Direito à Saúde e Cobertura universal de saúde

Matheus Zuliane Falcão

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Direito.

Área de concentração: Direitos Humanos
Orientadora: Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith

São Paulo, 2020

Catalogação da Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Falcão, Matheus Zuliane
Direito à Saúde e Cobertura universal de saúde ; Matheus Zuliane Falcão ; orientador Fernando Mussa Abujamra Aith -- São Paulo, 2020.
181
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Direito à Saúde. 2. Saúde Global. 3. Cobertura universal. 4. Direito Sanitário. I. Aith, Fernando Mussa Abujamra, orient. II. Título.

Nome: Matheus Zuliane Falcão

Título: *Direito à Saúde e Cobertura universal de saúde*

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

À minha mãe, Silene.

A meu pai, Paulo.

Uma singela homenagem em agradecimento eterno a todos os esforços que empreenderam pela minha educação.

Agradecimentos

Agradecer será sempre um ato incompleto. As pessoas e as situações que até aqui me trouxeram tendem ao infinito. Desta trilha, desconfio desconhecer grande parte. Do que não ignoro, se fosse listar tudo, faria uma outra dissertação. Começo, portanto, reconhecendo que este trabalho, mais que ponto de chegada, é um caminho percorrido e que sou grato por cada passo. Dedico este sentimento maior de gratidão à força divina, que permitiu e inspirou meu corpo, minha mente e minha alma a estarem onde estiveram.

Memoro, na sequência, algumas pessoas, que por meio de seus atos, contribuíram diretamente com este trabalho.

Agradeço à minha mãe, Silene, ao meu pai, Paulo, por toda parceria em meu trajeto educacional e todo suporte desde minha primeira infância. O valor que a educação teve em minha casa já é mais do que suficiente para que dedique este trabalho integralmente a vocês. Aqui agradeço também à Paula, minha irmã, pelos segredos que compartilhamos.

Agradeço aos mestres acadêmicos, com a certeza de que muitas linhas deste trabalho têm mais deles do que de mim e de que cada qual concedeu-me uma peça deste quebra-cabeça inconcluso que tento montar no meu percurso acadêmico.

Primeiramente ao meu orientador, Prof. Fernando Aith, pela inspiração, orientação, parceria, generosidade, pelas oportunidades e pela imensa compreensão com as minhas falhas e meus percursos intensos ao longo dos anos de mestrado

À Profa. Sueli Dallari, por ser minha maior referência da articulação teórica entre direito, saúde e direito à saúde e por toda generosidade comigo desde meus primeiros passos no CEPEDISA.

À Prof. Deisy Ventura e ao Dr. Félix Rigoli, por serem inspirações acadêmicas e profissionais e por suas grandes contribuições em minha banca de qualificação.

Agradeço a cinco pessoas que foram decisivas para a formulação e a conclusão deste trabalho: À Ana Navarrete, por sua compreensão e generosidade decisivas nos primeiros e nos últimos passos. À Laís Vignati, por ter pintado o branco e preto do conceito de saúde com as cores do cuidado e por não me deixar esquecer jamais que as pessoas são o nosso ponto de partida e o nosso ponto de chegada. Ao Vitor Ido, por todo apoio e por ser meu principal interlocutor neste trabalho e em vários dos passos ao longo

destes anos de mestrado. À Marlyna Nalbandian, por, mesmo a quilômetros de distância, ter me ouvido inúmeras vezes em horas de incerteza e por ter me ensinado o poder das maçãs no manejo da ansiedade. À Raissa, por ser a principal parceira na fase de escrita, dedicando madrugadas à consecução deste trabalho comigo e ter me salvado de me perder na ansiedade típica do mestrado.

Tão decisivo quanto na conclusão deste trabalho, agradeço à Roberta e ao Lucca, pela amizade expressa com a grande ajuda na revisão final.

Agradeço também à Clara, ao Iago e ao Hélio, por suas contribuições substanciais, em conversas, reflexões e conceitos, não apenas sobre saúde, mas sobre todo os aspectos que envolvem a execução de um mestrado.

Agradeço às parceiras acadêmicas e amigas querida, Angela Acosta, Marina Borba, Maria Eugênia e Lúcia Guerra, certo de que cada passo compartilhado em projetos e conversas estão refletidos no que deu certo nesta dissertação.

Agradeço aos parceiros de pós-graduação, pela partilha e pela ajuda que me concederam nesta reta final. Ao Marcelo, à Joana e novamente à Maria Eugênia.

Agradeço à Silmara Duarte, pela amizade neste trajeto e pelo apoio em vários momentos.

Dentre as experiências não acadêmicas que tive, certamente a que mais me ajudou a compreender meu objeto de pesquisa foi o ativismo junto ao Movimento pela Saúde dos Povos (People's Health Movement). Agradeço especialmente ao Gargeya, à Kriti, à Linda, à Ana Vracar, ao Emmanuel, ao Dan Owalla, ao Ravi Ram, ao Nafis Faizi, à Marta Giane, à Kátia Cesa, à Muna Odeh e ao Tinashe.

No mesmo sentido, agradeço a três parceiras do Centro de Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), com quem partilhei diversas inquietações e que hoje tenho como queridas amigas Isabela, Jéssica e Alane. Agradeço ainda à Lígia Giovanella, por, no meio da 16ª Conferência Nacional de Saúde, ter muito gentilmente se disposto a conversar longamente comigo sobre o conceito de sistemas de saúde.

"Reflecting again on your history and Constitution, the fullness of the right to health is still incomplete. Health not only encompasses the physical, mental and social well-being, but must be inclusive of spiritual well-being.

[...]

Perhaps one day this notion of well-being can be included in the WHO definition of health?"

"When we review the right to health, we cannot help but notice that its global scope contains the hopes and aspirations of all the people of the world."

– Trechos do discurso do Reverendo Desmond Mpilo Tutu, Arcebispo Emérito da Cidade do Cabo, laureado com o Prêmio Nobel da Paz e grande liderança na luta contra o *apartheid*, na 61ª reunião da Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 20 de maio de 2008

Resumo

A Cobertura universal de saúde foi alçada a uma posição de alto prestígio no debate internacional sobre saúde no início do Século XXI, sendo indicada como o principal objetivo no setor. Ela se inicia da discussão sobre ampliação do acesso, financiamento e sistemas de saúde e nasce intimamente ligada aos conceitos de proteção financeira e de equidade, no entanto, passa a ser mencionada em diversos documentos internacionais, até se tornar o principal objetivo específico associado à saúde na Agenda de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (Agenda 2030), além de principal referência para vários outros documentos sobre política sanitária e sistemas de saúde, especialmente no âmbito de organizações internacionais com importante influência sobre políticas nacionais, como a OMS, seus escritórios regionais, o Banco Mundial e até organizações da sociedade civil. Este trabalho se propõe a articular o conceito de Cobertura universal de saúde no marco da efetivação do Direito à saúde, em outras palavras, buscamos entender em que medida, ela busca realizar algum dos aspectos do Direito à saúde e quais. Tomamos como hipótese que efetivação do Direito à saúde e cobertura universal não são sinônimos, mas que muitas vezes são tomados como tal ou como duas vias para o mesmo fim, que seria garantir saúde a todas e a todos, o que resultaria em duas possíveis distorções: restrição da efetivação do Direito à saúde a alguns de seus elementos ou promoção de uma resposta em saúde global para o fortalecimento dos sistemas de saúde que não condiz com o Direito à saúde. Para tal, após propor uma identificação dos elementos do Direito à saúde, realizamos análise documental das resoluções e relatórios das principais instâncias da OMS sobre o tema. Concluímos que a cobertura universal sofreu mudanças ao longo do tempo nos anos em que se desenvolveu e que se tornou um imperativo global na agenda da ONU. Sua concepção pode ser tanto antagônica à realização do direito à saúde, como apresentar algumas potencialidades, se observados alguns requisitos.

Palavras-chave: direito à saúde; cobertura universal de saúde, saúde global.

Abstract

Universal health coverage was elevated to a highly prestigious position in the global health debate at the beginning of the 21st century, being indicated as the main goal in the sector. It starts with the discussion on expanding access, health-financing structires and is born closely related to the concepts of financial protection and equity, however, it starts to be mentioned in several international documents, until it becomes the main specific health-related goal, within the United Nations Sustainable Development Agenda, in addition to being the main reference for several other documents on health policy and health systems, especially within international organizations with an important influence on national policies, such as WHO, its regional offices, the World Bank and even civil society organizations. This work proposes to articulate the concept of universal health coverage within the framework of the realization of the right to health, in other words, we are aimed at understanding in what extent, it seeks to realize some of the aspects of the right to health and which. We take as a hypothesis that the realization of the right to health and universal coverage are not synonymous, but that they are often taken as such or as two ways to the same end, which would be to guarantee of health to all, which would result in two possible distortions. Restricting the realization of the Right to health to some of its elements or promoting a global health response to strengthen health systems that do not comply with the right to health. To this end, after proposing an identification of the elements of the Right to health, we conducted a documentary analysis of the resolutions and reports of the main WHO bodies. We conclude that universal coverage has changed over time in the years that it has developed and that it has become a global imperative on the UN agenda. Its conception can be both antagonistic to the realization of the right to health, as well as presenting some potentialities, if some requirements are observed.

Key-words: right to health; universal health coverage, global health

Lista de ilustrações

Figura 1 - Representação esquemática dos principais elementos do direito à saúde

Figura 2 - Três dimensões da Cobertura universal de saúde no Relatório Mundial da Saúde de 2010

Figura 3 – Quadro de referência dos ODS a partir da Cobertura universal de Saúde extraído do relatório do Secretariado da OMS

Lista de tabelas

Tabela 1 – Direito Sanitário e realização da cobertura universal segundo a OMS

Tabela 2 – Clausulas operativas da Resolução WHA58.33

Tabela 3 – Clausulas operativas da Resolução 64.9

Tabela 4 – Divisão do poder de voto no Banco Mundial no momento de sua fundação

Lista de abreviaturas e siglas

Sistema Único de Saúde – SUS

Organização Mundial de Saúde – OMS

Assembleia Mundial de Saúde – AMS

Organização das Nações Unidas – ONU

Conselho Econômico e Social das Nações Unidas – ECOSOC

Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS

Associação Internacional de Desenvolvimento – AID

Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD

Corporação Financeira Internacional – CFI

Agência Multilateral de Garantia de Investimentos – AMGI

Centro Internacional para a Resolução de Controvérsias sobre Investimentos – ICSID

Fundo Monetário Internacional – FMI

Organização Mundial do Comércio – OMC

Acordo sobre Aspectos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio – TRIPS

Atenção Primária à Saúde – APS

Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM

Sumário

Apresentação 16
Capítulo 1 - Elementos conceituais 21
1.1 Apresentação do capítulo 21
1.2 Elementos conceituais relevantes 22
1.2.1 Sistemas de saúde e Serviços de saúde 22
1.2.2 “Public Health”, Saúde Pública e Saúde Coletiva 24
1.2.3 Atenção Primária à Saúde e seus múltiplos sentidos, inclusive Atenção Básica 27
1.2.4 Tecnologia de Saúde 29
1.2.6 Gastos catastróficos em saúde 31
1.3 Sistemas de Saúde 32
1.3.1 Apresentação 32
1.3.2 Elementos sobre a história dos sistemas de saúde 33
1.3.3 Conceito de sistema de saúde 42
1.4 Saúde Global: elementos adicionais para compreensão das transformações 47
Capítulo 2 - Direito à saúde 49
2.1 Apresentação do capítulo 49
2.2 Pressupostos conceituais 49
2.2.1 Direito à saúde e Direito Sanitário 49
2.2.2 Direito à saúde e sistemas de saúde 53
2.2.3 Abrangência do direito à saúde 56
2.3 Proteção Internacional do Direito à saúde 58
2.3.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos 59
2.3.2 Pactos pelos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais 60
2.3.3 Recomendação Geral n. 14, de 2000 – “O Direito ao mais alto nível alcançável de padrão de saúde” 61
2.3.4 Constituição da OMS e Declaração de Alma-Ata 69
2.3.4 Direito à saúde em outras convenções internacionais 69
2.3.5 Direito à saúde, Acordo TRIPS e Declaração de Doha 70
2.4 Princípios do Direito à saúde 73
2.5 Direito à saúde e SUS: ilustração dos caminhos jurídicos para efetivação do Direito à saúde no caso brasileiro 76
Capítulo 3 – Análise documental: Cobertura universal de saúde na OMS 49
3.1 Apresentação do capítulo 82
3.2 Metodologia de análise documental 83
3.3 Cobertura universal de saúde nos ODS 85

3.4 Organização Mundial de Saúde 88
3.4.1 Apresentação da OMS 88
3.4.2 Relatório Mundial de Saúde de 2010 96
3.4.3 Análise documental da OMS – pré-Cobertura Universal de Saúde 102
3.4.4 O Relatório "Social Health Insurance" 106
3.4.5 Análise documental da OMS – Cobertura Universal de Saúde 109
3.4.6 O Relatório Mundial da Saúde de 2008 e o Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde 115
3.4.7 Voltando ao percurso institucional 119
3.4.8 Síntese conclusiva 140
3.5 Banco Mundial 143
3.5.1 Contexto 143
3.5.2 Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento 143
3.5.3 Rastreando a Cobertura universal de saúde (2015, 2017 e 2019) – Banco Mundial, OMS e a definição de indicadores 146
Capítulo 4: Cobertura universal de saúde e direito à saúde? 153
4.1 Apresentação do capítulo 153
4.2 Sistemas de Saúde 153
4.3 Afirmação do Direito à Saúde em relação aos Sistemas de Saúde 155
4.4 Afirmação e Definição do Direito à Saúde 157
4.5 Cobertura Universal de Saúde 159
4.6 Cobertura Universal da Saúde e Direito à Saúde: Substituição ou Relação de Meio e Fim? 161
4.6.1 Cobertura universal de saúde vs. direito à saúde 161
4.6.2 Cobertura universal de saúde e direito à saúde: relação de meio e fim 168
4.7 Conclusões 173
Referências bibliográficas 175

Apresentação

A Cobertura universal de saúde foi alçada a uma posição de alto prestígio no debate internacional sobre saúde no início do Século XXI, sendo indicada como o principal objetivo no setor e elemento central da Agenda da ONU para o Desenvolvimento Sustentável. Em 2012, a então Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan, na abertura da 65ª Assembleia Mundial de Saúde declarou que "a cobertura universal de saúde é o conceito mais poderoso que a saúde pública tem a oferecer"[1]. Em uma publicação editorial na prestigiosa publicação da área de saúde *The lancet* intitulada "Todos os caminhos levam para a Cobertura universal de saúde"[2], em junho de 2017, o atual diretor Thedros Ghebreyesus, defende que:

> "Todos os caminhos levam à Cobertura universal de saúde – e esta é a nossa principal prioridade na OMS. Para mim, a questão chave sobre a Cobertura universal de saúde é uma questão ética. Nós queremos que nossos concidadãos morram por que são pobres? Ou milhões de pessoas empobrecidas por gastos catastróficos em saúde por que não tem proteção contra o risco financeiro? **A Cobertura universal de saúde é um direito humano**."[3] (Grifos nosso)

Ela se inicia da discussão sobre ampliação do acesso, financiamento e sistemas de saúde e nasce intimamente ligada aos conceitos de proteção financeira e de equidade, no entanto, passa a ser mencionada em diversos documentos internacionais, até se tornar o principal objetivo específico associado à saúde na Agenda de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (Agenda 2030), além de principal referência para vários outros documentos sobre política sanitária e sistemas de saúde, especialmente no âmbito de organizações internacionais com importante influência sobre políticas nacionais, como a OMS, seus escritórios regionais, o Banco Mundial e até organizações da sociedade civil.

---

[1] Tradução livre de: "Universal health coverage is the single most powerful concept that public health has to offer" In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Address by Dr. Margaret Chan, Director-General to the Sixty-fifth World Health Assembly.** 2012 Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_3-en.pdf> Acesso em 23.jul.2019

[2] GHEBREYESUS, Tedros Adhanom. **All roads lead to universal health coverage**. The Lancet Global Health, v. 5, n. 9, p. e839-e840, 2017.

[3] Tradução livre de: "All roads lead to universal health coverage—and this is our top priority at WHO. For me, the key question of universal health coverage is an ethical one. Do we want our fellow citizens to die because they are poor? Or millions of families impoverished by catastrophic health expenditures because they lack financial risk protection? Universal health coverage is a human right."

Este trabalho tem por objetivo analisar o conceito de cobertura universal de saúde no marco da efetivação do direito à saúde, em outras palavras, buscamos entender a relação entre os dois conceitos. Interessam-nos aspectos como, em que medida, ela busca realizar algum dos elementos do direito à saúde e quais ou mesmo qual é o significado para a efetivação do direito à saúde de a Cobertura universal tê-lo substituído em como imperativo máximo da proteção global à saúde.

Tomamos como hipótese que efetivação do direito à saúde e cobertura universal não são sinônimos, mas que muitas vezes são tomados como tal ou como duas vias para o mesmo fim, que seria garantir saúde a todas e a todos, o que resultaria em duas possíveis distorções: restrição da efetivação do direito à saúde a alguns de seus elementos ou promoção de uma resposta em saúde global para o fortalecimento dos sistemas de saúde que não condiz com o direito à saúde.

Para atender os objetivos e debater as duas hipóteses, buscamos propor uma identificação dos elementos do direito à saúde, ancorados na proteção internacional do direito à saúde por diversas convenções e documentos internacionais. Tomamos como referência para identificação de tais elementos tanto o referencial de afirmação histórica dos direitos humanos, inclusive econômicos e sociais, como o desenvolvimento de concepções políticas sobre a ideia de sistema de saúde, reconhecendo que este é o meio em que o direito à saúde se realiza, de modo que tão importante quanto a dimensão do direito em si é a dimensão que se tem da ideia de sistema.

Em seguida, realizamos análise documental das resoluções e relatórios das principais instâncias da OMS sobre o tema e de duas publicações da Organização publicadas em coautoria com o Banco Mundial. Ambas instituições são as principais promotoras do conceito de Cobertura universal de saúde e tem importante poder de influência, dentro do marco internacional, na formulação e implementação de políticas públicas e regulatórias a nível nacional.

O capítulo inicial tem a função de estabelecer um denominador comum para as discussões apresentadas nesta tese, sua função é conceituar alguns termos importantes ou apresentar o pano de fundo conceitual acerca de outros, fornecendo assim insumos para melhor compreensão do problema a ser descrito nas próximas etapas.

Passaremos assim pelos conceitos de sistemas de saúde, serviços de saúde (ou assistência à saúde), saúde pública e saúde coletiva, tecnologia de saúde, vigilância em saúde e gastos catastróficos em saúde. Esses são conceitos alheios ao universo do direito e típicos de outras áreas do conhecimento, como a saúde e a economia.

Nosso objetivo é fornecer noções elementares sobre esses termos, que servirão de insumos indispensáveis para a compreensão da discussão seguinte. Neste capítulo também, duas seções são dedicadas ao aprofundamento sobre dois tópicos relevantes: sistemas de saúde e saúde global. Na discussão sobre sistemas de saúde, um documento central é o Relatório Mundial da Saúde de 2000, publicação referência da OMS, colocado em perspectiva e utilizado como ponto de partida da ideia de sistema de saúde, mas não como concepção final sobre o tema.

O capítulo seguinte tem por objetivo conceituar o direito à saúde. São apresentados aspectos de seu desenvolvimento histórico, seus elementos intrínsecos e a forma em que são utilizados no contexto de sua proteção internacional, com especial destaque para a Recomendação n. 14 do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, mas também a partir da discussão acadêmica sobre o tema. Pretendemos com esse capítulo esclarecer os caminhos que percorreremos para analisar o conceito ou mesmo os conceitos de cobertura universal de saúde.

Utilizamos para ilustrar este capítulo, a proteção jurídico-constitucional que o ordenamento brasileiro confere ao direito à saúde. A função principal dessa escolha é fornecer insumos para a discussão sobre a relação entre direito e cobertura universal. O Brasil reconhece a saúde enquanto direito e formulou em sua história recente um riquíssimo conjunto de elementos constitucionais associados a esse direito, sendo um dos melhores exemplos para ilustrar o conceito.

O quarto capítulo fornece o resultado da análise documental sobre Cobertura universal de saúde na OMS e em outras instâncias internacionais, especificamente a Assembleia Geral das Nações Unidas e declarações internacionais sobre o tema. Trata-se tanto de documentos formulado em linguagem jurídica, especialmente na forma de resoluções, quanto relatórios que subsidiam as discussões. Neste ponto, um documento em particular emerge com centralidade, o Relatório Mundial da Saúde de 2010, tendo uma seção específica dedicada a si. Buscamos também apresentar os elementos principais da governança da Organização.

Finalmente o capítulo final é dedicado à discussão das ideias apresentadas nos capítulos anteriores. Buscamos retomar de forma sintética, a relação entre sistemas de saúde, direito à saúde e cobertura universal, especialmente no intuito de articular estes dois.

A Cobertura universal de saúde pode ser compreendida, em determinados contextos, como um imperativo global que substitui, no plano político, a busca pelo

direito à saúde. Nesse sentido, apresenta-se como um objetivo distinto e por vezes até antagônico à efetivação do direito. Não por implicar necessariamente em retrocessos ou violações, mas por reduzir o escopo da obrigação dos Estados em relação aos sistemas de saúde e até mesmo a ideia de saúde.

Em outro sentido, a Cobertura universal pode ser entendida como meio de realização do direito. Se assim for, há que se tomar o cuidado de que ela seja devidamente situada entre os vários elementos do direito à saúde e de que não viole o princípio do não retrocesso social ou leve à inclusão errônea de elementos da efetivação do direito sem relação com o problema que se propõe a resolver.

Nesta acepção, a estratégia global de cobertura deve ser adstrita ao que se propõe a enfrentar, isto é, o fim do risco financeiro, o que possivelmente não lhe conferiria a centralidade que tem, por exemplo, na Agenda 2030.

Capítulo 1 - Elementos conceituais

1.1 Apresentação do capítulo

Este capítulo possui duas funções para objetivos deste trabalho: conceituar e contextualizar. Ainda que seja desenvolvida no campo científico do direito, trabalharemos com conceitos de outras áreas, não necessariamente por opção de abordagem, mas especialmente por compreendermos que a complexidade do tema demanda introdução a elementos conceituais da área da saúde e a devida contextualização dos elementos políticos que cercam as mudanças que aqui discutiremos.

Muitas vezes o direito objetivo, isto é, o ordenamento jurídico, vale-se de termos, conceitos e definições que não lhe são próprios. O contrato, por exemplo, é um conceito jurídico bem desenvolvido, sedimentado em séculos de discussões acerca de seus elementos e de sua natureza. Por outro lado, na medida em que o Estado passa a assumir mais funções e ter de expressa-las por via do direito, surgem conceitos externos ao campo jurídico que se tornam fundamentais para a devida efetivação da norma.

Termos como "equidade em saúde", "promoção de saúde", "integralidade" ou "participação comunitária em saúde" desenvolvem-se fora do mundo jurídico e são a ele incorporados, produzindo importantes desafios para os operadores do direito.

Este capítulo se propõe a enfrentar essa primeira questão lidando com elementos típicos do universal conceitual da saúde, exercendo sua primeira função de conceituar. Passaremos por conceitos relevantes, que estarão presentes nas discussões seguintes.

Nossa função aqui é a de indicar noções elementares, ou seja, de sugerir aspectos fundamentais acerca de cada um desses tópicos e de apresentar a quem lê quais pressupostos estamos considerando para análise. Foge do nosso escopo, qualquer problematização mais sofisticada acerca de cada um desses conceitos. Outra função deste capítulo, acessória, é dirimir dúvidas acerca da tradução. A maior parte dos documentos que analisaremos é escrita em língua inglesa.

De modo a sanar qualquer questão semântica no processo de tradução, optamos por explicitar sempre o texto original e por abordar alguns pontos neste capítulo e em notas ao longo do texto.

A segunda função deste capítulo é contextualizar. Buscamos, enquanto fim geral, discutir aspectos relacionados à Cobertura universal de saúde, estratégia global preconizada por importantes organizações. Pareceu-nos importante identificar dois

debates enquanto pano de fundo de nossa análise: a questão em torno do conceito de sistema de saúde e as principais mudanças no campo da Saúde Global ocorridas nas últimas décadas, especialmente nos anos que nossa análise cobre.

Assim como para os elementos conceituais relevantes, nossa pretensão não é exaustiva, mas sim indicar o cenário maior em que o tema se insere, sem o que correríamos o risco de apresentar o problema de forma descolada de seus fundamentos maiores.

1.2 Elementos conceituais relevantes

1.2.1 Sistemas de saúde e Serviços de saúde

O conceito de sistema de saúde é dos mais essenciais para a discussão das questões atinentes a este trabalho, possuindo diversas acepções, de forma que terá um tópico dedicado somente a si. No entanto, uma distinção inicial que se faz importante é a de que sistema de saúde não é sinônimo de conjunto de políticas públicas de saúde de um país, ainda que agrupadas institucionalmente de forma sistêmica.

Da mesma forma, o conceito de sistema saúde não corresponde a uma estrutura prescritiva, ou seja, definido de forma normativa, por exemplo por definições legais. Além disso, o sistema de saúde não se restringe ao conjunto dos serviços de saúde, nem públicos nem privados nem sua soma. Nosso ponto de partida é a compreensão do sistema de saúde como o conjunto de todos os elementos existentes em um território voltados à melhora da saúde.

Essa perspectiva, bastante ampla, que apresentaremos melhor adiante, transcende a ideia de serviços e inclui diversas ações. Na língua inglesa, há uma distinção clara entre os termos “health” e “health care”, que não é tão difundida na língua portuguesa para nomenclatura de instituições. O termo “health care” é utilizado como significado de serviço de assistência à saúde, isto é, serviço prestado diretamente ao usuário de promoção, prevenção, cura, reabilitação ou de cuidados paliativos, enquanto “health” corresponde a um conceito mais amplo, que engloba outros elementos da saúde, incluindo seus determinantes sociais e políticas de outros setores, como nutrição, saneamento básico, habitação e educação. Desse modo, o termo “health systems” (literalmente sistemas de saúde) remeteria a essa perspectiva mais abrangente.

Neste trabalho, tomamos como pressuposto dois elementos do conceito de sistema de saúde: caráter descritivo e abrangência. Identificamos o caráter descritivo, em oposição a uma natureza prescritiva, pois o sistema não é definido por normas, mas sim

pelas condições dadas pela realidade, incluindo todos os aspectos econômicos, sociais e políticos pertinentes, institucionais e não institucionais.

Já a abrangência é identificada por permitir a inclusão de todos os fatores acima mencionados. Não partiremos, ao menos neste ponto, de um conceito referência de sistema de saúde já fechado, uma vez que a própria discussão em torno disso é objeto de interesse deste trabalho e está vivamente presente nos documentos analisados[4]. Por outro lado, para se descrever a rede de serviços de saúde, serão utilizados termos como sistema de assistência à saúde ou sistema de serviços de saúde, forma inclusive utilizada na tradução do termo "health care"[5], quando necessária.

Compreendemos aqui, a título de esclarecimento, que nenhum dos dois conceitos, sistema de saúde e sistema de serviços de saúde, equivalem ao conceito de sistema presente no termo Sistema Único de Saúde (SUS), instituição do direito brasileiro voltada à realização do direito à saúde. O SUS, do ponto de vista institucional, é uma criação jurídico-política que serve como conjunto sistêmico de políticas públicas e regulatórias, nos termos da Constituição Federal e da legislação sanitária, para realização do direito à saúde, que abrange inclusive diversas ações para além dos serviços de saúde.

Em outras palavras, o SUS é um conceito institucional e prescritivo[6], pois é definido por normas jurídicas estatais, com maior ou menor eficácia na realidade fática. Sem dúvidas, ocupa parte fundamental e central no sistema de saúde brasileiro, mas a descrição completa deste sistema envolveria outros elementos, como a rede privada, tanto de venda de serviços quanto de tecnologias de saúde, incluindo sua relação econômica

[4]A questão do referencial teórico sobre sistemas de saúde será melhor desenvolvida adiante.

[5]Entre os documentos analisados, o termo aparece também escrito como "healthcare" e "health-care".

[6]Aith, em suas considerações sobre o conceito do SUS, escreve: "O SUS representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sanitário brasileiro na medida em que integra e organiza diversas outras. O Sistema Único de Saúde é composto pelo conjunto de instituições jurídicas responsáveis pela execução de ações e serviços públicos de saúde. Trata-se de um sistema que define, harmoniza, integra e organiza as ações desenvolvidas por diversas instituições-organismos de Direito Público existentes no Brasil, (...). In: AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. p. 380.

com a rede pública, a saúde suplementar e outras políticas públicas com impacto sobre a saúde, por exemplo na área de nutrição e de educação[7,8].

1.2.2 "Public Health", Saúde Pública e Saúde Coletiva

O termo saúde pública é comumente associado a diversos temas que tenham relação com questões coletivas de saúde, inclusive como forma de designar o serviço público de assistência à saúde, seja em veículos midiáticos seja no nome de instituições acadêmicas, como a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, seja em acordos internacionais como o Acordo sobre aspectos de propriedade intelectual relacionados ao comércio (TRIPS). Sua conceituação nos é particularmente importante, por que diversos documentos que analisamos usam o termo, em inglês, "public health", traduzido literalmente para saúde pública. Há uma concepção específica nesse sentido.

Tradicionalmente, saúde pública é um conceito associado a atividades que na legislação brasileira contemporânea estão adstritas ao âmbito da vigilância em saúde, como monitoramento e atividades preventivas, a exemplo da imunização. A escala das atividades de saúde pública, compreendidas nesse sentido, é a das populações e não do indivíduo ou, em outras palavras, é da atividade epidemiológica e não da atividade clínica. Dentro dessa ideia, a saúde pública, enquanto conceito, não incluiria os serviços de saúde, por exemplo, ainda que prestados pelo Estado.

Uma compreensão melhor do que seriam atividades de saúde pública, dentro do contexto internacional, pode ser encontrada no Regulamento Sanitário Internacional de 2005, convenção adotada pela OMS, cujo propósito e abrangência são: "prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional

---

[7] Observa-se que, do ponto de vista jurídico institucional, a legislação brasileira evoluí nos últimos anos para precisar o que estaria na alçada do SUS, por exemplo, no art. 200 da Constituição Federal, de forma exemplificativa e na definição de Ações e Serviços Públicos de Saúde, na Lei Complementar n. 141, de 2011, que o faz de forma taxativa. Além disso, algumas políticas importantes para o sistema de saúde, como de nutrição, assistência social e de saneamento básico estão institucionalmente fora do SUS, parcialmente no caso da nutrição e integralmente no caso da assistência social, estruturada no Sistema Único de Assistência Social – SUAS e do saneamento.

[8] As tensões entre o sistema de saúde brasileiro e o SUS constitucional, especialmente pela ótica das relações entre o sistema público e o mercado de seguros de saúde, é debatida em diversas publicações, por exemplo, em perspectiva econômica pelo economista Carlos Octávio-Ocké Reis. OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais."[9]

No Brasil, que também ratificou o RSI, essas atividades estão inseridas, conforme dito, nas ações e atividades de vigilância em saúde, que compreende a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental e a vigilância em saúde do trabalhador. São reguladas em conjunto de leis[10] e são definidas com precisão pela Política Nacional de Vigilância em Saúde, de 2018, que define a vigilância em saúde como:

> "(...) processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças."[11]

Convém notar que o termo saúde pública foi alvo de grande questionamento no Brasil ao longo da segunda metade do Século XX, especialmente ao longo da Reforma Sanitária brasileira, em um debate que originou o termo Saúde Coletiva, amplamente utilizado no meio acadêmico nacional[12].

Essa discussão, de fundo essencialmente epistemológico, está associada a contestação de uma ideia difundida desde o início do Século XX de que a saúde, enquanto bem coletivo, permitiria segmentações claras entre ações de saúde pública – fortemente associadas à medicina preventiva - e ações de assistência. A ideia do conceito de Saúde

---

[9]AGÊNCIA NACIONAL DE VIGIÂNCIA SANITÁRIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Regulamento Sanitário Internacional: RSI - 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, pág 11.** Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/documents/375992/4011173/Regulamento+Sanit%C3%A1rio+Internacional.pdf/42356bf1-8b68-424f-b043-ffe0da5fb7e5> p. 13. Acesso em 14.set.19.

[10]No ordenamento brasileiro, a vigilância sanitária é disciplinada especialmente pela Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que trata do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, pelas Leis n. 6.360, de 23 de setembro de 1976 e n. 5.991, que tratam de medicamentos e correlatos, pelo Decreto-Lei n. 986, de 21 de outubro de 1969, que trata de alimentos. Já a vigilância epidemiológica está disciplinada pela Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. A vigilância de saúde do trabalhador e de saúde ambiental não possuem diploma legal federal específico, valendo-se também fortemente da estrutura das outras duas. As quatros áreas estão submetidas à regulação do SUS, com destaque para a Constituição Federal, a Lei n. 8.080, de 1990, a Lei n. 8.142, de 1990 e a Lei Complementar n. 141, de 2011.

[11]CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 588, de 12 de julho de 2018**. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf> Acesso em 16.jan.19

[12] Foge ao escopo deste trabalho, a apresentação do debate conceitual que originou o termo Saúde Coletiva, contudo vale mencionar que uma de suas obras fundantes foi a tese de doutorado de um dos principais nomes da reforma político-institucional brasileira, Sérgio Arouca, que discutiu a relação entre a prática da medicina preventiva, aqui mais próxima à saúde pública e sua dimensão social. Cf. AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Unesp, 2003.

Coletiva seria justamente unificar os elementos que influem sobre a saúde humana e pensar as políticas de forma conjunta. Assim, ao contrário da saúde pública, que tem uma abordagem majoritariamente epidemiológica, a Saúde Coletiva se divide em três pilares: epidemiologia, ciências humanas e sociais e política, planejamento e gestão[13]. A inclusão da dimensão dos estudos sociais na saúde seria o passo epistemológico dado pela saúde coletiva.

Apontamos, entretanto, para o fato de que essa discussão é apresentada aqui somente como nota. A forma como o termo saúde pública aparece nos documentos internacionais ou mesmo na legislação brasileira sobre vigilância em saúde não partem necessariamente dos pressupostos epistemológicos do que se concebia como saúde pública em oposição a saúde coletiva.

O principal ponto desta seção é apontar para o uso do termo saúde pública em documentos internacionais eminentemente como atividades de controle e monitoramento de doenças, tendo o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 como principal referência.

[13] Para uma discussão detalhada sobre o conceito de saúde coletiva, cf. PAIM, JS. Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva? In: Desafios para a saúde coletiva no século XXI[online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 139-153. ISBN 978-85-232-1177-6. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org> Acesso em 16.ago.2019

1.2.3 Atenção Primária à Saúde e seus múltiplos sentidos, inclusive Atenção Básica

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) é central para os fins deste trabalho. Desde a década de 70, sobretudo com a Declaração de Alma-Ata em Cuidados Primários em Saúde, a APS ganhou centralidade na discussão internacional. Faremos aqui apenas algumas considerações de caráter conceitual. De forma simplificada, a APS pode ser compreendida tanto em um sentido político, como ordenadora do sistema de saúde, quanto simplesmente como nível de atenção da rede de serviços de saúde, destinada a atender condições que exigem menor complexidade, conforme explica reconhece o *Relatório Mundial de Saúde de 2000*[14].

A Declaração de Alma-Ata define os cuidados primários de saúde como:

> "cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. "[15] (Grifos nossos)

Neste segundo sentido, temos que a assistência à saúde, ou seja, os serviços de saúde que atendem às pessoas individualmente para realização de atividades de prevenção, como imunizações, diagnósticos, tratamentos, reabilitação e cuidados paliativos pode ser dividida em níveis de atenção. A APS, isto é, o primeiro nível, ficaria responsável por ser a porta de entrada do sistema e por resolver questões mais simples, com atenção profissional de baixa complexidade e pouca densidade tecnológica.

Na medida em que a complexidade e a densidade tecnológica aumentam, ou seja, na medida em que há maior demanda por profissionais mais especializados e mais tecnologias de saúde, por exemplo, aparelhos diagnósticos, sobe-se um nível de atenção. Caberia à atenção primária resolver questões rotineiras, como imunização e

---

[14] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.

[15] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNICEF. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde.** Alma-Ata. URSS. 1979. Disponível em: < https://web.archive.org/web/20090419121612/http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso em 15.set.19.

acompanhamentos de doenças crônicas sem complicações; à atenção secundária, a atenção hospitalar e ambulatorial e ao nível terciário, procedimentos com exigência de mais especialidades ou mais densidade tecnológica, por exemplo, oncologia, cirurgias e transplantes.

Essa ideia, no campo da saúde é especialmente desenvolvida por *Barbara Starfield*, em publicação de referência traduzido para o português pelo Ministério da Saúde e pelo escritório da UNESCO no Brasil[16], caracteriza a APS por quatro características principais: porta de entrada do serviço de saúde, estando para tal mais próxima da população, continuidade do cuidado ou abordagem longitudinal, isto é, existe vínculo constante entre o serviço e o usuário, que é constantemente acompanhado, integralidade, ou seja, o nível primário deve dar uma resposta a todas as demandas de saúde, ainda que seja o encaminhamento a outro nível de atenção e coordenação do cuidado do usuário, ainda que parte dele seja realizado em outro nível.

Vale notar também que a APS pode ser interpretada, em outros contextos, especialmente o de seguros privados de saúde ou de medidas para conter a escassez de profissionais especialistas em sistemas públicas, com funções mais restritas, operando apenas como nível de atenção que é responsável por filtrar a demanda em saúde e realizar o seu encaminhamento ao profissional especializado indicado, quando necessário[17]. Nesse sentido, o profissional de APS, especialmente o médico generalista, é muitas vezes indicado como exercendo a função de *gatekeeper*, isto é, alguém que escolhe quem pode ou não entrar no sistema.

Finalmente, devemos notar, que no mesmo sentido em que se diferenciou saúde pública e saúde coletiva no debate acadêmico brasileiro, particularmente no contexto da Reforma Sanitária, também houve certa diferenciação entre os termos APS e o termo Atenção Básica.

Grande parte do que se compreende no debate internacional como APS, no Brasil atual, lê-se por Atenção Básica, que está expressa inclusive nas políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Básica. Mais recente, mudanças institucionais na organização da gestão pública, reintroduziram o termo atenção primária em saúde, por

[16]STARFIELD, Barbara. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Oxford University Press, EUA, 1998.
[17]GREENFIELD, Geva; FOLEY, Kimberley; MAJEED, Azeem. **Rethinking primary care's gatekeeper role**. Bmj, v. 354, p. i4803, 2016.

exemplo, na Secretaria de Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde, criada em 2018.

A ideia de Atenção Básica está normatizada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma das políticas estruturantes do SUS, que indica de forma expressar que o termo Atenção Básica é sinônimo de APS (Art. 1º, Parágrafo único) e a define como:

> "o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária."[18]

Destacamos ainda que a ideia de Atenção Básica, tomando a PNAB por referência, está intimamente ligada à ideia de Rede Atenção à Saúde, indicando inclusive alternativa para organização dos níveis de cuidado em relação aos níveis de atenção ou à ideia de . A política estabelece ainda como princípios da Atenção Básica, a universalidade, a integralidade e a equidade; e como diretrizes, a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adstrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede e a participação da comunidade.[19]

A Atenção Básica tem assim sentido normativo próximo àquele expresso na Declaração de Alma-Ata e distante da ideia de APS enquanto mero nível de atenção ou *gatekeeper*.

1.2.4 Tecnologia de Saúde

O conceito de Tecnologia de Saúde aparece reiteradamente nas discussões sobre política de saúde e nos documentos analisados, merecendo esclarecimento. A OMS entende tecnologia de saúde como "aplicação de conhecimento organizado e de habilidade em forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde ou melhorar a qualidade de vida"[20].

---

[18] BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* Diário Oficial da União. Brasília. 2017

[19]Ibidem

[20]Tradução livre de "application of organized knowledge and skills in the form of devices, medicines, vaccines, procedures and systems developed to solve a health problem and improve quality of lives." In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHA60.29 Health Technologies**. Sixtieth World Health Assembly. Genebra, 2007. Disponível em: < https://www.who.int/healthsystems/WHA60_29.pdf?ua=1> Acesso em 27.mar.19.

A legislação brasileira trata do tema em sua Lei 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias de saúde. O dispositivo é responsável pela criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e criou a definição contemporânea no direito brasileiro de tecnologia de saúde, compreendida como medicamento[21], produto de interesse para a saúde ou procedimento terapêutico, em regime domiciliar, ambulatorial ou hospitalar. A lei define ainda os produtos de interesse para a saúde como órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos.

A discussão sobre tecnologias de saúde é particularmente relevante para os sistemas de assistência à saúde no que toca à sua incorporação a listas institucionais[22] que definem o que deve ou não ser fornecido pelos sistemas. Está associado a esse procedimento, o processo de Avaliação de Tecnologias de Saúde, ou simplesmente ATS, que envolve a definição de critérios objetivos para incorporação ou não de determinada tecnologia a uma lista. São critérios possíveis: custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade[23]. Alguns sistemas públicos, como o britânico, estabelecem ainda um limiar de custo-efetividade, ou seja, um limite para a definição de custeio de tecnologias[24].

---

[21]A título de esclarecimento, vale destacar que, ao contrário do que pode ser interpretado da leitura dos documentos da OMS, a regulação sanitária brasileira inclui expressamente as vacinas na definição de medicamento, especificamente entre os medicamentos biológicos. Tal definição pode ser encontrada na RDC n. 55, de 16 de dezembro de 2010 da ANVISA.

[22] São exemplos no Brasil: a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename; a Relação Nacional de Serviços – Renases e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde de Saúde Suplementar

[23] Diversos são os critérios econômicos para a definição da comparação entre custos e benefícios de um medicamento ou de outras tecnologias de saúde. Três particularmente se sobressaem: análise de custo-benefício, que compara exclusivamente custos da tecnologia com ganhos exclusivamente financeiros, custo-efetividade, que compara custos da tecnologia com desfechos clínicos, em geral e custo-utilidade, que busca considerar não apenas o desfecho clínico quantitativo (por exemplo, índice de cura de determinado medicamento), mas também aspectos qualitativos, como, por exemplo, quanto de melhora na qualidade de vida um medicamento efetivamente pode promover. Tomando como, exemplo, um medicamento oncológico que garante uma sobrevida de, em média, 3 anos, mas com sérios comprometimentos das atividades de vida diária, teríamos que seu custo-utilidade não considerará a margem de três anos, mas sim de três anos ajustado à qualidade de vida. O principal índice utilizado para medir essa função são unidades de QALY ("quality adjusted life year"). Um outro índice comumente utilizado é o chamado DALY ("disabilty adjusted life year"), utilizado para medir o impacto econômico de doenças, especialmente crônicas, na vida das pessoas e nos sistemas de saúde. Cf. HOMEDES, Nuria. **The disability-adjusted life year (DALY) definition, measurement and potential use**. World Bank, 1996.

[24] Um limiar muito baixo em um sistema de acesso universal poderia reduzir significativamente a quantidade de tecnologias de saúde incorporadas nas listas institucionais. O NHS, sistema público britânico, se vale, desde o ano de 1999, de um limiar de custo utilidade utilizado pelo seu órgão de ATS, NICE, na avaliação de cada a medicamento. O limite é uma quantidade específica de libras esterlinas por QALY. Para aprofundamento na discussão econômica do caso inglês. Cf. APPLEBY, John; DEVLIN, Nancy;

1.2.6 Gastos catastróficos em saúde

O conceito de gasto catastrófico em saúde está ligado aos pagamentos por desembolso direto ou simplesmente pagamentos diretos[25], que são recursos financeiros desembolsados diretamente pelo usuário do sistema no momento em que necessita do serviço de saúde, incluindo aquisição de tecnologias de saúde, como medicamentos.

O gasto catastrófico em saúde, ou mesmo a situação de desastre financeiro, aconteceria quando uma família dispende em pagamentos diretos em saúde um percentual de sua renda que acaba por comprometer sua subsistência, isto é, afetar o consumo de outros bens e serviços essenciais, como alimentação e moradia.

A ideia de gasto catastrófico pode acontecer mesmo em seguros privado de saúde, que ainda que sejam estruturas de pré-pagamento, podem demandar pagamentos no momento do uso do serviço, por exemplo, por meio franquias e coparticipações, além do que a renda média permite custear.

Não há, de acordo com diversas revisões bibliográficas sobre o tema, a OMS e o Banco Mundial um percentual preciso de pagamentos diretos dentro da renda doméstica que quantificaria o gasto catastrófico, existindo abordagens que variam de 5% até 25% de mínimo de comprometimento para caracterizar desastre financeiro por gastos em saúde. Uma das publicações de referência no tema[26], amplamente citada, inclusive pela OMS, realizou uma análise em diversos países com metodologia própria utilizando um percentual de 40%, mas ainda reconhecendo outras possibilidades.

Ainda assim, no marco dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a OMS e o Banco Mundial trabalham como percentuais mínimos para serem considerados como gastos catastróficos de 10% do consumo total, 25% da renda ou ainda 40% do consumo não destinado à alimentação[27].

Outros dois pontos relevantes acerca dos gastos catastróficos em saúde são a ideia de risco financeiro, ou seja, a situação em que as pessoas estão sob risco de incorrerem

---

PARKIN, David. **NICE's cost effectiveness threshold**. BMJ. 2007. Disponível em: < https://www.bmj.com/content/335/7616/358> Acesso em 24.out.2018.

[25] Em inglês, o termo geralmente utilizado é “out-of-pocket payments” ou pagamentos direto do bolso, em tradução literal.

[26] XU, Ke et al. **Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis**. The lancet, v. 362, n. 9378, p. 111-117, 2003.

[27]WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT/THE WORLD BANK. **Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report.** World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2017. p. 36.

em um gasto catastrófico por não estarem cobertas, e o fenômeno do empobrecimento por dispêndio de recursos financeiros em saúde, isto é, a situação em que pessoas tem seu nível de renda reduzido por conta de gastos com serviços de saúde. Conforme veremos mais adiante, esse fato assume função relevante na mensurabilidade da proteção contra o risco financeiro.

1.3 Sistemas de Saúde

1.3.1 Apresentação

A discussão política acerca da Cobertura universal de saúde insere-se em um tópico mais amplo associado a sistemas de saúde, conforme se pode extrair da análise dos documentos da OMS. Ainda que todos os temas estejam mais ou menos associados aos sistemas de saúde, o que buscamos debater nesta seção é o sistema em si, ou seja, seu conceito, suas formas de aprimoramento e quais parâmetros utilizados para caracterizar seus elementos. A proposta de se debater o conjunto das ações, incluindo serviços, de saúde enquanto sistema e não enquanto políticas específicas, segmentadas, por exemplo, em patologias está no cerne da cobertura universal e conforme se verá é um tanto recente.

De forma mais precisa, tomamos como um marco divisor no debate sobre sistemas de saúde dentro da OMS, o "Relatório Mundial da Saúde de 2000 - Sistemas de Saúde: melhorando a performance"[28], que propôs parâmetros claros para se compreender um sistema de saúde. Tal documento não será nossa única referência para tal, mas sim um ponto de partida para a apresentação do tema, especialmente pelo seu esforço de recuperação histórica que faz. As críticas, bem como a forma que compreendemos sistema de saúde para os fins deste trabalho serão expostas mais adiante.

O Relatório Mundial da Saúde é uma publicação oficial da OMS, cuja primeira edição data de 1995. Sua função, de acordo com a Resolução EB93(6)[29], que o concebeu, é reunir informações sobre o status global da saúde e das atividades da OMS. Ele é encomendado pelo Secretariado da OMS, que estabelece seu enfoque temático. O Relatório Mundial da Saúde de 2000 foi um marco em estabelecer parâmetros para definição e avaliação de sistemas de saúde. Sua razão de ser, conforme sua própria apresentação, foi a necessidade de se abordar a questão dos sistemas de saúde sob o ponto de vista da eficiência, de forma a assegurar mais saúde sem necessariamente elevar custos.

---

[28] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.

[29]

1.3.2 Elementos sobre a história dos sistemas de saúde

A organização dos Estados modernos em torno da questão sanitária é antiga e se deu inicialmente por três razões: comercial, preventiva e política. No campo comercial, a organização de Estados remonta conferências de saúde ainda no século XIX, que tinham como preocupação central aspectos relacionados ao comércio, especialmente à circulação de pessoas e de mercadorias e aos riscos associados à disseminação de doenças. *Markel*, em publicação retoma que esse espírito esteve presente na primeira conferência sanitária da história, realizada em Paris, em 1851, com o objetivo de se conter a cólera, bem como na criação da primeira agência sanitária internacional, que mais tarde se tornaria o escritório regional da OMS para as Américas.[30]

No mesmo período, o avanço científico concluiu que a disseminação de doenças infectocontagiosas está associada a vetores, por exemplo, com o caso da malária. Em situações específicas de guerras, com destaque para a Guerra Civil Norte-Americana e para a Guerra dos Bôeres, na África do Sul, nota-se que as mortes, em ambos os lados, estão mais associadas a doenças e infecções do que a perdas em combate. Essa preocupação se reverte em ações de saúde pública, sobretudo voltadas ao campo preventivo. Esse enfoque essencialmente preventivo também esteve associado ao crescimento urbano e à industrialização[31].

O enfoque dos Estados modernos em ações preventivas antecede assim de certa forma o enfoque em assistência. Conforme já discutido na seção conceitual, a preocupação pública com a saúde entre os Estados modernos surge dentro de uma separação muito clara entre as ações ditas de saúde pública e as ações de assistência à saúde. A saúde pública foi marcada por intervenções de cunho coletivo, em escala epidemiológica com o objetivo primordial de conter a propagação de doenças, por exemplo, por via de medidas sanitárias. Além de a assistência ser objeto de atenção e de gestão de outros setores do Estado que não os mesmos preocupados com as ações de saúde pública, ela surge posteriormente na história moderna.

A organização de sistemas nacionais de saúde que se preocupassem com a assistência tem um marco inicial importante na Alemanha, nas últimas décadas do século XIX. Otto Von Bismarck, então Chanceler alemão, vê a necessidade de criar um sistema de proteção social aos trabalhadores. Seus objetivos eram conter o avanço de forças

---

[30] Markel, H. (2014). Worldly approaches to global health: 1851 to the present. *Public Health*, *128*(2), 124-128.
[31] Idem

socialistas que ganhavam terreno político denunciando as contradições da industrialização, especialmente as condições de vida precárias da classe laboral e para assegurar proteção mínima aos operários, algo com inclusive com impactos positivos na economia como um todo.

Desse modo, ao longo da década de 1890, o Parlamento Alemão aprova três diplomas legais que formariam as bases para esse sistema, incluindo a assistência à saúde: a Declaração de Seguro em Saúde, em 1883, a Declaração de Seguro para Acidentes de Trabalho, em 1884 e a Declaração do Seguro para Pessoas com Deficiência e em Idade Avançada, em 1889[32][33].

O modelo inaugurado por Bismarck consistia em um sistema securitário em que trabalhadores, empregadores e Estado contribuiriam para um fundo administrado pelo poder público que custearia serviços de saúde básicos, inclusive a desempregados.

Neste sistema, o provimento de serviços é eminentemente privado, cabendo ao Estado somente exercer a função de administrar os recursos e pagamentos. A prestação de serviços também segue uma dinâmica de compra e venda, ainda que subsidiada pelo poder público. Convém notarmos ainda que, em seu surgimento, o seguro social alemão se articulava com outros sistemas securitários especiais, constituídos de forma voluntária para segmentos populacionais específicos, por exemplo, cobertura para doenças pulmonares voltada a mineiros.

O modelo securitário alemão se deu, conforme nos explica *Dallari*[34] ao analisar o surgimento dos sistemas de saúde e sua relação com o Direito Sanitário, no marco do chamado modelo de seguro alpino[35]. A autora retoma o autor francês *Pierre Ronsavallon*[36], que aborda a transição do Estado liberal para o Estado Social e identifica a diferença entre o modelo de seguro alpino, desenvolvido historicamente em países como Alemanha, Áustria, Bélgica e Japão e o modelo de seguro marítimo, originário na Inglaterra e que encontra terreno fértil para expansão nos EUA.

A diferenciação é importante, pois são modelos de seguro completamente distintos e o seguro social de Bismarck nasce dentro do primeiro. O modelo alpino (ou

---

[32]LOPES JÚNIOR, Nelson Martins. "Direito Previdenciário: custeio e benefícios" São Paulo: Rideel, 2011. p. 36

[33] TAYLOR, Alan John Percival. **Bismarck – the man and the statesman.** Penguin,1995.p 2-4

[34] DALLARI, Sueli. **O Sistema Único de Saúde.** In: NUNES JR, Vidal Serrano (org.). **Enciclopedia Jurídica da PUCSP**. São Paulo. Pontificia Universidade Católica, 2017

[35] Originário dos Alpes.

[36] ROSANVALLON, Pierre. **La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence**. Le seuil, 2015.

renano[37]) é baseado na solidariedade social e tem forte ligação com o traço corporativo existente nesses países, em que os trabalhadores nas indústrias tem maior participação, inclusive na governança corporativa, e os modelos de seguro são visto sobre tudo como realizadores da função social de mutualismo.

Já o modelo marítimo nasce na perspectiva de segurar empreendimento comerciais fora do território inglês e está menos alçado na ideia de proteção social e mais na ideia de liberdade de contratar. As diferenças entre os dois são bem descritas por *Michel Albert*[38], autor que após ocupar uma posição diretiva relevante na seguradora francesa AIG se defronta com intensa regulação pública no mercado de seguros suíço, em que até o preço dos prêmios são regulados, que ele tinha até então como extremamente liberal. O modelo marítimo, no início do século XX, não é aplicado na saúde, mas, conforme a professora enuncia adquire esse lugar econômico no sistema de saúde dos EUA.

Com o avanço do tempo, o modelo alemão sofreu importantes revisões, ampliando seu escopo de cobertura pela incorporação de mais procedimentos e ações, assim como incluindo mais segmentos populacionais, sem, no entanto, perder suas características essenciais descritas acima. O modelo securitário expandiu-se pela Europa, logo sendo adotado por outros países, como a Bélgica, em 1919 e a Noruega, em 1923[39].

De certa forma, traços desse modelo também chegam ao Brasil, em 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves[40], que formava as Caixas de Aposentadoria e Pensão, primeira articulação nacional que serviu de embrião ao sistema de seguridade social brasileiro, que se desenvolveu nas décadas seguintes em fortes bases securitárias.

Ao longo da Segunda Guerra Mundial, parte relevante da estrutura dos sistemas de saúde foi destruída ao mesmo tempo em que os confrontos armados, inclusive após o fim da guerra, aumentaram em muito a demanda por serviços. O conflito teve altíssimo impacto sobre a organização dos sistemas de saúde.

O retorno de combatentes com sequelas diversas, por exemplo, abriu espaço para a criação das ciências da reabilitação, executadas por profissionais de fonoaudiologia,

---

[37] Originário do Rio Reno, especialmente por cortar a Alemanha.
[38] ALBERT, Michel. **Capitalism against capitalism**. John Wiley & Sons Incorporated, 1993.
[39] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.
[40] BRASIL. **Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** *Crea, em cada uma das emprezas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos ernpregados.* Disponível em : < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html > Acesso em 23.mai.2018

fisioterapia e terapia ocupacional[41]. Um dos impactos mais notáveis foi a criação de sistemas de acesso universal, especialmente no Reino Unido, em decorrência tanto do aumento vertiginoso da demanda por serviços quanto de um sentimento de unidade e solidariedade no pós-guerra expressada também pela universalização do serviço público.[42]

O sistema britânico, chamado de Serviço Nacional de Saúde[43] ou simplesmente NHS, teve suas bases no Relatório "Seguro Social e Serviços Associados". O documento consistia em diretrizes para a construção de um sistema nacional de proteção social para o Reino Unido e fora escrito pelo economista William Beveridge, que emprestou seu nome ao relatório e ao próprio modelo de organização pública do sistema de saúde, comumente nomeado como "beveredgiano".

O Relatório Beveridge preconizava a construção de um sistema de saúde de acesso universal, isto é, um sistema custeado pelo orçamento público, com recursos financeiros oriundos de tributos, administrado pelo próprio Estado e que garanta acesso a toda população sem qualquer distinção a um conjunto de procedimentos e tecnologias de saúde limitadas não por condições de saúde mas por respostas mais custo-efetivas (em outras palavras, dada, por exemplo, uma determinada doença, o Estado precisa fornecer algum tratamento eficaz, ainda que não seja o tratamento que o usuário deseja. Essa é escolha é feita, em geral, por análises que comparam custos e benefícios)[44].

O NHS rompia assim com a forma de organização securitária estabelecida por Bismarck em pelo menos três pontos. Inicialmente o financiamento não seria oriundo de contribuições sociais destinadas especificamente para aquele fim, como em um modelo de seguro, mas sim por impostos das mais variadas fontes, integrando os custos do sistema às despesas públicas ordinárias.

Tão importante quanto, o Estado passa a desempenhar a função de prestador de serviços de saúde, organizando fluxos de assistência, contratando força de trabalho e comprando insumos e tecnologias de saúde diretamente do setor produtivo.

Por fim, como consequência disso, rompe-se a dinâmica de compra e venda de serviços de saúde, que passam a ser ofertados sob outros critérios associados ao

---

[41] BACHA, Stella Maris Cortez et OSÓRIO, Alda Maria do Nascimento. **Fonoaudiologia e educação: uma revisão da prática histórica.** *Rev Cefac*, 2004, vol. 6, no 2, p. 215-21.
[42] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.
[43]Tradução livre de "Serviço Nacional de Saúde".
[44] Relatório Beveridge

planejamento estatal. Os sistemas beveredgiano e bismarckiano tornaram-se assim referências para caminhos distintos de organização pública de sistemas de saúde.

O Relatório Mundial da Saúde de 2000 formula três grandes períodos históricos acerca da atuação dos Estados nos sistemas de saúde ao longo do Século XX. Logo após a Segunda Guerra Mundial, consolida-se o papel do Estado na organização dos sistemas, especialmente nos países europeus.

Essa fase é acompanhada pela preocupação com o aumento de custos decorrentes das demandas desses novos arranjos, assim como a impossibilidade de países pobres estruturarem seus próprios sistemas. Vale dizer que esse período coincide com a independência de vários novos países na África, na Ásia e em alguns territórios americanos, que se libertavam do domínio europeu. Com isso, abre-se uma importante janela para organização de novos sistemas nacionais de políticas públicas e regulatórias em diversos setores, como saúde, educação, trabalho etc.

Frente a esse contexto, marcado também por intensas disputas ideológicas do período da Guerra Fria, surge a ideia da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do sistema, ou seja, como elemento que serviria de base para a organização do serviço de saúde, de acordo com suas funções apresentadas em nosso capítulo inicial.

O Relatório Mundial da Saúde de 2000 descreve que alguns sistemas nacionais, a partir da década de 40, lograram bons resultados sem maximização de custos a partir do desenvolvimento de estruturas a nível comunitário que cuidassem das pessoas em sua vida cotidiana e as acompanhassem preventivamente. Cuba, China, Indonésia, África do Sul e o estado indiano de Maharashtra[45] são exemplos reconhecidas pelo próprio relatório[46].

A esse cuidado primário capaz de melhorar a performance, também estiveram associadas outras intervenções para além da assistência à saúde, como em nutrição, habitação e saneamento básico. Todas essas intervenções, assim como o melhor desempenho do cuidado primário entre os exemplos citados abriram espaço para abertura da APS e formação da segunda fase histórica dos sistemas de saúde.

---

[45] FILMER, Deon et PRITCHETT, Lant. **The impact of public spending on health: does money matter?.** *Social science & medicine*, 1999, vol. 49, no 10, p. 1309-1323.

Um ponto, não mencionado no Relatório Mundial de Saúde, mas defendido por diversos autores, como *Amit Sengupta*[47], é que a organização desses novos países, que compõe o chamado Sul Global, originou, especialmente na década de 70, um movimento de pressão para que as organizações internacionais, especialmente do Sistema ONU se atentassem mais para essas nações. Esse movimento global de escopo amplo traduziu-se, por exemplo, no Movimento dos Países não-alinhados, que reuniu nações como Índia, Indonésia e Iugoslávia.

Outra expressão importante desse conjunto de iniciativas foi possivelmente a Conferência de Bandung, em 1955, dos primeiros encontros históricos sem Estados europeus ou norte-americanos, conforme identifica *Rajagopal*[48]. Em termos institucionais, esse movimento resultaria na aprovação de algumas resoluções na Assembleia Geral das Nações Unidas em referência à Nova Ordem Econômica Internacional[49] no ano de 1974.

Foi justamente a esse conceito, de nova ordem, que fazia referência e em que iria se inserir o documento que marcou essa segunda fase de abordagem dos sistemas de saúde, a Declaração de Alma-Ata em Cuidados Primários em Saúde.

Essa perspectiva, que previa uma atuação do Estado ainda mais presente na sociedade, esteve fortemente contemplada na Declaração de Alma-Ata em Cuidados Primários em Saúde, fruto da Conferência homônima organizada pela OMS e pela UNICEF na cidade de Alma-Ata, na então República Socialista Soviética do Cazaquistão, em 1978.

A Conferência e seu documento final simbolizaram um marco importante ao introduzirem no quadro normativo da OMS, a APS como elemento chave e ordenador dos sistemas de saúde e a intervenção em outros fatores para além da dimensão biomédica, como nutrição e saneamento básico, como fundamental para o cumprimento dos objetivos dos sistemas de saúde, assumindo a importância dos chamados determinantes sociais de saúde[50].

---

[47]SENGUPTA, Amit. **Promote the Health of All the People of the World: The Fortieth Newsletter (2018).** 2018. Disponível em <https://www.thetricontinental.org/newsletterissue/promote-the-health-of-all-the-people-of-the-world-the-fortieth-newsletter-2018/> Acesso em 14.nov.2019.

[48] RAJAGOPAL, Balakrishnan. **International law from below: Development, social movements and third world resistance.** Cambridge University Press, 2003.

[49] Trata-se das Resoluções 3201/74, 3202/74 3281/74

[50] O conceito de Determinantes Sociais de Saúde é objeto de amplo debate no contexto das ciências da saúde. Foge ao escopo deste trabalho abordar tais questões. Utilizaremos, como conceito de referência aquele definido pela Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde convocada pela OMS, que teve entre seus integrantes, o autor laureado com o Prêmio Nobel da Paz e com grande produção acadêmica

O conceito de APS torna-se assim elemento chave para a política da OMS, que o assume como prioritário. Desde então, no entanto, sua polissemia, ou seja, seus diversos significados possíveis guarda importantes questões. O Relatório Mundial da Saúde de 2000 assume que a conceito de APS muda de acordo com o contexto, podendo contemplar desde um nível de atenção da assistência à saúde até um conceito político amplo, que envolve uma concepção de saúde que inclui a participação comunitária e os determinantes sociais de saúde. Buscamos debater essas possibilidades conceituais na seção introdutória sobre APS.

Quatro anos após Alma-Ata, em 1981, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) adotou a Estratégia Global de Saúde para Todos até o ano 2000[51]. Tida como uma resposta política ao processo iniciado com a Declaração. A estratégia definia um conjunto de objetivo e metas em saúde a serem atingidas pelos países e tinha como perspectiva, no que toca aos sistemas de saúde, conforme reconhecido pelo Relatório Mundial da Saúde de 2000[52], o chamado Novo Universalismo, que é o conceito chave da terceira fase histórica dos sistemas de saúde.

Compreendido como uma nova concepção que unisse o objetivo de Saúde para Todos, com parâmetros mensuráveis e adstritos ao campo da saúde, o novo universalismo tomava como pressuposto o reconhecimento formal da saúde como direito, mas focava suas preocupações na realização a partir de indicadores concretos, em oposição ao que entendia como declarações com forte conteúdo político, mas pouca densidade de realização, como o espírito original da Declaração de Alma-Ata.

A partir dos anos 80, os sistemas de saúde atravessam no mundo todo mudanças relevantes, identificadas pelo relatório: a redução de recursos públicos para sistemas de saúde, em decorrência do crescimento de concepções políticas pró-mercado, que postulavam soluções contrárias à intervenção do Estado para os problemas sociais e as transições epidemiológica e demográfica, que os países de renda média começavam a atravessar.

---

em desenvolvimento econômico Amartya Sem. In: WHO COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH et WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report.** World Health Organization, 2008.

[51]WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for Health for All by the Year 2000.** Genebra. 1981. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38893/9241800038.pdf?sequence=1> Acesso em 11.out.2019

[52]WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.

Somamos a isso um elemento, que não está mencionado diretamente no relatório, mas que merece atenção por simbolizar das principais mudanças identificadas nesse cenário: a substituição do financiamento da OMS de recursos públicos advindos dos Estados-membros por recursos privados, oriundos principalmente de organizações filantrópicas e, em geral, marcados para programas específicos[53].

Em relação às concepções políticas pró-mercado, o relatório apresenta a mudança no seguinte sentido:

> "A alteração é devida parcialmente a profundas mudanças políticas e econômicas nos últimos 20 anos. Estas incluem a transformação de economias planejadas de forma centralizada para economias orientadas pelo mercado, redução da intervenção do Estado em economias nacionais, poucos controles governamentais e mais descentralização.
>
> Ideologicamente, isso significou maior ênfase em escolhas individuais e nas responsabilidades associadas. Politicamente, significou promessas e expectativas limitadas em relação a que governos devem fazer. "[54]

Em relação às transições epidemiológica e demográfica, o fenômeno é bem conhecido e descrito. A transição demográfica corresponde à inversão entre as taxas de fecundidade e de mortalidade de determinada população. Em um primeiro momento, ambas são elevadas. Em seguida, em decorrência de melhoras gerais das condições sanitárias, as taxas de mortalidade, inclusive infantil, caem fortemente ao passo que, por alterações na estrutura social e acesso a métodos contraceptivos, a taxa de fecundidade também começa a cair. Quando esse fenômeno se inicia, temos que a médio prazo, há uma tendência de grande aumento da população economicamente ativa, sem que haja um segmento populacional idoso considerável. A longo prazo, com a conclusão da transição, há o envelhecimento da população, invertendo a pirâmide etária.

Diretamente associada a esse fenômeno, está a transição epidemiológica, caracterizada pela mudança do perfil de doenças prevalentes em uma determinada população. O principal traço é o decaimento de doenças infectocontagiosas, especialmente aquelas transmitidas em condições de saneamento desfavoráveis e mais prevalentes em zonas rurais, por exemplo, malária, doença de chagas, doença do sono, picadas de cobra, e o aumento das chamadas doenças crônicas não transmissíveis, que guardam importante relação com ambientes pouco saudáveis, estilo de vida sedentário e

---

[53] LEGGE, David. **Future of WHO hangs in the balance**. Bmj, v. 345, p. e6877, 2012.
[54]WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.p.13

urbano e alimentação associada a alimentos processados industrialmente. São exemplos dessas condições de saúde: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e câncer.

Em relação ao financiamento da OMS, pouco debatido no Relatório, é amplamente reportado que a partir dos anos 80, os Estados-membros reduzem suas contribuições suas contribuições à Organização, que passa a ser financiada por atores privados, especialmente as chamadas fundações filantrópicas, com destaque para a Fundação Bill e Melinda Gates, que é atualmente a principal financiadora da OMS.

Se em 1978-79, 80% dos recursos que passam pela agência provinham de seus membros, em 2010-11, esse montante correspondia à 25%[55]. Uma ação da Organização bastante ilustrativa desse cenário é seu programa para erradicação da poliomielite. Os esforços para enfrentar apenas esta patologia correspondem a mais da metade de toda a verba da Organização e é inteiramente financiada pela Fundação Gates e pelo Rotary Club[56].

Frente a esses fenômenos, a OMS passa a adotar uma estratégia distinta do espírito político que rondou a Conferência de Alma-Ata, consubstanciada no Novo Universalismo. A então Diretora-Geral da OMS, Gro Harlem Brundtland, em sua mensagem de abertura do Relatório de 2000, busca se afastar do que descreve com perspectivas ideológicas sobre a saúde e busca a definição de indicadores precisos para aferir avanços nos sistemas de saúde. O documento de 1981 foi um passo ainda embrionário nesse sentido, que teria largo desenvolvimento no relatório que abria o milênio para a OMS.

Como comentário final, cabe a menção de que estratégia de Saúde para Todos até o ano 2001, aprovada em 1981, envolveu poucos esforços no sentido de sua efetivação[57]. Em 1985, 147 dos 166 Estados-membros responderam aos questionários enviados pelo Secretariado sobre o tema. Em 1997, 158 dos 191 Estados-membros responderam. O Relatório de 1998[58] apontava para a necessidade de avaliações padronizadas, visão endossada na 107ª sessão do Conselho Executivo da OMS.

Sua apresentação à AMS continha o diagnóstico de que desde 1980, o mundo foi marcado por grande instabilidade e pelo avanço de abordagens focadas em instrumentos

---

[55]Idem.

[56] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Poliomyelitis: Report by the Secretariat.** *Seventieth World Health Assembly. Provisional agenda item 12.3*. Genebra. 2017

[57]LEGGE, David. Future of WHO hangs in the balance. **Bmj**, v. 345, p. e6877, 2012.

[58]WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.p.19

de mercado, conforme já debatido. As já discutidas transições demográfica e epidemiológica assim como o aumento de custos criavam um imperativo por mais eficiência nos sistemas de saúde[59]. O Relatório de 2000 seria assim a tradução máxima, até o momento, desse esforço.

1.3.3 Conceito de sistema de saúde

O conceito de Sistema de Saúde pode parecer intuitivo, contudo é importante que seja compreendido precisamente, para os fins deste trabalho. Um sistema, em seu sentido mais amplo, pode ser entendido como um conjunto de elementos funcionando de forma inter-relacionada, ou seja, ainda que sejam separados entre si operam sob alguma lógica comum voltada a um fim específico, neste caso, a promoção, recuperação e melhora da saúde[60].

Nesse sentido, conceitua *Milton Roemer*, importante referência do estudo dos sistemas de saúde. Roemer trabalha com três grandes elementos para os sistemas: recursos, não apenas financeiros, formas de organização, por exemplo, compra e provimento de serviços e instituições destinadas a tal e cobertura, isto é, conjuntos de serviços e tecnologias ofertadas e população incluída.

O Relatório Mundial da Saúde de 2000 compreendeu que o sistema de saúde é o conjunto de atividades, cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde[61]. Em outras palavras, podemos formular seu conceito ainda mais precisamente, se adotarmos essa perspectiva, como o conjunto de organizações, instituições e recursos voltado a ações de saúde, que, por sua vez, são ações contidas no campo dos serviços de saúde, da saúde pública – pensada em sua acepção de intervenções coletivas– e em iniciativas interseccionais, por exemplo, no campo da alimentação. .

A despeito da amplitude da ideia de sistema de saúde, o Relatório Mundial da Saúde aponta para uma questão acerca de as informações e grande parte dos estudos na área de saúde estarem focados nos serviços de saúde, de tal forma que as análises acerca da eficiência dos sistemas leva em conta sobretudo essas informações. Em outras palavras, seria mais difícil estabelecer correlações entre melhoras em indicadores

---

[59] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 1998 Life in the 21st century: a vision for all.** Genebra. 1998. Disponível em < http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA51/ea3.pdf> Acesso em 14.jan.2020

[60] ROEMER, Milton I. Social insurance for health service. *Scandinavian journal of social medicine*, 1997, vol. 25, no 2, p. 65-66.

[61] Referências mais atuais da própria OMS incluem a reabilitação e cuidados paliativos.

tipicamente associados à saúde, como morbimortalidade e elementos que constituem determinantes sociais, tais como ambiente nutricional.

Esses dados existiram mais para indicadores de efetividade de serviços e ações de saúde, como acesso a tratamentos, cobertura vacinal, número de profissionais de saúde disponíveis, dentre outros, de modo que seria mais simples a formulação de análises de performance dos sistemas de saúde focadas nos serviços de saúde em si.

Nesse contexto, encontramos a importância de compreender propriamente o objetivo dos sistemas de saúde de forma concreta, bem como de termos um quadro de referência acerca do papel dos Estados dentro do sistema. O Relatório Mundial da Saúde de 2000 trabalha como três objetivos de um Sistema de Saúde e com quatro funções chave a ser desempenhadas pelos Estados.

Seriam objetivos dos sistemas de saúde: a melhora da saúde, a responsividade e a proteção financeira. Já em relação às funções específicas a serem desenvolvidas pelos sistemas de saúde, o Relatório destacou quatro: provimento de serviços, geração de recursos humanos[62], agrupamento de recursos e regulação governamental[63]. Suas quatro principais conclusões apontavam para o papel insubstituível que os governos devem desempenhar dentro dos sistemas de saúde, a relevância de se abordar a performance dos sistemas, isto é, sua eficiência, a necessidade de se combater os pagamentos diretos e a importância de se enfrentar, por via de regulação, falhas de mercado contidas no setor privado de saúde.

O primeiro objetivo, a melhora da saúde, seria a função primária dos sistemas e é, de certa forma, intuitiva, correspondendo a avanços em relação aos indicadores de saúde, por exemplo, redução da mortalidade infantil. Essa função está associada ao atendimento das necessidades em saúde das pessoas.

A responsividade, o segundo objetivo, é uma função nova que se orienta a partir da concepção do Novo Universalismo. Ela é caracterizada pelo atendimento às expectativas das pessoas, para além de suas necessidades biomédicas e estaria associada sobretudo à ideia de dignidade, comportando elementos como confidencialidade e tratamento humano no atendimento.

---

[62] Nas discussões e articulações de ideias deste trabalho, utilizaremos o termo Força de Trabalho em Saúde no lugar de Recursos Humanos, no entanto, em diversos documentos, mais antigos, ainda se utilizava este termo. Quando for assim, manteremos como está no original.
[63] O termo “orientação governamental” é a tradução que aqui utilizamos para stewardship.

A última função do sistema de saúde, a proteção financeira, está ancorada no princípio da equidade, apresentado no relatório como cada domicilio contribuindo para o custeio do sistema na medida de suas possibilidades, o que também equivale à ideia de capacidade contributiva.

Gastos em saúde podem ser extremamente imprevisíveis e elevados, seja pelo surgimento inesperado de uma condição que demande um tratamento complexo, por exemplo, oncológico seja por um acidente de trânsito, por exemplo, que pode requerer procedimentos cirúrgicos, cenário que leva muitas famílias a terem seu nível de renda substancialmente reduzido em decorrência de gastos em saúde, configurando a chamada catástrofe financeira, conforme analisamos na seção introdutória sobre o tema. Seria função do sistema proteger as pessoas contra os gastos catastróficos, especialmente pela limitação das hipóteses em que o pagamento é feito de forma direta[64].

Os sistemas de acesso universal e securitário tornaram-se tipos ideais de organização do financiamento de sistemas de saúde. O Relatório Mundial da Saúde de 2000 trabalha ainda com um terceiro modelo ideal, em que há predominância de relações de mercado no sistema de saúde, com o setor privado cuidando do provimento e da organização de sistemas.

Sobre isso, destacamos que o próprio relatório reconhece que tais modelos ainda assim possuem algum nível de intervenção estatal, que pode se dar tanto por um sistema público de provimento residual, por exemplo, para populações vulneráveis ou populações especiais (militares, veteranos de guerra e população institucionalizada) quanto por uma forte regulação do setor privado.

A despeito dos tipos ideais, é amplamente reconhecido que os sistemas de saúde apresentam características próprias, que apresentam formas de organização particulares da atividade estatal, constituindo modelos mistos.

Mais recentemente, foram formuladas propostas de reclassificação dos tipos de sistemas de saúde, com base em elementos econômicos como percentual de financiamento por pagamento direto, atributos regulatórios, presença do Estado na

[64] WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WORLD HEALH REPORT (The): Health Systems Financing: the path to universal Coverage**. World Health Organization, 2010.p. 50

organização do serviço, especialmente no âmbito dos países da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico[65,66].

Também não podemos perder de vista que, a despeito de muitas vezes a discussão em torno de sistemas de saúde ser focada em sistemas de serviços de saúde, o termo ainda indica um conjunto de elementos mais amplo, como ações de vigilância e incidência em outros setores, a partir dos determinantes sociais.

Além da OMS, outras entidades de alcance internacional buscaram formular o conceito de sistema de saúde, sendo uma delas o Instituto Sul-americano de Governo em Saúde da União de Nações Sul-Americanas (ISAGS/UNASUL). A UNASUL reuniu durante alguns anos das duas primeiras décadas do Século XX os países da América do Sul em uma experiência de integração regional, tanto dos países em si quanto dos blocos geoeconômicos já existentes na região: o Mercado Comum do Sul (MERCOSUR) e a Comunidade dos Estados Andinos (CEA).

Um dos resultados de sua experiência foi a criação de dois institutos voltados a questões tidas como cruciais para a soberania dos países da região: a defesa, com sede em Buenos Aires, e a saúde, com sede no Rio de Janeiro. O ISAGS foi assim uma experiência de cooperação regional e produção de conteúdo em matéria de saúde global, figurando como organização intergovernamental voltada à saúde. Suas áreas de trabalho constituídas foram sistemas de saúde, acesso a medicamentos, determinantes sociais e econômicos de saúde e vigilância em saúde.

Tomaremos aqui como referência o Relatório "Sistemas de Saúde na América do Sul: desafios para a universalidade, a integralidade e a equidade"[67], que tinha por objetivo apresentar os sistemas de saúde na região, a partir de um conceito de sistema de saúde baseado no direito humano à saúde e formulado por um extenso grupo de especialistas em saúde coletiva[68].

A concepção de sistemas de saúde utilizada pelo ISAGS nos é útil particularmente por duas razões, por ter contado com um importante grupo de especialistas em sua formulação, com publicações de referência nas discussões sobre sistemas de saúde,

---

[65]WENDT, Claus. **Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare.** Journal of European Social Policy, 2009, vol. 19, no 5, p. 432-445.

[66] TUOHY, Carolyn Hughes, FLOOD, Colleen M., et STABILE, Mark. **How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations**. Journal of health politics, policy and law, 2004, vol. 29, no 3, p. 359-396.

[67]GIOVANELLA, Ligia, FEO, Oscar, FARIA, Mariana, *et al.* **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad.** ISAGS, 2012.

[68]

especialmente no Brasil, mas não apenas e por ser uma concepção institucional apresentada por uma organização de caráter internacional, ainda que regional, mas que destoa da concepção da OMS, contida no Relatório de 2000, o que nos fornece mais insumos para a discussão sobre a relação entre direito à saúde e Cobertura universal de saúde.

O quadro de referência utilizado para descrever os sistemas de saúde regionais possui um conjunto de onze dimensões: i. Direitos sociais e saúde (base legal e participação social); ii. Estrutura e organização do sistema de saúde; iii. Situação em relação à universalidade, à integralidade e à equidade; iv. Financiamento em saúde, incluindo gastos privados; v. macrogestão; vi. Vigilância em saúde; vii. Força de trabalho em saúde; viii. Ação sobre Determinantes Sociais de Saúde, incluindo experiência exitosas de cooperação e avanços dos ODM; ix. Insumos estratégicos para a saúde, incluindo elementos como patentes, regulação de preços, incorporação de tecnologias de saúde e uso de tecnologias de informação e comunicação; x. Políticas de pesquisa e inovação em saúde; xi. Cooperação em saúde, isto é, fragilidades do país e necessidade de apoio técnico.

Este modelo é fortemente pautado pela ideia de direito à saúde e reconhece elementos como universalidade, equidade e integralidade como intrínsecos à análise do sistema de saúde. Além do pressuposto nos direitos humanos, especialmente o direito à saúde, está abordagem de sistema de saúde inclui outros elementos com impacto direto sobre toda sua dinâmica, inclusive sobre o serviço de assistência à saúde, não contemplados diretamente na concepção do Relatório Mundial da Saúde de 2000, por exemplo, todos os elementos associados à inovação, capacidades produtivas e regulação de preços de medicamentos.

Retomando a definição original de Roemer a respeito de sistema enquanto conjunto de elementos inter-relacionados para um mesmo fim, temos que a exclusão de um dos elementos da análise pode implicar em percepções incompletas. Veremos que importantes aspectos utilizados para melhora da performance de sistemas de saúde e até da cobertura universal tomam por pressuposto o aumento crescente dos preços de tecnologias de saúde.

Dessa forma, se pensarmos no sistema de saúde como o meio em que se realiza o direito à saúde, teríamos que a efetivação desse direito tenderia a se tornar cada vez mais cara, por conta dos preços crescentes de tecnologias de saúde, em especial medicamentos. Uma análise do sistema que contemple, por exemplo, elementos do setor farmacêutico é

capaz de colocar em xeque esse pressuposto e servir de base para abordagens baseadas no direito à saúde para o setor, ou seja, formas de incidência do Estado no setor produtivo que promovam a redução de custos e de preços de medicamentos.

1.4 Saúde Global: elementos adicionais para compreensão das transformações

Após a criação da OMS, diversos documentos foram publicados reconhecendo de forma cada vez mais ampla e detalhada a saúde enquanto direito, conforme trabalharemos no próximo capítulo. Esse longo percurso, descrito por Keroudan (2013)[69], tem seu ápice na Declaração de Alma-Ata, que conforme já vimos, carrega uma profunda concepção política de acesso universal à saúde e participação comunitária em saúde, mas vai adquirindo outros contornos nas décadas seguintes, anos da estratégia global de Saúde para Todos até o ano 2000.

Esses novos elementos que formam o cenário da saúde global do fim do Século XX e início do Século XXI já foram em parte abordados na seção anterior, contudo alguns elementos merecem destaque. A governança global em saúde passa a ser composta por intervenções individuais e caracterizadas pelo poder de financiamento e de direcionamento de recursos.

No caso do financiamento, por exemplo, o PEPFAR[70], programa dos Estados Unidos da América voltado ao enfrentamento global do HIV bem exemplifica esse fenômeno. O programa é voltado a países pouco desenvolvidos largamente afetados pelo fardo da infecção por HIV. *Biehl* descreve como toda a formulação política do programa se dá a nível nacional, nos EUA, resultando em intervenções verticais, sem a participação dos países diretamente envolvidos.

No caso do direcionamento de recursos, instituições globais cuja estrutura de governança não é horizontal entre seus membros ganham maior relevância na agenda de saúde. O Banco Mundial é certamente o principal exemplo. Esse contexto indica a mitigação do multilateralismo. No mesmo sentido, organizações filantrópicas ganham poder ao serem as principais responsáveis pelo financiamento das intervenções. Citamos aqui já como exemplo ilustrativo desse fenômeno a Fundação Bill e Melinda Gates, que,

---

[69] KEROUEDAN, Dominique. **Géopolitique de la santé mondiale**. Extraits de la leçon inaugurale prononcée le 14 février 2013. *La lettre du Collège de France*, 2013, no 36, p. 8.

[70]The United States President's Plan for AIDS Relief. Cf. CLINTON, Hillary Rodham. **Secretary of State. *Remarks on Development in the 21st Century,"*** Remarks at the Peterson Institute for International Economics, Washington, DC, 2010, vol. 6.

dentre outros programas, exerce função central no financiamento e direcionamento do programa de erradicação da poliomielite da OMS.

Biehl utiliza o conceito de "magic bullets"[71] para as intervenções em saúde típicas desse contexto, pois são soluções que se propões rápidas e certeiras. Nesse sentido, as intervenções têm pouca relação com o princípio da APS enquanto ordenadora do sistema, presente na Declaração de Alma-Ata.

O cenário da saúde global passa a contemplar críticas a concepções generalistas, como a de Alma-Ata, conforme vimos no Relatório Mundial de Saúde de 2000. Essas concepções, geralmente baseadas no paradigma dos direitos e da universalidade, perdem espaço para intervenções focalizadas, pensadas para a resolução de problemas epidemiológicos específicos e facilmente mensuráveis com evidências quantitativas.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, conjunto de metas globais das Nações Unidas que antecedeu os atuais Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, são um exemplo dessas características das intervenções. Os ODM foram introduzidos oficialmente no sistema internacional em 2000 pela Declaração do Milênio da Organização das Nações Unidas[72], que definiam um conjunto de oito objetivos a serem atingidos até o ano de 2015, três dos quais compunham o campo específico da saúde: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater a AIDS, a malária e outras doenças. Nenhum dos objetivos tratou especificamente sobre o fortalecimento dos sistemas de saúde de forma geral.

A Agenda pós-2015 partiu das críticas às metas do milênio, especialmente sobre serem fechadas em si e pouco transversais, além de em parte irrealizáveis sem que se pensem caminhos e indicadores. Em sua composição final, como Agenda 2030, constituída sob a forma dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que serão objeto de descrição posterior, foram aprovados em 2015 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, como um conjunto de dezessete objetivos e 169 objetivos específicos a serem cumpridos até o ano de 2030.

---

[71] BIEHL, João et PETRYNA, Adriana (ed.). **When people come first: critical studies in global health.** Princeton University Press, 2013. P. 102

[72] DECLARATION, UN Millennium. Millennium Declaration. *UN General Assembly, report A/res/55/2, New York,* 2000.

Capítulo 2 - Direito à saúde

2.1 Apresentação do capítulo

Da mesma forma que passamos pela evolução histórica e conceitual dos sistemas de saúde, é central passarmos por alguns elementos fundamentais do direito à saúde, atividade cuja função, neste trabalho, serve como perspectiva para a discussão sobre a Cobertura universal de saúde.

Pretendemos, dessa forma, realizar nesta seção uma apresentação dos pressupostos conceituais acerca do direito à saúde, além dos principais documentos que formam sua proteção internacional e, finalmente, seus elementos fundamentais. Apresentaremos também, em seguida, um breve histórico do direito à saúde no Brasil, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. Apesar deste ser um caso nacional específico, a análise do caso brasileiro contribuirá como insumo aos fins deste trabalho, conforme justificaremos.

Iniciaremos com três pressupostos conceituais que merecem destaque neste capítulo: a relação entre direito à saúde e Direito Sanitário, a relação entre direito à saúde e sistemas de saúde e a abrangência do direito à saúde.

2.2 Pressupostos conceituais

2.2.1 Direito à saúde e Direito Sanitário

O direito à saúde pode ser compreendido como a declaração jurídica de que as pessoas são titulares de determinadas pretensões em relação à saúde que devem ser realizadas por alguém que tem o dever. É uma declaração prescritiva. Uma de suas formas de expressão mais simples está no artigo 196 da Constituição Federal brasileira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Outros documentos internacionais e nacionais, como a própria constituição brasileira o faz em seus artigos seguintes, tratam de conceituar mais densamente o direito à saúde. Incumbência cuja efetivação ocorre pela atribuição de elementos intrínsecos a esse direito, como, por exemplo, seus princípios.

Já o Direito Sanitário pode ser compreendido como um campo do conhecimento jurídico que se detém sobre as questões afeitas à saúde, de acordo com *Dallari*[73]. A ideia de campo do conhecimento jurídico está associada ao imenso volume de temas que o

[73] DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista de saúde pública**, v. 22, p. 327-334, 1988.

Direito Sanitário pode abranger: medicina forense, bioética, regulação econômica, políticas públicas etc. Esse simples conceito possui uma amplitude quase impossível de ser exaurida, incluindo temas sem quase nenhuma relação entre si, mas que, no entanto, guardam relação com a saúde.

Em um grande esforço de aprofundar a reflexão a respeito do conceito de Direito Sanitário, Fernando Aith, olhando para a realidade normativa do Direito brasileiro, concluí:

> "(...) podemos conceituar o Direito Sanitário como o ramo do Direito que disciplina as ações e serviços de interesse à saúde, formado pelo conjunto de normas jurídicas - regras e princípios – que tem como objetivos a redução de riscos de doenças e de outros agravos à saúde e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal conceito define a abrangência e os objetivos do Direito Sanitário. A aplicação desse conjunto normativo, consubstanciada na interpretação que se dá às normas jurídicas que o compõe e nas decisões tomadas em decorrência de suas determinações definem os contornos científicos do que se constitui o estudo do Direito Sanitário."[74]

O Direito à saúde é um direito social. Ele pode ser entendido dentro da teoria jurídica que trabalha com direitos econômicos, sociais e culturais, mas também dentro do marco da afirmação dos direitos humanos. *Comparato* define que afirmação histórica dos direitos humanos envolve uma alteração substancial no status quo, a partir do reconhecimento de que a coletividade responde pelas necessidades do indivíduo[75].

É comum que se separe esses direitos, muitas vezes ditos coletivos, dos direitos ditos individuais, como personalidade, propriedade e família. Enquanto estes, em geral, requerem abstenções de conduta (não invadir propriedade alheia, não tirar a vida de outrem ou lesionar seu corpo, não fugir aos compromissos definidos em um contrato) e tem como elemento central o contrato civil, isto é, fonte de normas jurídicas definida por livre acordo entre as partes, os direitos sociais teriam uma dimensão coletiva cuja eficácia seria conferida por via de políticas econômicas e sociais.

Os direitos sociais, conforme concebidos na era contemporânea, surgem a partir de conflitos sociais. São, assim, decorrências de processos políticos de luta por melhores condições de vida, por parte de populações marginalizadas, resultando na intervenção do

---

[74] AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/publico/TeseFernandoAith.pdf> Acesso em 18.mar.2019

[75]COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo. Saraiva. 2008, 6ª ed. P. 58-9

Estado. Esse tipo de ação estatal foi consubstanciado pelo direito em domínios pouco comuns ao âmbito jurídico até então, especialmente a garantia do bem-estar social e as relações trabalhistas.

É comum que se reconheça a Constituição Mexicana, de 1917 e a Constituição de Weimar, de 1919 como cartas constitucionais pioneiras no reconhecimento desses direitos, os quais, por sua vez, ensejaram a criação de novas categorias jurídicas de interpretação. Em outras palavras, por sua dimensão coletiva, esses direitos não podem ser observados como direitos individuais, pelos quais se definem as obrigações de cada parte envolvida como em um contrato bilateral executável. O fato de envolverem prestações positivas requer que quem seja responsável por sua concretização, assim como operadores do direito em geral, se preocupe de forma mais precisa com os meios para sua efetivação.

Uma questão que bem ilustra esse debate é o tema do acesso judicial a tecnologias de saúde por demandantes individuais, tipicamente chamado de "judicialização da saúde". É bem conhecido, especialmente em alguns países da América Latina[76], o grande volume de processos judiciais envolvendo usuários do sistema de serviços de saúde processando o Estado com o objetivo de acessar algum serviço de saúde, por exemplo, um tratamento ou um medicamento.

Em geral, os sistemas públicos que reconhecem a saúde como direito inserem a assistência farmacêutica como um de seus desdobramentos. Essa assistência deve ser regulamentada e conter diretrizes ou mesmo uma lista de medicamentos que devem ser disponibilizados pela rede pública. Em um processo judicial, caberia ao Poder Judiciário decidir de acordo com essa regulamentação, levando em conta inclusive possíveis falhas na política pública e as suprindo dentro de suas competências.

A proteção judicial na hipótese sugerida, por um lado, não pode olhar o caso como se fosse relacionado a um direito individual segundo o qual cada pessoa é titular do direito a qualquer medicamento ou tratamento. Por outro lado, o Poder Judiciário não pode se negar a responder uma violação do direito à saúde. Esse tipo de impasse retoma a noção de que o Direito Sanitário e sua devida aplicação são fundamentais para efetivação do direito à saúde, inclusive nos tribunais. Caberia ao juiz decidir considerando as

[76] ACOSTA, Angela, FALCÃO, Matheus Zuliane, AITH, Fernando Mussa Abujamra, *et al.* **Judicialización del acceso a medicamentos en el contexto suramericano**. *Revista De Direito Sanitário*, 2019, vol. 20, no 1, p. 32-62.

regulamentações das políticas públicas, as quais, muitas vezes, concretizam-se de forma infra-legal (por meio de decretos, portais, resoluções etc.).

Por meio desse tipo de esforço judicial, eventualmente, seria possível convidar ao processo outros atores estatais para prestar esclarecimento a respeito do tema, criando inclusive vias permanentes de cooperação técnica entre agentes do direito e agentes da saúde. A ausência e a desatualização das políticas pertinentes também pode ser indícios de omissão estatal no cumprimento de seu dever em relação ao direito à saúde.

A ilustração serve para apresentar como os direitos sociais, como é caso do direito à saúde, convidam a reflexões sobre a teoria e a prática jurídica. Muitas vezes, a efetivação judicial desses direitos importa na revisão de estruturas originalmente concebidas para os direitos individuais.

Dessa forma, temos que o Direito Sanitário pode ser concebido com um novo ramo jurídico, que disciplina ações e serviços voltados à melhora das condições de saúde. Esse ramo guarda relação íntima com o direito à saúde, que é uma de suas normas mais importantes, mas não se restringe a ele, mais ainda se pensarmos em sistemas jurídicos nacionais que, diferente do brasileiro, não reconhecem a saúde como direito.

Aith, ao analisar as fontes do direito sanitário, aponta para a divisão entre fontes específicas e não específicas, isto é, de fontes que se destinam especificamente ou principalmente à efetivação do direito à saúde e de instrumentos normativos que, embora possuam normas jurídicas voltadas à efetivação do direito à saúde, não são primordialmente voltadas a este fim.

Seriam assim exemplos, na constituição brasileira, de fontes não específicas os artigos que tratam da proteção ao meio ambiente, da educação, da cultura e desporto etc. No mesmo sentido, seriam fontes legais não específicas normas que tratam da mobilidade urbana, do descarte de resíduos sólidos e do direito à cidade, incluindo habitação.

Temos assim que o Direito Sanitário guarda íntima relação com o sistema de saúde. Suas normas versam sobre temas que lhe são afeitos, inclusive aos meios de realização do direito à saúde, os quais também guardam relação importante com os sistemas, o que nos leva à segunda reflexão conceitual.

2.2.2 Direito à saúde e sistemas de saúde

De acordo com o que apresentamos, os sistemas de saúde na era moderna evoluem no sentido de os Estados assumirem, progressivamente, mais responsabilidades, assegurando, dessa forma, melhores condições de saúde a suas populações, inclusive, financiando e gerindo serviços. De forma politicamente relacionada a esse processo, o direito à saúde passa a ser reconhecido em diversos documentos legais, inclusive constituições nacionais ao longo do século XX. Destaca-se também que essa construção tem como uma de suas expressões políticas, a proteção, também jurídica, do direito à saúde a nível internacional.

Convém reiterar, no entanto, que o reconhecimento formal da saúde enquanto direito a nível nacional ocorre de formas diferentes. O desenvolvimento dos sistemas de saúde não necessariamente acompanha esse processo. Aqui vale a lembrança de que o conceito de sistema de saúde é eminentemente descritivo, ou seja, é usado para se referir a um conjunto de elementos existentes voltados à melhora da saúde e a sua dinâmica, enquanto que o direito à saúde é eminentemente prescritivo, ou seja, descreve um mandamento normativo a ser cumprido.

O estudo do direito à saúde no plano fático é o estudo de sua realização, de sua efetivação, e de sua eficácia. Esse mandamento se realiza no sistema de saúde, inclusive promovendo e orientando a reorganização dos elementos do sistema, por exemplo, por via da abertura de equipamentos públicos de assistência. Nesse sentido, é importante que compreendamos o conteúdo desse direito em relação ao sistema de saúde, ou seja, quais são seus desdobramentos e seus princípios, quais funções o realizam e quem é responsável por executa-las.

A relação entre direito à saúde e as funções do Estado a serem executadas dentro dos sistemas de saúde é complexa e pode comportar avanços e retrocessos. A simples afirmação positivada de que a saúde é direito dentro de um sistema nacional pode comportar distintas estruturas de financiamento e diversos arranjos institucionais, que podem, ainda que muito básicos, ser validados pelos poderes legislativo e judiciários como suficientes para a realização do direito.

Em outras palavras, a efetivação do direito à saúde, isto é, sua expressão fática como impacto positivo no sistema de saúde, demanda mais do que mera declaração formal, incluindo a aprovação de normas regulamentadoras e de garantias constitucionais e legais desse direito. De forma sintética, adotamos aqui como premissa que o direito à saúde necessita de concretização conceitual no âmbito jurídico para sua efetivação. Essa

densidade conceitual é expressa, por exemplo, em funções e responsabilidades a serem desempenhadas dentro do sistema de saúde. A descrição do caso brasileiro serve de ilustração a esse processo.

Ainda sobre esse ponto, a importância da relação entre realização do direito à saúde e seus elementos jurídicos analisados dentro da perspectiva dos sistemas de saúde (por exemplo, quais são as funções que o Estado deve desempenhar, sob quais princípios e com qual financiamento) ganha força na atualidade e pode ser uma chave importante para análise da cobertura universal de saúde em passos futuros.

Fazemos referência aqui ao debate localizado dentro do Direito Sanitário a respeito de quais funções o sistema jurídico deve desempenhar para a melhora da saúde ou mesmo para a realização do direito à saúde. A OMS busca, em seu principal esforço de compilação sobre o direito sanitário, por exemplo, identificar qual foi a fonte do direito que assegura a Cobertura universal de saúde em cada país. A título ilustrativo, sem maiores pretensões de conclusões robustas sobre o tema, comparamos a seguir cinco Estados que exemplificam suas diferentes possibilidades.

A tabela a seguir apresenta os dados da base da organização para Alemanha e Reino Unido, onde se estruturaram de forma pioneira os dois sistemas de financiamento de referências (bismarckiano e beveredgiano), conforme já apresentado, Brasil e Colômbia, dois países latino-americanos com alto nível de litigância individual com base no Direito à saúde, e Canadá, país com sistema de acesso universal, apresentando elevados níveis de performance, sendo o melhor sistema de saúde da região das Américas.

Tabela 1: Cobertura universal de saúde e Direito Sanitário (OMS)

País	Ínicio da cobertura universal	Instrumento normativo	Emissor	Reconhecimento formal do Direito à saúde	Sistema jurídico
Alemanha	1883		Parlamento	Não	Romano-germânico
Reino Unido	1943	Ato do Serviço Nacional de Saúde	Parlamento	Não	Anglo-saxão
Brasil	1988	Constituição da República Federativa do Brasil	Assembleia Constituinte	Sim	Romano-germânico

Colômbia	1993	Lei 100 de 1993	Parlamento	Sim	Romano-germânico
Canadá	1984	Ato de Saúde do Canadá	Parlamento	Não	Anglo-saxão

Fonte: OMS

Os dados que selecionamos para a tabela certamente estão muito distantes de uma cobertura exaustiva ou mesmo conclusiva a respeito de qualquer fato. Sua função é somente apresentar distintas possibilidades jurídicas de se lograr a Cobertura universal de saúde, nos termos defendidos pela OMS.

O fato de os sistemas jurídicos serem diferentes entre os países também apresenta uma preocupação relevante para qualquer exercício comparativo, porém, ainda assim, a tabela sugere que essa diversidade pode não ser relevante para o reconhecimento formal da saúde enquanto direito. Convém assinalar que até aqui estamos usando o termo reconhecimento formal da saúde como direito como mera existência de uma declaração formal de que a saúde é direito, sem qualquer outra adição.

Ainda sobre esse tema, da função do Direito Sanitário na melhora geral da saúde, discussão recente sobre os determinantes legais da saúde tenta abordar esse tema. *Gostin et al*[77]. Os determinantes legais de saúde seriam estruturas jurídicas capazes de promover as funções do Estado associadas aos sistemas, operando inclusive como instrumentos de *soft law*, quando aprovados em organizações internacionais. Essa proposta não envolve necessariamente o reconhecimento formal da saúde como direito.

Todos esses pontos indicam possibilidade do uso do Direito Sanitário para melhorar as condições de saúde e, em última instância, ainda que parcialmente, de se levar em conta a concepção da OMS de realizar o direito à saúde. Vimos que o reconhecimento formal do direito à saúde dentro dos sistemas jurídicos nacionais não é necessariamente uma parte dessas estratégias.

O direito à saúde, no entanto, comporta uma dimensão que vai além de seu sentido meramente formal. Falamos até aqui que sua realização, do ponto de vista institucional, depende em larga medida dos caminhos que o regulamentarão, bem como de suas garantias. Apesar da importância desses aspectos, mais do que isso, poderíamos falar

[77] GOSTIN, Lawrence O., MONAHAN, John T., KALDOR, Jenny, *et al.* **The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development**. *The Lancet*, 2019, vol. 393, no 10183, p. 1857-1910.

também de elementos internos ao próprio conceito de direito à saúde, os quais seriam expressos para além do mero reconhecimento contido na sentença “saúde é direito”.

Esses elementos foram construídos historicamente e estão em diversos documentos, sendo vistos como corolários de a saúde ser direito, integrando-a, portanto, como princípios. São eles: a universalidade, a liberdade, a equidade, a integralidade e a Democracia Sanitária (também chamada de participação comunitária).

2.2.3 Abrangência do direito à saúde

O terceiro pressuposto conceitual que merece atenção está relacionado à abrangência do direito à saúde. Ele também é afeito à relação entre direito à saúde, agora em sua acepção qualificada e não meramente formal, e sistemas de saúde. Já vimos que o direito à saúde comporta diversas funções estatais que cumprem o objetivo de melhorar a saúde de sua população.

Vimos também, quando debatemos o conceito de sistema de saúde, que este compreende um grande conjunto de fatores, como geração de recursos, força de trabalho em saúde, assistência, prevenção, promoção e incidência em determinantes sociais, como nutrição e saneamento. Duas questões aqui se colocam: a redução do direito à saúde ao direito ao serviço de saúde e a abrangência do direito à saúde em relação a outros setores, que não a saúde, em consideração aos determinantes sociais.

Em uma primeira análise, o direito à saúde poderia compreender ações e serviços em todas essas funções, de forma que sua realização estaria afeita a diferentes campos de atuação. Entre esses campos de atuação, podemos encontrar dimensões coletivas e individuais do direito à saúde em relação à perspectiva do usuário. Ações de vigilância, por exemplo, seriam ações coletivas, formadas por serviços públicos dificilmente individualizáveis. Ações de imunização, por sua vez, teriam uma dimensão coletiva, ao passo que uma pessoa vacinada evita a propagação daquela doença, mas também individual, uma vez que há um interesse direto do usuário em não ser infectado. Já a dispensação de um medicamento no contexto da assistência farmacêutica pública, por exemplo, para um tratamento oncológico seria um exemplo de uma ação de dimensão individual, já que é individualizável e interessa primariamente ao usuário.

É comum que se restrinja a dimensão do direito à saúde aos serviços de saúde. Já tratamos um pouco dessa distinção ao abordar conceitos como Saúde Pública e serviços de saúde e a divisão institucional largamente existente entre os dois. Falamos aqui em se restringir esse direito a ações que tenham dimensão individual, como assistência

farmacêutica e de outras tecnologias, acesso a tratamentos e a diagnósticos, imunização etc.

Essa perspectiva é bem notada, por exemplo, em discussões sobre o acesso a tecnologias de saúde pela via judicial, conforme ressalta *Cubillos*[78] e *Acosta et al*[79], que se traduz principalmente em demandas individuais por intervenções no âmbito de tratamentos para condições específicas. *Biehl et al*[80], ao descrever o fenômeno especificamente no estado brasileiro do Rio Grande do Sul, vale-se do tema "farmaceuticalização" do direito à saúde, ou seja, a redução do direito a simples aquisição do medicamento.[81]

Esses e outros exemplos indicam que por vezes o direito à saúde tem seu escopo restrito a alguns serviços de saúde, mas sua dimensão é maior, podendo abranger a regulação jurídica de outros elementos do sistema de sáude, conforme completa *Aith*[82].

Outro ponto acerca da abrangência está associado à relação entre o direito à saúde e outros aspectos para além do setor saúde em si, mas com influência direta sobre os determinantes sociais de saúde. Cabe questionar aqui como relacionar ou mesmo incluir a intervenção coletiva em elementos com impacto direto sobre a saúde, como nutrição e saneamento básico, nas funções públicas decorrentes do direito à saúde. A complexidade desse assunto não nos permite uma resposta sofisticada, considerando os limites deste trabalho.

No entanto, podemos mencionar algumas respostas para essa questão. Uma delas é a indivisibilidade dos direitos humanos, ou seja, a ideia de que os direitos só podem ser realizados se abordados de forma conjunta (ideia que também está presente entre ODS, por exemplo), defendida por diversas autores e diversos autores no campo da dogmática

---

[78] CUBILLOS, Leonardo et al. Universal health coverage and litigation in Latin America. **Journal of Health Organization and Management**, v. 26, n. 3, p. 390-406, 2012.

[79] ACOSTA, Angela, FALCÃO, Matheus Zuliane, AITH, Fernando Mussa Abujamra, *et al.* Judicialización del acceso a medicamentos en el contexto suramericano. *Revista De Direito Sanitário*, 2019, vol. 20, no 1, p. 32-62.

[80] BIEHL, João; SOCAL, Mariana P.; AMON, Joseph J. The judicialization of health and the quest for state accountability: Evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in Southern Brazil. **Health and human rights**, v. 18, n. 1, p. 209, 2016.

[81] *Idem.*

[82] Obviamente não assumimos aqui uma posição de condenar as pessoas que ingressam com um processo judicial por acesso a uma tecnologia de saúde ou a um tratamento ou que devam ser responsáveis pelo controle judicial de ações de saúde de dimensão coletiva. Nosso intuito com esse exemplo é somente descrever um fenômeno social que não deve ser tratado como a integridade do Direito à saúde.

dos direitos humanos, como *Piovesan*[83], *Schilling*[84] e *Carvalho Ramos*[85]. Outra seria a definição de funções precisas dentro do sistema jurídico a serem desempenhadas pelo Estado ou por outros atores dentro do sistema de saúde, isto é, uma clara atribuição de competências e responsabilidades, que podem incluir a articulação de políticas com outros setores.

Uma última observação conceitual prévia está relacionada à realização do direito à saúde no tempo, questão que encontra espaço de discussão em diversos direitos sociais. Considerando que esse conjunto de direitos envolve prestações positivas do Estado, inclusive com mobilizações de recursos, não se poderia esperar que tenham eficácia imediata, já que demandam planejamento e metas muitas vezes de longo prazo.

De fato, se tomarmos, por exemplo, a concepção de saúde inscrita na Constituição da OMS, ou seja, "completo estado de bem-estar físico, mental e social", seria exagerado e completamente irreal esperar que o Estado assegure essa condição a todas as pessoas. É possível inclusive questionarmos se alguém neste mundo goza efetivamente deste estado absoluto.

Por essa razão, torna-se tão importante a discussão sobre as formas de realização do direito. Seu reconhecimento implica em o Estado não poder adiar esforços para lhe dar eficácia. Rejeitamos para os fins deste trabalho ideias de que o direito à saúde tem caráter meramente programático, a ser realizado no futuro indeterminado sem qualquer obrigação jurídica adicional. Essa concepção nos parece apenas uma forma de esvaziar por completo sua função no sistema jurídico, equivalendo a seu não reconhecimento.

2.3 Proteção Internacional do Direito à saúde

Antes de tratar propriamente dos princípios, passaremos pelas principais etapas do reconhecimento internacional da proteção do direito à saúde, apresentando seus principais documentos. Conforme já descrevemos, a proteção internacional pode ser compreendida, ao menos em parte, como consequência política da proteção nacional do direito à saúde. Essas normas inserem-se em declarações, tratados e outros documentos

---

[83]PIOVESAN, Flávia. **Democracia, Direitos Humanos e globalização econômica:** desafios e perspectivas para a construção da cidadania no Brasil. 2005.
[84] SCHILLING, Flávia**. Um olhar sobre a violência da perspectiva dos direitos humanos:** a questão da vítima. *Revista IMESC*, 2000, no 2, p. 59-65.
[85] RAMOS, André de Carvalho. **Processo internacional de direitos humanos.** Editora Saraiva, 2017.p.88.

tipicamente da seara do direito internacional, sejam relacionados aos direitos humanos sejam relacionados à saúde.

2.3.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é um dos primeiros documentos a serem tratados nesta retomada histórica. Aprovada em 1945 pela Assembleia Geral das Nações Unidas[86], a declaração é o primeiro esforço do sistema ONU em compilar um documento universal acerca da proteção de direitos a todas as pessoas, sem qualquer distinção.

Ela forma, junto a outros documentos, a chamada Carta Internacional dos Direitos Humanos. São eles: o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, aprovado em 1966[87] e focado na proteção de direitos fundamentais de dimensão individual, seus dois Protocolos Opcionais (procedimento de queixa e pena de morte), e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais, aprovado também em 1966[88] e focado nesses direitos de dimensão coletiva. Este também contém um Protocolo Opcional relacionado a competências do Conselho de Direitos Humanos da ONU para apurar denúncias de violações[89].

A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece em seu artigo 25 que:

> "1.Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.
> 2.A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social."[90]

---

[86] UNGA. Resolution 217(III) Disponível em: < https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/217(III)&Lang=E> Acesso em 24.jan.2019.
[87] Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm >. Acesso em 24.jan.2019.
[88] Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em 24.jan.2019.
[89] Disponível em: < https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OPCESCR.aspx>. Acesso em 24.jan.2019.
[90] Disponível em: < https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em 24.jan.2019.

A leitura do artigo fornece como elementos do Direito à saúde: alimentação, vestuário, habitação, serviços assistenciais, bem como outros serviços sociais. Traça ainda um enfoque sobre populações que devem ser necessariamente incluídas na abrangência desse direito, tais como pessoas sem emprego, pessoas com alguma invalidez, pessoas viúvas, idosos. Indica ainda que a perda de meios de subsistência não deve ser obstáculo à realização do direito.

Há, na parte final, enfoque específico em saúde materna e saúde infantil. Notamos uma concepção de direito que inclui diversos elementos para além dos serviços de assistência, inclusive quanto a determinantes sociais, integrando, também, um enfoque específico em algumas populações especialmente vulneráveis.

2.3.2 Pactos pelos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

O Pacto pelos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais estabelece dois artigos particularmente interessantes ao tema. O artigo 11 trata da questão nutricional, especialmente articulando o combate à fome. Já o artigo 12 trata especificamente da saúde, nos seguintes termos:

> "1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
> 2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
> a) A diminuição da mortinatalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento é das crianças;
> b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
> c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
> d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade."[91]

O Pacto estabelece parâmetros mais específicos para o conteúdo do Direito à saúde, incluindo ações de vigilância, inclusive no ambiente de trabalho, serviços de saúde, prevenção de doença. Há, novamente, um enfoque na saúde infantil, inclusive no desenvolvimento da criança.

Ressaltamos um desdobramento importante do Pacto em relação ao Direito à saúde, aprovado pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC): sua Recomendação Geral n. 14, de 2000. O ECOSOC é uma das seis principais instâncias do

---

[91] BRASIL. **Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992.** *Atos Internacionais. Pactio Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação.* 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em 13.jan.2019.

Sistema ONU, junto à Assembleia Geral das Nações Unidas, o Conselho de Segurança, o Secretariado da ONU, a Corte Internacional e Justiça e o Conselho de Tutela[92].

As agências especializadas ligadas ao ECOSOC, de acordo com o Departamento das Nações Unidas de Informação Pública são a OMS, a Organização para Alimentação e Agricultura (FAO), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a UNESCO, o FMI e o Grupo Banco Mundial[93], dentre outras. Há ainda fundos ligados tanto ao ECOSOC quanto à Assembleia Geral, como Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF).

2.3.3 Recomendação Geral n. 14, de 2000 – "O Direito ao mais alto nível alcançável de padrão de saúde"

A Recomendação[94] Geral n. 14, de 2000, do ECOSOC tem como título "O Direito ao mais alto nível alcançável de padrão de saúde"[95]. O documento consiste em um esforço interpretativo de responder justamente à questão da eficácia do direito à saúde, identificando suas dimensões conceituais, responsabilidades dos Estados, formas de fazê-lo valer, violações associadas ao seu descumprimento pelos Estados, e responsabilidades de entidades internacionais.

O documento atribui conteúdo normativo ao direito à saúde estabelecido no artigo 12 do Pacto, interpretando-o como uma norma de eficácia aplicável, e não como uma mera declaração programática ou um princípio perseguido no horizonte político sem caminhos ou prazos definidos.

Em relação às dimensões conceituais, a Recomendação estabelece que o direito à saúde é indispensável para a realização de outros direitos, invocando a unicidade dos direitos humanos. Defende ainda que é um direito com dimensões individuais e coletivas, sendo as primeiras diretamente executáveis e as segundas executáveis por via de programas, políticas e planejamento estatal. Seus meios de realização incluiriam diversas

---

[92] A despeito de figurar aqui, o Conselho de Tutela está inativo desde a década de 90, quando lidou com a sua última grande questão, que foi a administração do Saara Ocidental. Esse conselho tinha como função coordenar a administração de territórios que estavam em processo de independência dos países europeus e dos EUA.

[93] Cf. UNITED NATIONS. **The United Nations System.** Disponível em: <https://www.un.org/en/pdfs/18-00159e_un_system_chart_17x11_4c_en_web.pdf> Acesso em 24.fev.2019

[94] Optamos por traduzir o documento como recomendação, há, no entanto, outros autores que o fazem como Comentário.

[95] Tradução livre de: ""The Right to the Highest Attainable Standard of Health" In: ECOSOC. **CESCR General Comment N. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health**. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em 23.jul.2019.

vias, sendo citadas como exemplos programas da OMS e adoção de instrumentos legais específicos.

Dentre as dimensões individuais do direito à saúde, estariam fatores como a liberdade em relação ao próprio corpo, incluindo direitos sexuais e reprodutivos, bem como direito à informação e à recusa de tratamentos. Temos aqui, portanto, forte apelo à autonomia do indivíduo em relação ao seu organismo, a qual também pode ser entendida como uma expressão da dignidade humana. O documento não exaure as aplicações dessa ideia, mas esse ponto tem repercussões importantes para vários âmbitos do direito sanitário, como regulação de testes clínicos, recusa de tratamento, eutanásia, direitos sexuais e reprodutivos etc.

Incutidas na dimensão coletiva, estariam aquelas características nas quais focamos com mais vigor até o momento ao tratarmos do direito à saúde. O documento reconhece aqui que o Estado tem o dever de assegurar um sistema de proteção à saúde a fim de promover a igualdade de oportunidades, possibilitando às pessoas acessarem o mais alto nível de saúde. Diferencia também o direito à saúde do direito de ser saudável.

Nesse sentido, o documento adota, inclusive, a posição segundo a qual não é dever do Estado assegurar a definição contida na Constituição da OMS de saúde. Isso se sucede pelo fato de certas coisas estarem além do alcance de qualquer serviço, como a existência de pré-disposição genética para determinada doença, ou mesmo a ocorrência de enfermidades sem cura existente. No entanto, o Estado deve proporcionar políticas, bens, serviços e condições para realização do mais alto nível alcançável de saúde para as pessoas.

Neste ponto, convém mencionar que o documento reconhece a importância dos determinantes sociais, fazendo referência a uma ampla lista de fatores econômicos e sociais que influem sobre a saúde. A Recomendação cita como determinantes específicos a serem considerados no cumprimento do Direito à saúde: o acesso seguro a água potável, saneamento, alimentação, nutrição, ambiente de trabalho e de vida, informação em saúde, direitos sexuais e reprodutivos[96].

---

[96] No trecho original: “Reproductive health means that women and men have the freedom to decide if and when to reproduce and the right to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice as well as the right of access to appropriate health-care services that will, for example, enable women to go safely through pregnancy and childbirth.” In: ECOSOC. **CESCR General Comment N. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health**. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em 23.jul.2019.

Aqui, faz referência ainda à importância da participação comunitária no processo decisório, a nível comunitário, nacional e internacional. Uma nota de rodapé de seu décimo segundo parágrafo afirma que tais determinantes estão incluídos na definição de unidades, bens e serviços de saúde, utilizada mais adiante no documento para definir as responsabilidades dos Estados.

Dessa forma, o documento reconhece que existe um conteúdo mínimo de prestações a serem oferecidas pelos Estados dentro de seus deveres em relação ao Direito à saúde, que variam de acordo com as condições econômicas de cada território sendo inclusive relevante ajuda externa por vezes. Apesar dessas diferenças, esse conteúdo mínimo deve incluir alguns elementos, que são a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade. Em relação à disponibilidade, fala-se sobre a existência de ações e serviços de saúde, nos seguintes termos:

> "*Disponibilidade*. Instalações, bens e serviços de saúde, assim como programas, funcionais de saúde pública e de assistência à saúde devem estar disponíveis em quantidade suficiente dentro do Estado-parte. A natureza precisa das unidades, dos bens e dos serviços vai variar dependendo de diversos fatores, incluindo o estado de desenvolvimento do Estado-parte. Eles incluíram, entretanto, os determinantes de saúde assinalados, tais como água potável e de acesso seguro, adequadas instalações de saneamento, hospitais, clínicas e outras unidades associadas à saúde, pessoal médico e profissional treinado e recebendo salários competitivos, no contexto doméstico, e medicamentos essenciais, conforme definido no Programa de Ação da OMS sobre Medicamentos Essenciais"[97]

Em relação à acessibilidade, toma-se essas ações e serviços acessíveis em quatro sentidos: não discriminação, físico, econômico e informacional, ou seja, seriam elementos do Direito à saúde a não discriminação e acessibilidade nos três sentidos. Em seu sentido físico, corresponde a inexistência de barreiras físicas, seja a distância seja a impossibilidade de acesso para pessoas com dificuldades de locomoção, por exemplo. Em seu sentido informacional, seria o direito a buscar e a receber informações em relação

[97] Tradução livre de: "Availability. Functioning public health and health-care facilities, goods and services, as well as programmes, have to be available in sufficient quantity within the State party. The precise nature of the facilities, goods and services will vary depending on numerous factors, including the State party's developmental level. They will include, however, the underlying determinants of health, such as safe and potable drinking water and adequate sanitation facilities, hospitals, clinics and other health-related buildings, trained medical and professional personnel receiving domestically competitive salaries, and essential drugs, as defined by the WHO Action Programme on Essential Drugs;" *In:* ECOSOC. **CESCR General Comment N. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health**. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em 23.jul.2019.

a questões de saúde, preservando-se o direito à confidencialidade quanto a dados pessoais. Já em relação à acessibilidade econômica, trata-se do acesso a um custo acessível, conforme o documento identifica:

> "Os pagamentos por serviços de saúde, assim como por serviços relacionados aos determinantes de saúde assinalados, devem ser baseados no princípio da equidade, garantindo que esses serviços, sejam privados ou públicos, sejam acessíveis a todas e a todos, incluindo grupos em desvantagem social. A equidade demanda que os domicílios mais pobres não devem ser desproporcionalmente impactados com gastos em saúde se comparados com os domicílios mais ricos"[98]

Em relação à aceitabilidade, fala-se sobre os serviços serem adequados às expectativas das pessoas, considerando suas realidades, por exemplo, aspectos étnicos e características associadas a ciclos de vida. Finalmente a qualidade toca no padrão científico e seguro a ser observado nas ações e serviços de saúde, por via de, por exemplo, medicamentos aprovados e não vencidos e pessoal treinado e com as habilidades necessárias.

A Recomendação fornece exemplos ilustrativos das funções públicas do Estado relacionados ao Direito à saúde, quais sejam o direito à saúde materna, da criança e reprodutiva, direito ao ambiente saudável no trabalho e em geral, incluindo o controle de drogas como o tabaco, a prevenção, o tratamento e o controle de doenças, incluindo promoção de melhora de fatores associados a determinantes sociais, campanhas e ações de vigilância epidemiológica[99] e o direito à instalações, bens e serviços de saúde. Neste tópico reitera a importância da participação comunitária em aspectos como gestão de serviços, preventivos e curativos, seguros sociais de saúde, organização do sistema de saúde e aspectos relacionados ao Direito à saúde, seja no nível nacional seja no nível comunitário.

No mesmo sentido, defende alguns tópicos gerais que são elementos, também ilustrativos, do conteúdo do direito, tais como o princípio da não discriminação, a

---

[98]Tradução livre de: "Payment for health-care services, as well as services related to the underlying determinants of health, has to be based on the principle of equity, ensuring that these services, whether privately or publicly provided, are affordable for all, including socially disadvantaged groups. Equity demands that poorer households should not be disproportionately burdened with health expenses as compared to richer households;"In: ECOSOC. **CESCR General Comment N. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health**. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em 23.jul.2019.

[99] O documento usa o termo "epidemiologic surveillance", isto é, vigilância epidemiológica, sendo dos poucos documentos que analisamos a se valer desse termo específico, ainda que outros empreguem outras palavras para tal referência, por exemplo, "public health".

perspectiva de gênero, o enfoque específico na realização do Direito à saúde para mulheres, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e povos indígenas. Nota-se nessas observações sobre populações específicas uma concepção material do conceito de equidade, ou seja, trata-se de fornecer uma via de realização do Direito à saúde distinta de acordo com as condições específicas do grupo de pessoas a que se destina.

Essa perspectiva fica mais evidente quando a Recomendação descreve, por exemplo, o conteúdo do Direito à saúde para populações indígenas – que aqui chamaremos de povos tradicionais. A saúde para esses povos está intimamente ligada ao território, ao significado cultural do deslocamento e à preservação do meio, seja da manutenção do assentamento na terra de origem seja a manutenção dos elementos naturais ali existentes. Corpo, alma, preservação, relação com os outros animais não humanos e saúde se juntariam em um todo inseparável, de modo que o Direito à saúde apenas se realiza para esses povos quando tais elementos são preservados. Do ponto de vista institucional, podemos concluir que essa parte efetiva da realização do Direito à saúde demandaria medidas distintas, seja um sistema específico para assistência à saúde dessas populações seja medidas demarcação de terras.

Ao trabalhar com os elementos do Direito à saúde, é interessante notarmos também que ao Recomendação não se vale especialmente da ideia de APS para articular a sua efetivação. Uma nota de rodapé de seu parágrafo 13 afirma que na literatura e na prática que concernem ao Direito à saúde, geralmente se adota três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e que como esses níveis são fortemente integrados e muitas vezes sobrepostos, a definição dos elementos que formam o Direito à saúde, bem com os meios para sua realização não se beneficiaria muito de utilizar tais conceitos. Aqui vale termos a clareza de que o documento está utilizando a acepção mais simples de APS, enquanto mera divisão dos níveis de atenção, de acordo com o que já discutimos na seção conceitual dedicada a isso no início do trabalho.

Finalmente o documento trata das obrigações em si dos Estados em relação ao Direito à saúde. Esse ponto é particularmente importante para a realização, pois, conforme já mencionado, cada Estado realizaria o Direito à saúde, especialmente em sua dimensão coletiva, na medida de seu desenvolvimento, o que dificulta o estabelecimento de um padrão mínimo.

Dessa forma, o documento estabelece duas características importantes: a progressividade e o não retrocesso da realização do Direito. A progressividade comporta

a ideia de que esse direito é realizado continuamente por via de passos deliberados e concretos, o que nos parece mitigar qualquer compreensão meramente programática do Direito à saúde enquanto mandamento político sem eficácia concreta. Cada um dos problemas associados a saúde deve ter uma resposta do Estado, ainda que dentro de suas capacidades econômicas. Além disso, a realização progressiva é restrita à dimensão coletiva, que se traduz em ações e serviços, a dimensão individual é autorrealizável, por exemplo, a não discriminação.

Um desdobramento importante da progressividade, que a concretiza é o não retrocesso, isto é, a compreensão de que não é permitido o retorno a uma situação anterior de avanço em relação à realização do Direito à saúde dentro do contexto nacional. Em termos mais precisos, a Recomendação, em seu parágrafo 32, fala em "forte presunção de que medidas regressivas tomadas em relação ao Direito à saúde não sejam permitidas".

No caso de o Estado deliberadamente tomar medidas dessa natureza, elas devem ser minunciosamente justificadas, especialmente quanto ao esgotamento de outras alternativas e com base no comprometimento público em cumprir com a realização de todos os direitos contidos no Pacto.

Convém retomarmos que em outro ponto da Recomendação, há a menção de que mesmo em situações de extrema dificuldade econômica, os Estados têm um dever mínimo de comprometimento com medidas de baixo custo voltadas a populações vulneráveis, levando em conta inclusive a Recomendação n. 3 do ECOSOC, outra nota interpretativa.

Em relação às obrigações próprias do Estado, a Recomendação se vale da tríade de funções aplicáveis a todos os Direitos Humanos inscritos no Pacto: respeitar, proteger e assegurar e em seguida trata de obrigações nucleares.

De forma sintética, podemos compreender o dever de respeitar como a abstenção do Estado em relação a condutas violadoras. Falamos aqui de respeito à dignidade humana, à privacidade, à confidencialidade, à autonomia etc. Essa parte está fortemente ligada, portanto, à dimensão individual do Direito à saúde.

Já o dever de proteger, está associado a violações por parte de terceiros, por exemplo, sociedades empresárias e profissionais de saúde. Falamos aqui, portanto, da atividade regulatória do Estado, incluindo fiscalização, de serviços e atividades atinentes à saúde.

Convém notar que esse dever estatal é aplicável inclusive em relação a ações e serviços desenvolvidos pelo próprio Estado, por exemplo, cabe ao poder público fiscalizar o adequado e respeito exercício da prática profissional em uma unidade de saúde

pública. Essa atividade também está fortemente ligada à dimensão individual do Direito à saúde.

Finalmente o dever de assegurar (em inglês, “fulfill”) implica na adoção de medidas legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, promocionais, dentre outras no sentido da completa realização do direito à saúde. Essa seria, portanto, a dimensão coletiva, associada a prestações positivas por parte do poder público.

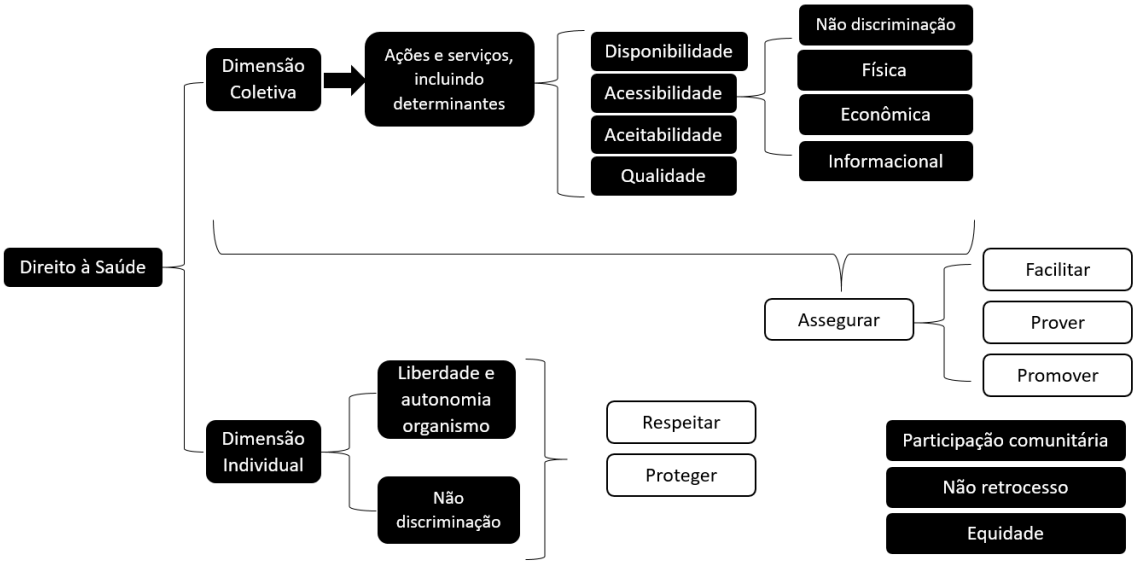
A Recomendação ainda segmenta essa obrigação em três faces: facilitar, prover e promover. A facilitação e o provimento são elementos típicos também de outros direitos contidos no Pacto e implicam respectivamente em adotar medidas positivas para auxiliar indivíduos e comunidades a desfrutarem do Direito à saúde e a prover os meios para realização do direito quando indivíduos, por razões alheias a sua vontade, não conseguem realiza-los pelos meios à sua disposição.

A promoção é um parâmetro aplicado especialmente ao direito à saúde considerando a importância que a OMS confere a esse tipo de medida e implica em ações que mantenham e restauram o nível de saúde da população, por exemplo, medidas associadas a informação e a tomada consciente de decisões.

Mais adiante, o texto indica o que seria violações do Direito à saúde em cada uma de seus deveres. As violações contra o dever de assegurar, expostas no parágrafo 52, ocorreriam quando os Estados falham em tomar todos os passos necessários para realizar o Direito. São exemplos a não formulação de uma política nacional de saúde, a não redução dos índices de mortalidade materna e alocação reduzida de recursos para efetivação, seja pelo subfinanciamento seja pela alocação errônea, por exemplo, custeio de tratamentos caros e específicos para doenças raras em detrimento de ações preventivas com potencial para salvar muitas pessoas a um custo reduzido.

Com a figura a seguir, de elaboração própria, buscamos ilustrar todos os principais elementos contidos na Recomendação n. 14, do ECOSOC, em relação ao conceito de Direito à saúde (elementos dispostos nos blocos negros) e às obrigações correspondentes dos Estados (blocos brancos).

Representação esquemática dos principais elementos do direito à saúde



Fonte: elaboração própria

Em relação às chamadas obrigações nucleares dos Estados, trata-se de um rol não exaustivo, definido pela convenção de quais seriam as obrigações mínimas para a realização do Direito à saúde. Essa interpretação é extraída do próprio Pacto, mas também interpretado em acordo coma Declaração de Alma-Ata e o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre Populações e Desenvolvimentos, que aconteceu no Cairo, em 1994.

Seriam essas obrigações: garantir o acesso a instalações, bens e serviços de saúde de forma não discriminatória, especialmente aos grupos marginalizados ou vulneráveis; garantir o acesso ao mínimo essencial de alimentação que é adequado e seguro, do ponto de vista nutricional, para assegurar liberdade da fome; garantir acesso básico a abrigo, habitação, saneamento e suprimento adequado de água potável; promover medicamentos essenciais, conforme definido pela OMS; garantir a distribuição equitativa de instalações, bens e serviços de saúde; adotar políticas nacionais de saúde pública, com indicadores de resultado e participação social no processo de formulação.

No mesmo sentido, seriam obrigações de prioridade comparável: garantir serviços de saúde materna, reprodutiva e infantil; prover imunização contra as principais doenças infecciosas a que as pessoas estão suscetíveis em sua comunidade; tomar medidas para prevenir, tratar e controlar doenças epidêmicas e endêmicas, promover educação e acesso a informação em relação aos principais problemas de saúde na comunidade, incluindo

métodos de prevenção e controle; promover treinamento apropriado ao pessoal de saúde, incluindo quanto a direitos humanos.

Duas observações a respeito da Recomendação merecem atenção, para os fins deste trabalho: os indicadores de efetivação do Direito à saúde e a obrigação de entidades internacionais.

Em relação aos indicadores, o documento enuncia a importância do monitoramento e da utilização de dados desagregados, de modo a fornecer uma representação precisa e segmentada por populações da realização do Direito à saúde. Já em relação à obrigação de entidades internacionais, trata-se de vinculações aplicáveis também a elas na realização do Direito à saúde.

Para além de um comprometimento geral com o conteúdo do documento, notamos a função a ser desempenhada pela OMS, inclusive junto a organizações da sociedade civil de nível global, como a Cruz Vermelha/Crescente Vermelho, no manejo da resposta a desastres e a obrigação de comprometimento do FMI e do Banco Mundial, que deveriam estar mais atentos à proteção ao Direito à saúde em suas recomendações políticas, acordos de empréstimo e programas de ajustes estruturais direcionados aos Estados, conforme escrito no parágrafo 64.

2.3.4 Constituição da OMS e Declaração de Alma-Ata

A Constituição da OMS e a Declaração de Alma-Ata em Cuidados Primários em Saúde reconhecem o direito à saúde, ainda que o façam dentro do universo simbólico dos direitos sociais, mas sim da própria saúde.

Já passamos por seus principais elementos em outras partes deste trabalho, de modo que neste capítulo apenas remarcamos a forma que a proteção internacional do direito à saúde se vale deles.

No caso da Constituição da OMS, a Recomendação do ECOSOC em relação ao Pacto não se coaduna em grande medida com o conceito de saúde ali apresentado, indicando que não é essa a essência da realização do direito. Já a Declaração de Alma-Ata cumpre papel importante, estando incorporada aos elementos do Pacto.

2.3.4 Direito à saúde em outras convenções internacionais

Há ainda na ordem internacional, outros documentos que reconhecem a saúde como direito, ainda que o façam lateralmente. O direito à saúde é mencionado no Artigo 5 (e) (iv) da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial,

1965[100], nos Artigo 11.1 (f) e 12 da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação sobre as mulheres, 1979[101] e no Artigo 24 da Convenção dos Direitos da Criança, de 1989[102].

Há ainda outras Recomendações interpretativas aprovadas pelo ECOSOC que tratam de direitos com grande ligação com a saúde, por exemplo, a Recomendação Geral n. 12 versa sobre o Direito humano à alimentação, previsto no art. 11 do Pacto[103]. Há ainda um considerável conjunto de instrumentos regionais que reconhecem e protegem o direito à saúde.

2.3.5 Direito à saúde, Acordo TRIPS e Declaração de Doha

O Acordo TRIPS (1994) estabelece padrões mínimos de proteção da propriedade intelectual a nível internacional. Parte do grupo de acordos internacionais que levaram à criação da Organização Mundial de Comércio (OMC), o TRIPS deve ser entendido dentro do contexto mais geral de liberalização do comércio internacional, ainda que sobre a temática específica da propriedade intelectual.

Fruto de intensas negociações entre países industrializados, cada vez mais atentos à proteção de ativos intangíveis, e países em desenvolvimento, o Acordo TRIPS introduziu mudanças drásticas que limitam a possibilidade de países adotarem políticas e normas próprias sobre propriedade intelectual. Como bem reportado pela literatura sobre o tema, a pressão mais significativa advinha da indústria farmacêutica global para a adoção de normas favoráveis a seus interesses[104], uma vez que patentes concedem monopólios legais que garantem poder de mercado e a determinação de preços sem concorrência.

Nesse sentido, a mudança mais significativa do Acordo TRIPS é a obrigação de conceder patentes sobre produtos e processos em todos os setores tecnológicos (Art. 27.3,

---

[100]BRASIL. **Decreto n. 65.810, de 8 de dezembro 1969.** Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. Disponível em :<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html> Acesso em 15.ago.2019

[101]BRASIL. **Decreto n. 4.377, de 13 de setembro de 2002.** *Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação a Mulher, de 1979.* 2002. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm> Acesso em 15.ago.2019

[102]BRASIL. **Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990.** <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm> Acesso em 15.ago.2019

[103]ECOSOC. Recomendação Geral n. 12. Disponível em <http://www.sesc.com.br/mesabrasil/doc/Direito%20humano%20%C3%A0%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Seguran%C3%A7a-alimentar.pdf>

[104] DEERE, Carolyn. **The implementation game: the TRIPS agreement and the global politics of intellectual property reform in developing countries.** Oxford University Press, 2009.

TRIPS), o que impede países de excluírem patentes farmacêuticas de suas leis nacionais – justamente o que a grande maioria dos países em desenvolvimento adotava como medida para favorecer a indústria nacional e reduzir possíveis monopólios que aumentam preços de medicamentos e produtos. Com efeito, mesmo países industrializados com forte indústria farmacêutica, como Suíça e Itália, adotaram apenas nos anos 1970 certas proteções patentárias de modo a favorecer a concorrência a nível nacional.

Portanto, é certo que o Acordo TRIPS não foi criado para proteger o Direito à saúde, mas sim robustecer a proteção internacional da propriedade intelectual. No entanto, possui uma relevantíssima importância no cenário da saúde global justamente porque garantiu a expansão de patentes, regras de observância (*enforcement*), entre outros, para praticamente todo o mundo[105].

A despeito disso, o contexto geopolítico altamente disputado tampouco permitiu que o TRIPS seja um documento unidimensional. Pelo contrário, costuma-se afirmar que o TRIPS incorpora *flexibilidades* em seu próprio texto. Essas chamadas "flexibilidades do Acordo TRIPS" se referem a instrumentos que fazem parte do próprio tratado – e não formas externas para diminuir sua eficácia – para garantir um equilíbrio, ou ao menos mitigar efeitos negativos da ausência de equilíbrio, entre proteção da propriedade intelectual e a garantia do acesso a produtos médicos.

Juridicamente, muitos debates centraram-se em apontar não apenas a incoerência potencial entre propriedade intelectual e direito à saúde (por restringir o acesso a medicamentos), senão propostas de como compatibilizá-los visto que ambos constam do direito internacional.

Dentro deste contexto mais amplo, é importante ressaltar que, de maneira central, o artigo 7 prevê que o sistema de propriedade intelectual deve servir ao desenvolvimento tecnológico e à difusão e transferência de tecnologia. Por sua vez, o artigo 8 do TRIPS reconhece, de maneira explícita, que Estados podem adotar medidas com fins de saúde pública, assim como de interesse público relacionadas ao caráter essencial de desenvolvimento socio-econômico e tecnológico. Daí decorrem os fundamentos principais para uma série de medidas presentes no TRIPS, como a existência de licenças

[105] A exceção se dá, ainda que em caráter temporário, aos países de menor desenvolvimento relativo, que continuam a gozar de uma exceção às obrigações do TRIPS como medida para favorecer seu desenvolvimento socioeconômico e mitigar os impactos das regras estritas.

compulsórias, exclusões de patentabilidade, licenças paralelas e definição ampla de critérios de patentabilidade, tidas como exemplos das chamadas flexibilidades[106].

Não obstante, a aprovação do TRIPS levou a décadas de debates sobre sua implementação e seus efeitos negativos para o acesso a medicamentos, em especial em países em desenvolvimento como o Brasil, a África do Sul e a Índia. Este debate, que permanece na pauta do dia em organizações internacionais, escritórios de patentes e Ministérios de Saúde, além do setor privado e de institutos de pesquisa, demonstra as tensões inerentes da propriedade intelectual em relação ao direito à saúde.

Em 2001, após igualmente intensas negociações, aprova-se a chamada Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, na qual os Estados-Membros da OMC (responsável pela administração do Acordo TRIPS) reiteraram a permissão dos Estados em adotarem medidas consistentes com seus postulados de saúde pública, de maneira que a proteção da propriedade intelectual via o Acordo TRIPS não pode nem deve impedir países de adotarem tais políticas.

De maneira mais explícita, a Declaração de Doha reitera a possibilidade de emissão de licenças compulsórias para medicamentos como parte legítima e integrante do próprio Acordo TRIPS – um reconhecimento necessário tendo em vista a grande pressão de indústrias farmacêuticas e países industrializados contra tal medida – assim como a necessidade de implementar medidas para garantir importação em países sem capacidade de produzir medicamentos. Recentemente, em painel do sistema de solução de controvérsias da própria OMC, a Declaração de Doha foi reconhecida com o status jurídico de emenda do Acordo TRIPS. Tal interpretação decorreu de caso envolvendo a legalidade de pacotes sem marca de cigarros como medida de saúde pública (mas potencialmente violadora de marcas, um direito de propriedade intelectual) contra a Austrália[107].

Mais importante do que adentrar nos aspectos específicos do complexo debate entre propriedade intelectual e direito à saúde, para os fins deste trabalho, o mais relevante é notarmos como o debate sobre o direito à saúde à luz de tratados mormente comerciais como o Acordo TRIPS assumiu um papel central, e que contribuiu tanto para reforçar o

---

[106] Correa, Carlos. **Public Health Perspective on Intellectual Property and Access to Medicines – a Compilation of Studies Prepared for WHO**. South Centre, 2016.

[107]GÖGH, Tibor. WTO Panel, Australia: Certain Measures Concerning Trademarks, Geographical Indications and Other Plain Packaging Requirements Applicable to Tobacco Products and Packaging, WT/DS435/R, WT/DS441/R, WT/DS458/R, WT/DS467/R, 28 June 2018. **Legal Issues of Economic Integration**, v. 46, n. 2, p. 182-196, 2019.

uso da gramática do direito à saúde no direito internacional quanto para refletir sobre suas condições de efetividade. Isso porque, por exemplo, a propriedade intelectual é um dentre vários possíveis obstáculos à realização do direito à saúde, embora não possa ser descartada como um aspecto central para criar barreiras ao acesso. De toda maneira, usado de maneira ampla e muitas vezes com forte caráter retórico por ativistas da sociedade civil e certos governos, o direito à saúde tem um papel central nos debates sobre a propriedade intelectual.

2.4 Princípios do Direito à saúde

Tendo em vista o que foi apresentado, podemos apresentar como princípios do Direito à saúde: a igualdade, a universalidade, a equidade, a liberdade, a participação comunitária.

O princípio da igualdade está fortemente fundado na ideia de não-discriminação que está presente por diversas vezes no texto dos documentos internacionais analisados e é tema nuclear da recomendação do ECOSOC. Compreendemos a igualdade aqui tanto nesse sentido, mais associada à igualdade formal, sintetizada na ideia de igualdade de todas e de todos perante a lei, quanto material, no sentido de que todas as pessoas devem consideradas para os fins das ações e serviços públicos de saúde.

O princípio da universalidade está associado ao dever estatal de assegurar ações e serviços de saúde que permitam às pessoas fruírem do mais alto possível nível de saúde. Compreendemos que a ideia de universalidade é intrínseca à ideia de direito, uma vez que a essência do reconhecimento da saúde enquanto tal é que todas as pessoas possam gozar desse bem, sem distinção. Ao tratarmos das prestações positivas sobre o direito à saúde, contidas no dever do Estado de assegurar, de acordo com o quadro de referência formulado pela recomendação do ECOSOC, surgem as questões de que já tratamos aqui sobre a necessidade de formular políticas e alocar recursos finitos para sua satisfação, o que poderia lhe conferir um caráter meramente programático. Sobre este ponto, valem três considerações.

De fato, o direito à saúde opera nos sistemas jurídicos nacionais e no esquema de proteção internacional como um mandamento a ser executado. A maior parte da população global está distante de ver esse direito sendo realizado em sua vida cotidiana, seja por não ter acesso aos bens que precisa, seja por ter acesso em uma perspectiva consumerista.

Não esperamos que a universalidade seja atingida imediatamente, mas compreendemos que há uma pretensão universalista como conteúdo essencial do direito à saúde que deve ser diretriz para ação dos Estados. Desse modo, não lhes cabe abrir mão de empreender esforços constantes para ampliar a potência de seu sistema de saúde no sentido da universalização, o que mitiga qualquer interpretação que defenda caráter meramente programático do direito à saúde.

O principal questionamento em relação à universalidade toca à finitude dos recursos para sua realização. Convém não perdermos de vista, no entanto, que a ideia de direitos sociais implica em uma mudança da visão da relação entre Estado e sociedade, que parte de uma visão coletiva de que a coletividade é responsável pelo bem-estar mínimo dos indivíduos, o que implica na ideia de justiça redistributiva como imperativo da organização da máquina pública.

Vale mencionar ainda que os próprios direitos ditos individuais, isto é, civis e políticos demandam a organização de condições financeiras ativas para sua satisfação[108], bem como que na sociedade contemporânea a satisfação de direitos individuais, por exemplo, a propriedade contém impactos sociais e econômicos significativos[109]. O fundo dessa discussão, portanto, é político. É preciso que um mandamento imperativo estabeleça parâmetros para alocação de recursos na sociedade como um todo, O paradigma dos direitos sociais preenche essa lacuna.

Por fim, vale ainda a menção de que o princípio da universalidade do direito à saúde pode ser interpretado tendo como desdobramento a ideia de não retrocesso social, que lhe assegura concretude. A dificuldade de se estabelecer um nível mínimo a ser seguido pelos Estados acerca de toda a estrutura econômica que devem comprometer com o direito à saúde considerando seu estágio de desenvolvimento é mitigada pelo parâmetro de partir sempre do que já se conquistou.

Assim, se um Estado já logrou um nível tal de desenvolvimento de seu sistema de saúde, a análise de suas obrigações para com o direito à saúde parte, no mínimo, na manutenção desse nível. Obviamente este dever pode ser revisto e rebaixado, porém em situações extremas que realmente impliquem em perda de capacidade significativa, como

---

[108]ABRAMOVICH, Víctor, COURTIS, Christian, et FERRAJOLI, Luigi. **Los derechos sociales como derechos exigibles.** 2002. P.23

[109]Um direito de cunho individual cuja satisfação tem importante impactos sobre a sociedade, inclusive sobre os sistemas de saúde, são os direitos de propriedade intelectual, que reconhecidamente promovem aumento de preços de medicamentos, independentemente de qualquer consideração acerca do cumprimento ou não de sua função econômica em relação à inovação.

um conflito armado de grandes proporções e sempre condicionada à justificação exaustiva.

O princípio da integralidade decorre da ideia prevista tanto na proteção internacional do direito à saúde quanto nos diversos documentos da OMS que tratam sobre serviços de saúde de que devem ser abrangentes. Essa ideia inclui especificamente promoção, prevenção, assistência, reabilitação e cuidados paliativos.

Interpretamos aqui que a integralidade não pressupõe conferir tudo que há disponível em termos de tecnologias de saúde a todas as pessoas, mas sim responder satisfatoriamente a todas as demandas de saúde[110]. Essa ideia dialoga particularmente com instrumentos de avaliação de tecnologias de saúde e listas oficiais, por exemplo, de serviços e de medicamentos.

O princípio da liberdade tem relação com autonomia das pessoas em relação ao próprio organismo, inclusive para direitos sexuais e reprodutivos. Suas repercussões atravessam temas como necessidade prestar informações aos usuários do sistema, direito de escolha de tratamentos, dignidade no tratamento e outros desdobramentos particularmente interessantes ao campo da bioética. Um exemplo, no campo das políticas públicas de saúde, em que o princípio da liberdade desempenha função relevante é da autonomia e dignidade dos usuários no âmbito dos cuidados em saúde mental.

O princípio da equidade está sintetizado na ideia clássica de se tratar as pessoas de forma desigual na medida de sua desigualdade. A equidade é um conceito poderoso dentro dos sistemas de saúde, pois prevê a existência de abordagens distintas em serviços e ações de acordo com as pessoas a que a ação se destina. *Aith* situa o princípio da equidade ao lado do princípio da igualdade e tece a seguinte consideração a seu respeito:

> "No entanto, quando nos referimos à medicina curativa, às ações e serviços de saúde voltados à recuperação da saúde é preferível nos referirmos ao princípio da equidade: **permitir a cada um, em função de sua liberdade, de se beneficiar dos serviços de saúde de que necessita.**"[111] (Grifos nossos)

Por fim, o princípio da participação comunitária comporta a definição local do conteúdo do direito à saúde. A relação entre democracia e saúde comporta diversos elementos. A participação comunitária surge como um elemento fundamental da

[110]Nesse sentido, convém retomar as ideias presentes no Relatório Mundial de Saúde de 2000 sobre necessidades e expectativas das pessoas. A integralidade pode até se preocupar com a expectativa, mas tem um enfoque especial nas necessidades.
[111] *Idem.*

Declaração de Alma-Ata. *Dallari* menciona sua função específica de promover a gênese democrática do direito e preencher uma lacuna substancial a respeito do conceito de saúde, o que seria essencial para a plena realização do direito[112]. Propõe nesse sentido a ideia de Democracia Sanitária.

Compreendemos a Democracia Sanitária aqui em duas acepções. A primeira, formal, está associada à constituição de procedimentos institucionais de participação social no sistema de saúde, como conselhos, consultas e audiências públicas. A segunda, material, está associada à efetiva apropriação do sistema de saúde por seus usuários. Envolve a criação de referência social nas unidades de saúde e na devida apropriação pelas pessoas, o que se dá sobretudo na APS, em seu sentido político. As formas institucionais que asseguram a Democracia Sanitária nesse sentido não são pré-definidas e muitas vezes ela ocorre antes na sociedade do que no mundo jurídico.

2.5 Direito à saúde e SUS: ilustração dos caminhos jurídicos para efetivação do Direito à saúde no caso brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é fortemente marcado pela constituição de um sistema público de acesso universal baseado no reconhecimento do direito à saúde, que é compreendido sob os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade e sob as diretrizes da participação comunitária e da abordagem a partir do território, inclusive com descentralização por critérios federativos (o Brasil possui três níveis federativos: União, estados e municípios).

Até a aprovação da Constituição Federal, em 1988, o sistema de serviços de saúde brasileiro era mais próximo ao modelo securitário, vinculado ao mercado de trabalho formal. A aprovação da Lei Eloy Chaves, em 24 de janeiro de 1923, originou as Caixas de Aposentadoria e Pensão, que se tornariam os Institutos de Aposentadoria e Pensão. Na década de 60, seriam unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), até a gestão da assistência à saúde, sob a forma de reembolsos, ser concentrada no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ainda na década de 70, começou-se a desenvolver serviços baseados na gestão pública, que serviram de embrião para a universalização, as chamadas Ações Integradas de Saúde[113].

---

[112] DALLARI, Sueli Gandolfi. **A democracia sanitária e o direito à saúde:** uma estratégia para sua efetivação. *JORNADA DE DIREITO À SAÚDE, I. Conselho Nacional de Justiça. Palestra. São Paulo*, 2014

[113] FLEURY, S. et CARVALHO, Antônio Ivo de. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).** FGV/CPDOC. Disponível em: http://www. fgv.

O grande marco na transição de modelos no Brasil foi o reconhecimento do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. O processo político que originou o sistema é conceituado como Reforma sanitária brasileira e envolveu um complexo conjunto de atores e processos políticos cuja descrição foge ao escopo deste trabalho. Convém mencionarmos apenas a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como ponto culminante da formulação da proposta da Reforma sanitária brasileira, a chamada emenda sanitária, que foi quase que integralmente aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte[114].

A Constituição Federal reconhece a saúde como direito em seu art. 6º, quando trata do rol de direitos sociais e em seu artigo 196, no capítulo específico sobre a saúde, que estabelece que: "saúde é direito de todos e dever do Estado". O art. 197 estabelece a relevância pública das ações e serviços públicos de saúde. O art. 198 trata dos princípios e da organização do SUS, incluindo seu financiamento, estabelecendo que ele se desenvolve em "rede hierarquizada e regionalizada" organizada de acordo com os preceitos de descentralização administrativa, atendimento integral, prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais e participação comunitária.

Aith compreende como princípios dos SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade e como diretrizes administrativas a descentralização em níveis federativos e a participação comunitária. A constituição utiliza dois nomes para abordar o projeto de territorialização do SUS: regionalização, que aqui interpretamos como a ideia intrínseca ao sistema de abordar o cuidado em saúde a partir do território e descentralização administrativa, mais associada à ideia de distribuição de competências entre união, estados e municípios. Desde os primeiros passos da formação do SUS, já se apontava para uma especial tendência à municipalização da saúde, já que os municípios se encarregariam da APS[115].

O art. 198 trata ainda de dois temas que merecem apresentação específica: financiamento e agentes comunitários de saúde. Os dois foram incluídos por via de Emenda à Constituição e comportaram amplas discussões, que duraram anos após a criação do sistema até serem cristalizadas como normas jurídicas.

---

br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistenciamedica-da-previdencia-social-inamps. Acesso, 2018, vol. 30.

[114] O único ponto rejeitado foi a vedação do exercício de ações e serviços de saúde pela iniciativa privada.

[115]Cf. DE ARAÚJO DOURADO, Daniel, DALLARI, Sueli Gandolfi, et ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Federalismo sanitário brasileiro:** perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 2012, vol. 12, no 3, p. 10-34.

O financiamento da saúde inicialmente entra no chamado Orçamento da Seguridade Social, parte específica do orçamento público caracterizada por ser custeada por via de contribuições sociais, que são uma espécie de tributo vinculada a um fim (de forma distinta do imposto, espécie tributária não vinculada) e por ser direcionada especificamente para previdência social, assistência social e saúde. Essa fase é caracterizada por instabilidade no financiamento do SUS, inclusive por disputas entre os três segmentos custeados por recursos, conforme descrevem Élida e Fleury[116].

O cenário muda substancialmente com a aprovação da Emenda Constitucional n. 29, de 2000, que estabelece percentuais mínimos da receita corrente líquida da união, de estados e de municípios a serem aplicados em ações e serviços de saúde. Os percentuais de estados e municípios são numericamente expressos na emenda (13% e 15%), enquanto o da União fica a ser definido por Lei Complementar a ser aprovada em até cinco anos. Antes da aprovação da lei, estabelece-se regra transitória, em que a União teria seu piso de custeio definido como a quantidade de recursos aplicadas no ano anterior acrescida da variação nominal do PIB.

A regra de transição duraria onze anos, até a aprovação da Lei Complementar n. 11, de 2011, que preencheu a lacuna deixada pela EC 29/00. A regra adotada pela lei, no entanto, foi exatamente a já em voga, associada à variação nominal do PIB. Foi estabelecido somente que não se computaria variações negativas. Ainda assim, a lei teve o mérito de definir precisamente ações e serviços de saúde, que são as atividades nucleares do SUS. Nesse rol, não foram incluídas medidas de saneamento básico e de nutrição, por exemplo, o que não deve ser compreendido necessariamente como algo negativo, uma vez que se tratou aqui das atividades que se poderia incluir dentro dos mínimos constitucionais a serem aplicados em saúde.

Duas emendas constitucionais ainda teriam impacto importante sobre o financiamento da efetivação do direito à saúde. A EC 86, de 2016 e EC 95, de 2017. A EC 86 não tratava exclusivamente do financiamento da saúde, mas alterou substancialmente o regime estabelecido ao estabelecer o piso de recursos da União em 15%. Já e EC 95, de 2017, conhecida como teto de gastos públicos federais congelou os gastos públicos federais pelo período de 20 anos, definindo como teto o que foi gasto no

---

[116] PINTO, Élida G.; FLEURY, Sonia. **Custeio do direito à saúde:** em busca da mesma proteção constitucional conquistada pelo direito à educação. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 13, n. 1, p. 54-80, june 2012. ISSN 2316-9044. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55693/59109>. Acesso em: 30 mar. 2016. doi:http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i1p54-80.

ano de 2016. A medida produziu polêmicas, especialmente por seu impacto sobre a saúde, considerando o subfinanciamento crônico do SUS, porém não removeu os mínimos constitucionais estabelecidos.

Os mínimos constitucionais são garantias do direito à saúde e exemplos de medidas que protegem sua efetivação do direito à saúde, especialmente no dever do Estado de assegurar, conforme apresentamos nas seções anteriores. Sua permanência enquanto norma jurídica, dado o seu caráter constitucional, fortalece o SUS enquanto política de Estado, uma vez que os pisos financeiros não são suscetíveis de discussão na formação do orçamento anual por cada governo. Élida demonstra ainda que, no caso da União federal, os mínimos constitucionais foram reiteradamente aplicados desde a EC 29, de 2000 em seu valor exato, ou seja, o governo e o Congresso Nacional não empenharam mais que sua obrigação constitucional de custeio do SUS.

Outro tema relevante ainda presente no artigo 198 são as diretrizes específicas para contratação de agentes comunitários de saúde e equivalentes. Esses agentes são servidores públicos que trabalham na Atenção Básica, especialmente na execução da Estratégia de Saúde da Família, uma das principais políticas públicas de saúde colocadas em prática no Brasil, com total vinculação ao território.

Os agentes comunitários de saúde devem, portanto, pertencer à comunidade, isto é, ao território, a que a instalação de saúde de atenção básica em que trabalha, por exemplo uma Unidade Básica de Saúde, presta serviço. Sua função, dentro da perspectiva da força de trabalho em saúde, não é contribuir com conhecimento técnico do campo biomédico, mas sim com seu conhecimento social acerca do território. A PNAB define a função dos ACS da seguinte forma:

A EC n. 51, de 2006 buscou resolver justamente às barreiras constitucionais existentes para a contração de pessoas ligadas ao território no desempenho da função pública de agente comunitário de saúde.

O art. 199 define que a saúde é livre à iniciativa privada. Esse dispositivo foi o único trecho do capítulo constitucional sobre a saúde a contrariar a emenda sanitária, conforme proposta pela VIII Conferência Nacional de Saúde. A iniciativa privada exerce no Brasil sua participação no sistema de saúde em dois contextos: a saúde complementar e a saúde suplementar. A primeira faz parte do SUS e consiste em prestadores privados participando da rede pública por meio de instrumentos contratuais, como convênios e contratos de gestão. A segunda consiste na atividade securitária privada, que se subdivide no mercado brasileiro em diferentes modalidades.

O art. 200 da Constituição Federal estabelece um rol exemplificativo de competências do SUS, incluindo controle fiscalização de procedimentos e substâncias de interesse para a saúde, participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e insumos, execução de ações de vigilância em saúde, ordenação e formação de recursos humanos na área de saúde, participação da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico, auxiliar, no âmbito da saúde, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação, fiscalizar e inspecionar alimentos, bem como bebidas e água para o consumo humano, participação do controle e fiscalização de etapas logísticas do manejo de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, colaborar na proteção do meio ambiente, compreendido o do trabalho.

Em grande medida, a efetivação das medidas, especialmente daquelas listadas no art. 200 passa pela formulação, implementação, execução e avaliação de políticas públicas e regulatórias, que conferem concretude às atividades do SUS. O Brasil possui um amplo repertório de normas de Direito Sanitário, que buscaram cumprir essa função. No âmbito legal, destacamos a Lei n. 8080/90 e a Lei 8142/90, que juntas são lidas como a Lei Orgânica da Saúde[117], a já mencionada Lei Complementar n. 141/11 e diversos outros instrumentos, alguns inclusive anteriores ao próprio SUS, como a Leu 6360, que formam o sistema legal sanitário. No âmbito infra-legal, as mais diversas políticas e normas buscam operacionalizar o sistema, como as já mencionadas PNAB e PNVS, decretos presidenciais, protocolos, resoluções, portarias etc.

[117]A Lei Orgânica da Saúde no Brasil é dividida em dois diplomas legais pelo fato de o presidente Fernando Collor de Melo ter vetado parcialmente o projeto de lei aprovado no Congresso Nacional no que tratava sobre financiamento e participação social. No entanto, a parte vetada foi reproposta e aprovada no parlamento, originando a Lei 8.142/90.

Capítulo 3 – Análise documental: Cobertura universal de saúde na OMS

3.1 Apresentação do capítulo

Este capítulo tem por objetivo apresentar uma análise descritiva dos documentos encontrados em nosso esforço de levantamento documental acerca da Cobertura universal de saúde dentro da OMS. Antes de a Cobertura universal de saúde ser alçada a um dos pontos centrais da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável e assumir seu lugar de imperativo político na agenda de saúde global pelas resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas, ela surge, ao menos do ponto de vista forma, em um relatório do Secretariado da OMS apresentado no âmbito da preparação para 58ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde (AMS), instância deliberativa máxima da organização, em seguida passa a aparecer com centralidade ou lateralmente em diversos relatórios e resoluções, sendo incorporada aos ODS e finalmente adquirindo seu status atual.

A seção 3.4.1 nos servirá como apoio para a devida compreensão da estrutura institucional da Organização, apresentando cada uma dessas instâncias, suas competências, sua forma geral de funcionamento e a natureza institucional dos documentos que analisamos.

A seção 3.4.2 nos servirá de apoio para melhor compreender a seção seguinte, ainda que rompa com o encadeamento temporal que buscamos seguir. Ela é dedica à apresentação do conteúdo do Relatório Mundial da Saúde de 2010 – Financiamento dos Sistemas de Saúde: O Caminho para Cobertura Universal. Essa edição do Relatório Mundial, conforme a análise documental nos mostrará serve como um dos documentos de referência dentro da OMS para o conceito de Cobertura universal de saúde e por se tratar de um dos relatórios mundiais, que se apresentam como livros, optamos por apresenta-lo de forma separada, servindo de subsídio às três seções seguintes que identificam que se debruçam sobre a análise documental.

A seção 3.4.3 nos fornecerá o início da análise documental realizada. Sua função, no entanto, é de contextualização, já que apresenta as principais resoluções e relatórios de antes do relatório que menciona pela primeira a Cobertura universal. Buscamos nesta fase, então, apresentar as discussões sobre sistemas de saúde tomando como referência o ano de 2000, quando é publicado o Relatório Mundial da Saúde que discutimos em nosso segundo capítulo. Desenvolvemos assim a apresentação de uma linha temporal contínua,

iniciada no segundo capítulo sobre sistemas de saúde e OMS, que vai se detalhando ao longo do texto, até chegar ao conceito de Cobertura universal.

O núcleo deste capítulo será, desta forma, sua seção 3.4.4 até 3.4.8, em que reconstruiremos a trajetória institucional da Cobertura universal de saúde nas três principais instâncias da OMS: AMS, Conselho Executivo e Secretariado. Concluímos com uma síntese do capítulo identificando os principais pontos encontrados, tendo em vista os elementos do direito à saúde e dos sistemas de saúde apresentados nos capítulos anteriores.

Na seção 3.2, apresentamos nossa metodologia de análise documental e na seção 3.5 apresentamos o contexto descritivo e a posição do Banco Mundial e uma publicação chave para compreensão da Cobertura universal de saúde, realizada em parceria com a OMS.

3.2 Metodologia de análise documental

Apresentamos nesta seção os métodos utilizados para levantamento e análise dos documentos da OMS sobre Cobertura universal de saúde. Cumpre-nos esclarecer inicialmente que a OMS possui três instâncias principais: a Assembleia Mundial da Saúde, o Conselho Executivo e o Secretariado, que é chefiado pela Diretoria-Geral. Esclareceremos as competências e características de cada um adiante.

O Conselho Executivo e Assembleia Mundial de Saúde tomam decisões que se traduzem em resoluções, com estruturação própria, semelhante um dispositivo legal, com divisão em clausulas. Já o Secretariado emite relatórios, que servem de insumos para as reuniões das outras duas instâncias. A Assembleia se reúne anualmente e o Conselho Executivo, em média, três vezes ao ano.

Buscamos levantar todos os documentos, entre resoluções e relatórios, que contivessem o termo Cobertura universal de saúde. A base de dados utilizada para o levantamento documental foi o portal virtual da própria OMS. Por via de busca simples, foram pesquisados todos registros oficiais de sessões das duas instâncias em inglês.

Buscamos os termos “Universal Health Coverage”, “Universal Coverage”, “UHC”, “Sustainable Development Goals” e “SDG”, que se traduzem respectivamente para Cobertura Universal de Saúde, Cobertura Universal, CUS, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e ODS. A razão da busca ter sido realizada em inglês é justificada por o português não ser uma das seis línguas oficiais da ONU, de modo que os documentos oficiais não publicados nessa língua.

Os documentos encontrados foram categorizados em três grupos: relatórios, ações e atas. Os relatórios são documentos de caráter técnico que integram a agenda das reuniões da AMS e do Conselho Executivo. São preparados pelo Secretariado ou pelo próprio Conselho Executivo, nas sessões da AMS e não apresentam qualquer tipo de decisão, podendo, no entanto, apresentarem sugestões de decisão, quando elaborados pelo Conselho e destinados à AMS.

O grupo dos documentos classificados como ações são as resoluções da Assembleia. As atas são as memórias das reuniões e não foram analisadas ou exaustivamente descritas neste trabalho, considerando seu limite de escopo.

A análise dos documentos buscou identificar um conceito de Cobertura universal de saúde, assim como fizemos com o direito à saúde, no capítulo 3, nosso intuito foi identificar quais elementos a constituem, especialmente dentro do escopo das funções públicas associadas ao sistema de saúde debatidas na seção dedicada ao tema.

Em seguida, buscamos construir uma trajetória institucional sobre esse conceito dentro da OMS, retomando os passos dentro da Assembleia com as resoluções.

3.3 Cobertura universal de saúde nos ODS

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são os objetivos que em conjunto formam a Agenda das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, comumente chamada de Agenda 2030. Sua função é ser o núcleo político das propostas da ONU para os Estados-membros e para a humanidade como um todo.

De modo distinto aos ODM, que foram considerados como muito segmentados e pouco relacionados entre si, o desenvolvimento dos ODS buscou formular uma agenda a ser realizada de forma indivisível e com grande preocupação em relação aos meios de efetivação.

Ao todo são 17 objetivos, divididos em 169 objetivos específicos, ou metas. Os objetivos são:

i. Erradicação da pobreza;
ii. Fome zero e agricultura sustentável;
iii. Saúde e Bem-estar
iv. Educação de qualidade;
v. Igualdade de gênero
vi. Água potável e saneamento;
vii. Energia limpa e acessível;
viii. Trabalho decente e crescimento econômico;
ix. Indústria, inovação e infraestrutura
x. Redução das desigualdades;
xi. Cidades e comunidades sustentáveis;
xii. Consumo e produção responsáveis;
xiii. Ação contra a mudança global do clima;
xiv. Vida na água;
xv. Vida terrestre;
xvi. Paz, justiça e instituições eficazes;
xvii. Parcerias e meios de implementação;

Notamos maior transversalidade entre os objetivos, em relação aos ODM. A questão da saúde é abordagem no terceiro objetivo, contudo também encontra respaldo, pelo menos, no segundo, no quinto e no sétimo.

A resolução que adotou oficialmente a Agenda 2030 data de 25 de setembro de 2015 e foi nomeada de “transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o

desenvolvimento sustentável”[118]. Uma resolução seguinte, de 2017, aprovou um relatório da comissão de métricas das Nações Unidas que traçava indicadores para os ODS.

O terceiro objetivo, escrito como “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, possui os seguintes oito objetivos específicos:

3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos

3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos

3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis

3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar

3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool

3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas

3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais

3.8 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

3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo

---

[118] UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015:70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Disponível em: <https://undocs.org/A/RES/70/1> Acesso em 24.jun.2018

Em relação aos meios para sua efetivação, o terceiro objetivo tem definido para si os seguintes meios gerais de efetivação:

3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado

3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos

3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento

3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde

3.4 Organização Mundial de Saúde

3.4.1 Apresentação da OMS

A OMS é uma organização internacional especializada do Sistema ONU[119]. Seu documento estruturante é sua constituição[120], aprovada em Nova Iorque no ano de 1946, no ato de sua fundação. O documento estabelece como primeiro princípio que a "saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças". Em seguida, igualmente define que "o gozo do mais alto padrão de saúde é um direito fundamental de todo ser-humano, sem distinção de raça, religião, posição política ou condição social ou econômica". Desse modo, seu documento fundante estabelece uma concepção de saúde ampla e a reconhece como direito humano.

Além desses princípios, a Constituição da OMS estabelece que o objetivo de saúde para todos é essencial para lograr paz e exige a cooperação de todos os Estados e indivíduos, bem como que a proteção e a promoção de saúde dentro de cada Estado têm valor universal, e que o desenvolvimento desigual no controle de doenças, especialmente transmissíveis, é um perigo comum. Trata ainda da importância da saúde infantil; da essencialidade da extensão para todas as pessoas dos benefícios de conhecimentos médicos, psicológicos e relacionados; da importância da opinião informada e da cooperação dos usuários, e da responsabilidade de governos pela saúde de sua população, que só pode ser cumprida por via de medidas sociais e de saúde adequadas.

As funções da Organização, elencadas em seu artigo 2, incluem agir como autoridade internacional diretora e coordenadora em saúde; estabelecer parcerias com organizações internacionais, governos, grupos profissionais e outras organizações; assistir governos, quando requisitada, no fortalecimento de serviços de saúde, bem como fornecer assistência técnica e ajuda em casos de emergência; prover ou auxiliar no provimento de serviços de saúde em situações especiais, por exemplo, territórios sob tutela internacional; estabelecer e manter serviços técnicos e administrativos, incluindo epidemiológicos e estatísticos; trabalhar pela erradicação de epidemias, endemias e outras doenças; promover, em cooperação com outras agências especializadas, a prevenção de agravos de saúde por acidentes, bem como a melhora dos níveis de nutrição, habitação,

---

[119] Estabelecida nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas.

[120] OMS, **Constituição da Organização Mundial de Saúde.** Disponível em: < http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1 > Consulta em 25.out.2019.

saneamento básico, lazer, condições econômicas e laborais e outros aspectos de higiene ambiental.

Além disso, cabe ainda à OMS cooperar com outras entidades científicas e grupos profissionais; propor convenções, acordos e tratados internacionais em matéria de saúde; promover saúde materna e infantil; promover atividade no campo de saúde mental, especialmente aquelas que tocam à harmonia das relações humanas; promover e conduzir pesquisas no campo da saúde; promover melhores padrões de ensino e formação para profissionais de saúde; estudar em cooperação com outras agências técnicas que afetem serviços de saúde; promover assistência e aconselhamento no campo da saúde; auxiliar na opinião pública informada entre as pessoas em matéria de saúde; estabelecer e publicar padrões relacionados à classificação de doenças, produtos de saúde e diagnósticos.

Em síntese, a OMS possui uma ampla gama de competências para o cumprimento de seus objetivos. Ventura e Perez[121], ao analisar a crise e a reforma da Organização, utilizam uma classificação sistemática proposta por Laude, Mathieu e Tabuteau para melhor compreender suas funções. Dividem assim as funções da OMS em três grandes grupos: (i) enfrentamento global das grandes patologias e organização da vigilância epidemiológica ao nível internacional; (ii) elaboração de normas sanitárias internacionais e grandes intervenções sanitárias, como a organização de programas para patologias específicas, e (iii) condução de pesquisas e assistência técnica a governos na implementação de programas.

Tomando como referência esse quadro de análise de suas competências., no primeiro grupo de funções teríamos a satisfação da missão mais tradicional das organizações internacionais no campo da saúde, que atualmente tem como principal fundamento jurídico internacional o Regulamento Sanitário Internacional, de 2005. Essa gama de ações guarda importante relação com a ideia de Saúde Pública, de acordo com a forma que o conceito nasceu, no início da preocupação internacional com a saúde. Essa função da OMS tem como manifestação importante no cenário global a declaração de emergências de saúde pública, de acordo com as hipóteses do Regulamento.

[121] VENTURA, Deisy; PEREZ, Fernanda Aguilar. Crise e reforma da organização mundial da saúde. **Lua Nova**, n. 92, p. 45-77, 2014.

No segundo grupo de funções institucionais está a produção de normas jurídicas em saúde, que será melhor explicada adiante. Essas normas podem se apresentar como convenções internacionais, como é o caso do Regulamento Sanitário Internacional, ou como resoluções de caráter eminentemente recomendatório aos Estados-membros. A maior parte dos documentos que analisaremos neste capítulo situa-se nesta última hipótese. A função de normas jurídicas recomendatórias é discutida na literatura acadêmica com maior enfoque à sua eficácia, principalmente em relação ao termo "soft law". Esta é uma dentre as várias possíveis perspectivas para essa questão, dada na discussão sobre determinantes legais da saúde, que mencionamos no capítulo sobre o direito à saúde.

Ainda no campo de definição de normas internacionais, a OMS possui funções relevantes no sentido de definir parâmetros a ser seguidos pelos países, uniformizando suas políticas públicas e regulatórias. Podemos citar cinco exemplos dessa função, os dois primeiros também mencionados por Ventura e Perez: o Codex Alimentarius, a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, a pré-qualificação de fabricantes de medicamentos genéricos e similares, Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Sistema de Classificação Química, Anatômica e Terapêutica, voltado a medicamentos.

Tanto o Codex Alimentarius quanto a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS são formulados por comissões específicas dentro da organização para tal. A lista é um exemplo particularmente interessante para os fins deste trabalho. Nela, pretende-se discriminar o conjunto de medicamentos que devem ser oferecidos às populações de todos os países, constituindo-se como uma importante referência tanto para incorporação de novos medicamentos nos sistemas de saúde quanto para satisfação completa do direito à saúde, de acordo, por exemplo, com o que menciona a Recomendação n. 14 do ECOSOC ao fazer referência às definições técnicas da Organização. Convém mencionar que essa lista, no entanto, é objeto de grande pressão do setor farmacêutico, que também se beneficia da incorporação[122].

O mecanismo de pré-qualificação de produtores de genéricos da OMS funciona como uma agência reguladora do mercado de medicamentos a nível global, assegurando a eficácia, a segurança e a qualidade de medicamentos produzidos pelos fabricantes pré-

[122] Sobre o tema, Pedro Villardi, em sua tese de doutorado "Da saúde internacional à saúde global: trajetórias históricas e geográficas do conceito de medicamentos essenciais", premiada pela CAPES, identifica o desenvolvimento histórico e as disputas de poder em torno da questão.

qualificados. Além de servir como referência para a compra de medicamentos por entidades que atuam a nível global, como o GAVI e a UNICEF, a pré-qualificação pode ser um passo para a aprovação de produtores genéricos dentro dos sistemas regulatórios nacionais. Decisões recentes em relação ao tema despertam a atenção da sociedade como sendo indicativo da possibilidade de baixa de preços de medicamentos. Como exemplo, destaca-se a pré-qualificação do primeiro produtor de biosimilar do medicamento biológico trastuzumabe, em 2019, indicado para tratamento de câncer de mama e o anúncio, no mesmo ano, do Diretor-Geral da Organização de realizar a pré-qualificação para a insulina humana.

Finalmente o último grande conjunto de competências da OMS, de conduzir programas e assistir os Estados-membros encontra diversos exemplos, como o programa de erradicação da poliomielite, que mencionamos anteriormente ou mesmo as ideias contidas nos relatórios mundiais da saúde e em outros documentos técnicos publicados pela OMS, inclusive em conjunto com outras organizações. Essa função também pode ser realizada a nível regional ou mesmo nacional. O Brasil, por exemplo, em sua Lei 12.781, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, faz menção a um termo de cooperação celebrado com a OMS (especificamente por via de seu escritório regional para as Américas) no âmbito da ampliação de profissionais médicos no sistema brasileiro.

A associação à OMS, em acordo ao seu Artigo 3, é aberta a todos os Estados, que mantêm pagamento mensal[123]. Atualmente a OMS congrega 193 Estados-membros e sua governança é dividida em três instâncias: a Assembleia Mundial de Saúde (AMS), o Conselho Executivo e o Secretariado. Em síntese, a Assembleia é a autoridade máxima e é composta por todos os Estados-membros; o Conselho Executivo é entidade colegiada de suporte à Assembleia e ampliação das discussões e é formado por número mais restrito de especialistas indicados pelos Estados-membros, e o Secretariado é responsável pela administração geral da OMS e por representá-la institucionalmente, sempre respeitando as competências e deliberações das outras duas instâncias.

A AMS reúne-se anualmente em Genebra, Suíça, onde fica a sede da Organização e grande parte da estrutura administrativa do Sistema ONU. Suas funções, de acordo com

[123] O não pagamento do valor mensal obrigatório implica em suspensão do direito de voto na Organização. Anualmente a AMS debate essa penalidade para Estados-membros.

seu artigo 18, incluem determinar a política da OMS, nomear os Estados-membros que compõem o Conselho Executivo, nomear o Diretor-Geral, supervisionar as outras duas instâncias, aprovar e supervisionar o orçamento da Organização, instruir o Conselho, o Secretariado ou qualquer outra organização a se atentar a alguma questão específica em matéria de saúde, considerar recomendações advindas de outras organizações do Sistema ONU, convidar alguma organização ou Estado não membro a tomar parte na reunião sem direito de voto, reportar-se diretamente ao ECOSOC, bem como tomar outras medidas ou firmar outras parcerias que julgue apropriadas.

A AMS delibera sobre diferentes aspectos, com maioria simples ou qualificada, a depender de sua natureza. De acordo com o artigo 59, cada Estado-membro tem direito a um voto na Assembleia. Podem ser objeto de deliberação da Assembleia convenções internacionais, normas de caráter recomendatório (resoluções) e decisões. As convenções internacionais, em acordo com o artigo 19, devem ser aprovadas por maioria qualificada de dois terços dos votos e ratificadas pelos Estados-membros, a partir de seus procedimentos constitucionais próprios. São assim tratados internacionais. Os dois exemplos de convenção originada na OMS são o Regulamento Sanitário Internacional, aprovado em 2005 e a Convenção Quadro da OMS para Prevenção e Controle do Tabaco, aprovada em 2011.

Já as resoluções, previstas no artigo 23, são normas de caráter recomendatório aos Estados-membros e podem versar sob os mais variados temas, dentro da alçada da Organização. É comum que se aprove diversas resoluções em uma mesma sessão da AMS, que variam em importância e complexidade; incluindo, por exemplo, desde uma congratulação à Organização Pan-Americana de Saúde até a recente resolução sobre transparência em preços de medicamentos, debatida por anos. As resoluções, em geral, formulam recomendações a respeito de algum tema específico, com indicações aos Estados-membros, ao Conselho Executivo e ao Secretariado, podendo incluir também outras organizações internacionais entre suas cláusulas.

O Artigo 21 estabelece competências da AMS com caráter mandatório, relacionadas à definição de padrões internacionais, especificamente para regras de quarentena, nomenclaturas de doenças, causas de morte e práticas de saúde pública, padrões de procedimentos diagnósticos para uso internacional, padrões de segurança, pureza, potência, publicidade e rotulagem de produtos biológicos, farmacêuticos e similares comercializados internacionalmente. Decisões nesse sentido devem ser

comunicadas aos Estados-membros pelo Diretor-Geral nos termos da Constituição. Além de estabelecer os padrões acima indicados, também versam sobre assuntos internos da Organização, como nomeação de diretores.

O Conselho Executivo é um órgão colegiado formado por trinta e quatro pessoas tecnicamente qualificadas no campo da saúde e indicadas por Estados-membros respeitando a distribuição geográfica global. A despeito de seu caráter técnico, a representação no Conselho corresponde ao Estado-membro indicado e não à Organização em si, ou seja, é uma representação diplomática e não institucional da OMS, como ocorre com os membros do Secretariado. O mandato no Conselho tem duração de três anos e as reuniões ocorrem ordinariamente ao menos duas vezes ao ano. Tanto o Conselho Executivo quanto outras comissões criadas no âmbito da OMS também seguem o mesmo princípio de um voto por cada Estado-membro.

De acordo com o artigo 28, o Conselho tem função executiva em relação à AMS, tanto preparando sua agenda e os documentos necessários à sua reunião anual quanto dando efeito às suas decisões. Como mostraremos neste capítulo, a dinâmica de reuniões entre as duas instâncias, muito comumente, segue a dinâmica de o Conselho debater e aprovar minutas de resoluções, que são levadas à AMS para que se tornem ou não resoluções, com as modificações que a Assembleia julgar pertinentes. O Conselho, por sua vez, comumente aprecia minutas de resoluções formuladas e apresentadas pelo Secretariado em suas reuniões. Ainda sobre suas competências, cabe-lhe também autorizar o Diretor-Geral a tomar decisões que envolvam empenho de recursos da Organização em situações emergenciais, como de calamidades e de combate a epidemias.

O Secretariado compreende a Diretoria-Geral e todas as divisões técnicas e administrativas que operam no âmbito da OMS, de acordo com o artigo 30. O Diretor-Geral é escolhido pela AMS por indicação do Conselho Executivo e é de sua competência a representação interna da Organização, isto é, como administrador máximo de seu pessoal, e externa enquanto porta-voz institucional. Cabe-lhe a presidência da AMS, do Conselho Executivo e de todas as comissões e conferências eventualmente convocadas pela OMS. Dada sua posição, a constituição veda-lhe qualquer postura que possa representar conflito de interesse com sua função pela associação a algum Estado-membro. Ao contrário dos membros da AMS e do Conselho Executivo, os membros do Secretariado desempenham a representação da OMS em si.

A OMS opera com escritórios regionais e escritórios nacionais, responsáveis por executar suas funções a esses níveis. As organizações regionais são dotadas de certa autonomia também tendo colegiados de gestão, os Comitês Regionais, que têm a função de definir as políticas da organização no nível que lhes cabe e implementar as decisões da AMS. Atualmente existem seis escritórios regionais da OMS: Américas (OPAS), África (AFRO), Mediterrâneo Oriental (EMRO), Sudeste Asiático (SEARO), Europa e Pacífico Ocidental. O continente americano e o Europeu formam cada um uma região, o continente africano é dividido entre o escritório regional da África e o escritório regional do Mediterrâneo Oriental, que inclui alguns países do norte do continente. Este escritório inclui ainda o Oriente Médio, o Irã e o Afeganistão. Os países restantes do continente asiático estão divididos entre o escritório do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental, que inclui também a Oceania.

Com exceção da OPAS, todos os outros escritórios foram criados pela AMS com a Organização já em funcionamento. O escritório americano é mais antigo que o próprio Sistema ONU, datando de 1912, e foi incorporada à OMS por meio de acordo entre as duas organizações findado somente em 1949, quando a entidade ainda se chamava Organização Pan-Americana Sanitária. Desde sua criação, a OPAS esteve em funcionamento e promoveu ações regionais de saúde.

O fluxo deliberativo da OMS segue o rito periódico de uma sessão da AMS por ano, que em geral acontece em maio, no Palácio das Nações, em Genebra. Essa reunião é antecedida por uma sessão do Conselho Executivo, que costuma se reunir em janeiro no mesmo local. O Conselho Executivo ainda se reúne, em geral, outras duas vezes por ano, uma imediatamente após a sessão da AMS e outra ao longo do segundo semestre. De acordo com suas funções, cabe ao Conselho debater e preparar a agenda da AMS, o que significa formular propostas para que sejam discutidas amplamente e aprovadas na Assembleia.

Tanto o Conselho quanto a AMS estão sujeitos a convocação extraordinária, realizada por parte de seus membros ou pelo Secretariado. No período analisado, aconteceram quatro sessões extraordinárias do Conselho Executivo e uma sessão extraordinária da AMS. A primeira delas, do Conselho, em 2006, tinha por objetivo acelerar a nomeação do novo Diretor-Geral. A seguinte, da AMS, no mesmo ano, foi convocada com o mesmo objetivo, no mesmo contexto. A segunda do Conselho Executivo, em 2011, debateu a reforma da OMS (prioridades programáticas, governança

e reforma de gestão. A terceira, em dezembro de 2014, a questão da emergência pelo vírus Ebola. A quarta, em novembro de 2017, debateu o 13º Programa de Trabalho da OMS (2019 – 2023).

Concluindo, como ponto final desta introdução, convém passarmos pela estrutura típica de uma resolução das instâncias deliberativas da OMS (AMS e Conselho Executivo). Esses documentos serão objeto central da análise deste capítulo. De acordo com o padrão estabelecido para organizações internacionais do Sistema ONU, as resoluções são apresentadas na forma de uma longa sentença escrita, seguindo sempre a estrutura nome da instância, enquanto sujeito da oração, seguido das cláusulas preambulares sempre iniciadas com verbos no modo gerúndio, em que se apresenta os pressupostos e o contexto daquela decisão e cláusulas operativas, em que se apresenta as decisões em si do documento. Não há limitação para o número de cláusulas.

As cláusulas operativas podem ser dirigidas aos Estados-membros, a um grupo de Estados-membros, a outras organizações internacionais, a organizações regionais, a setores da própria Organização ou a entidades da sociedade civil. Elas também podem qualificar seu direcionamento indicando o contexto em que devem ser aplicadas (por exemplo, no contexto da discussão da agenda de desenvolvimento pós-2015). Observamos que embora as resoluções tenham "a priori" caráter recomendatório, as cláusulas operativas das resoluções das AMS direcionadas ao Conselho Executivo ou ao Secretariado, assim como as do Conselho Executivo direcionadas ao Secretariado, têm caráter mandatório, considerando a hierarquia interna da Organização.

De forma esquemática, o texto das resoluções terá sempre um título, conforme exemplificado a seguir, instância que toma a decisão, cláusulas preambulares e cláusulas operativas:

> "A quinquagésima quinta Assembleia Mundial da Saúde
> (...)
> *Reconhecendo* os progressos realizados para reduzir as taxas de letalidade da dengue hemorrágica dentro de certos países;
> (...)
> 1. Insta os Estados-membros
> (...)
> 6) a reforçar as medidas sanitária de luta contra os vetores nas fronteiras e a melhorar as possibilidades de diagnóstico e de tratamento, afim de utilizar ao melhor os recursos regionais;
> 2. Insta outras instituições, órgãos e programas do sistema das Nações Unidas, organismos bilaterais de desenvolvimento,

> organizações não governamentais e outros grupos relacionados a reforçar sua colaboração pela luta contra a dengue;
>
> (...)
>
> 3. Demanda ao Diretor-Geral
>
> 1) que prosseguir com a elaboração da estratégia global de luta contra a dengue hemorrágica e de ajudar a colocá-la em prática por uma gestão integrada ao meio ambiente;[124] ”

Em relação à nomenclatura das resoluções, utilizaremos como parâmetro os nomes conforme atribuídos pela OMS, seguindo as siglas em inglês: WHA para a Assembleia e EB para o Conselho Executivo. Assim, a resolução transcrita acima, por exemplo, que corresponde à décima sétima da 55ª reunião da AMS seria nomeada como Resolução WHA55.17 ou Resolução WHA55.R17.

3.4.2 Relatório Mundial de Saúde de 2010

O Relatório Mundial da Saúde de 2010, intitulado “Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal” foi a primeira versão da publicação completamente dedicada à Cobertura universal de saúde, abordada sob a perspectiva dos sistemas de saúde, especialmente a questão do financiamento. No ano de sua publicação, o conceito de cobertura universal já se fazia presente na OMS há pelo menos cinco anos, com a resolução que a criara em 2005, Contudo, o debate sobre sistemas de saúde e proteção contra o risco financeiro, um dos elementos fundantes da cobertura universal, já era pautado há pelo menos dez anos, desde a publicação do relatório mundial do ano 2000.

Em sua mensagem de abertura no início do documento, a então Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan, afirma que encomendou o relatório com esse tema considerando a centralidade que a cobertura universal assumiu nos debates sobre prestação de serviços de saúde, com enfoque especial na eficiência dos sistemas. Seus elementos centrais, de acordo com a diretora, estariam concentrados no combate aos pagamentos diretos e na definição de estratégias de pré-pagamento e agrupamento de recurso pelos Estados. Essa assunção implicaria assim, em suas palavras, no reconhecimento de que a melhor estratégia para o financiamento de sistemas de saúde envolvia que ricos financiassem pobres e que pessoas saudáveis financiassem pessoas doentes.

A ideia presente no relatório de pré-pagamento e agrupamento de recursos, a despeito de assumida com valor prescritivo de uma estratégia global, não é novidade nos

---

[124] Resolução WHA55.17. **Luta contra a dengue e a dengue hemorrágica**. Disponível em: < http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fwha5517.pdf >. Acesso em: 16.set.19.

debates sobre economia da saúde na forma em que é colocada no documento. Economistas da saúde, em uma linha de pensamento oficialmente iniciado pelo pensador neoclássico Kenneth Arrow[125], compreendem que o mercado de serviços médicos possui algumas falhas, isto é, fatores que fazem com o que o mercado por si só não opere em sua forma ótima maximizando sua eficiência, como a assimetria de informações entre prestadores e consumidores e incerteza acerca da cura da doença.

Ela consiste basicamente na proposição de que os recursos que custeiam os serviços de saúde, especialmente os de assistência individualizável (consultas, atendimentos de emergência, procedimentos diagnósticos etc.) devam ser agrupados em um fundo alimentado periodicamente de forma coletiva, independendo do estado de saúde dos pagantes, para que seja utilizado no momento do custeio, diluindo assim o impacto sobre o orçamento dos pagantes. Essa ideia, em sua formulação mais simples, é o fundamento dos seguros de saúde em suas mais variadas formas.

O conteúdo do relatório apresenta diversos dados e exemplos de políticas em países, mas possui mensagens centrais expressas em sua conclusão que são tomadas como a mensagem do Secretariado sobre o tema. Preliminarmente, cabe a menção de que o relatório não se estende sobre questões associadas a determinantes sociais de saúde, a despeito de reconhecer sua importância, mas apontando o problema de estarem muitas vezes fora do setor de saúde. O documento retoma, sob a forma de menções introdutórias, os princípios da Declaração de Alma-Ata apenas em seu Sumário Executivo e não menciona em nenhum momento o direito à saúde.

Sua linha de raciocínio está ancorada na Resolução WHA58.33, de 2005, a primeira da OMS a utilizar o termo Cobertura universal de saúde, que será objeto de apreciação deste capítulo. Retomar que os Estados-membros da OMS reconheceram na resolução de 2005 três missões para os Estados dentro do objetivo de desenvolver sistemas de saúde que permitam às pessoas acessar a serviços de saúde sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los: (i) definir como financiar o sistema, (ii) definir como proteger as pessoas das consequências financeiras da falta de saúde e do pagamento direto, (iii) definir como otimizar a utilização dos recursos disponíveis, isto é, como

[125] SAVEDOFF, William D. “Kenneth Arrow and the birth of health economics”. *In* **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, p. 139-140, 2004. Disponível em: > https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585899/pdf/15042237.pdf >. Acesso em: 16.set.19.

aumentar a eficiência. Estariam ainda nas funções nucleares dos Estados a garantia da equidade e o monitoramento constante da evolução das medidas.

A Cobertura universal de saúde é sintetizada no binômio acesso a serviços essenciais e proteção financeira, ambos associados à contenção de pagamentos diretos. O desembolso direto, junto com a penalização financeira decorrente da doença (por exemplo, afastamento profissional por conta de impossibilidade de trabalhar), seriam os principais fatores associados a serviços de saúde com impacto sobre a renda das famílias. Para o segundo a OMS teria iniciativas, especialmente com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) para diminuir seu fardo, como a Plataforma Integrada de Proteção Social, que consistem em medidas que previnam os impactos do afastamento do mercado de trabalho por conta de questões de saúde. O enfoque específico do Relatório é o financiamento mais adequado para lidar com o primeiro, onde estaria a cobertura universal.

São identificados três obstáculos principais à sua realização, cada um relacionado com uma das missões extraídas da interpretação da Resolução: recursos finitos para governos investirem em saúde, alto volume de pagamentos diretos (incluindo pagamentos dentro de seguros, como franquias e co-pagamentos, mas não mencionando os prêmios), inclusive quando se dão informalmente, e ineficiência. De acordo com o documento, o enfrentamento do problema da ineficiência poderia inclusive servir para auxiliar o ministério da saúde a negociar mais recursos com ministérios das finanças. O próprio relatório também assume que existem outras barreiras de acesso a serviços, como o uso abaixo do necessário por populações marginalizadas, como grupos étnicos minoritários e populações migrantes.

Em relação ao desafio do financiamento, o Relatório propõe aumento da eficiência da arrecadação, redefinição de prioridades dentro do orçamento público privilegiando a saúde, financiamento por fontes inovadoras (são levantados como exemplos, taxas sobre uso de celulares, aplicadas no Gabão; taxação de transações financeiras internacionais, passíveis de gerar um extenso volume de recursos, por exemplo, na Índia; tributação de produtos maléficos à saúde, como álcool, tabaco e alimentos com excesso de sódio e de açúcar), além de ajuda internacional aos países menos desenvolvidos.

Em relação às barreiras financeiras de acesso associadas aos pagamentos diretos, o relatório propõe as estratégias de pré-pagamento e o agrupamento de recursos como

forma de diluição de riscos. Uma síntese das observações das experiências nacionais pelo Secretariado inclui as conclusões de que haverá sempre um segmento populacional muito pobre incapaz de contribuir com arranjos securitários, que deve ter seu acesso financiado pelo orçamento público, seja por via de serviços seja por via de custeio de seus prêmios, e que as contribuições para o sistema precisam ser legalmente obrigatórias.

A justificativa da obrigatoriedade das contribuições está na possibilidade de nem toda a população, especialmente o segmento com mais renda, participar do agrupamento de recursos, bem como na conclusão de que fundos agrupados com poucas pessoas não são viáveis a longo prazo, pois uma ocorrência de saúde custosa entre poucas pessoas ou até em apenas uma pode impactar substancialmente o fundo. Em outras palavras, fundos maiores são mais efetivos em promover a diluição do risco. Além disso, múltiplos fundos, com diferentes sistemas de informação, iriam de encontro à meta da equidade, já que não permitiriam a apuração das populações mais vulneráveis.

O Relatório também se vale de uma figura para apresentar de forma gráfica o funcionamento da meta de Cobertura universal de saúde, a ser realizada progressivamente. A figura a seguir, de elaboração própria, é feita com base no cubo da Cobertura universal, conforme apresentado pela OMS e utilizado por outras organizações, como o Banco Mundial.

Três dimensões da Cobertura universal de saúde no Relatório Mundial da Saúde de 2010

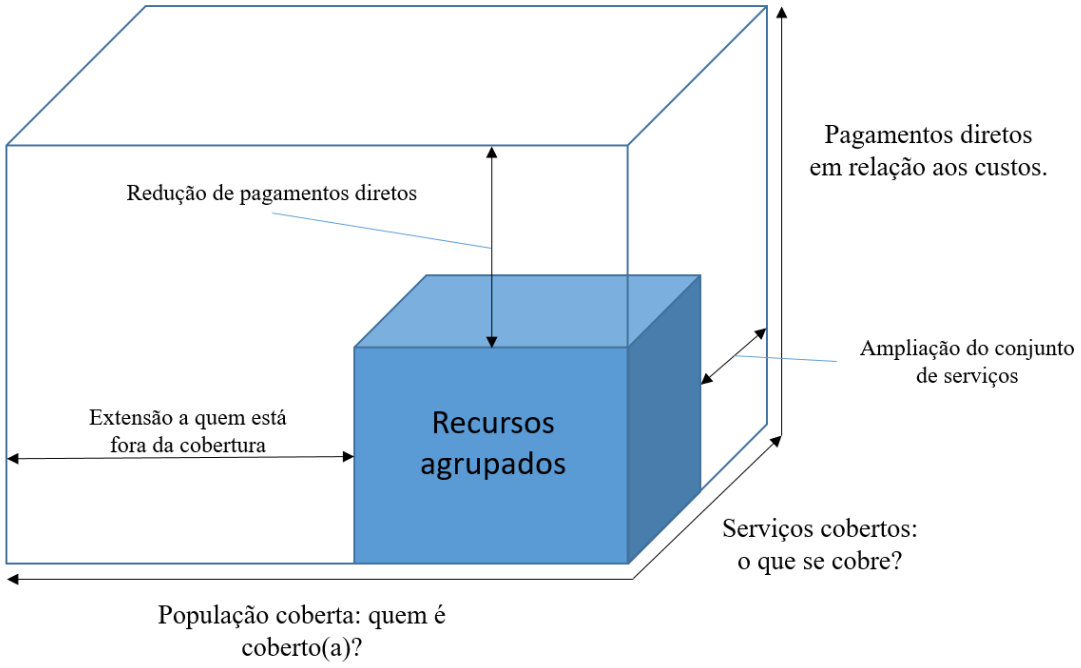


Figura 2

Dessa forma, a realização da Cobertura universal de saúde envolveria a ampliação do cubo azulado pelos países nos três eixos. O completo preenchimento corresponderia à plena realização da Cobertura universal, não alcançada por nenhum país e em constante mudança de acordo com alterações nas tecnologias de saúde e nos sistemas de saúde como um todo, nos termos do Relatório. Além disso, caberia a cada país identificar em qual dos eixos deveria empreender seus esforços prioritários, considerando sua realidade nacional.

Ainda sobre o tema dos pagamentos diretos, o relatório identifica outras barreiras de acesso importantes a serviços de saúde que podem corresponder à desproteção financeiras. Seriam elas gastos com custos de transporte para chegar a serviços de saúde e comprometimento de renda com o tempo dispendido para realização do tratamento. Este último problema estaria particularmente associado à Doenças Crônicas não-transmissíveis. Possíveis soluções para estes problemas identificadas no documento seriam a utilização de vouchers de transporte, para que as pessoas fossem reembolsadas ao chegarem ao serviço e reembolsos específicos associados ao cumprimento de metas em relação à própria saúde, especialmente no campo preventivo.

Em relação ao problema da eficiência em serviços de saúde, o Relatório identifica nove medidas específicas que podem ser adotadas pelos Estados-membros para diminuir os custos dos sistemas de saúde: uso racional de medicamentos, evitando utilizações desnecessária, especialmente de antibióticos, armazenamento adequado de medicamentos evitando a perda de sua qualidade, utilização de medicamentos genéricos em detrimento de medicamentos de marca, obtenção do máximo rendimento de tecnologias e de serviços de saúde, motivação da força de trabalho em saúde, melhoria da eficiência hospitalar, redução do erro no diagnóstico médico no primeiro contato, eliminação do desperdício e da corrupção e avaliação crítica sobre quais procedimentos são necessários.

O Relatório também aborda uma discussão do campo econômico da saúde cujo aprofundamento foge aos fins deste trabalho, mas de grande importância: a forma de remuneração do serviço de saúde. As formas de remuneração por parte do pagador central, por exemplo o Estado ou uma companhia de seguro, ao prestador de serviço de saúde pode se dar de diferentes formas, obedecendo a métricas distintas, no entanto há dois grupos principais de remuneração: pagamento por serviços e pagamento por desfecho clínico. O primeiro consiste em remunerar o prestador por cada serviço de saúde específico realizado, por exemplo, uma consulta médica ou uma cirurgia. O segundo consiste em remunerar a partir dos desfechos clínicos, ou seja, da completa realização do tratamento.

Ambos modelos são passíveis de críticas, conforme aponta o Relatório, que não se filia a nenhuma das duas alternativas, defendendo que cabe aos Estados, a partir de sua realidade econômica específica, estabelecer o melhor modelo de remuneração.

Para além dos três objetos da Cobertura universal de saúde centrais a serem enfrentados (financiamento, redução de pagamentos diretos e aumento da eficiência), o Relatório dedica parte relevante de seu argumento a tratar de outras observações, como a importância de grandes ações informativas, por exemplo, em ações de imunização infantil, que aumentam a eficiência global dos sistemas; à conclusão, ainda em desenvolvimento, de que a gratuidade do serviço como preceito geral pode levar a segmentos da população com maior poder aquisitivo a utilizarem-no mais do que grupos mais pobres.

Finalmente o relatório desenvolve o argumento da equidade nos serviços, afirmando a relevância de se dar especial atenção a grupos vulneráveis, como mulheres,

grupos étnicos minoritários e populações indígenas. Convém aqui mencionar, sobre a saúde materna, que a gravidez pode ser um dos maiores fatores de desastre financeiro se os sistemas de saúde e de proteção social falharem em suas funções. Além dos possíveis gastos decorrentes dos procedimentos de saúde possivelmente necessários, o afastamento do mercado de trabalho necessário para a gestação e primeiros meses da criança pode implicar em perda de renda[126].

Como observação geral do Relatório, notamos o reiterado uso de categorias de análise típicas do universo simbólico securitário, por exemplo, ao tratar dos prêmios e co-pagamentos e das formas de remuneração. Em um sistema diretamente gerido e financiado pelo Estado, essas questões não emergem da mesma forma, já que o prestador e o pagador se concentram na figura do poder público. Não pretendemos, com este comentário, adiantar uma crítica ao Relatório, mas sim marcar uma observação a ser melhor desenvolvida no capítulo final.

3.4.3 Análise documental da OMS – pré-Cobertura Universal de Saúde

Em janeiro de 1998, em sua 101ª sessão, o Conselho Executivo tomou como deliberação uma recomendação para que a AMS adotasse uma resolução recomendatória a seus Estados-membros com a declaração "Saúde para Todos no Século XXI" (em inglês: "Health for all in the twenty-first century"). A declaração conclamava todos os Estados-membros a reafirmarem a saúde como direito, reconhecerem a importância dos determinantes básicos de saúde e assegurar acesso universal a serviços de saúde, dentro das possibilidades orçamentárias, além disso mencionava os princípios contidos na Declaração de Alma-Ata.

A declaração veio em ocasião da virada do século e das quase duas décadas de aprovação da Estratégia Global para Saúde para Todos no Século XXI. Findo o seu prazo de validade, era uma renovação do compromisso e um balanço acerca dos erros e acertos dos países e da própria OMS nos últimos anos. O relatório do Secretariado que embasou a deliberação indicava diversos pontos, com destaque para a importância da Saúde da Mulher, inclusive como forma de assegurar melhores condições de saúde às crianças, mas

[126] O relatório não fala, mas hoje se reconhece a igual relevância entre pais e mães em cuidar da criança.

não apenas e a necessidade de se abordar o crescimento da pobreza enquanto problema de saúde.

A primeira resolução da AMS em matéria de sistemas de saúde seguinte à aprovação da Estratégia Global seria aprovada em 1999, em sua 52ª sessão. A Resolução WHA52.23 "Fortalecimento de sistemas de saúde em países em desenvolvimento" (em inglês: "Strengthening health systems in developing countries") reafirma o compromisso da OMS com a Estratégia Global de Saúde para Todos, particularmente com a busca por sistemas de assistência à saúde equânimes, acessíveis e sustentáveis, baseados em APS, assim como reconhece a soberania de cada país em adotar suas políticas específicas para tal, em acordo com as necessidades de suas populações.

Em seguida, estabelece um conjunto de recomendações aos Estados-membros, aos países desenvolvidos, à comunidade internacional, a organizações multilaterais e à Diretoria-Geral em matéria de cooperação e assessoria técnica.

Em seguida, em dezembro de 2000, o Conselho Executivo, em sua 107ª sessão, apreciou o relatório elaborado pelo Secretariado "Avaliação da Performance de Sistemas de Saúde" (em inglês: "Health systems performance assessment"). O documento, em seu conteúdo, apresenta diversos parâmetros para avaliação de sistema de saúde, bem como define suas funções centrais. Ele foi lançado no ano do Relatório Mundial da Saúde de 2000, que teve grande importância como referência na discussão sobre Sistemas de Saúde. O resultado da preparação do Relatório Mundial, assim como as reações a ele originaram o documento sistematizado e proposto pelo Secretariado ao Conselho Executivo.

Suas medidas recuperavam as propostas do Relatório, já explicadas no primeiro capítulo deste trabalho, e convidam o Conselho a notar o tema. A Resolução EB107.R8 do Conselho Executivo endossava as medidas propostas pela Diretoria Geral para contribuir com o quadro de referência da OMS para avaliação de Sistemas de Saúde. Além disso, requeria o início de um processo científico duplo cego para revisão da metodologia de avaliação da performance de sistemas de saúde, processo de consultas com os Estados Membros sobre o tema e a elaboração bianual de relatórios sobre o tema pela Diretoria-Geral.

Conforme os registros da própria sessão, nesta reunião do Conselho Executivo, a representação diplomática do Chade levantou a importância de se utilizar organizações não governamentais como provedoras de serviços de saúde, em acordo com os preceitos de maior autonomia no serviço para provedores. Esse debate teria repercussões futuras na sessão seguinte do Conselho[127].

Em maio de 2001, na reunião anual da AMS, o tema dos Sistemas de Saúde retornou à agenda e resultou na aprovação da Resolução WHA54.13, de nome "Fortalecendo Sistemas de Saúde em países em desenvolvimento" (em inglês: Strengthening health systems in developing countries), idêntico ao da Resolução WHA52.23.

A nova medida recuperava tanto os princípios básicos dos sistemas de saúde previstos em sua antecessora, isto, é sustentabilidade, acessibilidade e equidades, bem como a ideia de soberania nacional para definir suas políticas em torno do tema. Dentro das recomendações aos Estados-membros, no entanto, a resolução avançava com indicações novas no quadro normativo recomendatório da Organização: manutenção da ética e da adequada regulação em países em que houver atividade de mercado no setor de serviços de saúde e preocupação com questões envolvendo acesso a medicamentos e propriedade intelectual.

O tema de acesso a medicamentos é contemplado, dentro da própria resolução, especialmente em atenção aos então recentes acontecimentos internacionais envolvendo a questão do HIV/AIDS. Em suas clausulas preambulares, o documento chama atenção para os impactos que a falta de acesso a medicamentos pode ter também no processo de globalização, aumentando a desigualdade entre países, em consideração ao aspecto econômico do aumento dos índices de morbimortalidade.

Ainda nessa chave, apontava para o aumento de casos de HIV/AIDS e tuberculoses em países em desenvolvimento, especialmente na África Subsaariana e reconhece a relevância de outros fóruns que estavam discutindo o tema na época, como a Comissão de Direitos Humanos da ONU, a Reunião de Abuja sobre HIV/AIDS e o Conselho da OMC sobre o Acordo TRIPS e acesso a medicamentos essenciais[128]. Convém notarmos, neste ponto, que a transição da década de 90 para os anos 2000,

[127] EB109.5
[128] WHA54.13

concentrou importantes discussões sobre acesso a medicamentos e proteção à propriedade intelectual, em decorrência da eficácia do Acordo TRIPS dentro dos Estados, com especial destaque para medicamentos antitirretrovirais.

Em suas clausulas operativas, a resolução urge os Estados-membros a participarem do Conselho da OMC sobre os TRIPS levando em conta as preocupações de países em desenvolvimento acerca do acesso a medicamentos essenciais e que países não sejam impedidos de se valerem das opções previstas em tratados internacionais para proteger e avançar no acesso a medicamentos essenciais. Ainda que tal clausula não mencione diretamente, tais opções podem incluir as flexibilidades dos TRIPS. As cláusulas 5.2 e 5.6 são especificamente direcionadas à questão do HIV/AIDS.

Em 2002, o Conselho Executivo, em sua 109ª reunião, adotou duas resoluções atinentes à temática de sistemas de saúde. A Resolução EB109.R1 acompanhava os progressos associados ao desenvolvimento de uma metodologia por processo científico duplo cego, então em andamento. A Resolução EB109.R10 deu seguimento ao tema inicialmente levantado pela delegação do Chade a respeito de contratos com organizações não governamentais para prestação de serviços de saúde, recomendando à AMS que adotasse uma resolução acerca do tema, recomendando aos Estados-membros que tais contratos seguissem a política nacional de saúde de cada país e que fossem transparentes. No mesmo sentido, demandando ao Diretor-geral que levante evidências entre os membros sobre experiências concretas nesse tema.

Em 2002, a AMS, em sua 55ª sessão não aprovou nenhuma resolução específica na temática de sistemas de saúde. Foi apresentada nesta seção, no entanto, o Relatório de 2002 da Comissão da sobre Macroeconomia e Saúde. Este documento, encomendado pelo Secretariado e realizado por uma comissão independente de economistas da saúde representou um esforço de quantificar os investimentos necessários para se atingir melhoras pretendidas no campo da saúde, inclusive no âmbito dos ODM, no âmbito da globalização.

Uma preocupação central do relatório estava associada à mensurabilidade quantitativa dos resultados, com especial destaque para o impacto econômico das medidas e enfoque em doenças específicas, como HIV e tuberculose. Suas conclusões propunham um amplo conjunto de medidas, inclusive colaboração internacional por via de doações a países menos desenvolvidos, utilização de flexibilidades dos TRIPS e duas particulares

indicações a respeito de sistemas de saúde: o aumento dos recursos públicos, em países de renda média, em 1% do PIB até 2007 e 2% até 2015 e a utilização de modelos de pré-pagamento. Esta foi uma das poucas publicações nesse contexto a defender aumento de recursos públicos para a saúde criando metas quantitativas para tal.

As reuniões seguintes do Conselho Executivo, 110ª e 111ª, apreciaram os avanços e resultados do grupo de trabalho que desenvolveu uma proposta de metodologia de avaliação da performance dos sistemas de saúde, com críticas pontuais ao Relatório Mundial da Saúde de 2000.

Elas foram seguidas pela 56ª reunião da AMS, em maio de 2003, que aprovou duas resoluções na temática de sistemas de saúde. A Resolução WHA56.25 adotava exatamente as propostas apresentadas pelo Conselho Executivo acerca do tema da contratação de organizações não governamentais para prestação de serviços em Sistemas de Saúde, ou seja, que tal via poderia ser uma boa opção para prestação de serviços de saúde, desde se adequassem à política nacional de saúde e a transparência.

A Resolução WHA56.6 foi aprovada em ocasião dos 25 anos da Declaração de Alma-Ata e ressaltava em suas clausulas operatórias a importância de quatro elementos da Atenção Primária em Saúde: recursos para que possa contribuir na redução de inequidades, recursos humanos devidamente capacitados, envolvimento de comunidades locais, pesquisas para identificar métodos adequados de monitoramento da APS e de seus resultados dentro do Sistema de Saúde. A resolução demandava ainda ao Diretor Geral a inclusão dos princípios da APS dentro das atividades da OMS para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio[129].

A despeito das discussões contínuas sobre a temática de sistemas de saúde nas reuniões seguintes do Conselho Executivo e na 57ª reunião da AMS, em 2004, não foi aprovada nenhuma resolução nesses encontros. Na reunião seguinte do Conselho Executivo, o Secretariado apresentaria um relatório relevante sobre o tema.

3.4.4 O Relatório "Social Health Insurance"

Na 114ª reunião do Conselho Executivo, o Secretariado apresentou-lhe seu relatório intitulado "Seguro Social de Saúde" (em inglês: "Social health insurance"). O

[129] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHA56.6 Proposed programme budget for 2004-2005 – Information Technology Fund**. Fifty-sixth World Health Assembly. Genebra, 2003. Disponível em: < https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea566.pdf > Acesso em 27.mar.19.

documento enfrentava a questão do financiamento de sistemas de saúde, um dos pontos centrais na discussão interna à organização desde o Relatório Mundial de Saúde de 2000, apresentando as diferentes modalidades possíveis dentre os Estados-membros. Reconhecia que o financiamento possuía três objetivos: geração de recursos suficientes para a saúde, uso ótimo de tais recursos e assegurar o acesso financeiro geral aos serviços de saúde. Ele é particularmente relevante por ser, entre os documentos aqui analisados a utilizar o termo Cobertura Universal.

O relatório trabalha com duas opções de financiamento: receitas tributárias (em inglês: "general tax revenue") e seguro social de saúde (em inglês, "social health insurance"). O primeiro é caracterizado por os recursos financeiros serem agrupados essencialmente pelo governo e utilizados para a compra de serviços de saúde, usualmente tanto de prestadores públicos quanto de prestadores privados. Já o segundo é caracterizado por financiamento por contribuições compulsórias de trabalhadores, inclusive autônomos, empresas e governos para fundos que opera com reembolso. No seguro social, diversas funções poderiam ser exercidas por entidades privadas ou paraestatais[130], por exemplo, cadastro de usuários, reembolso de prestadores, gestão de contribuições etc. Elementos dos dois modelos poderiam ainda se mesclar, em estruturações mistas, dentre os Estados-membros.

Ainda dentro da perspectiva securitária, o Relatório trata de seguros de saúde comunitários, isto é, fundos em que as contribuições são feitas de forma voluntária. Esses modelos poderiam cumprir papel relevante no início do processo político de formação da Cobertura universal de saúde, até serem incorporados ou substituídos pelo seguro social comum. Ainda que o relatório não mencione explicitamente, poderíamos ter como exemplo dessa forma de organização, as caixas específicas de cobertura de doenças nascidas na Alemanha que existiram durante as primeiras décadas de implementação do modelo bismarckiano, com fundos destinados a populações específicas, por exemplo, aqueles que cobriam complicações respiratórias para trabalhadores de minas de carvão.

Convém destacar que, nos termos do próprio Relatório, a hipótese de seguros voluntários não equivale a seguros privados de saúde, que, poderiam desempenhar um papel somente suplementar em relação às duas opções de financiamento, mas sem

[130] O termo paraestatal é empregado pelo Relatório da OMS sem definição específica, no entanto, pode-se encontrar exemplos de entidades constituídas sob essa forma e denominação no próprio sistema brasileiro.

substituí-las, ou seja, o mercado de seguros de saúde financiado por consumidores sob base de contratos voluntários não é aventado como opção de ampliação de acesso.

Além disso, reconhece-se que os pagamentos por desembolso direto estão presentes na maioria dos sistemas, tanto na forma de co-pagamentos em seguros de saúde quanto de pagamentos por serviços ou intervenções suplementares. Estes pagamentos poderiam exercer, desde que não fossem excessivos, funções positivas para o sistema de acordo com o Relatório, tanto de financiá-lo quanto de regular filas de espera, já que o pagamento de um pequeno valor serviria de desestímulo a utilização de serviços desnecessários.

O relatório, em seguida, dedica-se a abordar um conjunto de questões relacionadas ao modelo de financiamento por seguro social: suas pré-condições, a transição para a Cobertura Universal pela via do seguro social de saúde, o papel do governo em sua gerência regulatória e os desafios para a própria OMS. O documento em si não justifica internamente a razão por ter optado por debater o modelo de seguro social e não o de receitas tributárias.

Em relação às pré-condições para o estabelecimento do seguro social, estão todas associadas sobretudo ao mercado de trabalho. O seguro social é um modelo que tem como princípio um mercado de trabalho formal, uma vez que demanda contribuições de empregadores e empregados. As questões levantadas pelo Secretariado são atinentes à (i) possibilidade de se registar trabalhadores em contextos marcados pela informalidade laboral, (ii) impacto econômico de trabalho com a adição de mais um item na folha de pagamento, considerando os gastos extras que teriam os empregadores e (iii) a necessidade de formar um consenso político entre pagadores e provedores acerca do sistema, ou seja, o modelo de financiamento deveria ser bem aceito socialmente.

Além disso, levanta-se ainda a importância da existência de um quadro de referência legal para definir o escopo e os objetivos do seguro social, assim como as competências de cada instituição governamental e a existência tanto de infraestrutura de serviços disponível para atendê-lo quanto de pessoas capacitadas para geri-lo.

Em relação à transição rumo à Cobertura Universal, o documento identifica que países que obtiveram sucesso em cumprir com tal objetivo por via de criação de um seguro social levaram ao menos vinte anos entre a aprovação da primeira lei associada ao

sistema e a lei que assegurava a Cobertura Universal. Os exemplos apontados são Áustria, Bélgica, Costa Rica, Alemanha, Israel, Japão, Luxemburgo e República da Coreia.

O período de transição envolveria vários anos e seria caracterizado pela expansão gradual da população coberta, bem como pela criação inicial de diversos fundos securitários, por exemplo, específicos para categorias profissionais, alguns inclusive comunitários, que iriam se agrupando em fundos maiores e com mais proeminência da gestão governamental.

Finalmente as funções do governo na gerência regulatória do desenvolvimento do seguro social seriam de definir com precisão os pagadores e beneficiários, inclusive do orçamento público, a alocação das receitas, organização do quadro de referência administrativo e estabelecimento de um plano de metas para ampliar a cobertura da população. Uma vez realizadas, caberia ao governo as funções de monitoramento, atualização do pacote de benefícios e garantia do cumprimento.

Em relação à OMS, seu maior desafio seria atender às demandas técnicas de seus Estados-membros em relação à implementação de estruturas de seguro social. Nesse sentido, seria lhe útil, de acordo com o documento, um amplo consenso internacional a respeito do tema, que servisse de referência para sua atuação, inclusive para fornecer diretrizes claras ao Secretariado e aos Escritórios Regionais.

3.4.5 Análise documental da OMS – Cobertura Universal de Saúde

Em sequência ao debate sobre financiamento de sistemas de saúde na 114ª sessão do Conselho Executivo, quando foi apresentado o relatório sobre Seguro Social de Saúde, o Secretariado apresentou um novo relatório na sessão seguinte, publicado em dezembro de 2004[131], que dava seguimento àquele. Se o primeiro foi o pioneiro em tratar da Cobertura universal de saúde, este foi, entre os documentos aqui analisados, no âmbito da OMS, o primeiro a apresentar um conceito preciso de Cobertura Universal, exposta no seguinte trecho:

> "Define-se 'Cobertura Universal' como o acesso de todos, por um preço acessível, a intervenções sanitárias fundamentais de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, o que na prática equivale a realizar o **acesso equitativo**. O princípio de **proteção contra os riscos financeiros** garante que o custo da atenção em saúde não ponha as

[131] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EB115/8**. Executive Board, 115th Session, Genebra, 2004.

> pessoas em risco de catástrofe financeira. Um objetivo relacionado à política de financiamento da saúde é o **financiamento equitativo**, ou seja, que cada família contribua ao sistema de saúde de acordo com suas possibilidades. A cobertura universal é coerente com os conceitos de saúde para todo e de atenção primária em saúde preconizados pela OMS."[132]

De acordo com o documento, a realização da Cobertura Universal depende da organização de mecanismos que permitam coletar recursos financeiros para o sistema de saúde de forma eficiente e equitativa, agrupa-los, de modo a diluir o risco financeiro, isto é, de modo que a pessoa que esteja enferma não tenha de arcar com os custos da intervenção que demanda no momento em que dela precisa.

A eficiência dos sistemas de saúde estaria no desenvolvimento de bons métodos para levantar recursos, agrupá-los e comprar os serviços existentes. O relatório do Secretariado mencionava as duas modalidades de financiamento (por seguro social e por receitas tributárias) e indicava não existir especificamente um modelo mais ou menos adequado, apontando tanto para a existência de sistemas mistos quanto para que os países membros da OCDE utilizam diferentes formas.

Além disso, o documento destacava que quase todos os sistemas de saúde naquele momento incluíam alguma forma de copagamento por serviços de saúde, ainda que informais. Essa característica não é tida como necessariamente ruim pela OMS, conforme já observamos, desde que não resulte em gastos catastróficos.

Um ponto novo que trazia, em relação ao relatório antecessor, estava relacionado ao uso de recursos externos ao país para a realização da cobertura universal, tanto pelos impactos macroeconômicos que poderiam gerar, quanto pela dificuldade de manter essa fonte em uma perspectiva de longo prazo. Convém notar ainda que, para além da definição transcrita acima, não há qualquer outra menção à APS no documento. Por fim, o relatório propõe ao Conselho que adote uma resolução nos termos da minuta em que apresenta.

---

[132] Tradução livre de: "Universal coverage is defined as access to key promotive, preventive, curative and rehabilitative health interventions for all at an affordable cost, thereby achieving **equity in access**. The principal of **financial-risk protection** ensures that the cost of care does not put people at risk of financial catastrophe. A related objective of health-financing policy is **equity in financing**: households contribute to the health system on the basis of ability to pay. Universal coverage is consistent with WHO's concepts of health for all and primary health care." –EB 115/8.

A minuta sugerida pelo Secretariado adotava os preceitos defendidos em seu relatório e tinha como função tornar-se uma resolução recomendatória do Conselho Executivo para a AMS para que, por sua vez, adotasse-a em seu conteúdo original. Uma vez aprovada pelo Conselho, passou a ser a Resolução EB115.R13, que foi a primeira resolução no Sistema ONU a dedicar-se ao tema da Cobertura universal de saúde. A proposta de resolução trazia recomendações aos Estados-membros, recomendando medidas para realização da cobertura universal, conforme apresentado abaixo.

A tabela a seguir apresenta todas as cláusulas operativas da resolução EB115.R3 dirigidas aos Estados-membros, com uma observação a respeito de sua origem (relatório do Secretariado ou proposição durante a reunião do Conselho). A primeira coluna apresenta a transcrição das cláusulas do documento original em inglês, a segunda coluna as apresenta em tradução livre para a língua portuguesa com grifos que destacam os elementos centrais da Cobertura universal de saúde ali identificados, bem com as menções ao universo simbólico dos seguros de saúde. Conforme veremos adiante, esta resolução foi aprovada posteriormente com o mesmo conteúdo pela AMS.

Clausulas operativas dirigidas aos Estados-membros da Resolução EB115.R3

Clausulas operativas dirigidas aos Estados-membros (original em inglês)	Clausulas operativas dirigidas aos Estados-membros (tradução livre para o português e grifos nossos)	Proposição
(1) to ensure that health-financing systems include a method for prepayment of financial contributions for health care, with a view to sharing risk among the population and avoiding catastrophic health-care expenditure and impoverishment of individuals as a result of seeking care;	(1) assegurar que financiamento de saúde inclua um método de **pré-pagamento** de contribuições financeiras para **serviços de saúde**, como a visão de **compartilhar o risco** entre a população e **evitar gastos catastróficos** em serviços de saúde e empobrecimento de indivíduos como resultado da busca pelo cuidado;	Proposta pelo Secretariado
(2) to ensure adequate and equitable distribution of good-quality health care infrastructures and human resources for health so that the insurees will receive equitable and good-quality health services according to the benefits package;	(2) assegurar **distribuição adequada e equitativa de infraestrutura e boa qualidade e recursos humanos** para serviços de saúde para a saúde de modo que os **segurados** recebam serviços de saúde e boa qualidade, de forma equânime e de acordo com pacote de benefícios;	Proposta pelo Conselho Executivo

(3) to ensure that external funds for specific health programmes or activities are managed and organized in a way that contributes to the development of sustainable financing mechanisms for the health system as a whole;	(3) assegurar que os fundos externos para programas de saúde específicos e atividade sejam geridos e organizados de forma que contribuam para o desenvolvimento de mecanismos sustentáveis para o sistema de saúde como um todo;	Proposta pelo Secretariado
(4) to plan the transition to universal coverage of their citizens so as to contribute to meeting the needs of the population for health care and improving its quality, to reducing poverty, to attaining internationally agreed development goals, including those contained in the United Nations Millennium Declaration, and to achieving health for all;	(4) planejar a transição para a cobertura universal de seus cidadãos de modo a contribuir para satisfazer as necessidades da população por serviços de saúde e melhorar a qualidade, reduzir a pobreza, atingir objetivos de desenvolvimento acordados internacionalmente, inclusive aqueles contidos da Declaração das Nações Unidas do Milênio e para atingir saúde para todos.	Proposta pelo Secretariado
(5) to recognize that, when managing the transition to universal coverage, each option will need to be developed within the particular macroeconomic, sociocultural and political context of each country;	(5) reconhecer que, quando gerindo a transição para cobertura universal, cada opção precisará ser desenvolvida dentro do **contexto particular, macroeconômico, sociocultural e político de cada país;**	Proposta pelo Secretariado
(6) to take advantage, where appropriate, of opportunities that exist for collaboration between public and private providers and health-financing organizations, under strong overall government stewardship;	(6) aproveitar, quando apropriado, as oportunidades existentes de **colaboração entre prestadores públicos e privados e organizações financiadoras de saúde**, dentro de forte regulação governamental;	Proposta pelo Secretariado
(7) to share experiences on different methods of health financing, including the development of social health insurance schemes, and private, public, and mixed schemes, with particular reference to the institutional mechanisms that are established to address the principal functions of the health-financing system;	(7) compartilhar experiências em diferentes métodos de financiamento para a saúde, incluindo o desenvolvimento de estruturas de **seguro social de saúde e de estruturas públicas, privadas e mistas**, com referência particular aos mecanismos institucionais estabelecidos para abordar as principais funções do sistema de financiamento;	Proposta pelo Secretariado

Fonte: OMS

Em relação às medidas direcionadas à Diretoria-Geral da OMS, a proposta contida na minuta do Secretariado, circunscrevia a cooperação técnica da Organização em quatro funções específicas: suporte técnico para fortalecer capacidades dos Estados-membros no desenvolvimento de mecanismos de pré-pagamento, inclusive seguro social de saúde,

suporte técnico para identificação de impactos econômicos decorrentes de influxos externos de recursos financeiros, criação de uma base de evidências sobre as melhores formas de coleta de recursos, agrupamento, provimento e compra de serviços de saúde, considerando diferenças socioculturais, desenvolver ferramentas e métodos para avaliação do impacto sobre sistemas de financiamento de saúde no processo de transição para a cobertura universal.

O Conselho Executivo acrescentou a essas propostas dois pontos específicos, incluindo uma menção à assistência técnica à países insulares e outra explícita ao Banco Mundial, enquanto organização que a OMS deveria trabalhar em parceria.

Na 58ª sessão da AMS, em 2005, o Secretariado apresentou o Relatório "Seguro Social de Saúde – financiamento sustentável em saúde, cobertura universal e seguro de saúde social"[133]. O relatório era uma versão aprimorada daquele apresentado ao Conselho Executivo, seguindo o mesmo raciocínio argumentativo, ou seja, identificação do problema do pagamento diretos, que poderia resultar em gastos catastróficos, desafio a ser enfrentado pelos sistemas de saúde, com participação ativa do Estado, por via da Cobertura universal de saúde. Ao fim propunha que a AMS adotasse uma nova resolução nos termos da minuta proposta pela Resolução EB115.R13 (ver tabela acima).

Retomando os pontos de forma breve, a Cobertura universal de saúde é conceituada nos mesmos termos dos relatórios anteriores, isto é, o acesso a intervenções de saúde de promoção, cura e reabilitação para todos a um custo acessível, garantindo assim equidade no acesso. Seus princípios são a equidade no acesso, a equidade no financiamento, isto é, que o custeio do sistema de saúde recaia sobre as famílias conforme sua capacidade contributiva e a proteção contra riscos financeiros. O novo conceito estaria ainda adequado aos conceitos da OMS de Saúde para Todos e de APS.

A realização da Cobertura universal de saúde, por sua vez, deveria acontecer de acordo com as especificidades de cada país, mas cada sistema de saúde nacional deveria ser capaz de coletar recursos para si de fontes diversas e de forma equitativa, agrupa-los para que os riscos sejam diluídos e prover ou comprar intervenções em saúde efetivas. Em síntese, a realização da cobertura universal demandaria aos Estados assegurar que os

[133] Tradução livre de: "Social health insurance – Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance" A58/20.

sistemas de saúde sejam efetivos em coletar recursos, diluir riscos e aumentar a eficiência nas intervenções.

O documento reconhecia ainda que não há sistema de saúde que se sustente completamente com recursos pagos previamente e que todos os sistemas possuem co-pagamento, por desembolso direto, ainda que informal. Esse recurso possuiria tanto a função de aliviar os Estados quanto de regular a demanda, conforme já debatemos anteriormente.

O relatório foi discutido pela AMS. O registro daquela sessão indica intenso debate em torno dos termos da resolução. Os Estados Unidos da América defenderam a inclusão na resolução da importância de modelos de atenção à saúde baseados em soluções de mercado, a partir da utilização de mecanismos de livre-concorrência e gestão privada dos serviços de saúde.

A delegação do Reino Unido propôs emendas à resolução, substituindo os termos segurado por usuário e retomando o princípio do Direito à saúde contido na Declaração de Alma-Ata. A delegação francesa se manifestou indicando que seu país continha um sistema misto de financiamento e cobertura de saúde. A leitura desses registros indica a disputa dos elementos que integram o conceito de Cobertura universal de saúde, entre modelos baseados em seguro e em Direito à saúde.

Ao final, a AMS aprovou a Resolução WHA58.33, nos exatos termos propostos pelo Conselho Executivo (ver tabela acima), reconhecendo as diferentes abordagens possíveis para garantir cobertura universal, incluindo instituições públicas e privadas em diferentes arranjos e que cada país deve buscá-la dentro de seu contexto próprio. Seus elementos, explícitos nas cláusulas operativas direcionadas aos Estados-membros incluem pré-pagamento, diluição do risco e adequado financiamento. Destaca-se ainda a importância do período de transição.

Ao Diretor Geral da OMS, a Assembleia determinou que fornecesse suporte técnico aos Estados-membros, que trabalhasse de forma coordenada com o Banco Mundial e que reportasse os avanços de seus trabalhos na próxima sessão anual.

Na 59ª reunião da AMS, isto é, um ano depois, em 2006, o Secretariado reportou os avanços no cumprimento da Resolução WHA58.33, indicando que a resolução o levou a voltar seu foco para o tema de financiamento de sistemas de saúde, especialmente em

três questões centrais, que pautariam tanto seu esforço de levantamento de evidências quanto de assistência técnica aos Estados-membros: (i) como levantar recursos adicionais necessários, (ii) como usa-los com eficiência, eficácia e equidade e (iii) como assegurar que grupos em desvantagem tenham acesso aos serviços necessários sem que corram o risco de incorrer em gastos catastróficos.

No mesmo documento, o Secretariado reporta os avanços em relação à Resolução WHA56.25, aprovada três anos antes, em 2003, que tratava de arranjos contratuais com organizações não governamentais no fortalecimento de sistemas de saúde, indicando o aumento do número de utilização dessa modalidade, especialmente em países africanos e que a OMS seguia trabalhando para capacitar governos nos termos da resolução, ou seja, de adequação dos contratos à política nacional de saúde e transparência.

Essa resolução não trata especificamente de nenhuma questão diretamente associada à Cobertura universal de saúde, tendo relação com o tema maior sobre sistemas de saúde.

Em seguida, o tema de sistemas de saúde retornou à pauta do Conselho Executivo e da 60ª reunião da AMS, em 2007, com a discussão sobre assistência emergencial à saúde, resultando na aprovação das Resoluções EB120.R4, que serviu de base para a Resolução WHA60.22, também sem associação direta com cobertura universal.

As 61ª, 62ª e 63ª sessões da AMS não aprovaram resoluções ou relatórios específicos sobre o tema da Cobertura universal de saúde, assim como as reuniões do Conselho Executivo que as seguiram. Convém mencionar, no entanto, a publicação, no ano de 2008, da edição do Relatório Mundial da Saúde intitulada "Atenção Primária à Saúde, agora mais do que nunca". O documento foi publicado como marco do trigésimo aniversário da Declaração de Alma-Ata. Outro documento igualmente importante foi concluído no mesmo ano e apreciado pela AMS, em sua 62ª sessão, o Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde.

3.4.6 O Relatório Mundial da Saúde de 2008 e o Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde

O Relatório Mundial da Saúde de 2008 foi realizado com o objetivo de reiterar os elementos da Declaração da Alma-Ata, isto é, a constituição de sistemas de saúde baseados em APS, e orientados pela solidariedade, pela equidade, pela redução das desigualdades sociais, pela participação comunitária em saúde e considerando seus

determinantes sociais. Sua principal conclusão de acordo com o Secretariado foi que sistemas de saúde baseados em APS ainda são os mais capazes de promover melhores resultados em saúde e que as mudanças políticas chave para move-los neste sentido envolvem quatro áreas principais: (i) lidar com as inequidades em saúde por via do movimento no sentido da cobertura universal, (ii) centrar os serviços nas pessoas, (iii) ações multisetoriais e saúde em todas as políticas (em inglês: "multisectoral action and health in all policies), (iv) liderança inclusiva e governança efetiva em saúde.

O primeiro aspecto atribui função particularmente importante à Cobertura universal de saúde e tem um capítulo inteiro dedicado a si no Relatório. A função central da cobertura universal, dentro da perspectiva política da APS, é a de ser a resposta do setor saúde para lidar com a questão da inequidade. Na concepção explícita no capítulo específico reconhece-se que as inequidades em saúde têm origem fora do sistema de saúde e muitas vezes lidar com suas raízes foge do alcance das ações empreendidas dentro do sistema, salvo quando realizadas de forma multisetorial.

Ainda que não caiba ao sistema de saúde enfrentar as raízes das inequidades sociais, inclusive aquelas com impactos diretos sobre a saúde, estaria dentro de seu escopo dar uma resposta para promove-la, que seria a Cobertura universal de saúde, com a ampliação do acesso a serviços de saúde e a utilização de mecanismos de proteção social, que impeçam que as pessoas se vejam em situação de catástrofe financeira. O Relatório, no entanto, reconhece que a cobertura universal é apenas uma das medidas que constituíram as obrigações nucleares dos Estados em relação à saúde, que devem envolver outras medidas, especialmente para abordar os determinantes sociais de saúde[134].

Em relação ao eixo de centrar os serviços nas pessoas, o Relatório considerou a importância de um conjunto de medidas que aproximem os serviços de saúde das pessoas que o utilizam. Esse aspecto está fortemente associado à função de responsividade de sistemas de saúde debatida no Relatório Mundial da Saúde de 2000. Aqui estão incluídas desde formas de organização do serviço de APS a nível global, por exemplo, em distritos[135] quanto constituição de equipes multiprofissionais capacitadas para acompanhar as pessoas em sua vida cotidiana.

[134] Página 24 do WHR08.
[135] Significado geral de distrito.

Em relação às ações multisetoriais, o documento tratou de um direcionamento específico a gestores encarregados de outras áreas que não o setor de saúde, por exemplo, políticas de igualdade de gênero, de proteção ao consumidor e trabalhistas, para que considerem com mais centralidade a melhora da saúde com objetivo de suas ações, inclusive com indicadores de performance. Esse eixo do Relatório de 2008 se coaduna com as recomendações do Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde.

Em relação à governança, o quarto aspecto proposto pelo Relatório Mundial de Saúde de 2008 estava associado à inclusão de mais atores nos processos políticos dos sistemas de saúde, superando a centralidade típica dos ministérios de saúde, essa função medida tem por objetivo criar formas de gestão mais proativas e colaborativas, no intuito de obter melhores resultados.

O Relatório Mundial da Saúde de 2008 foi apreciado conjuntamente com o Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde[136], uma comissão independente constituída pelo Secretariado para auxiliar os países a promover medidas que os ajudem a enfrentar as inequidades decorrentes de questões associadas a determinantes sociais. A comissão foi constituída em 2005, por iniciativa do então Diretor-Geral da OMS, Lee Jong-wook e contou com importantes nomes sobre a temática de desenvolvimento econômico, como Amartya Sem[137], pesquisador laureado com o Prêmio Nobel da Paz em. As conclusões da comissão apontavam para três conjuntos de recomendações.

O primeiro grupo se referia à melhora de condições de vida diárias, divididas em quatro recomendações: (i) abordagem completa do desenvolvimento da primeira infância, com base nos programas já existentes na OMS, mas incluindo aspectos relacionados ao desenvolvimento linguístico e cognitivo e emocional e social, (ii) desenvolvimento rural, incluindo políticas que abordem a pobreza no campo e falta de terras, incluindo deslocamento de pessoas de suas casas, (iii) emprego pleno e justo em condições decentes

---

[136] WORLD HEALTH ORGANIZATION, **A62/9 Comission on Social Determinants of Health.** Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-en.pdf. Acesso em: 25.jul.19.

[137] The other members were: Professor Frances Baum (Australia), Dr Monique Bégin (Canada), Dr Giovanni Berlinguer (Italy), Ms Mirai Chatterjee (India), Dr William Foege (United States of America), Professor Yan Guo (China), Professor Kiyoshi Kurokawa (Japan), Dr Ricardo Lagos (Chile), Professor Alireza Marandi (Islamic Republic of Iran), Dr Pascoal Mocumbi (Mozambique), Dr Ndioro Ndiaye (Senegal), Ms Charity Ngilu (Kenya), Professor Hoda Rashad (Egypt), Professor Amartya Sen (India), Dr David Satcher (United States of America), Dr Anna Tibaijuka (United Republic of Tanzania), Professor Denny Vågerö (Sweden), Dr Gail Wilensky (United States of America)

como objetivo central das políticas nacionais e internacionais, incluindo salários justos, (iv) proteção social que assegurem um nível de renda capaz de garantir vida saudável para todos, (v) construção de sistemas de serviços de saúde de acesso universal orientados em APS.

O segundo grupo se referia ao enfrentamento da distribuição não equitativa do poder, do dinheiro e de recursos, divido em oito recomendações: (i) localizar a responsabilidade de governos para agir em saúde e em equidade em saúde no mais alto nível, garantindo a consideração coerente de todas a políticas, (ii) adotar uma abordagem baseada em determinantes sociais de saúde na ação dos ministérios da saúde, (iii) fortalecer o financiamento público, inclusive internacional, para ações em determinantes sociais de saúde, (iv) reforçar o papel central dos Estados em promover serviços associados à saúde, como água e saneamento, e regular produtos como alto impacto em saúde, como tabaco, álcool e alimentos, (v) abordar o viés de gênero nas estruturas sociais, (vi) afirmar o compromisso com a universalidade dos direitos sexuais e à saúde reprodutivas, (viii) empoderar todos os grupos sociais através de representação política adequada em processos políticos, especialmente aqueles associados à determinantes sociais de saúde, (ix) permitir que a sociedade civil se organize e atue na promoção de direitos políticos e sociais afeitos à equidade em saúde.

O terceiro conjunto de recomendações refere-se a medir e compreender bem os problemas, bem como definir meios de avaliação do impacto das ações, divido em três: (i) garantir o monitoramento da equidade em saúde e determinantes sociais de saúde a nível local, nacional e internacional, (ii) investir na geração e no compartilhamento de evidências sobre determinantes sociais de saúde e na eficácia da redução de inequidades por via de ações voltadas a esse campo, (iii) prover informações sobre determinantes sociais de saúde para atores em políticas públicas, grupos de interesse e profissionais, bem como investir na sensibilização social a respeito do tema.

No contexto da publicação dos dois documentos, o Conselho Executivo editou as resoluções EB124.R6, sobre a temática dos determinantes sociais em saúde e a resolução EB124.R9. Em 2009, ambas foram o fundamento para as Resolução WHA62.12 de nome "APS, incluindo fortalecimento de sistemas de saúde", que identifica, em sua terceira clausula operativa dirigida ao Diretor-Geral os quatro pilares orientadores dentro da temática de APS e sistemas de saúde com base no Relatório Mundial da Saúde de 2008, quais sejam: enfrentar as desigualdades por via da Cobertura universal de saúde, centrar

a prestação de serviços nas pessoas, ação multisetorial em políticas de Saúde para Todos e liderança inclusiva e governança efetiva para a Saúde.

A Resolução EB124.R6, especificamente, originou a Resolução WHA62.14, de nome "Reduzindo inequidades em saúde pela ação de determinantes sociais de saúde", realizada com base no Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde. A resolução, no entanto, não emite nenhuma consideração sobre Cobertura universal de saúde, sendo a terceira clausula operativa, das dirigidas aos Estados-membros, que aborda a temática, demandando que "considerem desenvolver e fortalecer políticas completas e universais de proteção social, incluindo promoção de saúde, prevenção de doenças, serviços de saúde e tornando disponíveis todos os bens e serviços essenciais para a saúde e o bem-estar".

3.4.7 Voltando ao percurso institucional

Em 2011, na 63ª sessão da AMS, foi aprovada a Resolução WHA63.27, de nome "Fortalecimento da capacidade de governos em engajar construtivamente o setor privado no provimento de serviços essenciais de saúde" (em inglês: "Strengthening the capacity of governments to constructively engage the private sector in providing essential health-care services"). A resolução não tem associação direta com a Cobertura universal de saúde, estando situada no tópico amplo de discussões sobre sistemas de saúde.

Sua menção é válida aqui por abordar um elemento relevante para a cobertura universal, que é o provimento de serviços de saúde. Ainda que não emita nenhuma preferência explícita por esses provedores, a resolução reconhece, em sua segunda clausula preambular a crescente participação dessas organizações globalmente no provimento de serviços. Inclui-se aqui organizações religiosas, organizações não governamentais sem fins lucrativos, empreendedores individuais e sociedades empresárias. As preocupações da resolução focam especialmente no levantamento de evidências e no desenvolvimento de instrumentos de regulação gerencial, com o objetivo de atender aos objetivos dos serviços de saúde contidos no Relatório Mundial da de Saúde de 2008.

A discussão sobre fortalecimento de sistemas de saúde retornou à agenda da AMS em sua 64ª sessão, em 2011, com um conjunto de cinco recomendações de resolução aprovadas na 128ª sessão do Conselho Executivo. Esta reunião da Assembleia se deu logo em seguida ao lançamento do Relatório Mundial da Saúde de 2010, já apresentado no

início do capítulo e essencial para compreensão da concepção da OMS sobre Cobertura universal de saúde. Seus tópicos foram fundamento para a formulação das cinco propostas.

Cada uma das resoluções versava sobre um aspecto essencial do fortalecimento de sistemas de saúde: (i) fortalecimento de recursos humanos para saúde de forma geral, (ii) fortalecimento especificamente de recursos humanos em enfermagem e obstetrícia, (iii) políticas nacionais de saúde, (iv) financiamento e Cobertura universal de saúde e (v) resiliência de sistemas de saúde e preparo para emergências e desastres.

As resoluções do Conselho Executivo tratavam dos temas mencionados, dentro da pauta mais ampla de Sistemas de Saúde. A Resolução EB128.R8, de nome "Estruturas de financiamento em saúde sustentáveis e cobertura universal" originou a Resolução WHA64.9, que abordou substancialmente o tema da Cobertura universal. A Resolução EB128.R9, de nome "Fortalecimento de Força de Trabalho em Saúde", originou a Resolução WHA64.6. A Resolução EB128.R10, de nome "Fortalecendo as capacidades de emergência e de gestão de desastres dos sistemas de saúde", originou a Resolução WHA64.10. A Resolução EB128.R11, de nome "Fortalecendo a enfermagem e obstetrícia, originou a Resolução WHA64.7. A Resolução EB128.R12, de nome "Fortalecendo o diálogo acerca de políticas, estratégias e planos" originou a Resolução WHA64.8.[138]

As cinco recomendações foram aprovadas pela assembleia, de forma conjunta, sendo a quarta a responsável por abordar os aspectos relacionados à cobertura universal, porém dentro do contexto macro de fortalecimento dos outros elementos.

As cinco medidas foram apresentadas à AMS pelo Secretariado dentro de um Relatório que expunha as recomendações do Conselho Executivo. Este documento, de nome "Fortalecimento de Sistemas de Saúde: melhorando o apoio para diálogo acerca de políticas, estratégias e planos"[139] focava na importância do estabelecimento de políticas

[138] A Resolução EB128.R9 WHA64.6 Health workforce strengthening
A Resolução EB128.R10 WHA64.10 Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems
A Resolução EB128.R11 WHA64.7 Strengthening nursing and midwifery

A Resolução EB128.R12 WHA64.8 Strengthening national policy dialogue to build more robust health policies, strategies and plans
[139] A64/12 Health Systems strengthening: Improving support do policy dialogue around national health policies, strategies and plans.

nacionais, tema específico da Resolução WHA64.8. A tônica inicial do Relatório rondava a importância da APS, retomando que os Comitês Regionais da OMS haviam aprovado recentes resoluções reafirmando sua importância, assim como a relevância de se enfrentar as questões de saúde associadas a seus determinantes sociais através de uma estratégia multisetorial, de se buscar cobertura universal e de se fortalecer a prestação de serviços de saúde.

O relatório retoma então a Resolução WHA62.12, que tratava de APS, incluindo fortalecimento de sistemas de saúde e destacava a importância de estratégias nacionais. Em relação às estratégias nacionais, tema nuclear do documento, trata da importância de se estabelecer políticas públicas para o fortalecimento do sistema de saúde, abordando seus elementos centrais, por exemplo, força de trabalho e a própria cobertura universal.

Os problemas identificados entre os Estados-membros pelo Secretariado em relação às suas políticas nacionais foram a descontinuidade de políticas estabelecidas e sua desconexão com fatores importantes, tanto externos quanto internos ao setor saúde. Os fatores externos, a que as políticas de saúde deveriam estar aliadas, seriam as prioridades de atores globais, agências de desenvolvimento e doadores, as políticas nacionais de desenvolvimento e a política nacional macroeconômica, esta última especialmente para estratégias de financiamento. Os internos seriam políticas públicas de ciclos de vida e de doenças específicas, políticas subnacionais, especialmente em estados federais e a própria rede de serviços.

Frente a isso, elementos de boas práticas para políticas nacionais de saúde seriam: diálogo político interinstitucional, realismo, abordagem holística do sistema de saúde, ligação com planos subnacionais, por exemplo, planos distritais e estaduais de saúde, ligação com políticas públicas voltadas a doenças específicas e a ciclos de vida, por exemplo, infância. Dessa forma, o relatório concluía apresentando as cinco resoluções.

A Resolução EB128.R8, de nome "Estruturas sustentáveis de financiamento em saúde e Cobertura Universal"[140] serviu de base para a resolução homônima da AMS, que aprovou a recomendação do Conselho Executivo com pequenas alterações, conforme apresentaremos. Considerando sua relevância para o conceito de cobertura universal, apresentaremos seu conteúdo com maior aprofundamento.

[140] Sustainable health financing structures and universal coverage

Em suas clausulas preambulares, a resolução retoma o Relatório Mundial da Saúde de 2010, a Resolução WHA58.33, que foi a primeira da Assembleia a tratar da Cobertura Universal, o artigo 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Carta de Tallin: Sistemas de Saúde para Saúde e Riqueza, de 2008, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, especificamente o quarto, o quinto e o sexto, que versam respectivamente sobre redução da mortalidade infantil, saúde materna e enfrentamento da infecção pelo vírus HIV e retoma a Resolução WHA62.12, especialmente em seus aspectos de incluir a Cobertura Universal como um dos quatro pilares da APS e a importância de se enfrentar o risco financeiro. Além disso, apresenta a seguinte consideração sobre o tema:

> "[A Assembleia Mundial da Saúde]
>
> (...) aceitando que, independendo da fonte de financiamento que se escolha para custear o sistema de saúde, o **pagamento antecipado, equitativo e o compartilhamento de riscos em escala de toda a população, assim como evitar pagamento diretos pela prestação de serviços que possam levar a catástrofe financeira e empobrecimento**, são princípios básicos para que se atinja a cobertura universal de saúde;
>
> Considerando que a **escolha do sistema de financiamento em saúde deva ser feita dentro do contexto particular de cada país** e que é importante regular e manter as funções nucleares de agrupamento de riscos, compra e prestação de serviços básicos;
>
> Reconhecendo o número de Estados-membros que estão reformando seus sistemas de financiamento em saúde, que possam envolver uma mescla de abordagens públicas e privadas e financiamento misto entre contribuições sociais e receitas tributárias."[141] (grifos nossos)

Essas cláusulas, ainda que preambulares, apresentam valiosos elementos para a identificação conceitual da Cobertura universal de saúde, já explícitos em outros documentos, quais sejam o pré-pagamento e o compartilhamento de riscos, enquanto características e o objetivo de evitar a catástrofe financeira em saúde, por via da redução de pagamentos diretos. Esse conjunto de fatores se associa ao princípio da equidade.

Da mesma forma, reconhecem elementos que não são delimitados dentro do conceito, como a forma de financiamento, entre securitária, por contribuições sociais e orçamentária, por receitas tributárias, e a função dos setores públicos e privados na

[141] WHA64.9

organização do serviço em si. Esses, especificamente, devem ser definidos dentro do contexto nacional de cada Estado-membro.

A tabela a seguir apresenta as cláusulas operativas dirigidas aos Estados-membros da Resolução WHA64.9 aprovada na AMS, com a identificação de sua origem entre a resolução do Conselho Executivo que propôs sua minuta (EB128.R8) e as próprias discussões internas da Assembleia (AMS).

Clausulas operativas da Resolução WHA64.9

Destinatários	Cláusulas operativas	Origem
Estados-membros	(1) to ensure that health-financing systems evolve so as to avoid significant direct payments at the point of delivery and include a method for prepayment of financial contributions for health care and services as well as a mechanism to pool risks among the population in order to avoid catastrophic health-care expenditure and impoverishment of individuals as a result of seeking the care needed;	EB128.R8
	(1) garantir que os sistemas de financiamento da saúde evoluam de modo a evitar pagamentos diretos significativos no ponto de entrega e incluir um método para pré-pagamento de contribuições financeiras para ações e serviços de saúde, bem como um mecanismo para agrupar os riscos entre a população, a fim de evitar que gastos catastróficos com serviços de saúde e o empobrecimento dos indivíduos resultem da busca pelos cuidados necessários;	
Estados-membros	(2) to aim for affordable universal coverage and access for all citizens on the basis of equity and solidarity, so as to provide an adequate scope of health care and services and level of costs covered, as well as comprehensive and affordable preventive services through strengthening of equitable and sustainable financial resource budgeting;	EB128.R8
	(2) visar uma cobertura universal acessível e acesso a todos os cidadãos com base na equidade e na solidariedade, de modo a fornecer um escopo adequado de ações e serviços de saúde e um grau de custos cobertos, bem como a serviços preventivos abrangentes e acessíveis mediante o fortalecimento de um orçamento equitativo e sustentável de recursos financeiros;	
Estados-membros	(3) to continue, as appropriate, to invest in and strengthen the health-delivery systems, in particular primary health care and services, and adequate human resources for health and health information systems, in order to ensure that all citizens have equitable access to health care and services;	EB128.R8
	(3) continuar, como apropriado, a investir e a fortalecer os sistemas de atendimento à saúde, em particular as ações e os serviços de saúde primários, e adequados recursos humanos e sistemas de informação para a saúde, a fim de garantir que todos os cidadãos tenham acesso equitativo às ações e aos serviços de saúde;	
Estados-membros	(4) to ensure that external funds for specific health interventions do not distort the attention given to health priorities in the country, that those funds increasingly implement the principles of aid effectiveness, and that they contribute in a predictable way to the sustainability of financing;	EB128.R8
	(4) garantir que fundos externos para intervenções específicas em saúde não distorçam a atenção dada às prioridades de saúde no país,	

	que esses fundos implementem cada vez mais os princípios da eficácia da ajuda e que contribuam de maneira previsível para a sustentabilidade do financiamento;	
Estados-membros	(5) to plan the transition of their health systems to universal coverage, while continuing to safeguard the quality of services and to meet the needs of the population in order to reduce poverty and to attain internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals;	EB128.R8
	(5) planejar a transição de seus sistemas de saúde para a cobertura universal, continuando a salvaguardar a qualidade dos serviços e atender às necessidades da população, a fim de reduzir a pobreza e atingir objetivos de desenvolvimento acordados internacionalmente, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;	
Estados-membros	(6) to recognize that, when managing the transition of the health system to universal coverage, each option will need to be developed within the particular epidemiological, macroeconomic, sociocultural and political context of each country;	EB128.R8
	(6) reconhecer que, ao administrar a transição do sistema de saúde para a cobertura universal, cada opção precisará ser desenvolvida dentro dos aspectos epidemiológicos, macroeconômicos, socioculturais e políticos do contexto de cada país;	
Estados-membros	(7) to take advantage, where appropriate, of opportunities that exist for collaboration between public and private providers and health-financing organizations, under strong overall government-inclusive stewardship;	EB128.R8
	(7) aproveitar, quando apropriado, as oportunidades existentes para a colaboração entre provedores públicos e privados e organizações de financiamento da saúde, sob forte administração geral do governo;	
Estados-membros	(8) to promote the efficiency, transparency and accountability of health-financing governance systems;	EB128.R8
	(8) promover a eficiência, transparência e *accountability*[142] dos sistemas de governança do financiamento da saúde;	
Estados-membros	(9) to ensure that overall resource allocation strikes an appropriate balance between health promotion, disease prevention, rehabilitation and health-care provision;	EB128.R8
	(9) garantir que a alocação geral de recursos encontre um equilíbrio adequado entre promoção, prevenção de doenças, reabilitação e prestação de cuidados de saúde;	
Estados-membros	(10) to share experiences and important lessons learnt at the international level forencouraging country efforts, supporting decision-makers, and boosting reform processes;	EB128.R8
	(10) compartilhar experiências e lições importantes aprendidas em nível internacional para incentivar os esforços dos países, apoiar os tomadores de decisão e impulsionar os processos de reforma;	
Estados-membros	(11) to establish and strengthen institutional capacity in order to generate country-level evidence and effective, evidence-based policy decision-making on the design of universal health coverage systems, including tracking the flows of health expenditures through the application of standard accounting frameworks;	EB128.R8
	(11) estabelecer e fortalecer a capacidade institucional, a fim de gerar evidências em nível nacional e uma tomada de decisão política efetiva e baseada em evidências, na configuração de sistemas de cobertura universal de saúde, incluindo o rastreamento dos fluxos de	

142

	gastos com saúde através da aplicação de estruturas contábeis padrão;	
Diretoria-Geral	(1) to convey to the United Nations Secretary-General the importance of universal health coverage for discussion by the United Nations General Assembly at a forthcoming session;	AMS
	(1) transmitir ao Secretário-Geral das Nações Unidas a importância da cobertura universal de saúde para discussão pela Assembleia Geral das Nações Unidas em uma próxima sessão;	
Diretoria-Geral	(2) to provide a report on measures taken and progress made in the implementation of resolution WHA58.33, especially in regard to equitable and sustainable health financing and social protection of health in Member States;	EB128.R8
	(2) fornecer um relatório sobre as medidas tomadas e os progressos alcançados na implementação da resolução WHA58.33, especialmente no que se refere ao financiamento equitativo e sustentável da saúde e à proteção social da saúde nos Estados Membros;	
Diretoria-Geral	(3) to work closely with other United Nations organizations, international development partners, foundations, academia and civil society organizations, in fostering efforts towards achieving universal coverage;	EB128.R8
	(3) trabalhar em estreita colaboração com outras organizações das Nações Unidas, parceiros internacionais de desenvolvimento, fundações, instituições acadêmicas e organizações da sociedade civil, promovendo esforços para alcançar a cobertura universal;	
Diretoria-Geral	(4) to prepare a plan of action for the Secretariat to support Member States in realizing universal coverage, as envisaged in resolution WHA62.12 and *The world health report 2010*	EB128.R8
	(4) preparar um plano de ação para a Secretaria apoiar os Estados Membros na realização da cobertura universal, conforme previsto na resolução WHA62.12 e no Relatório Mundial da Saúde de 2010	
Diretoria-Geral	(5) to prepare an estimate of the number of people covered by a basic health insurance that provides access to basic health care and services, that estimate being broken down by country and region;	EB128.R8
	(5) preparar uma estimativa do número de pessoas cobertas por um seguro de saúde básico que forneça acesso a serviços e cuidados básicos de saúde, calculado por país e região;	
Diretoria-Geral	(6) to provide, in response to requests from Member States, technical support for strengthening capacities and expertise in the development of health-financing systems, particularly equitable prepayment schemes, with a view to achieving universal coverage by providing comprehensive health care and services for all, including strengthening capacity in tracking resource flows through the application of standard accounting frameworks;	EB128.R8
	(6) fornecer, em resposta a solicitações dos Estados-Membros, apoio técnico para o fortalecimento de capacidades e conhecimentos especializados no desenvolvimento de sistemas de financiamento da saúde, particularmente esquemas de pré-pagamento equitativos, com o objetivo de obter cobertura universal a partir do fornecimento de assistência e de serviços de saúde abrangentes para todos, incluindo o reforço da capacidade de rastrear fluxos de recursos por meio da aplicação de estruturas contábeis padrão;	
Diretoria-Geral	(7) to facilitate within existing forums the continuous sharing of experiences and lessons learnt on social health protection and universal coverage;	EB128.R8
	(7) facilitar, dentro dos fóruns existentes, o compartilhamento contínuo de experiências e lições aprendidas sobre proteção social da saúde e cobertura universal;	

Diretoria-Geral	(8) to report to the Sixty-fifth World Health Assembly and thereafter every three years, through the Executive Board, on the implementation of this resolution, including on outstanding issues raised by Member States during the Sixty-fourth World Health Assembly.	EB128.R8
	(8) apresentar um relatório à sexagésima quinta Assembleia Mundial da Saúde e, posteriormente, a cada três anos, por meio do Conselho Executivo, sobre a implementação desta resolução, incluindo questões pendentes levantadas pelos Estados Membros durante a sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde.	

Fonte: OMS

Em janeiro de 2012, o Secretariado apresentou ao Conselho Executivo, em sua 130ª sessão, relatório sobre fortalecimento de sistemas de saúde[143]. Seu parágrafo inicial sintetiza os então esforços mais recentes da OMS, a partir das resoluções aprovadas na Assembleia, indicando inclusive a posição da Cobertura universal de saúde nesse quadro mais amplo, conforme transcrição a seguir e em seguida, apresentava os esforços regionais e do próprio Secretariado em sua implementação:

> "Ao adotar a Resolução WHA62.12 sobre APS, incluindo fortalecimento de sistemas de saúde, a AMS reafirmou o comprometimento dos Estados-membros com os valores e princípios da APS, colocando a participação comunitária e a preocupação com a equidade e com a justiça social no centro de sua renovação e do progresso pela Saúde para Todos. A Resolução identificou quatro direções políticas para o trabalho da OMS, para renovar e fortalecer a APS, nomeadamente: movimento em direção à Cobertura Universal de Saúde, prestação de serviços centrada nas pessoas, integração da saúde no contexto mais geral de políticas estatais e promoção de liderança inclusiva e governança efetiva para saúde.
>
> O trabalho para fortalecer sistemas de saúde ganhou suporte extra com a Resolução WHA60.27 sobre sistemas de informação como parte de sistemas de saúde, com a Resolução WHA63.27, sobre fortalecimento da capacidade governamental de engajar o setor privado no provimento de serviços de saúde essenciais e com a Resolução WHA64.9 sobre estruturas de financiamento sustentáveis e cobertura universal"[144]

[143] EB130/35

[144] EB130/35 - In adopting resolution WHA62.12 on primary health care, including health system strengthening, the Health Assembly reaffirmed Member States' commitment to the values and principles of primary health care, putting community participation and concern for equity and social justice at the core of the renewal of primary health care and progress towards health for all. The resolution identified four policy directions for the Organization's work to renew and strengthen primary health care, namely: moving towards universal coverage; putting people at the centre of service delivery; integrating health into broader public policy; and providing inclusive leadership and effective governance for health. Work to strengthen health systems was given further support through resolution WHA60.27 on information systems as part of national health systems, resolution WHA63.27 on strengthening the capacity of governments to constructively engage the private sector in providing essential health-care services, resolution WHA64.8 on the strengthening of national policy dialogue to build more robust health policies, strategies and plans, and resolution WHA64.9 on sustainable health financing structures and universal coverage. The

Para além desse relatório, não houve qualquer outro documento, inclusive resolução sobre o tema da Cobertura universal. A sessão seguinte da AMS, em maio de 2012 também não aprovou qualquer resolução sobre o tema.

O tema voltaria à pauta do Conselho Executivo, em janeiro de 2013, em sua 132ª sessão, com um relatório específico intitulado Cobertura universal de saúde[145]. O relatório cita a relevância internacional que o conceito vinha ganhando, a partir da aprovação de diversas declarações internacionais que a incorporavam entre os compromissos de seus Estados signatários no ano de 2012. São elas a Declaração de Bangkok, a Declaração Ministerial de Kigali, a Declaração Política da Cidade do México e a Declaração de Tunis. No mesmo sentido, o Relatório Ministerial de Berlim, encaminhamento da Declaração de Berlim sobre Sistemas de Saúde havia sido publicado. O conteúdo desses documentos, que são em essência resoluções regionais sobre Cobertura Universal de Saúde, é apresentado, em seus pontos centrais, no próximo capítulo.

No contexto global, outros dois processos políticos eram identificados pelo relatório como reconhecedores da ligação entre cobertura de serviços essenciais e proteção contra o risco financeiro. Eram eles a Iniciativa das Nações Unidas para todas as mulheres e para todas as crianças (em inglês: United Nations Every Woman Every Child Initiative), em setembro de 2010, e a Reunião de alto nível das nações unidas sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis (em inglês: United Nations High-level Meeting on Prevention and Controlo of Non-communicable Diseases), em setembro de 2011.

Para além dos dois, o relatório destacava especialmente a Declaração resultante da Conferência da ONU sobre Desenvolvimento Sustentável – Rio+20, que endossava a Cobertura Universal de Saúde justamente por sua mensurabilidade. Além disso, destacava a aprovação de mais de 80 resoluções sobre financiamento de sistemas de saúde até aquele momento, tanto na AMS quanto nos Comitês Regionais.

Além dos avanços no campo internacional, o relatório mencionava o avanço nacional, com países que haviam empreendido mudanças recentes em seus sistemas de saúde no sentido da Cobertura Universal de Saúde, mencionando como exemplos Brasil,

---

present report summarizes progress made in implementing these resolutions and the collaboration across all the levels of the Organization that has been involved.

[145] EB132/22

China, Gana, Indonésia, Ruanda, Serra Leoa e Tailândia. Ainda que não precisasses cada uma das mudanças, o documento reconhecia que os Estados-membros compreendiam o avanço rumo à Cobertura Universal em dois sentidos: cobertura com proteção contra risco financeiro e cobertura com serviços de saúde necessários em prevenção, promoção, reabilitação e cuidados paliativos. O trecho a seguir, retirado do parágrafo seguinte do relatório articula esses dois componentes:

> "Cobertura universal de saúde almeja assegurar que todas as pessoas obtenham os serviços de saúde que precisam sem risco de ruína financeira. **Cobertura universal com serviços necessários de saúde, por sua vez, incorpora vários outros componentes**, incluindo acesso universal a medicamentos essenciais e a produtos de saúde, trabalhadores de saúde suficientes e motivados e na composição de equipe correta, assim como localizados proximamente às pessoas e sistemas de informação que proporcionem informação tempestiva para tomada de decisões, por exemplo"[146] (grifos nossos)

Dessa forma, o relatório sugere que objetivo de Cobertura Universal demanda progressos em diferentes frentes, tais como expansão de serviços, incluindo tecnologias e força de trabalho, proporção de custos cobertos e proporção de população coberta, bem como que a Cobertura não é sobre atingir um pacote mínimo de serviços e que cada um dos avanços deve ser protegido em períodos de crise econômica. Dessa forma, seria esse objetivo uma forma de realizar a equidade e o Direito à saúde. Convém notar que esse relatório é um dos poucos, entre os documentos analisados, que se vale especificamente do conceito de Direito à saúde.

O relatório enunciava que definir a Cobertura Universal de Saúde como objetivo proporcionava um quadro de referência para a consolidação dos pontos acima elencados, assim como uma clara direção para a formulação de políticas nacionais de saúde e estratégias. Destacava que os maiores obstáculos a serem enfrentados eram o subfinanciamento de sistemas de saúde, o custo com acesso a medicamentos, inclusive pela via de maior fornecimento de genéricos e o desenvolvimento de sistemas de informação responsivos e eficientes.

[146] Universal health coverage aims to ensure that all people obtain the health services they need without the risk of financial ruin. Universal coverage with needed health services in turn incorporates many different components, including universal access to essential medicines and health products, sufficient, motivated health workers of the right mix located close to people, and information systems that provide timely information for decision-making, for example.

Finalmente, na perspectiva de demonstrar os avanços na pauta, apresentava a conclusão de duas demandas contidas na Resolução WHA64.9, o plano sobre financiamento de sistemas de saúde, analisado no capítulo anterior[147] e a articulação para a definição de indicadores precisos sobre a Cobertura Universal, bem como sua inclusão como um objetivo específico na agenda pós-2015. Nesse sentido, uma reunião ministerial organizada conjuntamente com o Banco Mundial estava prevista para fevereiro de 2013, no intuito de debater precisamente esses pontos.

O Relatório EB132/22, apresentado pelo Secretariado, serviu de base para o Relatório A66/24, apresentado pelo Secretariado na 66ª sessão da AMS, em maio de 2013, com a incorporação de uma proposta de realização de Conferência sobre Cobertura Universal de Saúde a nível global em um futuro próximo. Convém destacar que naquele momento, a discussão sobre a agenda pós-2015 era central no debate interno à ONU, considerando a expiração do prazo dos ODM. Essa agenda se tornaria o que se chamou em seguida de Agenda 2030, pautada pelos ODS.

Os relatórios EB132/22 e A66/24 não orientaram a aprovação de nenhuma resolução específica, mas apontaram a relevância de se incluir a Cobertura universal de saúde na nova agenda de desenvolvimento global. Nesse sentido, a AMS aprovou nesta sessão, sua Resolução WHA66.11, exatamente sobre a agenda pós-2015, que se comprometia a se engajar e engajar os Estados-membros ao longo do restante do ano de 2013 na discussão, dentro do procedimento coordenado pela Assembleia Geral das Nações Unidas.

Além dessa resolução, convém destacar a Resolução WHA66.23, de nome "Transformando a educação para força de trabalho de saúde em suporte para Cobertura Universal de Saúde" (em inglês, "Trasnforming health workforce education in support of universal health coverage"). A resolução versava sobretudo acerca de recomendações para fortalecimento da formação de força de trabalho em saúde e retomava a Resolução WHA64.9, sobre estruturas de financiamento da saúde e cobertura universal, especificamente em seu objetivo de urgir aos Estados-membros que invistam no fortalecimento dessa componente do serviço de saúde.

[147] Health systems financing: the path to universal health coverage, plan of action. Available at: http://www.who.int/health_financing/en/index.html.

Além disso, estabelecia em sua primeira clausula operativa direcionada aos Estados-membros que fortalecessem políticas, estratégias e planos, através de diálogos intersetoriais, incluindo ministérios de saúde, de educação e de finanças, no intuito de assegurar que a educação e a formação da força de trabalho em saúde contribuam para a realização da cobertura universal.

Em 2014, em sua 67ª sessão, a AMS aprovou um conjunto de resoluções associadas à Cobertura universal de saúde. Duas nominalmente, uma acerca da agenda pós-2015 de desenvolvimento, que continha importantes elementos a respeito do tema e outras cinco que mencionavam, ainda que indiretamente seu conceito.

As menções nominais do conceito, isto é, no título do documento foram feitas pela Resolução WHA67.23, nomeada de "Intervenções em saúde e avaliação de tecnologias em suporte à cobertura universal de saúde"[148] e a Resolução WHA67.24, nomeada de "Encaminhamento acerca da Declaração Política de Recife sobre Recursos Humanos para a Saúde: compromissos renovados no sentido da Cobertura universal de saúde"[149]. Ambas as resoluções foram precedidas por relatórios do Secretariado, respectivamente A67/33 e A67/34. Ainda que não trabalhem o conceito de cobertura dentro de seu conteúdo, articulam seus argumentos dentro de seu contexto.

A Resolução WHA67.14, intitulada "Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015"[150] conclamava os Estados-membros a trabalharem para inclusão do tema da saúde dentro da agenda de discussões do novo quadro de referência de desenvolvimento das Nações Unidas, que se tornariam os ODS. Essa resolução é especialmente relevante por conceituar, assim como outras resoluções anteriores, Cobertura universal de saúde, tanto em suas clausulas preambulares quanto em sua sexta clausula operativa dirigida aos Estados-membros especialmente no contexto de discussão da Agenda pós-2015. O nono parágrafo de preambulo estabelece:

> "A Assembleia Mundial da Saúde (...) reconhecendo que a cobertura universal de saúde implica que todas as pessoas tenham acesso, sem discriminação, a **conjuntos determinados nacionalmente de serviços de saúde essenciais de promoção, prevenção, cura, cuidados paliativos e reabilitação, assim como de medicamentos**

[148] WHA67.23 Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage
[149] WHA67.24 Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage
[150] WHA67.14 Health in the post-2015 development agenda

> **essenciais seguros, a um custo acessível, eficazes e de qualidade**, ao mesmo tempo que assegurando que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras com ênfase especial nos segmentos da população pobres, vulneráveis e marginalizados;"[151] (grifos nossos)

Já a cláusula operativa em questão foi aprovada como:

> "A Assembleia Mundial da Saúde (...) urge os Estados-membros, no contexto da saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015:
>
> (...)
>
> (6) a promover a cobertura universal de saúde, definida como acesso universal a serviços de qualidade de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e à proteção contra risco financeiro como um componente fundamental da agenda de desenvolvimento pós-2015"[152] (grifos nossos)

As outras cinco resoluções que faziam menção à Cobertura universal de saúde a incluíam como elemento de contexto de seu tema principal, ou seja, mencionavam-na entre as suas clausulas preambulares. São elas as Resoluções WHA67.1, de nome "Estratégia global e objetivos específicos para cuidado, controle e prevenção da tuberculose depois de 2015"[153], WHA67.12, de nome "Contribuição para o desenvolvimento econômico e social: ação sustentável através de setores para melhorar a saúde e a equidade em saúde"[154], WHA67.19, de nome "Fortalecimento o cuidado paliativo como componente do cuidado completo ao longo do curso da vida"[155], WHA67.20, de nome "Fortalecendo sistemas regulatórios de produtos médicos"[156] e WHA67.22, de nome "Acesso a medicamentos essenciais"[157]. A Resolução WHA67.20

---

[151] Acknowledging that universal health coverage implies that all people have access, without discrimination, to nationally determined sets of the needed promotive, preventive, curative, palliative and rehabilitative essential health services and essential, safe, affordable, effective and quality medicines, while ensuring that the use of these services does not expose the users to financial hardship with a special emphasis on the poor, vulnerable and marginalized segments of the population;

[152] 1. URGES Member States,1 in the context of health in the post-2015 development agenda:

(6) to promote universal health coverage, defined as universal access to quality prevention, promotion, treatment, rehabilitation and palliation services and financial risk protection as fundamental to the health component in the post-2015 development agenda;

[153]WHA67.1 Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015

[154]WHA67.12 Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity

[155] WHA67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course

[156] WHA67.20 Regulatory system strengthening for medical products

[157] WHA67.22 Access to essential medicines

ainda definia que o acesso a medicamentos e produtos de saúde seguros, efetivos e a um custo acessível era elemento essencial da Cobertura Universal de Saúde.

Em maio de 2015, em sua 68ª sessão, a AMS aprovou três resoluções associadas à Cobertura universal de saúde. A Resolução WHA68.15, de nome "Fortalecimento de cuidados cirúrgicos e de emergência essenciais e anestesia como componente da cobertura universal de saúde"[158] e as resoluções WHA68.6, de nome "Plano de ação global para vacinas"[159] e WHA68.20, de nome "Carga global de epilepsia e a necessidade de uma ação coordenada a nível dos países para influir sobre suas consequências sanitárias e sociais e sensibilizar a opinião pública"[160].

Estas duas apenas mencionavam o conceito de cobertura universal em seu preambulo como elemento de contextualização, já a primeira, sobre cuidados cirúrgicos, emergência e anestesia, adicionava tais elementos à ideia da cobertura, em sua primeira clausula operativa dirigida aos Estados-membros, nos seguintes termos:

> "A Assembleia Mundial da Saúde (...) urge os Estados-membros a (1) identificar e priorizar um conjunto nuclear de serviços de emergência, cirurgias essenciais e anestesia na APS e no primeiro nível de referência hospitalar e a desenvolver métodos e sistemas de financiamento para fazer com que (...) sejam acessíveis a todos que precisem deles, incluindo a promoção de referência tempestiva e uso mais efetivo da força de trabalho em saúde no serviços por via de divisão de tarefas, quando apropriado, como parte do cuidado cirúrgico integrado na rede com o objetivo de realizar a cobertura universal de saúde."[161]

Convém destacar que o termo referência nessa resolução indica o sistema de referência e contrarreferência, em que o serviço de saúde é organizado em rede, sendo a APS a porta de entrada do sistema, que tem como papel referenciar o usuário para a outros níveis de atenção, por exemplo, de média complexidade. Por suas características de

---

[158] WHA68.15 Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage4

[159] WHA68.6 WHA68.6 Global vaccine action plan

[160] WHA68.20 Global burden of epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implications

[161] 1. URGES Member States: (1) to identify and prioritize a core set of emergency and essential surgery and anaesthesia services at the primary health care and first-referral hospital level, and to develop methods and financing systems for making quality, safe, effective and affordable emergency and essential surgical care and anaesthesia services accessible to all who need them, including promoting timely referral and more effective use of the health care workforce through task-sharing, as appropriate, as part of an integrated surgical care network in order to achieve universal health coverage;

gestão, esse sistema é típico, ainda que não exclusivo, de sistemas universais geridos pelo Estado, como o SUS, no Brasil, o NHS, no Reino Unido e o SNS, em Portugal.

No ano de 2016, em sua 69ª sessão, a AMS aprovou três resoluções associadas à Cobertura universal de saúde. As resoluções WHA69.1, de nome "Fortalecimento de funções essenciais de saúde pública em suporte à realização da cobertura universal de saúde"[162], WHA69.11, de nome "Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável"[163], WHA69.19, de nome "Estratégia global para recursos humanos para a saúde: força de trabalho 2030"[164].

Além disso, essa sessão contou com um relatório do Secretariado especialmente sobre a Saúde na Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável. Esse documento apresenta conceitos centrais a respeito dos ODS, na visão da OMS, especialmente em comparação com os ODM e indica de forma clara a posição da cobertura universal na nova agenda. Ele foi inicialmente apresentado ao Conselho Executivo, em sua 138ª sessão, no início de 2016, originando a Resolução EB138.R5, que serviu de base para a Resolução WHA69.11, acima mencionada.

O Secretariado identifica ali três distinções importantes entre os ODS e os ODM, ou, em outras palavras, entre a Agenda 2015 e a Agenda 2030. A primeira estaria associada ao seu escopo, os ODM teriam sido um conjunto de metas mais reduzido e focado no enfrentamento de algumas questões específicas, por exemplo, mortalidade materna, enquanto os ODS teriam escopo maior, constituindo uma agenda ampla de desenvolvimento humano.

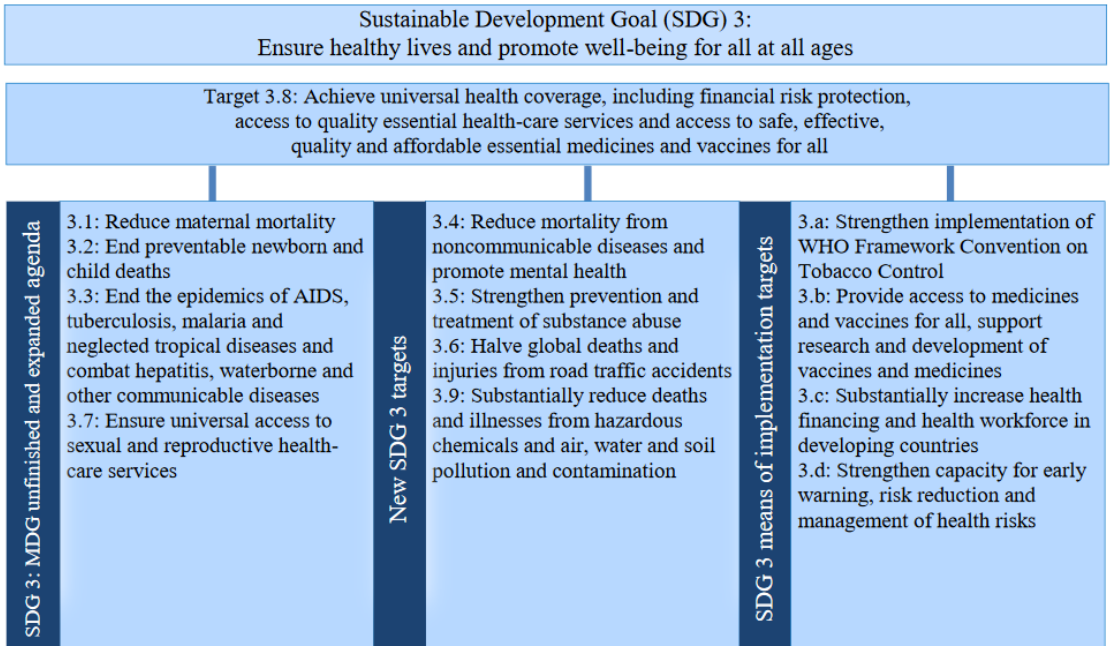
A segunda estaria na relação interna entre as metas. Os ODS teriam sido pensados para serem lidos e compreendidos de forma harmônica e conjunta, cobrindo aspectos econômicos, políticos, ambientais e sociais, com forte foco no princípio da equidade, expresso no lema "ninguém deve ser deixado para trás" (em inglês, "no one will be left behind"), partindo, portanto de uma perspectiva mais ampla. A terceira estaria na relevância que a nova agenda fornece à responsabilidade central, inclusive financeira, de

[162] WHA69.1 Strengthening essential public health functions in support of the achievement of universal health coverage
[163]WHA69.11 Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development
[164]WHA69.19 Global strategy on human resources for health: workforce 2030

cada Estado de cuidar de seu próprio desenvolvimento, em contraposição aos ODM, que estavam fortemente associadas a ajuda externa.

Em relação à saúde, essa lógica se aplicaria pelo fato de os ODM serem restritos a metas setoriais (associadas à mortalidade materna, mortalidade infantil, epidemias e direitos sexuais e reprodutivos), enquanto os ODS incorporariam essas metas, não concluídas até 2015, criariam novas (associadas a doenças não transmissíveis e saúde mental, uso abusivo de substâncias químicas, acidentes de tráficos e contaminação por poluentes), estabeleceriam meios de implementação (associados a Convenção da OMS para Controle do Tabaco, acesso a medicamentos e a vacinas, força de trabalho em saúde e vigilância em saúde, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional) e finalmente criariam um objetivo transversal, que forneceria coerência entre todos e seria tanto meio de implementação das metas de desenvolvimento quanto fim em si, a Cobertura universal de saúde. A figura a seguir, extraída do relatório, ilustra esquematicamente essa concepção:

Fig.1. A framework for Sustainable Development Goal 3 on good health and well-being and its targets in the 2030 Agenda for Sustainable Development



Fonte: Secretariado da OMS

A figura ilustra exatamente a concepção descrita sobre os ODS no campo sanitário: concluir o que não foi concluído dos ODM, atingir os novos objetivos específicos dos ODS e os meios de implementação para tal. A Cobertura universal de

saúde, a despeito de ser um objetivo específico do terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável é apresentada como elemento unificador dos três elementos. Convém observarmos que a ideia de Direito à Saúde não aparece de forma expressa em nenhuma parte da representação esquemática.

A Cobertura universal de saúde seria ainda a expressão de um novo enfoque de desenvolvimento em saúde, que seria o fortalecimento de sistemas de saúde e não o cumprimento de metas segmentadas, associada a patologias e à condições específicas. Essa nova proposta teria como desdobramento o enfoque na cobertura universal, conforme define o documento:

> "**Isto coloca a cobertura universal de saúde como o objetivo que sustenta e que é chave para a realização de todos os outros, assim mostrando como ele pode aumentar a coerência, reduzir a fragmentação no setor saúde e contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde fortes.** A cobertura universal de saúde é definida como todas as pessoas e todas as comunidades recebendo os serviços que elas precisam, ao mesmo tempo que assegurando que elas são protegidas de dificuldades financeiras. Cobertura universal de saúde incluí proteção, promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos."[165] (Grifos nossos)

Este relatório do Secretariado fundamentou a Resolução WHA69.11, que trata especificamente da Saúde dentro da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável. A Resolução retoma a relevância dos ODS, a importância de cooperação global e da mensurabilidade dos avanços quanto aos objetivos específicos.

Ela foi aprovada por indicação da Resolução EB138.R5. A Cobertura universal de saúde é citada entre as cláusulas preambulares tanto em seu sentido próprio, isto é, como objetivo específico em si quanto articulada com outras metas, por exemplo, a capacidade dos Estados-membros de resposta a emergência de saúde, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, de 2005, retomando especialmente a Resolução EBSS3.R1[166], de 2015, sobre a crise do Ebola que se desenvolvia naquele momento.

---

[165] "This places universal health coverage as the target that underpins and is key to the achievement of all the others, thereby showing how it can increase coherence, reduce fragmentation in the health sector, and contribute to the development of strong health systems. Universal health coverage is defined as all people and all communities receiving the services they need, while ensuring that they are protected from financial hardship. Universal health coverage includes health protection, promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliation."

[166] A notação distinta "EBSS3" deve-se ao fato de se tratar de uma sessão especial ("special session") do Conselho Executivo, isto é, convocada em caráter extraordinário.

Em sua concepção não associada a outros objetivos, a resolução retoma o conceito de Cobertura universal mais amplo, como aquele tratado nas resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas e em resoluções passada da AMS, especialmente a WHA67.14, que definia tópicos da Agenda 2030, ainda tratado como agenda pós-2015. Em relação a esta resolução, a WHA69.11 acrescenta apenas a palavra vacina, junto a medicamentos, como elemento da cobertura universal[167].

Entre suas clausulas operativas dirigidas aos Estados-membros, a segunda é particularmente relevante, urgindo aos Estados-membros que priorizem o fortalecimento de sistemas de saúde, incluindo assegurar força de trabalho em saúde competente e compensada, no intuito de realizar e sustentar a cobertura universal de saúde, definida nos mesmos termos do preambulo[168].

A primeira das resoluções, pela ordem da agenda, se vale do conceito de Saúde Pública, conforme definido no capítulo inicial deste trabalho, ou seja, como aquelas funções desenvolvidas pelos Estados-membros dentro do contexto do Regulamento Sanitário Internacional de 2005, de forma similar ao que no Brasil se compreende por Vigilância em Saúde, ou seja, não se trata de uma resolução essencialmente sobre o conceito de cobertura universal, a despeito de contextualizar seu tema a partir dela[169].

A resolução articula, em suas clausulas preambulares, a relação entre funções de Saúde Pública em sistemas de saúde e Cobertura Universal em razão de tais medidas compreenderem ações altamente custo-efetivas, com potencial de redução do gasto geral dos sistemas, retoma resoluções importantes como a WHA62.12 em APS, incluindo fortalecimento de sistemas de saúde e a WHA64.9 em estruturas sustentáveis de financiamento de saúde e cobertura universal, bem como os ODS e a Resolução da

---

[167]Acknowledging that universal health coverage implies that all people have access, without discrimination, to nationally determined sets of the needed promotive, preventive, curative, palliative and rehabilitative essential health services and essential, safe, affordable, effective and quality medicines and vaccines, while ensuring that the use of these services does not expose the users to financial hardship with a special emphasis on the poor, vulnerable and marginalized segments of the population;

[168](2) to prioritize health system strengthening, including ensuring an adequately skilled and compensated health workforce, in order to achieve and sustain universal health coverage, defined as universal access to quality promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliation services, including access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all, ensuring financial protection from out-of-pocket expenditure on health for all with a special emphasis on the poor, vulnerable, and marginalized segments of the population2 as fundamental to the achievement of the 2030 Agenda for Sustainable Development;

Assembleia Geral das Nações Unidas 67/81, de 2012, em saúde global e política externa, que reconhece a visão mais ampla de cobertura universal, conforme já apresentado.

Em sua segunda clausula operativa dirigida aos Estados-membros demanda que promovam cooperação internacional para atingi-la, incluindo seus elementos de proteção financeira, acesso a serviços de saúde essenciais e acesso a medicamentos e vacinas para todos[170].

Em suas clausulas operativas dirigidas ao Diretor-Geral, especialmente as duas primeiras, demanda a criação de instrumentos de assessoria técnica para que os Estados-membros possam desenvolver suas capacidades de saúde pública, dentro do quadro de referência da cobertura universal[171].

Finalmente a resolução WHA69.19, sobre recursos humanos em saúde, adota a estratégia global em recursos humanos em saúde: força de trabalho 2030, em sua primeira clausula operativa[172]. A Estratégia é um documento mais amplo que a própria resolução, que simboliza a estratégia da OMS para enfrentar os desafios globais associados à força de trabalho em saúde no contexto dos ODS.

No ano de 2017, a AMS aprovou quatro resoluções específicas associadas à Cobertura universal de saúde. A Resolução WHA70.6, de nome "Recursos humanos para saúde e implementação dos resultados da Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre Emprego em Saúde e Crescimento econômico. A resolução destacava uma menção à cobertura universal em seu preambulo:

---

[170] Em sua versão original, em inglês, a clausula é redigida como "(2) to enhance international cooperation to achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all;"

[171]Em sua versão original, em inglês, as cláusulas são redigidas como:
"(1) to develop and disseminate technical guidance on the application of essential public health functions, taking into account WHO regional definitions, in the strengthening of health systems and for the achievement of universal health coverage;
(2) to facilitate international cooperation and to continue and enhance support to Member States, upon request, in their efforts to build the necessary institutional, administrative and scientific capacity, providing technical support in relation to essential public health functions, for health system strengthening, including to prevent, detect, assess and respond to public health events, and for integrated and multisectoral approaches towards universal health coverage; and to develop facilitating tools in this regard;"

[172] "ADOPTS the Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 (hereinafter "Global Strategy"), including: its vision of accelerating progress towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals by ensuring universal access to health workers; its principles; its four strategic objectives; and its milestones for 2020 and 2030"

> "Destacando que trabalhadores de saúde e do setor social habilidosos e motivados são parte integral da construção de sistemas de saúde fortes e resilientes e assinalando a importância de investimento adequado em força de trabalho para atingir as necessidades associadas à Cobertura universal de saúde e para desenvolver suas capacidades nucleares dentro do Regulamento Sanitário Internacional de 2005, incluindo a capacidade da força de trabalho doméstica no preparo a resposta de ameaças de saúde pública."[173]

As Resoluções WHA70.12 "Prevenção e controle do câncer no contexto da abordagem integrada"[174] e a Resolução WHA70.13 "Prevenção da surdez e da perda auditiva"[175] utilizavam o conceito de cobertura universal como elemento contextual. A segunda, em sua sexta clausula operativa direcionada aos Estados-membros, estabelecia que:

> "Melhorassem o acesso a produtos e tecnologias auditivas a cum custo acessível, custo-efetivas e de alta qualidade, incluindo aparelhos auditivos, implantes cocleares e outros dispositivos de assistência, como parte da cobertura universal de saúde, levando em conta que a capacidade de entrega dos sistemas de serviços de saúde de forma equitativa e de maneira sustentável"

No mesmo sentido, a Resolução WHA70.14 sobre o fortalecimento do plano de ação global de vacinas[176], já mencionado anteriormente utilizava o conceito em seu preambulo indicando a importância da imunização para a realização da cobertura universal.

Um breve relatório do Secretariado apresentava ainda os progressos na implementação da Agenda 2030[177]. A AMS, ao aprecia-lo indicou a importância do cuidado cirúrgico e anestésico como componente da cobertura universal, conforme a Resolução WHA68.15

Em 2018, a AMS editou a Resolução WHA71.2, acerca da preparação para terceira Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre Prevenção e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis[178], a ser realizada ainda naquele ano. Também em

---

[173] WHA70.6

[174] **WHA70.12 Cancer prevention and control in the context of an integrated approach**

[175] **WHA70.13 Prevention of deafness and hearing loss**

[176] **WHA70.14 Strengthening immunization to achieve the goals of the global vaccine action plan**

[177] WHA70(22) **Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development1**

[178] **WHA71.2 Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, to be held in 2018**

seu preambulo, a resolução mencionava a cobertura universal, definindo o enfrentamento dessas condições de saúde como um de seus pilares.

De forma semelhante, a Resolução WHA71.3, que definia os termos da preparação para a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre o fim da tuberculose, mencionava em seu preambulo que cada país deveria enfrentar a doença dentro de seu caminho para Cobertura universal de saúde.

Outras três resoluções utilizavam o conceito de forma semelhante, sem articula-lo com seu tema central, mas indicado o tópico de que tratavam como elemento dentro do contexto da cobertura universal. São elas a Resolução WHA71.8, sobre tecnologias para reabilitação, a Resolução WHA71.13, sobre a reforma do programa global de estágios da OMS e a Resolução 71.14, sobre febre reumática e doença cardíaca reumática.

Por fim em 2019, a Resolução WHA72.2, de nome "Assistência Primária em Saúde"[179], ligava a ideia de APS ao conceito de cobertura universal, aprovando o conteúdo da recém aprovada Declaração de Astana[180].

A Conferência de Astana, no Cazaquistão, aconteceu na ocasião dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, contando com mais 2000 delegados de aproximadamente 120 países. Seu objetivo era retomar a discussão da agenda sobre APS, o que foi realizado por via da declaração homônima, que afirma o "compromisso com o direito fundamental de todo ser humano de fruir do mais alto padrão atingível de saúde sem qualquer forma de distinção", bem como reafirma o comprometimento com os princípios de Alma-Ata.

A Declaração ainda incorpora quatro elementos novos em relação à sua predecessora. A ameaça global à saúde decorrente de questões de saúde mental, doenças crônicas não transmissíveis e consequências das mudanças climáticas. O quarto elemento é a Cobertura universal de saúde, afirmada como objetivo central.

Outras duas Resoluções faziam referência à cobertura universal. A primeira, a Resolução WHA72.3, sobre sistemas de cuidado em emergência para cobertura universal de saúde, debatia seu tópico central utilizando a cobertura como elemento contextual. A segunda, a Resolução WHA72.4, tratava dos preparativos para a Reunião de Alto Nível

[179]https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R2-en.pdf
[180] https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf

da Assembleia Geral sobre Cobertura universal de saúde, que aconteceu em setembro de 2019.

3.4.8 Síntese conclusiva

O extenso percurso institucional de aproximadamente quinze anos que buscamos cobrir neste capítulo, se considerarmos o primeiro relatório do relatório sobre Seguro Social de Saúde que mencionou pela primeira vez o conceito de Cobertura universal de saúde justificam a apresentação desta síntese conclusiva, que busca destacar os principais pontos evidenciados pela análise documental.

A posição institucional da OMS, conforme vimos desde a contextualização sobre sistemas de saúde, passa por mudanças importantes na transição do milênio. Gradualmente, a concepção presente na Declaração de Alma-Ata dá ensejo ao chamado Novo Universalismo, que reconhece as limitações dos recursos financeiros dos Estados e parte da tendência global de reduzir as funções públicas na economia em favor de arranjos privados orientados por concepções de mercado. A questão da eficiência de sistemas de saúde torna-se assim elemento chave para os trabalhos da OMS.

O Relatório Mundial da Saúde de 2000 introduz um novo paradigma nesse sentido, ao tentar formular, de maneira mais aprofundada, parâmetros para análise das funções dos sistemas de saúde e de sua performance. Tais funções são listadas como melhora da saúde, responsividade e proteção financeira e a eficiência se torna elemento chave do documento. A partir deste relatório, desenvolvem-se as primeiras resoluções da OMS sobre o tema no início deste século.

Seguindo esse percurso, o Secretariado apresenta ao Conselho Executivo e à AMS, em 2005, o relatório Seguro Social de Saúde, que enfoca especialmente a questão do financiamento público de sistemas de saúde, introduzindo a ideia de Cobertura universal de saúde como a síntese a ser buscada pelos Estados. Os termos gerais do Relatório foram aprovados pelo Conselho Executivo e posteriormente pela AMS, originando a Resolução WHA58.33, que introduziu formalmente o conceito no quadro normativo da OMS.

Seus elementos seriam pré-pagamento, agrupamento de recursos e combate contra o risco financeiro. Caberia aos Estados, a função de arrecadar os recursos, coordenar a forma de agrupamento e gerenciar os aspectos associados aos serviços de saúde, por exemplo, sua compra. São elementos centrais também o princípio da equidade,

desdobrado tanto na equidade no acesso quanto na equidade no financiamento e a ideia de que não há um modelo de financiamento específico mais acertado.

Considerando, por exemplo, os modelos de referência de financiamento de sistemas de saúde (securitário e de serviço nacional de saúde), a resolução defende que cada país deve optar pela resolução que mais lhe convier dentro de seu contexto próprio. Ainda assim, desde o relatório apresentado pelo Secretariado, a linguagem mais desenvolvida é aquela atinente aos seguros sociais de saúde.

Após a Resolução WHA58.33, outras duas resoluções assumiram papel particularmente relevante em conceituar a Cobertura universal de saúde. A Resolução WHA62.1, com foco em Atenção Primária em Saúde e a Resolução WHA64.9, com foco em financiamento de sistemas de saúde. Para compreende-las, é fundamental a leitura dos documentos que as fundamentam. No caso da primeira, de 2008, o Relatório Mundial da Saúde de 2008 e o Relatório Final da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde; enquanto da segunda, o Relatório Mundial da Saúde de 2010.

O Relatório Mundial da Saúde de 2008, focado no tema de Atenção Primária em Saúde dedica um de seus quatro capítulos à Cobertura universal de saúde, atribuindo-lhe a função de reduzir as inequidades no acesso a serviços de saúde e reforçando seu laço com a equidade, ainda que reconheça que ela é um elemento em um quadro de referência maior de ações e políticas. A publicação a identifica como um dos quatro pilares das políticas essenciais de saúde no campo da APS. Sua visão é completamente incorporada pela Resolução WHA62.1

O Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais, por outro lado, não se vale do conceito de cobertura universal e trabalha com a ideia de universalização de serviços de saúde, dentro de várias outras propostas de incidência em determinantes sociais de saúde, inclusive para além do setor saúde. A AMS nota de forma mais contida essa observação, apenas recomendando Estados que a considerem.

Já o Relatório Mundial da Saúde de 2010 alçou a Cobertura universal de saúde a seu tópico central, dedicando-se integralmente a ela. O documento retoma as ideias contidas na Resolução WHA58.33 e foca na definição de funções do Estado para sua realização, tais como definir um conjunto de serviços, agrupar recursos e acima de tudo se comprometer a reduzir os pagamentos diretos. Esse documento pode ser considerado

como marco na priorização da proposta de Cobertura universal dentro da OMS. Sua visão é completamente incorporada na Resolução 64.9.

A partir de 2010, intensificam-se os debates na OMS acerca da inserção da temática de saúde na Agenda pós-2015. Desde o primeiro relatório do Secretariado, a Cobertura universal de saúde desponta como ideia central, defendida pela instituição como elemento chave para ser levado pelos Estados-membros à ONU. Tal esforço logra êxito em incluir a Cobertura universal de saúde como um dos objetivos específicos do terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, que trata sobre saúde, com a aprovação de três resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o tema.

Em um relatório apresentado em 2016 sobre a Agenda 2030, o Secretariado apresenta uma visão ainda mais abrangente sobre a localização política da Cobertura universal de saúde dentre os ODS, enquanto elemento unificador de seus outros elementos separados, isto é, objetivos não plenamente realizados dos ODM, novos objetivos específicos e meios para a realização. Desse modo, ela cumpriria a função de ser um denominador comum entre todos os objetivos específicos, o que se considerou como faltante dos ODM.

Seus elementos conceituas centrais, no entanto, mantem-se focados em proteção financeira e acesso a serviços essenciais, binômio reforçado pela aprovação dos indicadores de realização da Cobertura universal de saúde no âmbito dos indicadores escolhidos para avaliação dos avanços dos ODS pela Comissão de Métricas das Nações Unidas.

Observamos ainda que na segunda década deste século, especialmente após 2015, a Cobertura universal de saúde passa a aparecer em diversas resolução da AMS sobre os mais variados temas, como anestesia, imunizações, epilepsia, resiliência de sistemas de saúde no contexto de desastres etc. Essas resoluções tratam os temas de que tratam como elemento da Cobertura universal de saúde ou como suporte a sua realização, indicando igualmente a centralidade que ela assume no marco da OMS.

O passo mais recente dentro do Sistema ONU sobre o tema foi a Declaração Política da Reunião de Alto Nível sobre Cobertura Universal de Saúde, que retoma seus elementos centrais de ampliação de serviços, ampliação de populações cobertas e redução do risco financeiro.

3.5 Banco Mundial

3.5.1 Contexto

O termo Banco Mundial não é completamente preciso, podendo ser usado para referenciar diferentes instituições e grupos de instituições. O chamado Grupo Banco Mundial é formado por cinco entidades: o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), a Associação Internacional de Desenvolvimento (AID), a Corporação Financeira Internacional (CFI), a Agência Multilateral de Garantia de Investimentos (AMGI) e o Centro Internacional para a Resolução de Controvérsias sobre Investimentos (ICSID). Neste trabalho, adotamos como Banco Mundial somente as duas primeiras entidades, focaremos especialmente no BIRD.

A escolha dos dois está associada às suas funções e à sua governança. O Banco Mundial é, junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), um produto da Conferência Financeira e Monetária das Nações Unidas (popularmente conhecida como Conferência de Bretton Woods), de 1944, no contexto de fim da segunda guerra mundial, em que as preocupações com a reconstrução da Europa eram particularmente centrais na agenda global. Aquele encontro, no entanto, criou somente o BIRD, sendo as outras organizações do grupo criadas nas décadas posteriores, com focos distintos. De acordo com seus acordos de criação, a CFI deve atuar junto ao setor empresarial privado; a AMGI, junto a investidores privados e o ICSID, resolvendo conflitos no setor.

O BIRD tem por função essencial realizar empréstimos para países em desenvolvimento, com o objetivo institucional de redução da pobreza. Além dos aportes em si, o banco também estabelece recomendações e acompanha a política fiscal dos países, incidindo inclusive em políticas públicas, o que justifica a análise de seus documentos para os fins deste trabalho. A AID foi criada em 1966 como entidade complementar ao BIRD e realiza as mesmas funções, porém focada em países menos desenvolvidos. Por essa razão, utilizaremos o termo Banco Mundial como conjunto formado por essas duas organizações.

3.5.2 Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento

Em acordo com o seu acordo de criação, o BIRD tem cinco propósitos: auxiliar com a facilitação de investimentos de capital na reconstrução e desenvolvimento de territórios atingidos pela guerra e no desenvolvimento de unidades produtivas em países menos desenvolvidos, promover e suplementar investimentos privados, promover o crescimento sustentável a longo prazo no comércio internacional e o equilíbrio nas

balanças de pagamento, encorajando investimento internacional e auxiliando no aumento da produtividade, coordenar o fluxo de recursos de empréstimos internacionais para projetos mais úteis e urgentes e conduzir suas operações com a devida preocupação sobre acerca dos efeitos de investimentos internacionais em territórios e no período imediatamente posterior à guerra, auxiliar em uma transição suave para uma economia de tempos de paz.

Os membros originais do BIRD são seus fundadores, que além de terem subscrito seu acordo de fundação doaram os recursos para a formação de seu capital, e aqueles que aderirem a este fundo. Além disso, os membros fundadores deveriam estar associados ao FMI. A governança do Banco Mundial, conforme previsto em seu artigo 2 e 5, é similar à de uma instituição financeira, com elementos corporativos como divisão por ações, regras para empréstimos e capital social. Seu poder é assim repartido de acordo com as ações de cada membro, isto é, de quanto tem do total do capital do Banco e os votos de cada um correspondem especificamente à soma de suas quotas no capital social do Banco, conforme definido na seção 3 (a) do artigo 5. O poder de voto equivale à soma dos votos básicos, distribuídos igualmente entre os membros, como os votos por ações, proporcionais ao número de ações total. Atualmente o Banco conta com 189 Estados e é financiado especialmente por via de emissão de títulos no mercado financeiro[181]. A tabela a seguir apresenta respectivamente o percentual do capital social do BIRD no momento de sua criação, em 1946:

Tabela 1: Percentual do Capital Social do BIRD detido por cada um de seus membros no momento de sua fundação[182]

Estado-membro	Percentual no Capital Social	Estado-membro	Percentual no Capital Social
Estados Unidos	34,89%	Grécia	0,27%
Reino Unido	14,29%	Irã	0,26%
União das Repúblicas Socialistas Soviéticas	13,19%	Peru	0,19%
China	6,59%	Comunidade das Filipinas	0,16%
França	4,95%	Uruguai	0,12%
Índia	4,40%	Venezuela	0,12%
Canadá	3,57%	Luxemburgo	0,11%
Países Baixos	3,02%	Bolívia	0,08%
Bélgica	2,47%	Iraque	0,07%
Austrália	2,20%	Equador	0,04%

[181] https://www.worldbank.org/en/who-we-are/ibrd
[182] Dinamarca

Tchecoslováquia	1,37%	Etiópia	0,03%
Polônia	1,37%	Costa Rica	0,02%
Brasil	1,15%	República Dominicana	0,02%
União da África do Sul	1,10%	Guatemala	0,02%
México	0,71%	Haiti	0,02%
Nova Zelândia	0,55%	El Salvador	0,01%
Noruega	0,55%	Honduras	0,01%
Egito	0,44%	Islândia	0,01%
Iugoslávia	0,44%	Paraguai	0,01%
Chile	0,38%	Libéria	0,01%
Colômbia	0,38%	Nicarágua	0,00%
Cuba	0,38%	Panamá	0,00%

Tabela: Fonte: Banco Mundial

O artigo 5 do acordo de criação trata especificamente da organização e da gestão do BIRD e define em sua estrutura três instâncias principais: o Conselho de Governadores, os Diretores Executivos e a Presidência. A seção 6 do artigo ainda estabelece um Conselho Consultivo e a seção 9 define que a sede do Banco Mundial deve ficar localizada no Estado-membro com o maior número de ações. Na Seção 10, fica estabelecida a possibilidade de o Banco estabelecer escritórios regionais, cada qual com um conselho consultivo. A Seção 8 define a possibilidade de o Banco trabalhar em cooperação com organizações internacionais públicas, por exemplo, a OMS.

O Conselho de Governadores, conforme estabelecido da Seção 2, é a autoridade máxima do BIRD, consistindo de um governador indicado por cada Estado-membro. O próprio Conselho escolhe sua coordenação, responsável por presidir suas sessões, que acontecem ordinariamente uma vez ao ano e extraordinariamente quando convocada por ao menos por cinco Diretores Executivos ou por Estados-membros com pelo menos um quarto dos poderes de voto. Entre as competências do Conselho estão basicamente todas as decisões atinentes ao Banco, inclusive de emenda do acordo de criação. Todas suas atribuições podem ser delegadas aos Diretores Executivos, com exceção daquela relativas a admissão e suspensão de novos membros, alteração do capital social, resolução de dúvidas interpretativas do acordo de criação levantadas pelos Diretores Executivos, cooperação com outras organizações internacionais, suspensão permanente das operações do Banco e distribuição de seus ativos e distribuição de seus lucros e dividendos.

Os Diretores Executivos possuem função executiva em relação ao Conselho de Governadores, podendo receber dele qualquer uma de suas competências, com exceção das mencionadas acima. O Banco apresenta um total de doze diretores, sendo que cada

um dos cinco membros com mais ações pode indicar um unilateralmente, sendo os outros eleitos de acordo com as regras de votação. Um Diretor Executivo não pode ser membro do Conselho de Governadores. Os Diretores Executivos escolhem o Presidente do BIRD, que não pode pertencer a nenhuma das duas outras instâncias. Suas funções são a condução das atividades do Banco, representação institucional e voto de desempate em reuniões dos Diretores Executivos. Não há definição de tempo máximo de permanência no cardo do Presidente. Desde sua criação, todos os presidentes do Banco tiveram nacionalidade estadunidense, ao menos como segunda nacionalidade, caso do último a ocupar o cargo, nascido na Coréia do Sul.

Em 2010, o sistema de votação do Banco Mundial foi alterado, de modo a dar mais poder aos países emergentes. A escolha do Conselho Diretor no ano de 2020 retrata a divisão de poderes de voto no Banco Mundial. Os países com os maiores percentuais indicam seu próprio conselheiros individualmente enquanto a maioria dos países agrupam-se para indicar um conselheiro. Nessa ocasião, Estados Unidos (15,45% do poder de voto total), Japão (7,77% do poder de voto total), China (4,79% do poder de voto total), Alemanha (4,08% do poder de voto total), França (3,8% do poder de voto total) e Reino Unido (3,80% do poder de voto total) foram os únicos países a indicaram conselheiros dessa forma e junto totalizam 39,69% do poder de voto do Banco[183]. A título exemplificativo, em relação ao poder de voto, o Brasil 2,17% do total; a Índia, 2,95%; a Rússia, 2,70%; a África do Sul, 0,74%; a Indonésia, 0,95%; o Irã, 1,43% e a Colômbia, 0,42%[184].

3.5.3 Rastreando a Cobertura universal de saúde (2015, 2017 e 2019) – Banco Mundial, OMS e a definição de indicadores

A principal publicação identificada é a série de livros “Rastreando a Cobertura universal de saúde” (em inglês: “Tracking Universal Health Coverage”), que são relatórios globais lançados desde 2015 pela OMS em parceria com o Banco Mundial com o objetivo de monitorar os avanços no mundo acerca do tema. A colaboração foi criada em 2014, no contexto da transição para a Agenda 2030[185] e contou com três edições, em 2015, 2017 e 2019. A publicação tem apresenta o avanço de diversos indicadores de associados à Cobertura universal, bem como elementos conceituais importantes, que são interessantes aos fins deste trabalho.

---

[183] http://pubdocs.worldbank.org/en/329671541106474760/IBRDEDsVotingTable.pdf
[184] http://pubdocs.worldbank.org/en/795101541106471736/IBRDCountryVotingTable.pdf
[185] Tracking UHC 215

Em seu prefácio, a edição de 2015 apresenta que Cobertura universal de saúde significa todo mundo ter serviços de saúde essenciais e necessários, sem exposição ao risco financeiro. O foco central do relatório é formular indicadores e apresentar dados descrevendo a situação dos países acerca do tema. As dimensões principais associadas à realização da cobertura universal são a qualidade dos serviços cobertos e a superação do risco financeiro. Quando se fala da cobertura de serviços, inclui-se promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A introdução do relatório ainda retoma a ideia de a Cobertura universal ser um objetivo, dentro da agenda dos ODS, que unifica todos as metas, superando a principal crítica aos ODM, que continham elementos separados, com pouco diálogo entre si.

A única menção ao direito à saúde no relatório ocorre ainda em seu prefácio, com a frase "o suporte ao direito à saúde e ao fim da extrema pobreza podem ser perseguidos conjuntamente por via da cobertura universal de saúde"[186] O documento é subscrito pelo Diretor Sênior de Saúde, Nutrição e População do Grupo Banco Mundial, Tim Evans, e pela Diretora Geral Assistente da OMS, Marie-Paule Kieny. A frase destacada bem ilustra os dois objetivos institucionais centrais de cada uma das organizações, o direito à saúde, pela OMS e o combate à pobreza extrema, pelo Banco Mundial. Vale ainda mencionar que o relatório declara ter recebido suporte financeiro da Fundação Rockfeller e do Ministério da Saúde do Japão.

O início do documento apresenta um glossário em que define gasto catastrófico em saúde, empobrecimento por gasto em saúde, cobertura efetiva, pagamento direto e cobertura universal de saúde. Os dois primeiros já estão bem compreendidos, conforme visto em nosso primeiro capítulo, convém notarmos, no entanto, os conceitos utilizados para os outros três. Cobertura efetiva (em inglês: "Effective coverage") é definida como "as pessoas que precisam dos serviços de saúde os obtendo a tempo e no nível de qualidade necessário para obter os efeitos desejados e os ganhos em saúde potenciais"[187]. Pagamentos diretos são definidos da forma em que já os apresentamos, ou seja, pagamentos realizados no momento da utilização do serviço, contudo esta definição do

[186] Tradução livre de: "Supporting the right to health and ending extreme poverty can both be pursued through universalhealth coverage."
[187] Tradução livre de: "Effective coverage. People who need health services obtain them in a timely manner and at a level of quality necessary to obtain the desired effect and potential health gains."

Banco Mundial explicitamente excluí qualquer forma de pré-pagamento, o que incluiria a seguros privados.[188] Cobertura universal de saúde é definida como:

> "todas as pessoas recebendo os serviços de saúde que precisam, incluindo iniciativas de saúde desenvolvidas para promover melhor saúde (como políticas anti-tabaco), prevenção de doenças (como vacinação), e provimento de tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (como cuidados ao fim da vida) de qualidade suficiente para ser efetivo ao mesmo tempo em que o uso desses serviços não exponha o usuário a dificuldades financeiras."[189]

Um pouco mais adiante, na introdução, o documento apresenta uma outra definição de Cobertura universal, mais ampla:

> "Em uma definição ampla, Cobertura universal de saúde significa todas as pessoas recebendo serviços de saúde que precisam com qualidade, sem serem expostas a dificuldades financeiras. A Cobertura universal envolve três dimensões de cobertura – serviços de saúde, financiamento e população – e é dinâmica, sendo um processo contínuo que muda em resposta à alteração demográfica, epidemiológicas e a tendências tecnológicas, assim como com a expectativa das pessoas."[190]

Possivelmente, de acordo com o próprio relatório, a melhor representação da Cobertura universal de saúde seja o cubo, que demonstra suas três dimensões. O desafio dos países seria justamente ampliar o tamanho do cubo, ou seja, ampliar os serviços cobertos, ampliar as populações incluídas e reduzir os pagamentos diretos. Para os países que já lograrão atingir a Cobertura universal, o desafio seria sua manutenção frente aos custos ascendentes no setor saúde. O relatório retoma assim, inclusive com a utilização da imagem, a ideia do cubo, introduzida pelo Relatório Mundial da Saúde de 2010.

Convém ainda notarmos os indicadores escolhidos pelo Banco Mundial para descrever os avanços na Cobertura universal de saúde. Conforme a apresentação indica, o conjunto não é perfeito, excluindo, por exemplo, as doenças crônicas não transmissíveis, que apresentam um impacto cada vez mais significativo sobre os sistemas

---

[188]Tradução livre de: Out-of-pocket (OOP) payment. Direct payment made to health-care providers by individuals at the time of service use, i.e. excluding prepayment for health services – for example in the form of taxes or specific insurance premiums or contributions – and, where possible, net of any reimbursements to the individual who made the payment.

[189] Tradução livre de: Universal health coverage means all people receiving the health services they need, including health initiatives designed to promote better health (such as antitobacco policies), prevent illness (such as vaccinations), and to provide treatment, rehabilitation, and palliative care (such as end-of-life care) of sufficient quality to be effective while at the same time ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship.

[190]Tradução livre de: Broadly defined, UHC means all people receiving the quality health services they need, without being exposed to financial hardship. UHC involves three coverage dimensions – health services, finance, and population – and is a dynamic, continuous process that changes in response to shifting demographic, epidemiological and technological trends, as well as people's expectations.

de saúde. Os dados utilizados pelo Banco Mundial agrupam as duas componentes da cobertura universal: serviços essenciais e dificuldade financeira.

São eles: saúde reprodutiva e neonatal (planejamento familiar, cuidado pré parto, atendimento qualificado ao parto), imunização infantil (três doses de vacina para difteria, coqueluche e tétano), tratamentos para doenças infecciosas (HIV e tuberculose), determinantes de saúde fora do setor de saúde (fontes de água e saneamento básico). Tais indicadores foram escolhidos por serem tidos como serviços de saúde a que todas as pessoas devem ter acesso no mundo, não importando o nível de desenvolvimento do país ou as circunstâncias epidemiológicas. Também pelo fato de existirem informações sobre eles na maior parte dos países[191].

Já em relação à dificuldade financeira, os indicadores usados são mais simples e incluem a incidência de empobrecimento resultado de pagamentos diretos em saúde e a incidência de catástrofe financeira decorrente da mesma causa, O empobrecimento pode ser entendido aqui como a situação em que os gastos com saúde empurram as pessoas para baixo da linha da pobreza, enquanto os gastos catastróficos estão associados ao consumo da renda familiar com gastos em saúde acima de um determinado percentual.

A segunda versão do relatório foi publicada em 2017 e seu prefácio é assinado pelo Diretor Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus e pelo Presidente do Grupo Banco Mundial, Jim Yong Kim. O relatório assinala ter recebido suporte financeiro da Fundação Rockefeller, do Ministério da Saúde do Japão e do Reino Unido. O levantamento dos dados foi realizado em parceria com a OCDE e com a UNICEF. Assim como seu antecessor, o relatório buscar apresentar o quadro geral dos indicadores de avanço da Cobertura universal de saúde em suas duas componentes: acesso a serviços de qualidade e superação das dificuldades financeiras decorrentes de gastos em saúde. O documento aponta que naquele ano pelo menos da metade da humanidade não tem acesso a serviços de saúde essenciais, que ao menos 800 milhões de pessoas gastam mais de 10% de sua renda doméstica em pagamentos diretos e que anualmente 100 milhões de pessoas são empurradas para a situação de pobreza extrema por conta desses gastos.

Apesar de adotar a mesma perspectiva do relatório anterior, este apresenta algumas mudanças significativas. Entre os dois documentos, a ONU aprovou os indicadores oficiais de medida dos ODS, que para o objetivo 3.8, isto é, a Cobertura universal foram definidos como o 3.8.1 – cobertura de serviços essenciais de saúde e 3.8.2

[191]Tracking UHC 2015. The tracer health servisse indicators. P.

– proporção da população do país com gastos catastróficos em saúde, definido como um grande gasto doméstico em saúde em comparação com o gasto doméstico total. Os percentuais adotados no quadro de referência de análise dos ODS foram de 10% da renda familiar total ou de 25% do consumo total.[192] Outra indicação é a de que os dados sejam desagregados ao máximo possível, considerando aspectos de renda, gênero, idade, raça, origem étnica, deficiências, localidade e status migratório.

Um ponto brevemente desenvolvido no relatório que nos parece relevante é a centralidade da equidade, que naquele momento ainda não poderia ser medida com os dados disponíveis. A preocupação com os dados para medir a equidade toca observar especificamente as informações sobre o quintil mais pobre da população, que deve ser o foco das políticas de cobertura universal.

Finalmente, ainda em sua introdução o documento dedica-se a esclarecer ideias que não equivalem à Cobertura universal de saúde, quais sejam que não significa gratuidade, mas apenas que os gastos diretos não sejam altos a ponto de se tornarem uma barreira de acesso ou mesmo que sua preocupação é restrita aos serviços de saúde, já que em muitos países as barreiras de acesso apresentam-se de outras formas dentro dos sistemas de saúde, por exemplo, na distância física a instalações de saúde. Desse modo, o fortalecimento de sistemas de saúde, reiterado por diversas vezes nas resoluções da OMS, cumpriria um papel central na realização da cobertura universal.

A partir do indicador 3.8.1 dos ODS, aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, o relatório apresentou a formulação de um índice para cálculo da realização da Cobertura universal de saúde em sua dimensão de serviços essenciais. Para os fins deste trabalho, não nos interessa entender a fórmula matemática que resulta no índice para cada país, mas sim os dados específicos utilizados para seu cálculo. Essas informações constituem o núcleo do que a OMS e o Banco Mundial consideram mais relevante dentro da primeira componente da Cobertura universal e sua escolha também está ligada a disponibilidade dos dados.

Os fatores utilizados são, de acordo com os elementos do indicador 3.8.1: para saúde infantil, neonatal, materna e reprodutiva foram considerados índices relacionados a planejamento familiar, pelo menos quatro visitas médicas no período pré-natal, cobertura vacinal de três doses para difteria, coqueluche e tétano, identificação e tratamento de pneumonia infantil; para controle de doenças infecciosas, tratamento

[192] Tracking UHC 2017. P viii

efetivo de tuberculose, tratamento de HIV, saneamento básico e, para países com alto risco de malária, distribuição de redes para mosquitos; para doenças crônicas não transmissíveis, pressão sanguínea normal, glicemia em jejum médio, identificação de câncer cervical, consumo de tabaco[193]; para capacidades de serviços e acesso, densidade de leitos hospitalares, densidade de trabalhos de saúde, acesso a medicamentos essenciais e desenvolvimento das capacidades nacionais previstas no Regulamento Sanitário Internacional. Tanto os dados relacionados ao câncer cervical quanto ao acesso a medicamentos essenciais não foram utilizados por falta de informações suficientemente confiáveis e completas.

Em relação aos índices para medidas de proteção contra risco financeiro, o relatório apresenta uma perspectiva parecida com a de seu antecessor, desenvolvendo uma discussão sobre a possibilidade de inclusão de gastos com alimentação entre os gastos com saúde.

[193] Com esses quatros dados, busca-se caracterizar o perfil epidemiológico acerca dos três principais grupos de Doenças Crônicas não transmissíveis: doenças cardiovasculares, diabetes e oncológicas. O tabaco entra como determinante fundamental para as doenças crônicas.

com saúde.

Capítulo 4: Cobertura universal de saúde e direito à saúde?

4.1 Apresentação do capítulo

A relação entre Cobertura universal de saúde e direito à saúde deve ser feita a partir de diversos parâmetros; não são sinônimos nem desempenham a mesma função no ordenamento global de proteção à saúde. Esta é a nossa premissa de análise deste trabalho. Nesse sentido, há pelo menos duas grandes interpretações conflitantes sobre tal relação, conforme as hipóteses apresentadas inicialmente: de que a Cobertura universal substitui o direito à saúde enquanto imperativo geral da saúde global e de que Cobertura universal de saúde realiza uma parte dos elementos desse direito.

Debateremos as duas em seus diversos desdobramentos, discutiremos ainda outras possibilidades de relação entre os dois conceitos e finalmente apresentaremos a conclusão final do trabalho.

Uma primeira hipótese de análise, de que a noção de cobertura universal surge como estratégia que *substitui* a abordagem baseada em direitos, é decorrente da longa e extensa trajetória de construção internacional da ideia de direito à saúde, especialmente na OMS, na UNICEF e no ECOSOC, tendo a Declaração de Alma-Ata como um de seus maiores propulsores.

Por outro lado, em uma segunda interpretação, a cobertura universal de saúde pode ser tida como *meio* para a realização do direito à saúde, sendo este o *fim*. Tal visão decorre especialmente dos documentos e posicionamentos das instâncias da OMS.

A fim de analisar precisamente os contornos desta relação entre cobertura universal da saúde e direito à saúde, vamos retomar alguns elementos abordados ao longo deste trabalho. Em seguida, a partir desta perspectiva mais ampla, teceremos considerações sobre essas duas hipóteses.

4.2 Sistemas de Saúde

Em primeiro lugar, podemos notar que o substrato dos debates sobre os dois conceitos é em larga medida um desdobramento do debate sobre sistemas de saúde. Os sistemas de saúde foram compreendidos nesta dissertação como um conceito amplo e

descritivo, que almeja incluir o conjunto de recursos e de força de trabalho, sua organização, incluindo financiamento, sua cobertura e resultados voltados à melhora da saúde.

Dessa forma, estão inclusos elementos como: prevenção, promoção, tratamentos, reabilitação, cuidados paliativos, formação de força de trabalho em saúde, geração de recursos e incidência em determinantes sociais, como educação, nutrição e saneamento básico e gestão, inclusive tecnológica, do mercado de insumos.

A OMS, em seu Relatório Mundial da Saúde do ano 2000, qualificou a ideia de sistema de saúde, atribuindo-lhe as funções de melhora da saúde e atendimento das expectativas das populações, ainda que não relacionadas às suas necessidades em saúde e proteção financeira.

Um sistema de saúde, nessa acepção descritiva, não traz consigo necessariamente um mandamento a ser seguido pelos Estados ou pela sociedade como um todo. Vimos nos capítulos anteriores que esses mandamentos vão se desenvolvendo na medida em que a preocupação com os sistemas de saúde ganha força na agenda pública e força os Estados a assumirem funções em melhorar os resultados dos sistemas de saúde que cuidam de suas populações.

Tomando a história ocidental como referência, esse processo se inicia na era moderna com as pressões sociais decorrentes do processo de industrialização e com o fortalecimento da ideia de solidariedade, por diferentes motivos, o que resultou também na criação dos dois modelos de estrutura de financiamento público de sistemas de saúde: o seguro social de saúde e o serviço nacional de acesso universal.

Como sistematizado anteriormente, o seguro social de saúde foi criado na Alemanha no final do Século XIX. Suas características incluem o Estado agrupar recursos para o custeio do sistema por meio de um seguro público, que conta com contribuições laborais e patronais, além de receitas do Estado.

A prestação de serviços funciona em larga medida sob a dinâmica de compra e venda de serviços, podendo ser largamente privada e o financiamento é significativamente ligado ao trabalho formal. Grupos vulneráveis ou marginalizados,

como pessoas sem emprego ou pessoas com alguma deficiência que lhes impeça de trabalhar, podem ter auxílios específicos, de modo a não ficarem desprotegidas.

O modelo de serviço nacional de acesso universal foi criado no Reino Unido em 1946 e é igualmente conhecido como modelo de acesso universal, modelo de pagador único ou modelo beveredgiano. Ele surge no contexto pós Segunda Guerra Mundial, em que se argumenta que um forte sentimento de solidariedade se faz presente entre a população britânica. Suas características incluem o Estado financiar o sistema por via de receitas tributárias, que não necessariamente tem origem nos salários do mercado formal. A prestação de serviços é gerida também pelo Estado.

Em geral, os sistemas de saúde apresentam características mistas, contendo elementos tanto securitários quanto de serviço nacional. Há ainda outro modelo, reconhecido pela própria OMS, essencialmente baseado em relações de mercado, sendo os EUA o maior exemplo. Há igualmente diversas discussões: por exemplo, no âmbito da OCDE, vão no sentido de ampliar as categorias de classificação, considerando a pluralidade e a multiplicidade de possibilidades de apresentação de sistemas de saúde. O que se deve notar, no entanto, é que no Século XX a preocupação em relação às funções coletivas nos sistemas de saúde, executadas sobretudo pelos Estados, tornou-se central, tendo se desdobrado em diversas formas.

4.3 Afirmação do Direito à Saúde em relação aos Sistemas de Saúde

Nesse quadro mais amplo, destacamos também em capítulos anteriores as estratégias globais de fortalecimento dos sistemas de saúde e o reconhecimento e proteção paralelo, mas independente, do Direito à Saúde, dois caminhos que se interlaçam e que abordamos separadamente neste trabalho para fins de esclarecimento.

Tal qual vimos, a preocupação global com a saúde se inicia com a formulação de medidas internacionais para contenção da propagação de doenças, em um esforço, ainda no século XIX, de proteger a circulação de mercadorias e de pessoas. Argumentou-se que conforme o fortalecimento de sistemas de saúde ganha força, especialmente no que toca à garantia do acesso a serviços de saúde, também se fortalece no plano internacional a ideia de uma atenção global à saúde.

A criação da OMS, com os elementos contidos em sua constituição - inclusive a própria definição de saúde - é um marco importante acerca desse tema. Em seus primeiros anos, a OMS (assim como o sistema ONU como um todo) tem um enfoque reduzido nos países que à época se chamava terceiro mundo, especialmente aqueles que se libertavam do jugo colonial. Um esforço reativo desses países originou a demanda, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, pela formulação de uma Nova Ordem Econômica Mundial.

Dentro desse contexto, com grande apoio da OMS e da UNICEF, acontece a Conferência de Alma-Ata, em 1978, na então República Soviética do Cazaquistão, originando a declaração que marca uma forte concepção política acerca dos sistemas de saúde e da proteção da saúde como direito. A Declaração de Alma-Ata tem como elementos chave: o reconhecimento do Direito à Saúde, a intersetorialidade de políticas, a consideração dos determinantes sociais de saúde, a relação entre saúde e desigualdade econômica, inclusive entre os países e a Atenção Primária em Saúde.

Esta última é compreendida em uma dimensão fortemente política, isto é, não apenas como um nível da atenção em saúde, mas como elemento ordenador do sistema, que deve acompanhar as pessoas em seu dia a dia e ser formulado a partir da participação comunitária.

Em seguida à Conferência, a OMS adota a política de Saúde para todas e para todos até o ano 2000, com poucos elementos de concretização, mas em alguma medida pautada por um preceito de universalização do acesso à saúde, condizente com o espírito de Alma-Ata. Na virada do milênio, a Organização passa a se preocupar mais detidamente com os sistemas de saúde, isto é, como avaliar e como melhorar sua performance.

Neste ponto, o Relatório Mundial da Saúde de 2000 cumpre um papel relevante, tornando-se documento de referência, pois define as funções esperadas de um sistema de saúde (melhora da saúde, responsividade e proteção financeira), delineia parâmetros de análise e fortalece o pressuposto de que não se deve aumentar os custos dos sistemas, mas sim melhorar sua eficiência.

Emergem preocupações sobre medir avanços de forma precisa, definir responsabilidades, formas de financiamento e coberturas. Essa perspectiva, ainda que

reconheça a ampla dimensão dos sistemas de saúde, tem enfoque prioritário nos serviços de saúde, incluindo as ditas ações de saúde, como vigilância -inclusive por serem mais facilmente medidos

Os anos seguintes comportam diversos debates acerca de sistemas de saúde, até que em 2005, após um relatório do Secretariado sobre Seguro Social de Saúde, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) aprova a Resolução 58.33, a qual inicia formalmente o percurso da cobertura universal de saúde no quadro político-normativo da Organização.

4.4 Afirmação e Definição do Direito à Saúde

Convém retomarmos brevemente o percurso da proteção do direito à saúde, que embora fortemente ligado ao fortalecimento de sistemas de saúde, firma-se em um universo simbólico distinto, fortemente associado aos Direitos Humanos.

De maneira mais precisa, o reconhecimento do direito à saúde emerge no mesmo contexto dos sistemas de financiamento que apresentamos, que é, na verdade, o cenário mais amplo de afirmação dos Direitos Econômicos e Sociais. Em um primeiro momento, os Estados passam a reconhecê-lo, até que tal direito ganha contornos de proteção na ordem internacional em diversos tratados, declarações e documentos, com destaque para a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1946, e o Pacto pelos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966.

Convém notarmos que a afirmação, formal e material, do Direito à Saúde nos países se dá de maneiras completamente diferentes e atende a condições políticas internar que dialogam ou não com a ordem internacional. O exemplo brasileiro, que apresentamos a título ilustrativo, bem caracteriza essa ideia. O Brasil reconhece a saúde como direito somente em 1988, estruturando a partir daí um sistema com características próximas aos elementos presentes em Alma-Ata.

Ainda assim, os instrumentos de proteção internacional ao Direito à Saúde fornecem um quadro de referência útil para sua interpretação. Destacamos aqui, além dos documentos já mencionados, a Recomendação Geral n. 14 do ECOSOC, que se debruça longamente a entender os elementos que o compõe.

Temos desse documento que o Direito à Saúde possui duas dimensões, uma individual, que remete a elementos como autonomia em relação ao próprio organismo, dignidade, liberdade e não discriminação, e uma coletiva, que remete ao dever estatal de prestar um conjunto de serviços de executar um conjunto de ações com vistas a realiza-lo. A primeira dimensão requer essencialmente abstenção de condutas violadoras e a proteção de violações por terceiros, por exemplo, sociedades empresárias, enquanto a segunda inclui um dever positivo, inclusive de reserva de recursos financeiros e não retrocesso.

Apresentamos como princípios do Direito à Saúde: a pretensão de universalidade, isto é, o objetivo de assegurar a acesso a todas as pessoas, sem discriminação e com esforços concretos e contínuos para tal; a equidade, compreendida como tratar as pessoas de forma distinta na medida de sua desigualdade, no intuito de realizar a possibilidade de todas as pessoas serem saudáveis de forma igual; a integralidade, compreendida na abordagem completa do serviços e ações de saúde, que devem atuar nos campos da prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, incluindo também a consideração dos determinantes sociais.

Por fim, a participação comunitária, que também chamamos de Democracia Sanitária. Este último princípio talvez seja dos mais complexos, pois pode ser compreendido em um sentido formal, qual seja, na criação de processos e instâncias participativas, mas também em uma acepção material, isto é, na verdadeira assunção de que as pessoas suscetíveis ao sistema de saúde devem protagonizar sua formulação, sua compreensão sobre o que é saúde e, em última instância, a definição do conteúdo do Direito.

Ainda sobre o preceito da Democracia Sanitária, vale a observação de que sua acepção material demanda formas muito distintas e dinâmicas de realização do direito à saúde e possivelmente modelos institucionais que, pela transformação constante da sociedade, devam ser extremamente flexíveis e constantemente revistos com o fim de se realmente atender os objetivos do direito. Essa tarefa pode contrastar com a função do direito de cristalizar conquistas e garantir a participação social por via de conselhos, conferências, consultas públicas e outros instrumentos de democracia participativa.

Dois exemplos finais indicam problemas específicos associados à complexidade da efetivação do direito à saúde, reconhecidos inclusive pela Recomendação do ECOSOC: cuidado em saúde mental e saúde de povos tradicionais. O cuidado em saúde mental envolve uma combinação tanto da dimensão individual quanto da dimensão coletiva do direito à saúde. Se por um lado o Estado precisa estruturar uma rede de apoio, por outro é central que respeite a autonomia do usuário e considere seu entorno psicossocial para o tratamento. Essa concepção está fortemente refletida, por exemplo, na Lei de Reforma Psiquiátrica.

Já o cuidado com a saúde de povos tradicionais é delicado, pois considerando tanto o princípio da equidade quanto o da Democracia Sanitária, pode partir de uma concepção de saúde absolutamente distinta daquela que se tem como aceitável ou desejável fora desse contexto. Isso torna especialmente importante a questão com a abordagem do cuidado, a utilização de indicadores e a definição de elementos necessários para a realização desse direito, que pode incluir, por exemplo, preservação do território.

4.5 Cobertura Universal de Saúde

A Cobertura Universal de Saúde emerge dentro da OMS a partir dos debates sobre fortalecimento de sistemas de saúde originados no percurso que vinha sendo traçado dentro da Organização desde o Relatório Mundial da Saúde de 2000. A Resolução WHA58.33, de 2005 introduz formalmente o conceito de Cobertura Universal de Saúde e lhe atribui três características: agrupamento de recursos, proteção contra o risco financeiro e expansão gradual do acesso.

Junto com a Resolução WHA64.9, ela forma as duas principais Resoluções da AMS que conceituam a ideia básica de Cobertura Universal. Essa ideia é bem aprofundada e discutida no Relatório Mundial da Saúde de 2010.

Apesar de o conceito de Cobertura Universal nascer em forte associação com a ideia de risco financeiro, em larga medida circunscrito à realização de uma das três funções dos sistemas de saúde, conforme preconiza o Relatório Mundial de Saúde de 2000, ao longo dos anos vai ganhando maior abrangência dentro da OMS, com diversas resoluções associando a cobertura universal de saúde a vários outros tópicos de atuação da OMS, como manejo de desastres, saúde pública, avaliação de tecnologias etc.

Com isso, lhe são conferidas maior abrangência e maior relevância dentro da agenda da Organização. O ponto culminante desse processo é a posição que a Cobertura universal de saúde assume na agenda pós-2015.

Conforme reconhecido pela própria OMS, a Cobertura universal torna-se um ponto central da Agenda 2030, na forma de um dos objetivos específicos do objetivo de desenvolvimento sustentável n. 03, relacionada à saúde. De maneira muito importante, mais do que simplesmente ser um elemento da agenda, ela é seu principal conceito, com caráter unificador.

A questão da saúde dentro da agenda de desenvolvimento sustentável passou pela superação da individualidade de seus antecessores diretos, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que continha objetivos em saúde adstritos a si e eram pouco inter-relacionados.

Surge então a ideia de pensar a agenda seguinte, que iria a se converter na Agenda 2030, em um sentido que resultasse na unicidade dos objetivos e que abordasse o fortalecimento dos sistemas de saúde. A resposta para tal foi justamente a Cobertura universal de saúde, que junta os outros objetivos específicos, conforme a figura reproduzida na seção desta dissertação sobre a OMS descreve.

Conforme já apresentado na síntese conclusiva do capítulo que realiza a análise documental das instâncias da OMS, o conceito de Cobertura universal de saúde surge focado em uma preocupação específica sobre financiamento de sistemas de saúde, com uma leve inclinação ao modelo securitário e toma proporções cada vez maiores em seu local político na estratégia da Organização.

Os documentos do Banco Mundial, entidade central nas parcerias com a OMS para a cobertura universal, são uma via de concretização da ideia de cobertura. Neles, tal noção é expressa de forma sintética, na tríade: expansão dos serviços, expansão da população coberta e redução dos pagamentos diretos, retomando a ideia do cubo, introduzida pela Relatório Mundial da Saúde de 2010.

Dessa forma, há certa polissemia no conceito de Cobertura universal de saúde, que nasce de uma forma muito restrita e ganha amplitude imensa. Este percurso e aumento

de escopo é reconhecido, por exemplo, nas falas de Diretores-Gerais da OMS, como Chan e Adhanom, que introduzem este trabalho.

4.6 Cobertura Universal da Saúde e Direito à Saúde: Substituição ou Relação de Meio e Fim?

Da polissemia e expansão de escopo da categoria Cobertura universal, de um lado, e da abrangência do conceito de Direito à Saúde[194], de outro, decorre o grande dilema da relação entre Cobertura Universal da Saúde e Direito à Saúde. Afinal, a Cobertura universal surge como substituto ao Direito à Saúde ou como um instrumento para a consecução deste último?

4.6.1 Cobertura universal de saúde vs. direito à saúde

Se a Cobertura universal ocupa o mesmo lugar político do direito à saúde, é preciso reconhecer uma série de consequências, em sua maioria negativa. A Cobertura universal restringe, nesta primeira perspectiva, a noção de direito à saúde de diversas formas: (i) não considera a dimensão individual, (ii) nivela por baixo a obrigação dos Estados, abandonando a pretensão de universalidade e de integralidade, (iii) abandona a ideia de Democracia Sanitária, (iv) afasta-se da ideia de determinantes sociais da saúde, (v) redefine o conceito de equidade, convertendo-o em "focalização" e (vi) não tem uma compreensão completa sobre os sistemas de saúde, por exemplo no aspecto custo. Vamos a seguir abordar cada ponto de maneira aprofundada.

(i) Não considera a dimensão individual, especialmente pela falta de métrica qualitativa

A Cobertura universal de saúde tende a desconsiderar a dimensão individual da saúde. Isto não significa que o conceito de cobertura universal implica em *não* proteção individual. No entanto, quando abordado conjuntamente com o dever de assegurar o direito à saúde de maneira mais ampla, há questões específicas a serem consideradas que podem ser escamoteadas pela generalidade do conceito de cobertura universal.

[194] A questão vai em realidade além da abrangência do conceito: ainda que abstrato, o direito à saúde é a máxima expressão da proteção à saúde. Ademais, o direito se realiza no – e por meio do – sistema de saúde.

O exemplo do cuidado em saúde mental traduz essa questão. A abordagem adotada, por exemplo, na legislação brasileira, define a internação como última instância de tratamento e revisa a importância central de leitos psiquiátricos[195] dentro das políticas públicas; com isso, adota em seu lugar forte consideração do meio psicossocial como elemento principal dessa atenção em saúde. A análise da expansão desse cuidado é dificilmente realizada sob o quadro de referência utilizado para medir os avanços da Cobertura universal de saúde. Como consequência, a dimensão individual que é específica do cuidado em saúde mental deixa de ser bem acompanhada na perspectiva do conceito de cobertura universal.

Esse desafio aponta ainda para uma dificuldade ainda mais estrutural em relação à Cobertura universal de saúde, que é o seu forte apelo quantitativo em sua métrica de análise, com pouco espaço para discussões sobre linhas de cuidado, abordagens terapêuticas etc. De forma alguma argumentamos aqui contra a métrica quantitativa, mas sim levantamos a relevância da métrica qualitativa[196], que também se faz essencial para avaliar a efetivação do direito à saúde.

Essa acepção também nos parece conforme às recomendações do Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde. Um ponto em particular que o relatório sustenta, dentre suas recomendações, é a abordagem da saúde infantil não apenas a partir de dados epidemiológicos, como cobertura vacinal, mas também dentro do escopo de seu desenvolvimento cognitivo e linguístico[197].

(ii) Nivela por baixo a obrigação dos Estados, abandonando a pretensão de universalidade e de integralidade,

A ideia de Cobertura universal de saúde claramente abandona o princípio da universalidade, aqui compreendido como a promoção do acesso universal. Vimos que essa ideia é elemento fundante do direito à saúde. A OMS é omissa em relação à

[195] AMARANTE, Paulo et NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. 2018.
[196] Nesse sentido, a Fiocruz de Brasília e o Instituto Norueguês de Saúde Pública organizaram um simpósio internacional em outubro de 2019 na cidade de Brasília apenas como o intuito de debater a utilização da métrica qualitativa para identificação dos avanços dos ODS, inclusive fora do setor saúde.

universalidade nos principais documentos de referência, como o Relatório Mundial de Saúde de 2010.

Além disso, a Organização teve oportunidade de apreciar a proposta do acesso universal, tendo respondido de forma extremamente tímida a essa provocação. Falamos aqui da sugestão da universalização do acesso contida no Relatório da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, que foi incorporada dentro de uma cláusula operativa da Resolução WHA62.12 dirigida aos Estados-membros como mera indicação de que a considerem.

Temos ainda uma forte redefinição do conceito de APS, já introduzida pelo próprio Relatório Mundial de Saúde de 2000. Podemos notar, por exemplo, que a concepção política de Alma-Ata em relação à atenção primária é ampla e fortemente associada à universalidade e à participação comunitária. A título ilustrativo, vimos que essa abordagem encontra eco, por exemplo, na Política Nacional de Atenção Básica no Brasil.

A redefinição da APS passa por três elementos chave: abordagem como mero nível da assistência à saúde e não como ordenadora da rede de cuidados, fortalecimento da ideia de filtro em relação a outros níveis de atenção, geralmente mais custosos, e focalização da realização da Cobertura universal de saúde apenas na satisfação desse nível de atenção. Nossa análise não aprofundará mais nos dois primeiros aspectos, que em larga medida são discussões afeitas ao campo da saúde coletiva, porém destacamos a relação entre APS e direito à saúde, que está inscrita nos princípios da equidade e da participação comunitária.

Em relação ao aspecto de focalização especialmente quanto ao abandono da universalidade e da integralidade, há aqui um dos pontos críticos acerca das consequências de a Cobertura universal de saúde ocupar o lugar político do direito à saúde. Enquanto a saúde enquanto direito pressupõe realização progressiva, porém constante em relação ao mais alto nível atingível, a cobertura universal estabelece um parâmetro mínimos a ser seguido pelos Estados.

Ao não se concretizar de forma mais precisa seu conteúdo, deixando amplo espaço para essa definição a nível nacional, abre-se espaço para o fortalecimento da ideia de

serviços essenciais como um pacote mínimo de intervenções, desobrigando os Estados a constituírem sistemas de saúde robustos com base do imperativo mais amplo do direito.

Essa ideia é particularmente perigosa ao abandonar o preceito do não retrocesso social, fortemente contido no direito à saúde. A ideia de direito à saúde estabelece como parâmetros de sua realização, ao menos, o que já foi atingido pelo país. Sua substituição pelo imperativo da Cobertura universal permitiria que países reduzissem seus sistemas de serviços de saúde, dentro da ideia apresentada no parágrafo anterior, de modo que o que se pretendia como ponto de partida da estratégia global torne-se o seu ponto de chegada.

Nesse sentido, a ilustração brasileira é um insumo enriquecedor para a discussão. A Constituição Federal de 1988 incorporou, por via expressa, a ideia de não retrocesso social, ao definir os mínimos constitucionais a que os entes federativos são vinculados a investir em ações e serviços de saúde. Uma discussão atual sobre o tema toca à constitucionalidade de sua revogação. O preceito do não retrocesso social figura como importante elemento para garantia do direito à saúde e está, ao mesmo tempo, contido em seu conceito.

(iii) Abandona a ideia de Democracia Sanitária

A ideia de Democracia Sanitária, geralmente expressa como participação comunitária em saúde, é elemento completamente ausente das principais referências sobre Cobertura universal de saúde, tanto em sua acepção formal, de constituição de espaços formais de democracia participativa, quanto em sua acepção material de efetivamente se ter a definição da ideia de saúde por quem utiliza o sistema.

(iv) Afasta-se da ideia de determinantes sociais da saúde

O Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde apresentado à AMS e brevemente discutido neste trabalho nos parece cumprir uma função extremamente importante ao fornecer um outro quadro de referência para atuação dos sistemas de saúde, mais conforme à ideia de direito à saúde, que incorpora fortemente esse elemento em sua efetivação.

As recomendações da comissão e em alguma medida a tônica do Relatório Mundial de Saúde de 2008, sobre APS, contrariam a ideia de a Cobertura universal de

saúde ser alçada à ideia de imperativo global, por sua desconsideração às funções dos sistemas em relação a eles.

Essa desconsideração não se dá de forma expressa. De forma muito evidente, os diversos documentos de referência sobre a Cobertura universal de saúde, por exemplo, as Resoluções WHA58.33 e WHA64.9, assim como o Relatório Mundial da Saúde de 2010, fazem alusão à importância desses elementos nos sistemas de saúde.Contudo, a concretização da Cobertura tal qual formulada, por exemplo, pelos relatórios elaborados com o Banco Mundial, não incluem determinantes sociais da saúde.

Deixando de incorporar os determinantes, tem-se em seu lugar a ideia de reduzir a ação global à ampliação de um conjunto de serviços, escolhidos de forma precisa, indicando a ideia de pacote de serviços reduzido e à proteção financeira. Assim, elementos como, por exemplo, as opções terapêuticas e linhas de cuidado do sistema, que que demandariam uma atenção adaptável às realidades do território, são deixados de fora.

Vale mencionar aqui que a resposta que os documentos que adotam a gramática da Cobertura universal de saúde fornecem à questão dos determinantes está apenas associada ao controle do consumo de certos produtos com alto impacto sobre a saúde, como tabaco e alimentos com altas quantidades de sal e açúcar. Porém, essas políticas são abordadas de forma separada da assistência em saúde.

(v) Redefine o conceito de equidade, convertendo-o em "focalização"

Possivelmente o princípio mais fortemente associado à Cobertura universal de saúde é o da equidade. Sua compreensão, no entanto, é radicalmente diferente daquela enunciada sob o paradigma da afirmação do direito à saúde, tanto por ser desvinculada dos outros princípios do direito à saúde quanto por reduzir sua abrangência à focalização de políticas públicas às pessoas mais pobres, abandonando seu conceito original de garantir as condições para que todas as pessoas possam fruir da melhor condição de saúde possível.

No paradigma do direito à saúde, a equidade só pode ser entendida se analisada em conjunto com os outros princípios que o formam, como a universalidade, a integralidade e a Democracia Sanitária. Sua função maior é considerar as desigualdades para a formulação das formas de realização de tal direito. O próprio preceito da

Democracia Sanitária parte da ideia de que a saúde é completamente definida somente a nível local e que, portanto, a plena realização do direito à saúde demanda a participação comunitária.

Vimos que a equidade se desenvolve ao longo dos documentos rumo a um conceito cada vez mais restrito. Na Resolução WHA58.33, por exemplo, ela é utilizada em uma dimensão econômica associada unicamente à renda no sentido de que famílias com renda mais elevada devem pagar mais pelos custos do sistema e pessoas com renda mais reduzida devem ter acesso aos serviços sem pagamentos diretos que se traduzam em gastos catastróficos. Essa visão é ainda mais explícita no relatório feito em parceria com o Banco Mundial, que usa como indicador o quinto mais pobre da população.

Convém notarmos que as ideias associadas à equidade propostas não são ruins e nem contrárias à realização do direito à saúde. O enfoque em populações mais pobres e na redução do risco financeiro pode ser visto como algo positivo para a realização do direito. A crítica que se estabelece é a redução do conceito de equidade a apenas uma parte de sua abrangência reconhecida no direito à saúde. Neste, a equidade se traduz em certos princípios essenciais, os quais foram apresentados em capítulos anteriores, dentre os quais oprincípio da capacidade contributiva e de proteção financeira. Estes dois são os que são reconhecidos pela Cobertura universal, mas os demais elementos desaparecem.

Essa articulação de redução da equidade a esses dois elementos é necessária neste momento, pois estamos analisando a hipótese de substituição do direito à saúde pela Cobertura universal de saúde enquanto imperativo máximo de realização das funções coletivas em relação aos sistemas de saúde. Um pouco mais adiante, analisaremos possibilidade de articulação entre a concepção de equidade presente no âmbito da cobertura universal e a realização do direito à saúde em complementariedade.

(vi) Não tem uma compreensão completa sobre os sistemas de saúde.

Finalmente, ao tomarmos a Cobertura universal de saúde como imperativo global, podemos levantar a crítica de que reduz também a própria ideia de sistemas de saúde. Em nosso capítulo inicial, debatemos diferentes concepções sobre este tema. A comparação entre o modelo apresentado pela OMS, especialmente a partir do Relatório Mundial da Saúde de 2000, diverge do quadro de análise utilizado pelo ISAGS, especialmente por ser

mais restrito. Um elemento completamente desconsiderado no primeiro modelo é a gestão da inovação e da produção de tecnologias de saúde, especialmente medicamentos.

Destacamos essa distinção pelo fato de que os documentos de referência sobre cobertura universal contextualam o aumento de custos de sistema de saúde como um grande desafio. Apontamos especialmente o último relatório publicado em parceria com o Banco Mundial. A alta de custos estaria ligada, além das transições demográfica e epidemiológica, à chamada transição tecnológica, ou seja, a introdução de novas tecnologias de saúde, com custos de incorporação cada vez mais elevados, sendo um forte peso aos sistemas de saúde. Os documentos, no entanto, tomam essa ideia como dado, sem problematizá-la.

Inicialmente, utilizaremos neste ponto da análise o termo *preço*, no lugar de custos, considerando a diferença econômica entre os dois e o fato de a pressão sobre os sistemas de saúde estar associada a *preços* altos, não necessariamente a custos. A discussão sobre preços de medicamentos é possivelmente um dos temas mais relevantes em saúde global, inclusive considerando desigualdades econômicas entres países. O enfoque do nosso trabalho fez com que passássemos à margem dessa discussão, salvo quando tratamos brevemente do Acordo TRIPS. Nesse ponto, no entanto, o tema nos interessa.

Existem diversas iniciativas no âmbito da OMS sobre preços de medicamentos[198], sendo possivelmente a mais recente a Resolução da AMS 72.08 (2019) sobre transparência no preço de tecnologias de saúde[199]. Além disso, o principal documento de referência é o Relatório de Alto Nível das Nações Unidas sobre Acesso a Medicamentos (2016)[200]. A despeito dessas iniciativas, essas discussões não são debatidas sob a perspectiva dos sistemas de saúde dentro do escopo da Cobertura universal.

Uma concepção de sistema de saúde baseada no direito humano à saúde, como é o caso daquela adotada pelo ISAGS, incluiria essa ideia de sistema voltado ao direito no debate sobre as funções públicas relacionadas à inovação tecnológica, capacidades

[198]Cf. Global Strategy Plano on Access to Medicines and Intelectual Property
[199] Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf Acesso em 17 de janeiro de 2020.
[200] Disponível em: http://www.unsgaccessmeds.org/final-report Acessado em 17 de janeiro de 2020.

produtivas, dentro do dever do Estado de assegura, e regulação de preços de medicamentos, dentro do dever do Estado de proteger.

Nesse ponto, podemos levantar inclusive o questionamento sobre a possibilidade efetiva de realização de qualquer um dos dois imperativos, seja cobertura, seja o direito, em face dos altos preços de medicamentos e de outras tecnologias de saúde. Em outras palavras, os altos preços obstaculizam a efetivação tanto do imperativo do direito à saúde quanto do imperativo via cobertura universal. Mas como estas discussões ficam à margem deste último conceito, a questão dos preços simplesmente não é abordada, ainda que possa simplesmente impedir a realização de qualquer política de saúde.

No mesmo sentido, um outro desafio para os sistemas de saúde não completamente satisfeito pela concepção de Cobertura universal de saúde guarda relação com a força de trabalho em saúde. Vimos que esse tema aparece de forma reiterada nas resoluções que citam a cobertura universal, porém sem associar ao conceito em si. Esse tema é de particular importância dentro da Agenda 2030, sendo sintetizado no documento Estratégia Global para Força de Trabalho 2030[201].

A análise documental que realizamos não nos permite indicar de forma precisa em que medida a cobertura universal satisfaz ou não os desafios dos sistemas de saúde relacionados com esse tema, contudo, ela indica que a OMS conduz uma estratégia paralela em relação ao tema. É possível inclusive depreender, segundo a análise precedente, que o problema da força de trabalho está ligado à cobertura universal de forma ainda mais íntima que a questão dos preços de medicamentos, conforme reconhecido no Relatório Mundial da Saúde de 2000. Convém neste ponto questionar qual seria o lugar desta importante componente dos sistemas de saúde na chave analítica e política da cobertura universal, visto que parece ser mais reduzido do que deveria ser.

4.6.2 Cobertura universal de saúde e direito à saúde: relação de meio e fim

Em contraste com os apontamentos anteriores, tem-se a segunda hipótese, de que a Cobertura universal é meio parcial de realização do direito à saúde, Se for este o caso, seria crucial compreendê-la dentro do quadro de todos os elementos desse direito, conforme observado no terceiro capítulo. Em outras palavras, estaríamos concebendo que

201

a estratégia da cobertura só pode ser lida dentro do quando maior de realização do direito à saúde. Nesse sentido, a cobertura universal se relaciona apenas à questão dos altos preços pagos diretamente por serviços e por tecnologias de saúde e a questão do risco financeiro, mas não com todo o plexo do direito à saúde.

Ainda que a análise documental realizada sugira que a primeira hipótese analisada é mais forte, se assumirmos que a Cobertura universal *pode* ser compreendida como mecanismos de realização parcial do direito à saúde e que é, portanto, subordinada a seus elementos mais amplos, teríamos a mitigação de grande parte dos pontos criticados aqui. Mais ainda, dela passaria a ser possível apontar potenciais da estratégia, inclusive para realização do direito à saúde.

Uma publicação que se preocupou particularmente em explorar esse tema é uma nota política publicada pela própria OMS, em 2015, de nome sugestivo: "Ancorando a Cobertura universal de saúde no direito à saúde"[202]. A publicação reconhece as distinções entra as duas abordagens e buscar encontrar denominadores comuns entre os dois conceitos, como a realização progressiva, a necessidade de monitoramento e as análises de custo-efetividade. Sua conclusão é que as duas acepções podem se auxiliar mutuamente.

Debateremos quatro pontos nesse sentido: (i) a violação que o risco financeiro representa para a saúde, (ii) seu potencial em realidades jurídicas e econômicas,distintas da brasileira (iii) a cobertura universal e sua relação com seguros e (iv) a articulação de focalização de políticas e direito universal à saúde.

(i) A violação que o risco financeiro representa para a saúde

Nesta segunda acepção, ora adotada para fins analíticos, temos que a Cobertura universal enfrenta um ponto efetivamente importante para os sistemas de saúde contemporâneos, qual seja: os pagamentos diretos para acesso a produtos e serviços de saúde. Os EUA, por exemplo, iniciam a segunda década do Século XXI com um grave problema de acesso a medicamentos, especialmente para Doenças Crônicas não

[202] WORLD HEALTH ORGANIZATION, *et al.* **Anchoring universal health coverage in the right to health: what difference would it make?** Policy brief. 2015.

transmissíveis, como a Diabetes Melito tipo 2[203]. Este ponto é inclusive debatido no Relatório Mundial da Saúde de 2010[204]. Assim, abordar riscos financeiros realmente responde a um problema concreto contemporâneo da maior gravidade aos sistemas de saúde.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o enfrentamento do risco financeiro é um objetivo louvável dentro do marco do direito à saúde, se considerarmos que os gastos catastróficos são claras violações levando em conta os deveres do Estado de assegurar ações e serviços de saúde. Nesse sentido, não nos parece que o problema do empobrecimento e do comprometimento da renda familiar com a saúde sejam alheios a sua efetivação ou que uma resposta global da OMS para o problema sejam medidas e debates negativos.

A compreensão da cobertura nesse sentido requer apenas uma interpretação restrita dentro do quadro maior do direito à saúde e da amplitude dos sistemas de saúde. Nesse sentido, o conteúdo da Resolução WHA58.33, de 2005, é muito mais parcimonioso do que a abordagem à cobertura universal realizada no contexto dos ODS.

(ii) Seu potencial em realidades jurídicas e econômicas distintas da brasileira

Nossa análise não se restringiu em nenhum momento deste trabalho à realidade brasileira, considerando que enfocamos sobretudo os documentos da OMS. Em alguns pontos, de fato, apoiamo-nos em conceitos institucionais do Direito Sanitário brasileiro e utilizamos esta realidade como ilustração, especialmente por considerar a riqueza institucional do Sistema Único de Saúde, bem como seus avanços já fortemente comprovados na garantia do direito à saúde. Além disso, o contexto de produção deste trabalho pode enviesar nossa perspectiva a olhar excessivamente para a realidade do Brasil e desconsiderar outros contextos.

O Brasil é um país de renda média alta, dentro da classificação do Banco Mundial e um país em desenvolvimento dentro da classificação da OMC. Além disso, logrou, por

---

[203] BERAN, David, EWEN, Margaret, et LAING, Richard. **Constraints and challenges in access to insulin: a global perspective**. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 2016, vol. 4, no 3, p. 275-285.

[204] WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WORLD HEALH REPORT (The): Health Systems Financing: the path to universal Coverage**. World Health Organization, 2010. p. 34

seus processos políticos internos, criar um sistema de acesso universal à saúde baseado no direito à saúde, que, a despeito de seus problemas, a principiar pelo subfinanciamento, foi capaz de produzir importantes impactos positivos nas condições gerais de saúde da população. Dentro do contexto específico do Brasil, portanto, as críticas sobre a possível redução do direito à saúde via adoção da ideia de Cobertura universal de saúde parecem fazer bastante sentido.

No entanto, há países nos quais a gramática da Cobertura universal pode ser empregada para fins eminentemente positivos. Em especial, pode potencialmente ter potencial frutífero em países de situação econômica (e, portanto, recursos alocáveis à saúde) pior do que o Brasil, assim como países com forte resistência interna ao reconhecimento do direito à saúde, nos quais falar em Cobertura universal permite, ao menos em hipótese, *expandir* a proteção da saúde.

Em relação aos países com grandes limitações econômicas, o imperativo da Cobertura universal de saúde pode servir como instrumento para avançar alguns passos na maior efetivação do direito à saúde. Um elemento fortemente associado à cobertura é a sustentabilidade do financiamento dos sistemas de saúde, inclusive quanto a sua independência de recursos externos. A investigação dessa hipótese foge completamente aos objetivos deste trabalho, inclusive por envolver forte conteúdo econômico.No entanto, as diferenças socioeconômicas reconhecidas inclusive dentro da ideia de direito à saúde nos permitem levantá-la.

Outra realidade fortemente distinta da brasileira é a de países que, por seus processos políticos internos, têm forte resistência a reconhecer e a criar proteções institucionais, como garantias ao direito à saúde. Os EUA podem ser lidos como um exemplo interessante, sendo um exemplo conhecido de país que não aceita a ideia de direito à saúde e encontra resistência mesmo a políticas públicas de saúde como um todo. Retomamos aqui a ideia dos determinantes legais da saúde a que fizemos breve menção em nosso capítulo sobre o direito à saúde. O quadro de referência da cobertura universal poderia servir enquanto instrumento de *soft law* para incidência em uma realidade como essa no sentido de se reconhecer o direito à saúde.

Nesse sentido, mencionamos a experiência institucional da Índia, descrita por *Mauliki*[205], de implementação da cobertura universal de saúde, que contou com a formação de uma comissão que, a partir do conceito da OMS, desenvolveu elementos mais amplos de incidência no sistema de saúde do país. Conforme os autores indicam, a Índia tem um sistema jurídico fraco no que toca à proteção ao direito à saúde, que é reconhecido meramente como corolário do direito à vida em decisões da Suprema Corte. Daí que potencialmente a categoria possa ser usada de maneira a expandir e desenvolver sistemas de saúde, bem como o direito à saúde, ao invés de limitá-lo.

(iii) A cobertura universal e sua relação com o modelo securitário

Vimos que o modelo securitário é uma das formas de se constituir estruturas de financiamento para sistemas de saúde pelo Estado. A despeito de as resoluções sobre a Cobertura universal reiterarem que cada Estado deve escolher sua forma de financiamento dentro de seu contexto nacional, tanto esses documentos como seus parâmetros de concretização, por exemplo, publicados pelo Banco Mundial, estão largamente associados à linguagem securitária, sugerindo certa preferência pelo tema.

Elementos como o nome do relatório inicial do Secretariado em 2005 ("Seguro Social de Saúde"), a menção ao pagamento de prêmios, à coparticipação, à estrutura de compra de serviços e a não incorporação de recomendações à serviços de estrutura universal parecem indicar uma preferência por esse modelo ou por um modelo misto que os serviços geridos pelo Estado e financiados com recursos tributários estejam restritos aos segmentos mais vulneráveis da população.

Neste ponto, nos parecem oportunas as considerações de Sueli Dallari a respeito das diferenças históricas entre os modelos de seguros, alpino e marítimo. O modelo de seguro social de saúde está largamente associado ao primeiro, que envolveria intensa regulação estatal e pouca articulação com o setor financeiro- Em outras palavras, há um elemento mais forte de função social do seguro.

Vale o questionamento a respeito dos atores do mercado de seguros que exerceriam possíveis funções em arranjos que tendessem à adoção desse modelo. É

[205] ANJALI, Singh et MAULIK, Choksi. **Realizing right to health through Universal Health Coverage**. *Revista de Direito Sanitário*, 2014, vol. 15, no 2, p. 13-29.

comum que arranjos institucionais criados em um determinado contexto sociocultural não tenham a mesma performance em contextos distintos. Como conclusão, se a cobertura universal a nível local apontar para uma interação com o sistema securitário que priorize a função social do seguro, tendo como norte o direito à saúde, tais riscos podem ser minorizados e a segunda hipótese deste trabalho ganha força. Pelo contrário, a adoção por um modelo precipuamente mercadológico pode aproximá-la da primeira hipótese, de que a cobertura é uma substituição ao direito à saúde.

(iv) A articulação entre focalização de políticas e direito universal à saúde, sob o princípio da equidade

Vimos que o quadro de referência da Cobertura universal de saúde se vale de um conceito de equidade completamente distinto daquele que usamos como parâmetro ao conceituar o direito à saúde. Esta distinção pode ser compreendida também na chave da oposição entre sistemas universais de proteção social e políticas públicas focalizadas em grupos específicos.

Ainda que essa ideia indique oposição latente entre os dois principais conceitos estudados neste trabalho, chamamos atenção ao potencial de se combinar políticas públicas focalizadas com sistemas universais, utilizando-se inclusive conceitos transversais como determinantes sociais de saúde. O Programa Bolsa Família, que é uma iniciativa focalizada, é criado de forma articulada com o SUS, com o SUAS e com o sistema público de educação, indicando um exemplo de complementariedade. No mesmo sentido, a experiência indiana retratada acima serve de exemplo interessante.

A chave para o potencial da Cobertura universal de saúde estaria, nesse sentido, em considerá-la sempre dentro da referência mais ampla do direito à saúde e não tomar sua concepção de equidade como a única relevante dentro desse quadro. Nesse sentido, poderíamos formular ideias que se aproveitem da força da tendência global conferida à cobertura universal em favor da plena realização do direito à saúde.

4.7 Conclusões

O problema de se dar um valor tão grande à cobertura universal é que se pode promover o desmonte de sistemas já funcionais, com avanços significativos, institucionais e econômicos no sentido da universalização. O imperativo da Cobertura

universal pode ser lido como a redução do dever dos Estados a um mínimo, de modo que mesmo o que se propunha como ponto de partida, torna-se o ponto de chegada.

Essa convicção, se lida em substituição ao direito à saúde enquanto verdadeiro imperativo, pode inclusive legitimar retrocessos em sistemas que já constituíram grandes avanços no sentido da universalização, o que contraria a ideia de não retrocesso social. Uma publicação que particularmente nos contempla nesse sentido foi publicada por *Noronha*[206], com um título bastante significativo a respeito da substituição do direito pela cobertura como imperativo global.

Por outro lado, a cobertura universal, se lida dentro do contexto maior do direito à saúde é um conceito com algum potencial de contribuir para parte de sua realização. Seus principais problemas, nesse sentido, são a redução a um pacote básico de serviços, expresso especialmente nas publicações da OMS com o Banco Mundial, a redução do conceito de equidade a seus aspectos financeiros e a inclinação ao modelo securitário. Seus ganhos estariam em contextos específicos, de baixa penetração da proteção do direito à saúde, seja por limitações econômicas seja por concepções político-jurídicas.

[206]NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, p. 847-849, Maio 2013 .

Referências bibliográficas

ACOSTA, Angela, FALCÃO, Matheus Zuliane, AITH, Fernando Mussa Abujamra, *et al.* **Judicialización del acceso a medicamentos en el contexto suramericano.** *Revista De Direito Sanitário*, 2019, vol. 20, no 1, p. 32-62ALBERT, Michel. **Capitalism against capitalism**. John Wiley & Sons Incorporated, 1993.

AITH, Fernando. Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. 2007.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

AITH, Fernando. Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva**, p. 217-245, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGIÂNCIA SANITÁRIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Regulamento Sanitário Internacional: RSI - 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, pág 11.** Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/documents/375992/4011173/Regulamento+Sanit%C3%A1rio+Internacional.pdf/42356bf1-8b68-424f-b043-ffe0da5fb7e5> p. 13. Acesso em 14.set.19.

ANJALI, S.; MAULIK, C. A realização do direito à saúde por meio da Cobertura Universal de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 2, p. 13-29, 6 jan. 2015.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Unesp, 2003.

APPLEBY, John; DEVLIN, Nancy; PARKIN, David. **NICE's cost effectiveness threshold**. BMJ. 2007. Disponível em: < https://www.bmj.com/content/335/7616/358> Acesso em 24.out.2018.

BACHA, Stella Maris Cortez et OSÓRIO, Alda Maria do Nascimento. **Fonoaudiologia e educação: uma revisão da prática histórica.** *Rev Cefac*, 2004, vol. 6, no 2, p. 215-21.

BERAN, David, EWEN, Margaret, et LAING, Richard. **Constraints and challenges in access to insulin: a global perspective**. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 2016, vol. 4, no 3, p. 275-285.

BIEHL, João et PETRYNA, Adriana (ed.). **When people come first: critical studies in global health.** Princeton University Press, 2013. P. 102

BIEHL, João; SOCAL, Mariana P.; AMON, Joseph J. The judicialization of health and the quest for state accountability: Evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in Southern Brazil. **Health and human rights**, v. 18, n. 1, p. 209, 2016.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009**. Aprova o texto revisado do regulamento sanitário internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. *Diário Oficial da União* 2009

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 588, de 12 de julho de 2018**. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf> Acesso em 16.jan.19

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* Diário Oficial da União. Brasília. 2017

BRASIL. **Decreto n. 4.377, de 13 de setembro de 2002.** *Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação a Mulher, de 1979.* 2002. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm> Acesso em 15.ago.2019

BRASIL. **Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** *Crea, em cada uma das emprezas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos ernpregados.* Disponível em : < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html > Acesso em 23.mai.2018

BRASIL. **Decreto n. 65.810, de 8 de dezembro 1969.** Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. Disponível em :<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html> Acesso em 15.ago.2019

BRASIL. **Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990.** <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm> Acesso em 15.ago.2019

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017

CLINTON, Hillary Rodham. Secretary of State. *Remarks on Development in the 21st Century," Remarks at the Peterson Institute for International Economics, Washington, DC*, 2010, vol. 6.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo. Saraiva. 2008, 6ª ed. P. 58-9

CORREA, CARLOS. **Public Health Perspective on Intellectual Property and Access to Medicines – a Compilation of Studies Prepared for WHO**. South Centre, 2016.

CUBILLOS, Leonardo et al. Universal health coverage and litigation in Latin America. **Journal of Health Organization and Management**, v. 26, n. 3, p. 390-406, 2012

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista de saúde pública**, v. 22, p. 327-334, 1988.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A democracia sanitária e o direito à saúde: uma estratégia para sua efetivação**. *JORNADA DE DIREITO À SAÚDE, I. Conselho Nacional de Justiça. Palestra. São Paulo*, 2014

DALLARI, Sueli. **O Sistema Único de Saúde.** In: NUNES JR, Vidal Serrano (org.). **Enciclopedia Jurídica da PUCSP**. São Paulo. Pontificia Universidade Católica, 2017

DE ARAÚJO DOURADO, Daniel, DALLARI, Sueli Gandolfi, et ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 2012, vol. 12, no 3, p. 10-34.

DEERE, Carolyn. **The implementation game: the TRIPS agreement and the global politics of intellectual property reform in developing countries.** Oxford University Press, 2009.

ECOSOC. **CESCR General Comment N. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health**. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em 23.jul.2019.

FLEURY, S. et CARVALHO, Antônio Ivo de. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *FGV/CPDOC. Disponível em: http://www. fgv. br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistenciamedica-da-previdencia-social-inamps. Acesso*, 2018, vol. 30.

FRIEDMAN, Eric, GOSTIN, Lawrence O., et BUSE, Kent. Advancing the right to health through global organizations: the potential role of a Framework Convention on Global Health. *health and human rights*, 2013, vol. 15, p. 71-86.

FILMER, Deon et PRITCHETT, Lant. **The impact of public spending on health: does money matter?.** *Social science & medicine*, 1999, vol. 49, no 10, p. 1309-1323.

FLEURY, S. et CARVALHO, Antônio Ivo de. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *FGV/CPDOC. Disponível em: http://www. fgv. br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistenciamedica-da-previdencia-social-inamps. Acesso*, 2018, vol. 30.

GIOVANELLA, Ligia, FEO, Oscar, FARIA, Mariana, *et al.* **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad.** ISAGS, 2012.

GHEBREYESUS, Tedros Adhanom. **All roads lead to universal health coverage**. The Lancet Global Health, v. 5, n. 9, p. e839-e840, 2017.

GOSTIN, Lawrence O., BLAGOJEVIC, Aleksandra, BLAND, Simon, *et al.* Launching the Universal Health Coverage Legal Solutions Network. *The Lancet*, 2019.

GOSTIN, Lawrence O., MONAHAN, John T., KALDOR, Jenny, *et al.* The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. *The Lancet*, 2019, vol. 393, no 10183, p. 1857-1910.

GOSTIN, Lawrence O. et al. The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. **The Lancet**, v. 393, n. 10183, p. 1857-1910, 2019.

GÖGH, Tibor. WTO Panel, Australia: Certain Measures Concerning Trademarks, Geographical Indications and Other Plain Packaging Requirements Applicable to Tobacco Products and Packaging, WT/DS435/R, WT/DS441/R, WT/DS458/R, WT/DS467/R, 28 June 2018. **Legal Issues of Economic Integration**, v. 46, n. 2, p. 182-196, 2019.

HOMEDES, Nuria. **The disability-adjusted life year (DALY) definition, measurement and potential use**. World Bank, 1996.

JÚNIOR, Nilson Martins Lopes. **Direito Previdenciário: custeio e benefícios**. Rideel, p.36, 2010

KEROUEDAN, Dominique. **Géopolitique de la santé mondiale**. Extraits de la leçon inaugurale prononcée le 14 février 2013. *La lettre du Collège de France*, 2013, no 36, p. 8.

LAUDE, Anne et al. **Droit de la santé**. Presses universitaires de France, 2007.

LEGGE, David. Future of WHO hangs in the balance. **Bmj**, v. 345, p. e6877, 2012.

MARKEL, Howard. **Worldly approaches to global health: 1851 to the present.** Public Health, v. 128, n. 2, p. 124-128, 2014.

MUSGROVE, Philp. Health insurance: the influence of the Beveridge Report. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, p. 845-846, 2000NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, p. 847-849, Maio 2013 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20.ago.2018 http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003.

MIRANDA, Pedro Henrique Marques Villardi. Da saúde internacional à saúde global: trajetórias históricas e geográficas do conceito de medicamentos essenciais. 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

PAIM, JS. **Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** In: **Desafios para a saúde coletiva no século XXI[online]. Salvador**: EDUFBA, 2006, pp. 139-153. ISBN 978-85-232-1177-6. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org>

PINTO, Élida G.; FLEURY, Sonia. Custeio do direito à saúde: em busca da mesma proteção constitucional conquistada pelo direito à educação. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 13, n. 1, p. 54-80, june 2012. ISSN 2316-9044.

PIOVESAN, Flávia. Democracia, Direitos Humanos e globalização econômica: desafios e perspectivas para a construção da cidadania no Brasil. 2005.

GREENFIELD, Geva; FOLEY, Kimberley; MAJEED, Azeem. **Rethinking primary care's gatekeeper role**. Bmj, v. 354, p. i4803, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNICEF. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde.** Alma-Ata. URSS. 1979. Disponível em: < https://web.archive.org/web/20090419121612/http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso em 15.set.19.

RAJAGOPAL, Balakrishnan. **International law from below: Development, social movements and third world resistance**. Cambridge University Press, 2003.

RAMOS, André de Carvalho. *Processo internacional de direitos humanos*. Editora Saraiva, 2017.p.88

ROEMER, Milton I. Social insurance for health service. **Scandinavian journal of social medicine**, v. 25, n. 2, p. 65-66, 1997.

ROSANVALLON, Pierre. **La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence**. Le seuil, 2015.

SCHILLING, Flávia. Um olhar sobre a violência da perspectiva dos direitos humanos: a questão da vítima. *Revista IMESC*, 2000, no 2, p. 59-65.

STARFIELD, Barbara. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Oxford University Press, EUA, 1998.

SAVEDOFF, William D. Kenneth Arrow and the birth of health economics. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, p. 139-140, 2004.

SENGUPTA, Amit. **Promote the Health of All the People of the World: The Fortieth Newsletter (2018).** 2018. Disponível em <https://www.thetricontinental.org/newsletterissue/promote-the-health-of-all-the-people-of-the-world-the-fortieth-newsletter-2018/> Acesso em 14.nov.2019.

TAYLOR, Alan John Percival. **Bismarck – the man and the statesman.** Penguin, p. 2-4, 1995

TUOHY, Carolyn Hughes, FLOOD, Colleen M., et STABILE, Mark. **How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations**. Journal of health politics, policy and law, 2004, vol. 29, no 3, p. 359-396.

UNITED NATIONS, **Millennium. Millennium Declaration**. *UN General Assembly, report A/res/55/2, New York*, 2000.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015:70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Disponível em: <https://undocs.org/A/RES/70/1> Acesso em 24.jun.2018

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017:71/313. Work of the Statistical Commision pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Disponível em: <https://undocs.org/A/RES/71/313> Acesso em 24.jun.2018

VENTURA D. **Direito e Saúde Global: O caso da pandemia de gripe A (H1N1)** São Paulo: Dobra Editorial; 2013.

VENTURA, Deisy; PEREZ, Fernanda Aguilar. Crise e reforma da organização mundial da saúde. **Lua Nova**, n. 92, p. 45-77, 2014.

WENDT, Claus. **Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare.** Journal of European Social Policy, 2009, vol. 19, no 5, p. 432-445.

WHO COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH et WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report.** World Health Organization, 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *et al.* Anchoring universal health coverage in the right to health: what difference would it make? Policy brief. 2015.

_____. **Global Strategy for Health for All by the Year 2000.** Genebra. 1981. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38893/9241800038.pdf?sequence=1> Acesso em 11.out.2019

_____. **Poliomyelitis: Report by the Secretariat.** *Seventieth World Health Assembly. Provisional agenda item 12.3*. Genebra. 2017.

_____. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000.

_____ et al. The world health report 2008: primary health care now more than ever. 2008.

_____ et al. **WORLD HEALH REPORT (The): Health Systems Financing: the path to universal Coverage**. World Health Organization, 2010.

_____. **WHA55.17 Dengue fever and dengue haemorrhagic fever prevention and control**. Fifty-fifth World Health Assembly. Genebra, 2002. Disponível em <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fwha5517.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA54.13 Strengthening health systems in developing countries**. The Fifty-fourth World Health Assembly. Genebra, 2001. Disponível em <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC3/A58_REC3-en.pdf#page=189>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA60.29 Health Technologies**. Sixtieth World Health Assembly. Genebra, 2007. Disponível em: < https://www.who.int/healthsystems/WHA60_29.pdf?ua=1> Acesso em 27.mar.19.

_____. **WHA61.14 Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy**. The Sixty-first World Health Assembly. Genebra, 2008. Disponível em <https://www.who.int/ncds/governance/2008-resolution-which-endorsed-GAP.pdf?ua=1>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA64.8 Strengthening national policy dialogue to build more robust health policies, strategies and plans**. Sixty-fourth World Health Assembly. Genebra, 2011. Disponível em <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA64.9 Sustainable health financing structures and universal coverage**. Sixty-fourth World Health Assembly. Genebra, 2011. Disponível em <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA62.12 Primary health care, including health system strengthening.** Sixty-second World Health Assembly. Genebra, 2009. Disponível em < https://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA67.23 Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage**. Sixty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2014. Disponível em < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R23-en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA67.24 Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage.** Sixty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2014.

Disponível em < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R24-en.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA67.14 Health in the post-2015 development agenda**. Sixty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2014. Disponível em < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R14-en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA67.1 Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015**. Sixty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2014. Disponível em < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162760/A67_R1-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA67.12 Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity.** Sixty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2014. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162850/A67_R12-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course.** Sixty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2014. Disponível em < http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA67.20 Regulatory system strengthening for medical products.** Sixty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2014. Disponível em <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21456en/s21456en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA67.22 Access to essential medicines.** Sixty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2014. Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21453en/s21453en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA68.15 Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage**. Sixty-eighth World Health Assembly. Genebra, 2015. Disponível em <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R15-en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA68 Global vaccine action plan**. Sixty-eighth World Health Assembly. Genebra, 2015. Disponível em <

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253235/A68_R6-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA68.20 Global burden of epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implications**. Sixty-eighth World Health Assembly. Genebra, 2015. Disponível em < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253249/A68_R20-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA69.1 Strengthening essential public health functions in support of the achievement of universal health coverage**. Sixty-ninth World Health Assembly. Genebra, 2016. Disponível em < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R1-en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA69.11 Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Sixty-ninth World Health Assembly. Genebra, 2016. Disponível em < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R11-en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. **WHA69.19 Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Sixty-ninth World Health Assembly. Genebra, 2016. Disponível em < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-en.pdf>. Acesso em 27.mar. 2019.

_____. *Tracking universal health coverage: first global monitoring report*. World Health Organization, 2015.

_____; INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT/THE WORLD BANK. **Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report.** World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2017

XU, Ke et al. **Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis**. The lancet, v. 362, n. 9378, p. 111-117, 2003.