

Universalização em serviços de saúde

Raquel Dastre Manzanares

Jussara Cardoso Rajão

Francisco de Paula Antunes Lima

1. Introdução

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, na década de 1940, foram criadas instituições e acordos internacionais que visavam garantir padrões básicos de coesão social e de não violência no mundo. Dentre elas estão a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Noronha, 2013). A Constituição da OMS, em 1946, explicita o direito à saúde ao afirmar que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social” (Organização Mundial de Saúde, 1946). Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos determina, em seu artigo 25, que: “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (Organização das Nações Unidas, p. 4, 1948). Esses trechos apontam para o direito à universalidade no acesso à saúde e para a característica de equidade dos

serviços, ou seja, todo ser humano tem direito à saúde sem distinções e conforme suas necessidades específicas.

Décadas mais tarde, em 1988, durante o período de redemocratização do Brasil, foi promulgada a Constituição Federal brasileira. Em seu texto, a Constituição Cidadã declara que a saúde “é um 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”. Assim, a Constituição reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e institui o Sistema Único de Saúde, seus princípios e atribuições para promoção, proteção e recuperação de suas ações e serviços (Giovanella et al., 2019). A Constituição da OMS de 1946 já havia declarado que o “desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum” (Organização Mundial de Saúde, 1946).

Na década de 1970, uma série de conferências foi promovida pela ONU para debater uma agenda ampliada rumo a uma nova ordem econômica internacional com o objetivo de reduzir as desigualdades entre os países mais ricos e os países mais pobres. Elas culminaram na realização da Conferência de Alma-Ata, na qual foi publicada a Declaração de Alma-Ata, de 1978, sobre atenção primária à saúde (APS). Nela, os governos foram convocados à formulação de políticas nacionais, estratégias e planejamento de ações para desenvolver a APS como um componente essencial de um sistema nacional de saúde abrangente em colaboração com diversos setores, visando abordar os determinantes sociais e ambientais que influenciam a saúde, envolvendo o compromisso político e a alocação de recursos (Giovanella et al., 2019; Pires-Alves, Cueto, 2019).

Na chamada “Carta de Alma-Ata”, reitera-se a inseparabilidade entre desenvolvimento econômico, social e saúde, bem como a centralidade dos cuidados primários de saúde para que os países conquistem a meta de que todas as populações do mundo, “até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social”. Nas décadas que se seguiram, 1980 e 1990, o desenvolvimento de políticas neoliberais nos países desenvolvidos e em desenvolvimento conduziu a atenção primária pela contração de um sistema integral como aquele concebido na Carta de Alma-Ata. Geralmente, os países com políticas e líderes conservadores tornaram a atenção primária seletiva e focalizada, voltada principalmente à saúde infantil (Mejia, 2013).

Segundo Noronha (2013), a primeira referência explícita da OMS ao termo “cobertura universal de saúde” aconteceu em um dos relatórios da 58ª Assembleia Geral,

em 2005, intitulado “Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde”. Nesse relatório, fica implícita a preocupação fundamental com o financiamento setorial, havendo uma passagem da concepção de saúde como um direito de acesso universal e igualitário para o conceito de “cobertura universal de saúde”, associada ao conceito de “proteção do risco financeiro”. Em 2010, no Relatório Mundial de Saúde da OMS intitulado “Financiamento dos Sistemas de Saúde: O Caminho para a Cobertura Universal”, a consigna de “cobertura universal” foi abraçada por círculos conversadores da saúde, por defensores da prestação de serviços de saúde dentro de uma lógica de mercado e por instituições como a Fundação Rockefeller, a revista inglesa *Lancet* e o Banco Mundial. Em 2012, a concepção aparece novamente na Assembleia Geral da ONU e é incorporada como um dos itens da Resolução A/RES/67/81 – Saúde Global e Política Externa.

Segundo a Diretora Geral da OMS em 2012, Margaret Chan, a “cobertura universal de saúde” é “o conceito único e unificador mais poderoso que a saúde pública tem a oferecer, porque você pode realizar o sonho e ambição da saúde para cada pessoa independentemente de que classe a qual se pertence, se é mulher ou se é pobre” (Holmes, 2012). Em 2013, o presidente do Banco Mundial, Jim Yong Kim, afirmou que “o impulso crescente para a cobertura universal de saúde coincide com um novo capítulo na luta global contra a pobreza” (Kim, 2013).

Em 2015, a concepção de “cobertura universal de saúde” difundiu-se globalmente e foi incorporada à Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Uma das metas do terceiro ODS “Saúde e Bem-Estar” é “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” (Nações, 2023). A incorporação da “cobertura universal de saúde” entre os ODS da Agenda 30 tem repercussões de médio prazo para todos os países, que se tornam obrigados a acompanhar estes indicadores até 2030 (Giovanella et al., 2018).

Em 2018 aconteceu a Conferência de Astana em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, chamada “Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde”. Este evento teve como objetivo renovar o compromisso das nações com a APS dentro da concepção de “cobertura universal em saúde” e dos ODS (Giovanella et al., 2019). Em setembro 2023, na Reunião de Alto Nível sobre Cobertura Universal de Saúde, o secretário-geral da ONU, António Guterres, afirmou que a ampliação das intervenções de atenção primária comprovadamente pode salvar 60 milhões de vidas até 2030 em países de baixa e média renda, que os países devem investir amplamente em todos os sistemas que promovem a saúde das populações, como água e saneamento, alimentação e proteção social, e que as nações devem cumprir as promessas da Agenda 2030.

Para apresentar e discutir a situação da desigualdade no acesso aos serviços de saúde no mundo deve-se partir deste atual contexto, que envolve a primazia de pressupostos e estratégias baseados no conceito de “cobertura universal de saúde”. Este capítulo não possui a pretensão de abarcar todas as realidades dos sistemas de saúde dos países ao redor do mundo, mas propõe-se a levantar alguns elementos, tendências e intervenções apresentados por estudos científicos realizados acerca de países da Europa e da América Latina.

2. Desenvolvimento

Nos últimos 30 anos, tem-se assistido a uma privatização dos cuidados de saúde, inclusive em países reconhecidos por seus sistemas públicos, como Alemanha, Inglaterra, Espanha e Suécia (Giovanella e Stegmüller, 2014; Giovanella et al., 2018). Noronha e Soares (2001) já apontavam o sentido iníquo dessa estratégia, proposta como uma falsa solução para as imensas dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde na década de 1990, sobretudo nos países mais pobres. Desde então, para responder aos problemas econômicos e políticos que incidem sobre os sistemas de saúde, vem sendo concebidas contrarreformas que objetivam encerrar qualquer vertente de estado de bem-estar, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Essas políticas promovem a comercialização da saúde, rompem integralmente com o princípio de acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde e tem impacto negativo na equidade no uso efetivo dos serviços de saúde (Travassos, 2014).

A discussão sobre a desigualdade de acesso aos serviços de saúde no mundo prescinde de uma reflexão a respeito do atual debate internacional sobre as diferentes concepções de universalidade em saúde. Nele, contrapõem-se propostas baseadas, de um lado, no conceito de “sistemas universais de saúde”, em inglês *universal health system* (UHS) e, de outro lado, propostas baseadas no conceito de “cobertura universal em saúde”, em inglês *universal health coverage* (UHC). UHS e UHC expressam diferentes projetos de direito à saúde (Giovanella et al., 2018). Observa-se que a concepção de “cobertura universal de saúde” tem sido difundida por organizações internacionais como o Banco Mundial (BM) e a OMS e incorporada em resoluções da ONU, como descrito por Noronha (2013).

A concepção de universalidade na proposta de UHS, “sistema universal de saúde”, tem por objetivo garantir que todas as pessoas tenham acesso aos cuidados de saúde sem restrições de uso efetivo e de acordo com as necessidades individuais e coletivas. Nesse modelo, a garantia do acesso universal é uma condição de cidadania. O financiamento do UHS se dá por meio de fundos públicos, alimentados por impostos gerais e contribuições sociais, o que proporciona maior solidariedade, redistribuição e equidade. O grau de redistribuição depende da progressividade da carga tributária, isto é, maior

proporção de tributação sobre rendas e propriedades do que sobre consumo (Giovannella et al., 2018; Giovannella et al., 2019).

Na proposta de UHC, “cobertura universal em saúde”, o conceito de universalidade é dúbio e ambíguo e diferentes interpretações e abordagens vêm sendo adotadas por parte das autoridades sanitárias nacionais, organizações governamentais e organizações não governamentais, principalmente nos países em desenvolvimento, a exemplo de países da América Latina. As consequências das variadas interpretações dos princípios da cobertura universal, como o princípio da universalidade, têm repercutido no direito à saúde em países que aderiram a esta concepção (Giovannella et al., 2018).

A concepção de universalidade na proposta de UHC tem por objetivo principal garantir o acesso das pessoas a serviços de saúde sem dificuldades financeiras e conforme poder aquisitivo. Neste modelo, não há garantia de acesso e de uso efetivo pelas pessoas em função de suas necessidades. A concepção de cidadania fica limitada a uma visão liberal, na qual o Estado deve subsidiar um seguro básico para as pessoas mais pobres que não conseguirem financiar suas necessidades no mercado. A “cobertura universal em saúde”, portanto, difere de acesso e utilização, representa uma titularidade de um seguro, público ou privado, e refere-se apenas à cobertura financeira que garante procedimentos específicos. Na prática, esta concepção gera distribuição geográfica desigual, que desfavorece regiões e populações desprotegidas. O financiamento do UHC incentiva o aumento da participação privada no financiamento setorial e a expansão do mercado privado em saúde, mantendo o foco na combinação de recursos públicos e privados (prêmios de seguros, contribuições sociais, filantropia, impostos gerais). A proposta de UHC visa reduzir o papel do Estado, limitando-o a regulador do sistema de saúde e separando as funções de financiamento e de prestação de serviços de saúde (Fiocruz, CNS, 2018; Giovannella et al., 2018; Noronha, 2013).

Quando se compara as duas concepções de universalidade em saúde, a questão do modelo de financiamento é o ponto-chave do debate. A proposta de UHS avança em direção à universalidade da saúde apoiando-se na ampliação do financiamento público, construindo uma proposta de “subsídio à oferta”; enquanto a UHC privilegia a redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou seguros públicos subsidiados para pobres, num modelo de “subsídio à demanda”. As duas concepções vêm sendo empregadas de formas diferentes nos sistemas de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento (Giovannella et al., 2018).

Em nações altamente industrializadas, de maneira geral, a implementação da universalização dos cuidados de saúde já havia se concretizado na década de 1970 por meio de sistemas de seguros sociais no estilo *bismarckiano*, ou serviços nacionais de saúde no estilo *beveridgiano*, resultando em uma maior eficiência e equidade nos serviços nacionais de saúde que são acessíveis a todos, baseados na cidadania plena.

Em contraste, no caso dos Estados Unidos, onde a cobertura de saúde é obtida principalmente através do mercado, ficam evidentes ineficiências, gastos elevados, baixa eficácia, resultados de saúde inferiores e uma significativa parcela da população não segurada. Na América Latina, as políticas de saúde foram influenciadas pelos modelos europeus tradicionais, mas não foram integralmente adotadas ou aplicadas (Giovanella et al., 2018).

Giovanella e Stegmüller (2024) desenvolveram um estudo de análise comparada entre países europeus com o objetivo de descrever tendências dos atuais processos de reformas nos sistemas universais de saúde e suas consequências para a universalidade. Em cenários de crise financeira e de dívida pública, foram tomados como exemplos europeus os sistemas de saúde da Espanha, Alemanha e Inglaterra, países que apresentam regimes de bem-estar social diferenciados.

A Alemanha segue o modelo de seguro social do tipo *bismarckiano*, no qual o financiamento se dá com base em contribuições sociais obrigatórias e solidárias dos empregadores e empregados e proporcionais ao salário sem relação com o risco. Isso significa que o direito de acesso é condicionado à participação no mercado de trabalho, contribuição prévia, e equivalência entre contribuições e benefícios com manutenção de status diferenciados. A afiliação ao chamado Seguro Social de Doença (GKV) é compulsória e, em 2014, cobria 89% da população. Na Espanha, a proteção social segue o modelo *beveridgiano* de serviço nacional de saúde, com acesso universal fundado na cidadania e financiado com recursos fiscais predominantemente oriundos de prestadores públicos. O Sistema Nacional de Salud (SNS), é descentralizado, na esfera estadual, para 17 Comunidades Autônomas (CCAA) e cobre 99% da população. No Reino Unido, o modelo *beveridgiano* é representado pelo National Health Service (NHS), um sistema nacional de acesso universal com base na cidadania e financiamento fiscal. O NHS garante cobertura gratuita a 100% da população e é descentralizado em quatro países: Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte (Giovanella et al., 2014; Giovanella et al. 2018).

No que concerne ao financiamento, Alemanha, Espanha e Inglaterra possuem cada um suas particularidades, porém todos se sustentam por fontes principalmente públicas. No que tange a regulação dos serviços de saúde, assiste-se a uma separação entre as funções de financiamento e compra e prestação de serviços nos sistemas nacionais de saúde destes países, com criação de organismos específicos para tal função. A regulação das relações entre financiadores e prestadores se dá de formas distintas em cada um dos países e vêm sendo submetida à lógica das relações por contratos. Em todos, o asseguramento e a cobertura populacional são garantidos e regulados por legislação nacional e a cobertura de serviços é ampla em todos os níveis de atenção. Na Alemanha, os prestadores são públicos ou privados e organizados em entidades corporativas, sem regionalização e territorialização da rede. Na Espanha e

na Inglaterra, predomina uma APS forte, com prestadores próprios e organização territorial de rede de serviços regionalizada e hierarquizada (Giovannella et al., 2014).

Alemanha, Espanha e Inglaterra passam por reiteradas reformas desde a década de 1990, em função de políticas econômicas neoliberais e, acompanhando a crise bancária de 2008, entraram em recessão em 2009. Cada um desses países vem sendo submetido a distintas pressões financeiras, econômicas, demográficas, epidemiológicas e políticas, em função de sua inserção na economia europeia e das diferenças no enfrentamento à crise. Portanto, os impactos sobre os sistemas nacionais de saúde também são distintos, mas todos demonstram aumento das iniciativas de parcerias público-privadas, da privatização e terceirização da gestão de hospitais e dos serviços de saúde e da separação de funções entre financiadores/compradores e prestadores de serviços, acentuando a competição entre as entidades seguradoras nos seguros sociais (Giovannella et al., 2014). Além desses pontos, Conill (2014) destacou algumas semelhanças com as ações da agenda pós-*welfare* implementada de 1980 até meados dos anos 1990, tais como cortes com limitações de serviços, aumento de copagamentos, transferência de custos para os usuários e diminuição das obrigações estatais.

Giovannella e Stegmüller (2014) salientam que todas as medidas restritivas implementadas na Alemanha, Espanha e Inglaterra possuem impactos de intensidades diferenciadas sobre a universalidade dos sistemas de saúde de cada país. De maneira geral, a amplitude da cobertura populacional foi extremamente afetada apenas na Espanha, e em todos os países houve um maior controle sobre a incorporação de novos procedimentos na cesta de serviços e limitações na oferta. No entanto, os autores concluem que, até 2014, os impactos das mudanças promovidas pelos governos para reagir à crise atingiram residualmente a universalidade nestes países, que conseguiram manter a cobertura da maior parte da população, a variedade de serviços cobertos e os gastos em saúde majoritariamente públicos.

As contrarreformas nos sistemas de saúde ocorridas nas últimas décadas foram destacadas por Conill (2014), que observou um padrão que se assemelha a um movimento pendular. Durante períodos de ajustes macroeconômicos, o equilíbrio tende a inclinar-se em direção à redução de despesas, à supressão de direitos e à promoção da liberalização do mercado, sustentado pela justificativa de que a competição aprimora a qualidade. Dentro desse cenário, a APS é considerada uma estratégia seletiva destinada a atender as populações marginalizadas. Enquanto em momentos político-econômicos favoráveis, a saúde é percebida como um elemento essencial para o desenvolvimento e a coesão social, com foco na criação de redes coordenadas pela APS a fim de assegurar a sustentabilidade desses sistemas.

Os países da América Latina experimentam esse movimento pendular em seus sistemas de saúde, porém a natureza das reformas sanitárias implementadas na região desde a década de 1980 apresentam variações. A primeira e principal forma de proteção

social foi o seguro social, em que a atenção à população de baixa renda fica sob a responsabilidade de estruturas públicas mantidas por recursos fiscais, como acontece na Argentina e no Paraguai. Existiram reformas extremas que enfraqueceram o princípio da universalidade, como a implementada no Chile ao longo da primeira década do século XXI. Por outro lado, diferentes mudanças no marco legal e reformas foram realizadas no Brasil (Sistema Único de Saúde); na Colômbia (Sistema General de Seguridad Social em Salud) e no Peru (Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud), países que caminharam na direção da universalização dos cuidados, através de estratégias distintas (Conill, 2018; SOJO, 2011).

Na América Latina, o período entre 1980 e 1990 foi considerado como “a década perdida”, enquanto o início dos anos 2000 como “a década de ouro”, na qual houve uma sinergia positiva entre o crescimento econômico e a redução das desigualdades. Os países conseguiram manter altas taxas de desenvolvimento econômico, reduziram o desemprego e a informalidade do trabalho, de forma a diminuir a desigualdade e a pobreza extrema, registrando um episódio singular para a região. A crise econômica de 2008 e 2009, que atingiu os países europeus, anos mais tarde impactou de maneira desfavorável os países latino-americanos, onde, diferentemente dos países de industrialização avançada, ocorreram importantes cortes do gasto público (Conill, 2014; Conill, 2018).

Giovanella e Stegmüller (2014) afirmam que em dois países, Colômbia e México, foram introduzidas reformas no sistema de saúde condizentes com o conceito de “cobertura universal em saúde”, em períodos diversos e sob formatos variados. Conill (2018) afirma que, devido a diversos fatores, os sistemas de saúde na América Latina ainda se apresentam com uma significativa fragmentação no acesso e uma diversidade de formatos financeiros, na prestação de serviços e na utilização deles. Os planos de saúde privados experimentaram um importante crescimento, impulsionados pelas políticas neoliberais que foram introduzidas na década de 1980, e as despesas diretas das famílias ainda se mantêm em níveis elevados.

Um dos principais desafios para viabilizar os sistemas reside “nas possibilidades de os Estados virem a exercer um efetivo papel regulador, acentuar seu poder como comprador, qualificar a gestão e diminuir o grau de perversidade das relações público-privadas” (Conill, 2018, p. 2183). Igualmente desafiador é fortalecer a APS, sobretudo em momentos de crise, fornecendo cuidado integral e incorporando ações intersetoriais e de promoção de saúde. Se não houver uma alteração nesse cenário, será desafiador limitar os interesses de mercado e de acumulação privada, que frequentemente prevalecem sobre os interesses coletivos. Em um contexto no qual essas questões se tornam particularmente críticas e agravadas pelo discurso de uma “cobertura universal em saúde”, países da Ásia, África e América Latina se destacam como mercados promissores para os segmentos médico-industrial e médico-financeiro. Para

que ocorram avanços consistentes na universalidade dos sistemas de saúde, as concepções existentes precisam ser adaptadas de modo a serem priorizados resultados tangíveis para as populações em situação de maior vulnerabilidade e exclusão do acesso aos cuidados em saúde.

3. Critérios

Na área da saúde, a discussão sobre o acesso ultrapassa a existência de serviços em quantidade (*disponibilidade* de serviços). Outras dimensões do acesso são discutidas para considerar que uma população realmente consegue acessar os serviços de saúde de que necessitam. Entre elas, a localização e distribuição geográfica do território. A *acessibilidade* também é considerada como uma dimensão do acesso (organização, planta física, recursos humanos em quantidade e qualidade adequados, horário de funcionamento, acolhimento, capacidade de adaptação às necessidades diferenciadas dos usuários etc.), conforme Marsiglia (2012). Outra dimensão bastante interessante é a *aceitabilidade*, que está ligada ao grau de satisfação do usuário. Assim define-se como critérios para acesso à saúde (ONU):

- **Disponibilidade:** necessidade de ter quantidade suficiente de instalações, bens e serviços e programas de saúde pública e de saúde em funcionamento.
- **Acessibilidade:** as instalações, bens e serviços de saúde devem estar acessíveis a todos dentro da jurisdição do Estado Parte, sem discriminação.
- **Aceitabilidade:** a distância social e cultural entre os sistemas de saúde e seus usuários determina a aceitabilidade. Todas as instalações, bens e serviços de saúde devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, sensíveis ao gênero e à idade. Eles também precisam ser projetados para respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde dos envolvidos.
- **Qualidade:** as instalações, bens e serviços de saúde devem ser aprovados científica e clinicamente.

REFERÊNCIAS

- CONILL, Eleonor Minho. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 30, 11, p. 2253-2255, novembro de 2014.
- CONILL, Eleonor Minho et al. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. In: *Ciênc. Saúde Colet*, 23, 7, Rio de Janeiro, julho de 2018.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. In: *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, 42, spe1, setembro de 2018.

- GIOVANELLA, Lígia; STEGMULLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 30, 11, novembro de 2014.
- GIOVANELLA, Lígia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. In: *Ciênc. saúde colet.* 23, 6, Rio de Janeiro, junho de 2018.
- GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 35, 3, 2019.
- HOLMES, David. Margaret Chan: committed to universal health coverage. In: *Lancet*, 9845, 380, p. 879, 8 de setembro de 2012.
- KIM, Jim Yong. World Bank Group President Jim Yong Kim's Speech at World Health Assembly: Poverty, Health and the Human Future. In: *World Bank Group, Speeches & Transcripts*. Geneva, Suíça, 21 de maio de 2013.
- MEJÍA, Luz M. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. In: *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. Medellín, 31, 1, dezembro de 2013.
- NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 29, 5, maio de 2013.
- NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. In: *Ciênc. Saúde Colet.* 6, 2, Rio de Janeiro, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição*. Genebra: OMS, 1946.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*: ONU, 1948.
- NAÇÕES Unidas Brasil. Documento eletrônico. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>>. Acesso em: 9 ago. 2023.
- PIRES-ALVES, Fernando Antonio; CUETO, Marcos. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. In: *Ciênc Saúde Colet.* 22, 7, Rio de Janeiro, julho de 2017.
- SOJO, Ana. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. In: *Ciênc Saúde Colet.* 16, 6, Rio de Janeiro, junho de 2011.
- TRAVASSOS, Claudia. A comercialização do cuidado de saúde. In: *Cad. Saúde Pública*. 29, 5, maio de 2013.