variam de acordo com o país, mas seja qual for o modelo, existe algo comum – o fato de serem pensadas para atender ao cidadão, figura central em todos os sistemas de saúde planejados.

A situação do câncer no mundo

Segundo dados da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) e da OMS,⁴ até o ano de 2040, o número de novos casos da doença deverá atingir em torno de 29 milhões/ano.

Apesar do progresso significativo alcançado no que se refere ao diagnóstico e tratamento, o câncer continua subtraindo vidas de pessoas em idade biológica precoce e economicamente ativas, demandando perdas milionárias à sociedade em decorrência da improdutividade ocasionada.

Não se pode ignorar que a desigualdade de renda, educação, cultura, moradia, emprego, dieta, gênero, etnia e meio ambiente, assim como as disparidades no acesso aos serviços médicos, influenciam sua alta prevalência.⁵

É real o fato de que a desigualdade como limite em matéria de prevenção e tratamento repousa, ora no pé da organização social local, ora no pé da economia.

O relatório do estudo Epidemiológico Prospectivo Urbano e Rural (PURE),⁶ publicado no Lancet, forneceu informações importantes sobre a incidência comum de doenças, hospitalização, mortes e fatores de risco cardiovascular modificáveis em pessoas procedentes de 21 países de alta, média e baixa renda *per capita*. Ficou demonstrado que as doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de mortalidade entre pessoas de meia idade em todo o mundo, representando 40% de todas as mortes, não sendo mais reproduzível nos países de alta renda, onde a neoplasia passou a ser responsável pelo dobro delas.

A perda de produtividade associada à morte prematura provocada pela doença atingiu mais de 46 bilhões de dólares em 2012, particularmente em economias emergentes como as do Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (BRICS), de acordo com estudo liderado pela IARC em parceria com as principais instituições de pesquisa desses países.⁷

Os países do BRICS representam mais de 40% da população mundial, 0,33% do produto interno bruto (PIB) e 42% das mortes por câncer no mundo. Embora tenham diferentes níveis de riqueza e indicadores de saúde, estão sujeitos a um crescimento demográfico e econômico particularmente rápido. Suas populações são afetadas por tumores malignos ligados a infecções (fígado, colo do útero, estômago, etc.), bem como por aqueles associados à mudança do estilo de vida (pele, pulmão, colorretal, mama, próstata etc.). Cada um deles, no entanto, possui incidências diferentes, o que destaca a necessidade da adoção de prioridades locais de controle.

Políticas para incentivar mudanças no estilo de vida a fim de reduzir o risco da doença nos países do BRICS podem ter grande impacto econômico e social. O estudo de Pearce et al⁷ alerta sobre a implementação de estratégias eficazes de prevenção para limitar, por exemplo, a carga significativa de cânceres associados à infecção (como o de fígado) mediante o uso de vacinas, e ao hábito de fumar por meio de medidas educativas, reduzindo a incidência dos cânceres de traqueia, brônquios e pulmão, além de outros também vinculados como bexiga, pâncreas, etc.

A falha na implementação de intervenções de eficácia comprovada constitui importante perda de oportunidades orientadas a reduzir a carga crônica de custos em saúde dispensados no diagnóstico e tratamento. Por sua vez, a falta de investimento público agrava ainda mais a situação, constituindo-se em uma sucessão de fenômenos desfavoráveis que se retroalimentam permanentemente, com graves consequências socioeconômicas e sanitárias.

A distância que separa

Apesar das iniciativas internacionais, existe uma enorme distância que separa o alcance da CUS nos países ricos e nos de média e baixa renda, podendo, em detrimento destes últimos, estar associada à fragilidade da demanda baseada na assimetria do acesso à informação. As pessoas não são conscientes da falta de atenção à saúde ou esta passa a ser vista como uma “dívida” e não direito, desconhecendo os princípios e normas jurídicas para reivindicá-la. Níveis elevados de pobreza e desigualdade levam fatalmente à invisibilidade social. Uma outra condição importante é a insuficiente disponibilidade de serviços de saúde. De fato, a oferta que existe nos países pobres para gerar sistemas de cobertura universal é muito baixa ou quase nula, em razão

da falta de infraestrutura, especialização e distribuição inadequada para atender necessidades básicas (serviços de atenção primária distantes da residência do cidadão, ausência de saneamento, transporte público deficiente, etc.).⁸

Pode-se afirmar que a CUS está avançando no mundo, mas não com a rapidez esperada. Seu seguimento exige o rastreamento de dois indicadores fundamentais: 1) cobertura de serviços essenciais de saúde e 2) proteção financeira, centrada em despesas *out-of-pocket* (gastos próprios).⁹

O Índice de Cobertura de Serviços, que mede os progressos com respeito ao primeiro indicador, aumentou de uma média mundial de 45% no ano 2000 para 66% em 2017. De modo geral, todas as regiões e grupos de ingressos exibiram melhoras. Contudo, o nível mais alto correspondeu aos países da Ásia Oriental, América do Norte e Europa, em contraposição à África Subsaariana e Ásia Meridional, que apresentaram valores sensivelmente inferiores.¹⁰

Estes dados revelam a importância da saúde como indicador do progresso das nações no alcance do desenvolvimento sustentável, mas também sua inter-relação e indivisibilidade com outras problemáticas, como a erradicação da pobreza, segurança alimentar, saneamento básico e a desigualdade dentro e entre os países, que são produto de um território socioeconômico, cultural e geográfico determinado, cujo alcance de metas é expressão combinada das oportunidades que brindam os acontecimentos globais e a inovação local em matéria de saúde. Por outra parte, desafios emergentes para o sistema de saúde, como a crise climática, a contaminação atmosférica, resistência antimicrobiana, transições epidemiológicas, calamidades públicas, quanto o Ebola e mais recentemente, a COVID-19, ameaçam a todos, mas sobrecarregam desproporcionalmente as comunidades mais vulneráveis. Dados recentes coletados pela OMS¹¹ sobre o impacto da pandemia nos sistemas sanitários de 105 países confirmam que, em 90% deles, os cuidados com o rastreamento e tratamento do câncer sofreram interrupções consideradas de alto risco, especialmente em países de baixa e média renda.

Em 2017, a CUS atingiu pouco mais de um terço da população mundial, 33 a 49% de 7,6 bilhões de habitantes.¹² Durante o período 2015-2030 espera-se um aumento entre 1,1 e 2 bilhões de pessoas beneficiadas.¹⁰ Contudo, esta tendência se verá necessariamente confrontada pelo crescimento demográfico, ou seja, a percentagem da população com cobertura poderia aumentar ainda mais lentamente.

Isto indica que o ritmo dos progressos teria necessariamente de se agilizar e a cobertura duplicar-se para atingir a meta de “saúde para todos”.¹³ O ritmo insuficiente do progresso em direção à CUS impõe custos econômicos e sociais significativos, como analisado a seguir.

Estabilidade financeira: um longo caminho a percorrer

Os gastos com saúde estão crescendo mais rápido do que a economia global, representando 10% do PIB mundial. Um dos relatórios da OMS¹⁴ revela crescente aumento dos gastos com saúde em todo o mundo, particularmente notável nos países de baixa renda, onde o incremento é em média 6% ao ano, em comparação com 4% registrável nos países de alta renda, acentuando ainda mais as diferenças entre nações pobres e ricas. A título de exemplo, em 2016, a mediana *per capita* dos gastos com saúde nos países de alta renda ultrapassaram os dois mil dólares, registrando-se apenas uma quinta (400 dólares) e um vigésima (100 dólares) parte desse valor nos países de renda média-alta e média-baixa/baixa, respectivamente.¹⁴ Esta também é ratificada pelo desequilíbrio entre os gastos com saúde da população, lembrando que somente 20% da população mundial vive em países de alta renda, responsáveis por aproximadamente 80% dos gastos globais, inequidade que permanece inalterada há pelo menos duas décadas.¹⁴

Deve-se lembrar que a CUS não significa “cobertura gratuita” de todas as intervenções médicas possíveis com independência de custo, uma vez que segundo a própria OMS¹⁵ “nenhum país pode fornecer todos os serviços gratuitamente em uma base sustentável”. Daí a orientação de ofertar uma cesta mínima de serviços na expectativa de assegurar a expansão progressiva da cobertura e a proteção financeira, conforme novos recursos sejam gradativamente disponibilizados através da implementação de políticas e programas adicionais destinados a melhorar o acesso dos cidadãos mais vulneráveis.

Os gastos com saúde estão, de modo geral, integrados por pagamentos diretos dos usuários e diversas fontes, como impostos canalizados pelos governos para conceder ou subsidiar serviços de saúde, taxas públicas, seguros, programas sanitários fornecidos por empregadores ou organizações não governamentais.¹ Os governos são responsáveis, em média, por 51% dos gastos com saúde de um país, enquanto mais de 35% dessas despesas são pagas pelos indivíduos com seu próprio dinheiro.

O percentual restante é atribuído ao financiamento externo, particularmente destinado aos países de baixa renda. De fato, muitos países estão enfrentando dificuldades para aumentar os fundos de pré-pagamento e assim expandir a cobertura, tendo em vista a crescente percentagem de inativos e trabalhadores informais, fruto do desemprego e da prolongada recessão econômica.¹⁶

Como se percebe, o financiamento público perde relevância, no mesmo momento em que se assiste no mundo a uma crescente expansão do mercado privado (indústria farmacêutica, empresas prestadoras, companhias de seguros etc.), o que piora a segregação e exclusão social existente.¹⁷

Isto leva anualmente em torno de 100 milhões de pessoas à condição de extrema pobreza, forçando-as a sobreviver com menos de dois dólares por dia, ao passo que 800 milhões de pessoas gastam mais de 10% de seu pressuposto familiar em cuidados com saúde.¹⁸

Evidentemente, os progressos na cobertura de serviços vêm gerando grande custo aos indivíduos e às famílias com menores ingressos. O gasto catastrófico em saúde, expressão normalmente utilizada para descrever despesas que representam uma ameaça à capacidade financeira familiar (compra de medicamentos, pagamento de taxas por consultas, realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, etc.), aumentou significativamente entre os anos 2000 e 2015.¹⁹ Assim, a proporção da população com gastos diretos superiores a 10% do orçamento familiar teve um incremento de 9,4 a 12,7%; por sua vez, quando os gastos diretos excederam os 25%, o incremento foi de 1,7 a 2,9%, respectivamente.¹⁹ Desse modo, em 2015, é possível afirmar que 930 milhões de pessoas gastaram mais de 10% de seus ingressos familiares em atenção sanitária,²⁰ enquanto aproximadamente 210 milhões investiram mais de 25%.¹⁰ Tomando como base uma linha de pobreza relativa definida como 60% da mediana do consumo diário *per capita* ou da renda em determinado país, observa-se que o percentual da população empobrecida por causa de gastos diretos com saúde passou de 1,8% no ano 2000 a 2,5% em 2015. Estes dados são facilmente reproduzíveis em 2020, visto que, não obstante os avanços registrados, o número de pessoas que integram o círculo vicioso da pobreza, morbidade e custos de saúde vem paulatinamente aumentando, o que representa grande ameaça à saúde global.²¹

Para se ter uma ideia das injustiças humanas que inimaginavelmente ainda hoje se registram em algumas partes do mundo, onde a saúde é conside-

rada mera mercadoria, vale citar a prática bastante comum de pacientes que permanecem detidos em hospitais por não poder abonar contas geradas na atenção médica.^{22,23} Entre eles, portadores de câncer são identificados. Pesquisa realizada em um hospital queniano descobriu que 53% das famílias com crianças submetidas a tratamento pela doença denunciaram a detenção institucional como ato coercitivo para o pagamento de despesas decorrentes da internação.²⁰ Embora se desconheça a magnitude do problema, seguramente é mais difundida do que documentada.²⁴

Nessa realidade, a Atenção Primária à Saúde (APS), motor pragmático da CUS, desempenha uma função essencial ao integrar serviços sanitários historicamente dissociados, contemplando a atenção da mulher, da criança, do idoso e do trabalhador, além das enfermidades transmissíveis e não transmissíveis, com o firme propósito de encarar desafios demográficos e epidemiológicos que enfrentam a maioria dos países. Sem lugar a dúvidas, segue sendo a forma mais benéfica de acolher as necessidades da população, levando os cuidados mais perto dos locais onde as pessoas residem e trabalham.²⁵ No entanto, para que funcione adequadamente, é preciso um investimento adicional próximo aos 200 bilhões de dólares por ano, ao passo que lograr um pacote mais abrangente de CUS exige outros 170 bilhões de dólares por ano, aproximadamente.¹⁰ Esses valores podem parecer significativos, mas representam apenas um aumento de 3%, além dos 7,5 trilhões de dólares que se gastam globalmente com saúde cada ano.²⁶ Ampliar as intervenções da APS em países de baixa renda, na concepção da OMS,²⁷ poderia salvar 60 milhões de pessoas e ampliar a “expectativa média de vida em 3,7 anos” até 2030. No caso particular dos países mais pobres, incluindo muitos afetados por conflitos, o aporte financeiro internacional precisa ser aperfeiçoado e garantido para ampliar o acesso aos serviços de saúde.²⁸ O fortalecimento sistêmico da APS é tarefa impostergável perante o modelo biomédico e hospitalocêntrico imperante, que desatende a pessoa como ser social e a enfermidade enquanto processo biológico.

Ao mesmo tempo que tudo isso ocorre, a CUS continua sendo propalada como um “fato concreto e acessível” para o qual países de qualquer nível de renda conseguiriam progredir.¹

Corrupção: na contramão da CUS

Arrecadar dinheiro é imprescindível, mas dispor dele não garante a remoção de barreiras à prestação de serviços de qualidade. Enquanto a corrupção, o roubo e os gastos ineficientes e perdulários não forem severamente combatidos, a CUS corre o risco de se transformar em uma realidade inalcançável.

Estima-se que aproximadamente 500 bilhões de dólares em gastos com saúde pública são perdidos globalmente para a corrupção todos os anos, valor sensivelmente superior ao necessário para alcançar a CUS.²⁹ Como a produção e distribuição de medicamentos é um processo complexo e multifásico, são dadas as condições para que ocorram numerosos abusos, embora o problema se estenda a todas as áreas de abastecimento. Existem experiências bem-sucedidas em termos da redução de gastos farmacêuticos, implementando ações a nível nacional que promovem a eficiência e lisura na cadeia de compra.³⁰

Países em todo o mundo têm feito esforços para lidar com a corrupção, contudo, as intervenções habitualmente realizadas ocorrem em áreas geográficas limitadas e por períodos escassos, além de adotar iniciativas mais oportunistas do que propriamente estratégicas, o que distância seu êxito.²⁹

Os órgãos de controle público monitoram cada vez mais a evasão e fraude fiscal, dois crimes bastante comuns. A evasão fiscal não apenas possibilita a lavagem de dinheiro, mas também subtrai recursos importantes do setor público. Essa é uma das razões pelas quais a ONU designou a redução dos fluxos financeiros ilícitos como componente-chave para alcançar os ODS.³¹

A procura de soluções viáveis constitui um desafio crucial e permanente. Os ministérios de economia dos diferentes países e as organizações anticorrupção têm competência suficiente para fortalecer a cooperação na prevenção, detecção e fiscalização.²⁹ Nessa perspectiva, influem positivamente a participação de organizações da sociedade civil, dos meios de comunicação e dos próprios pacientes, supervisionado e exigindo maior responsabilidade dos governos e provedores de serviços médicos com os faturamentos fraudulentos.

Em um futuro não muito distante, tecnologias modernas como mineração de dados, inteligência artificial e *blockchain* (protocolo da confiança) podem oferecer novas maneiras de detectar ilícitos no setor de saúde, e essas são outras ferramentas que precisam ser investigadas exaustivamente.

Expandir o acesso aos serviços de saúde e proteger as finanças do setor são imperativos que a comunidade internacional deve enfrentar em conjunto e, se possível, com celeridade. A incidência crescente das DNT como o câncer,³² motivo de particular análise, está afetando particularmente aos países em desenvolvimento e, em muitos deles, a falta de acesso a cuidados de qualidade agravará indefectivelmente os atuais problemas de governança.

Os estrategistas do desenvolvimento sabem que a enfermidade é o prelúdio da pobreza e obstáculo para sua eliminação. O mundo precisa da CUS, mas para alcançá-la, primeiramente, deve-se tratar a saúde do próprio sistema, quando este se mostra enfermo.

A experiência brasileira

O Brasil começou a implementar seu modelo de CUS no final da década de 80, no âmbito das transformações políticas e sociais que sucederam à redemocratização do país. A Constituição Federal, promulgada em 1988, um dos principais símbolos desse processo, estabelece no seu artigo 196.^o o fundamento da saúde universal: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.³³

Nos últimos 30 anos, o país teve êxito em uma série de políticas e ações de saúde pública, elaboradas e postas em prática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre elas estão desde o combate a males que historicamente flagelavam a população brasileira, como a doença de Chagas e hanseníase, até a oferta gratuita de tratamentos e cirurgias de ponta, como transplantes de alta complexidade. Durante todo esse tempo, registrou-se melhora em uma série de indicadores sociais, realizações que não são necessariamente resultado direto das políticas sanitárias implantadas, mas que contribuíram positivamente para o balanço que historicamente se faz a seu respeito (sistema de esgotamento sanitário adequado, domicílios com água encanada, luz e coleta de lixo, melhor alimentação, emprego, etc.).³⁴

A consolidação da APS, porta de entrada preferencial ao SUS, representa um dos progressos mais relevantes, ancorado na abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), seu principal modelo assistencial, que atingiu a marca em 2019 de 45.796 equipes em todo o território nacional.³⁵ Embora o

SUS seja exemplo de cobertura pública universal e de atenção integral à saúde, que se diferencia da CUS em termos de abrangência,³⁶ na atualidade apresenta os mesmos entraves no que se refere à eficiência, com algumas variantes que interferem em seu bom desempenho: precárias condições de infraestrutura, principalmente de instalações e insumo das Unidades Básicas de Saúde (UBS)³⁷; desigualdade na estrutura dos serviços em função das características geopolíticas da região, do porte populacional, do Índice de Desenvolvimento Humano e da cobertura; recursos humanos insuficientes³⁸; terceirização de diversos setores (gestão, lavanderia, cozinha, segurança, especializados como diálise, etc.); acesso limitado a medicamentos; escassez de equipamentos de tecnologias de informação e comunicação para produzir e disponibilizar informações confiáveis em saúde (telessaúde, sistema de regulação assistencial, agendamento eletrônicos, qualificação da informação e registros, etc.), constatando-se que 48% das UBS no país não possuem computador e somente 2/3 delas têm acesso a internet.³⁷ Nesse contexto, cabe registrar o aumento da desocupação e a queda do poder aquisitivo da população, presentes há quase uma década, responsáveis pela inevitável migração de usuários dos planos de saúde ao sistema público, prejudicando sua precária gestão e financiamento.³⁹

Além disso, a gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes vêm padecendo de um problema crônico de “incompletude da oferta de ações” e de cuidados de saúde, apesar da disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho institucionalmente estabelecidos.⁴⁰ A título de exemplo, no universo do rastreamento oncológico feminino, no mês de outubro de 2019, antes da instalação da pandemia, foi noticiado que pelo menos 16 UBS distribuídas nas regiões oeste e sul de São Paulo, a maior e mais rica cidade do país, não dispunham de espêculo vaginal descartável, instrumento plástico para a visualização do colo uterino e coleta do Papanicolaou, a fim de detectar precocemente o câncer cervical.^{41,42}

No tocante ao câncer de mama, preocupa igualmente o fato de que mulheres de 40 e 69 anos que utilizam os serviços brasileiros da atenção primária, 38,7% referiram nunca se terem submetido a um exame clínico das mamas feito por profissional de saúde treinado (médico ou enfermeira) durante a consulta, e 30,3% nem sequer terem realizado uma mamografia no curso de sua vida.⁴³ Por sua vez, segundo a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, o rastreamento assintomático do câncer colorretal,

segundo mais frequente em pacientes de ambos os sexos, não é feito regularmente no SUS.⁴⁴ Estes exemplos geram inegavelmente grande frustração e descontentamento social.

Dados divulgados em 21/10/2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴⁵ apontaram que a média geral das avaliações atribuída pela população à APS, em uma escala que vai de 0 a 10, foi de 5,9, abaixo da nota de corte ideal de 6,6,⁴⁵ evidenciando insatisfação com os atributos preconizados pelo governo.

Estas comprovações evidenciam relações consistentes e sinérgicas entre estrutura, provisão de pessoal, processo de trabalho e qualidade dos serviços sanitários na visão de usuários, que indicam a necessidade de melhoras sistêmicas no SUS e na APS, cujos problemas afetam enorme contingente da população que vive, particularmente, em contextos socioeconômicos de vulnerabilidade e exclusão.

Controle do câncer no Brasil: ainda longe da meta

A mortalidade por câncer é muito alta, devido a problemas estruturais como a detecção tardia e o curto alcance das medidas preventivas e do próprio tratamento em matéria de curabilidade. A estimativa anual para o triênio 2020-2022 é de 625 mil novos casos.⁴⁶ Em relação à mortalidade, o último dado disponível de 2018 evidenciou 224.712 óbitos,⁴⁷ o que representa aproximadamente 1/3 dos indivíduos acometidos pela doença, especialmente em populações pobres e dependentes do SUS.

Vários fatores inter-relacionados confluem para esses resultados. Dados aportados pelo Tribunal de Contas da União (TCU),⁴⁸ obtidos por meio da Fiscalização sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer no país, revelaram que o tempo médio empregado para diagnóstico da doença na rede pública é de 270 dias, demora que contribui para que cerca de 80% dos pacientes iniciem tratamentos dispendiosos em estágios avançados, com menores possibilidades de cura. Deficiência da atenção básica para identificação precoce dos casos suspeitos, reduzido número de especialistas (cirurgiões, oncólogos, radiólogos) e adoção da conduta terapêutica, desigualdade no acesso ao atendimento, cuidados paliativos inapropriados, entre outras falências, são salientados.⁴⁸

Do ponto de vista econômico, desde a aprovação da Emenda Constitucional n.º 95,⁴⁹ que teve por missão evitar o crescimento da relação dívida pública/PIB por meio de contenção das despesas públicas

durante 20 anos, os investimentos em saúde e educação ficarão congelados até o ano de 2036. Esta situação é preocupante em face à crescente demanda por atendimento na saúde e ao subfinanciamento do setor que não lhe permite avançar como deveria, o que agrava ainda mais o panorama do câncer no país. Em 2017, os investimentos em serviços públicos de saúde representavam 1577% da arrecadação da União. Já em 2019, os recursos atingiram 13,54%, comprovando-se uma queda significativa que agravou ainda mais o subfinanciamento do SUS, com sério impacto na saúde da população. Da mesma forma, o valor investido em saúde por pessoa, que chegou a 595 reais em 2014, passou a ser de 555 reais em 2020.⁵⁰

Pesquisa realizada pela The Economist Intelligence Unit⁵¹ apontou em relação a vários países da América Latina, entre eles o Brasil, que os orçamentos sanitários não se adaptaram à nova realidade epidemiológica, que exige priorizar o financiamento das DNT em substituição das clássicas doenças infecciosas. Embora não exista disponibilidade de dados concretos sobre gastos com o câncer, bem como a proporção do orçamento de saúde a ele destinado, pode-se inferir que poucas mudanças tenham ocorrido até o presente no quesito do financiamento.

Considerações finais

Como se desprende dos dados sucintamente apresentados, assumir a condição do câncer como prioridade de saúde pública requer estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas específicas, além de mão de obra qualificada para implementá-las, juntamente com a necessidade imperiosa de uma assistência multidisciplinar coordenada e resolutiva. Expressão da nova realidade epidemiológica, traz à discussão um dos importantes desafios a serem enfrentados pela CUS. Embora muitos governos, organizações internacionais e fundações estejam empenhadas em alcançá-la até 2030, vários países enfrentam individualmente uma série de obstáculos, incluindo cobertura ineficaz, recursos financeiros fragmentados e insuficientes, corrupção, bem como capacidade técnica limitada, não permitindo a oferta de serviços sanitários de qualidade à população. Existem também questões de implementação associada à prestação de contas, colaboração e compartilhamento de experiências apreendidas, que são complexas, particularmente em países de baixa renda. Paralelamente, a pujança mundial das DNT

impõe uma carga desproporcionalmente pesada, esgotando rapidamente os recursos econômicos dos lares mais pobres. Comprova-se clara urgência de encontrar soluções que possam minimizar ou reverter o cenário atual, investindo em sistemas de saúde pública robustos, inclusivos e equitativos. No que diz respeito à situação da doença no Brasil, ficam em evidência as carências de um SUS que convive cotidianamente com a falta de planejamento, de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, assim como a deficiente gestão e implementação de políticas públicas que contradizem sua fundamentação, ética, política e arcabouço legal.⁵²

A coexistência de múltiplos “subsistemas” de saúde dentro do mesmo país, de diferentes graus de cobertura, amplitude geográfica, distribuição irregular da população e outras características regionais, contribui desfavoravelmente para a fragmentação e desigualdade na atenção da saúde, reproduzindo *status* diferenciados de cidadania.^{53,54}

Além disso, a especificidade dos serviços que hoje é ofertada à população compromete a integralidade da atenção, na medida em que prioriza o diagnóstico e tratamento de agravos, em detrimento da prevenção de riscos e promoção da saúde. Tudo isto faz com que o SUS continue sendo um sistema em desenvolvimento e permanente luta por sobreviver e se aperfeiçoar. 🤖

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter conflito de interesses que seja relevante para o conteúdo.

Agradecimento

À Catedra José Bonifácio da Universidade de São Paulo, na figura do Prof. Dr. Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari, por ter propiciado a elaboração do presente trabalho, inscrito na relação de atividades desenvolvidas no exercício 2020/2021.

Referências

- World Health Organization (WHO). Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, WHO; 2010. Disponível em: https://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf?ua=1
- United Nations (UN). Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York; 2015. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
- World Health Organization (WHO), WB. World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. New York, WHO, WB; 2017. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). Cancer Tomorrow. IARC/WHO; 2018. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>
- Villa FG. La cara social del cáncer. Barcelona: Octaedro; 2012. 192p.
- Dagenais GR, Leong DP, Rangarajan S, et al. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet* 2020;395(10226):785-808. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>
- Pearce A, Sharp L, Hanly P, et al. Productivity losses due to premature mortality from cancer in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS): A population-based comparison. *Cancer Epidemiology* 2018;53:27-34. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877782117302126?via%3Dihub>
- World Health Organization (WHO). Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps: at current rates of progress up to 5 billion people will miss out on health care in 2030. Geneva, WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>
- UHC 2030 New. SDG Indicator 3.8.1. Measure what matters. Monitoring of SDG target 3.8 tracks two aspects of UHC: financial protection and coverage of essential health services. Geneva, WHO; 2018. Disponível em: <https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-news/sdg-indicator-3-8-1-measure-what-matters-6gf65653/#:~:text=1%3A%20Measure%20What%20Matters,-16%20April%202018&text=Monitoring%20of%20SDG%20target%203.8,coverage%20of%20essential%20health%20services>
- World Health Organization (WHO). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report: executive summary. Geneva, WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report-executive-summary>
- World Health Organization (WHO). In WHO global pulse survey, 90% of countries report disruptions to essential health services since COVID-19 pandemic. Geneva, WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>
- United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs/Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision. Volume II: Demographic Profiles. New York, UN; 2017. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf
- Pandey KR. From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant. *Pandey Globalization and Health* 2018;14(1):62. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-018-0381-6.pdf>
- World Health Organization (WHO). Public Spending on Health: A Closer Look at Global. Geneva, WHO; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization (WHO). Universal health coverage (UHC); 2019. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- World Health Organization (WHO) 2010. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Giovannella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar CAA, Cantanhêde RM, Martins GB, Santos IS, Silva DB, Vieira JML, Castro VCG, Silva PO, Machado CV. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies.

- Ciência Saúde Coletiva 2018;23(6):1763-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=en#>
18. Nations Unies (NU). Au cœur du Programme 2030, la couverture sanitaire universelle est un moteur de croissance économique, souligne le Secrétaire général. New York; 2019. Disponível em: <https://www.un.org/press/fr/2019/sgsm19756.doc.htm>
 19. World Health Organization (WHO). WB. World Bank. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1
 20. The World Bank. Universal Health Coverage (UHC) 2019. Disponível em: <https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/index.html>
 21. World Health Organization (WHO). Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps: at current rates of progress up to 5 billion people will miss out on health care in 2030. Geneva, WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
 22. Handayani K, Sijbrandta TC, Westenberg MA, et al. Global problem of hospital detention practices. *Int J Health Policy Manag* 2020;9(8):319–26. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/339345079_Global_Problem_of_Hospital_Detention_Practices
 23. Yates R, Brookes T, Whitaker E. Hospital Detentions for Non-payment of Fees: A Denial of Rights and Dignity. Centre on Global Health Security. Universal Health Coverage Policy Forum 2017. Disponível em: <https://wordpress.utoledo.edu/disastermedicine/2017/12/11/global-health-hospital-detentions-for-non-payment-of-fees/>
 24. Mostert S, Lam CG, Njuguna F, Patenaude AF, Kulkarni K, et al. Hospital Detention Practices: Position Statement of a SIOP PODC Global Taskforce. *Lancet* 2015;386(9994):649. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506487/>
 25. United Nations (US). Meetings Coverage and Press Releases. Achieving Universal Health Coverage by 2030 Hinges on 'Bold National Leadership', Secretary-General Tells General Assembly, as World Leaders Commit to Declaration 2019. Disponível em: <https://www.un.org/press/en/2019/ga12181.doc.htm>
 26. World Health Organization (WHO). Global Spending on Health: A World in Transition 2019. Disponível em: <C:/Users/crisb/Downloads/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf>
 27. World Health Organization (WHO). Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps: at current rates of progress up to 5 billion people will miss out on health care in 2030. Geneva, WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>
 28. Le Gargasson JB, Salomé B. The role of innovative financing mechanisms for health. World Health Report 2010 background paper, 12. Disponível em: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/InnovativeBP12FINAL.pdf?ua=1>
 29. U4 Anti-Corruption Resource Centre. Health sector corruption — Practical recommendations for donors. 2020. Disponível em: <https://www.u4.no/publications/health-sector-corruption.pdf>; acesso em: 13 abr. 2021
 30. Buckland-Merrett GL, Kilkenny C, Reed T. Civil society engagement in multistakeholder dialogue: a qualitative study exploring the opinions and perceptions of MeTA members. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 2017;10(5):2-9. Disponível em: <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-016-0096-0>
 31. European Centre for Development Policy Management (ECDPM). Discussion Paper no. 227. Understanding illicit financial flows and efforts to combat them in Europe and Africa. 2018. Disponível em: <https://euagenda.eu/upload/publications/illicit-financial-flows-in-europe-and-africa.pdf>
 32. Boutayeb A. The Burden of Communicable and Non-Communicable Diseases in Developing Countries. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. 2010:531–46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122505/>
 33. BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4.ª Edição. São Paulo: Saraiva; 1990.
 34. Pinotti JA. Saúde no Brasil: provocações e reflexões. Brasília – DF: CONASS; 2019. 199p.
 35. BRASIL. Portaria define quantitativo de eSF eSB financiadas no país. Brasília: SAPS; 2020. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/6815#:~:text=Desta%20forma%2C%20o%20ano%20de%2020%20inicia%20com,prioriza%2C%20A7%20C3%A3o%20da%20Aten%20C3%A7%20C3%A3o%20Prim%20C3%A1ria%20C3%A0%20Sa%20C3%BAde%20no%20Minist%20C3%A9rio>
 36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica>
 37. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cadernos de Saúde Pública* 2017;33(8):e00037316. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/199/tipologia-da-estrutura-das-unidades-basicas-de-saude-brasileiras-os-5-r>
 38. Scheffer M. Brasil convive com falta de médicos em diversos serviços e especialidades. *Jornal da USP* 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/brasil-convive-com-falta-de-medicos-em-diversos-servicos-e-especialidades/>
 39. Blanco, EC, Pinotti JA. O papel do Legislativo na saúde do Brasil. In: Oliveira FB, Kasznar IK (Org.). Saúde, Previdência e Assistência Social: Desafios e propostas estratégicas. Rio de Janeiro: FGV; 2010. pp. 206-16.
 40. Ministério da Saúde — Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Estratégia Saúde da Família (ESF). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>
 41. Folha de São Paulo. Unidades de saúde de São Paulo estão sem kit para exame ginecológico. Material plástico descartável que está em falta custa de R\$ 0,20 a R\$ 1 nas farmácias cada um. São Paulo 2019. Disponível em: <https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2019/10/unidades-de-saude-de-sao-paulo-estaosem-kit-para-exame-ginecologico.shtml>
 42. Câmara Municipal de São Paulo — Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão. Comissão de Finanças e Orçamento — SGP4. Reunião: 17735, 07/11/2019. P. 24 de 68. Disponível em: <http://documentacao.saopaulo.sp.leg.br/iah/fulltext/audiencias/AP17735-2019FIN.pdf>
 43. Barcelos MRB, Nunes BP, Duro SMS, Tomasi E, Limar RCD, Chalupowski MN, et al. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: An External Assessment of Primary Health Care Access and Quality Improvement Program. *Health Systems & Reform* 2018;4(1):42-55. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1405770>
 44. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Rastreamento do câncer colorretal é negligenciado no Brasil 2017. Disponível em: <https://sboc.org.br/noticias/item/815-rastreamento-do-cancer-colorretal-e-negligenciado-no-brasil>
 45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 57p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
 46. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
 47. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estatística do câncer 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

48. Tribunal de Contas da União (TCU). Relatório de auditoria (RA) 02365520186, Relator: Augusto Nardes, data de julgamento: 21/08/2019. Disponível em: <https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/751001239/relatorio-de-auditoria-ra-ra-2365520186/relatorio751001281?ref=juris-tabs>
49. BRASIL. Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
50. Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS). Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016; 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias/cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>
51. The Economist Intelligence Unit (EIU). Cancer control, access and inequality in Latin America. A tale of light and shadow. Washington: EIU; 2017. Disponível em: http://www.mpdft.mp.br/saude/images/revistas_publicacoes/CancercontrolaccessandinequalityinLatinAmerica_-_English.pdf
52. Da Silva RM, Jorge MSB, Da Silva Júnior AG (orgs.). Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE; 2015. Disponível em: <http://www.uece.br/ppsacwp/wp-content/uploads/sites/37/2016/04/PLANEJAMENTO-GESTAO-E-AVALIACAO-NAS-PRATICAS-DE-SAUDE-EBOOK-548pg.pdf>
53. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18 (suplemento);77-87. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2002.v18suppl0/S77-S87/pt>
54. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481045/>