

SANDRA MARA CAMPOS ALVES

O RECRUTAMENTO DE MÉDICOS CUBANOS E A EFETIVAÇÃO DO
DIREITO À SAÚDE: um estudo comparado em países lusófonos

BRASÍLIA - DF

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SANDRA MARA CAMPOS ALVES

O RECRUTAMENTO DE MÉDICOS CUBANOS E A EFETIVAÇÃO DO
DIREITO À SAÚDE: um estudo comparado em países lusófonos

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra Maria Célia Delduque

Brasília – DF

2019

SANDRA MARA CAMPOS ALVES

O RECRUTAMENTO DE MÉDICOS CUBANOS E A EFETIVAÇÃO DO
DIREITO À SAÚDE: um estudo comparado em países lusófonos

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade de Brasília.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra Maria Célia Delduque - Presidente
DSC/Universidade de Brasília

Profa. Dra. Ximena Pâmela Diaz Bermudez
DSC/Universidade de Brasília

Prof. Dr. Fernando Cupertino
FM/Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. André Gonçalo Dias Pereira
FD/Universidade de Coimbra

Profa. Dra. Sílvia Badim Marques (suplente)
FCE/Universidade de Brasília

*Dedico esta tese a minha amada mãe,
mulher aguerrida, e que me inspira diariamente.*

AGRADECIMENTO

O tempo de um doutoramento é tempo de semear e colher frutos acadêmicos, mas também é tempo de angústias, incertezas e solidão. E, ao longo desse percurso, sempre encontramos mãos que deixam esse caminho mais leve.

Nesses quatro anos de doutoramento, passei por vários momentos, pessoais, profissionais e acadêmicos, que me deixaram melancólica, combatida, abatida, mas também afortunada, exultante e abençoada. Assim, não poderia deixar de agradecer a todos e todas que tornaram possível essa conquista.

Acima de tudo, agradeço a Deus, por me mostrar sempre sua presença, mesmo nos momentos mais sombrios, me mantendo firme nos meus propósitos.

E, mesmo incorrendo no risco de ser injusta e esquecer alguém, nomeio aqui alguns dos anjos que me acompanharam nesse caminhar.

Meu amado marido Eduardo, pelo apoio incondicional e paciência infinita, mesmo nos momentos que ficava irascível (e foram muitos...). Eduardo, você é meu muro, minha rocha, e meu farol, sem você essas conquistas não teriam nenhum sentido. Obrigada por seguir cuidando da nossa família.

Minha amiga e orientadora, professora Maria Célia Delduque, por ter acreditado em mim e na minha capacidade de desenvolver esse trabalho. Suas palavras, ações e emoções foram bálsamos nos momentos de dor e incertezas e aplausos nos momentos de alegria e conquistas. Tenho aprendido muito com você ao longo dessa década de trabalho, parceria e amizade.

Minha mãe e minha família, que dividiram comigo as angústias e vibraram com as conquistas. Afetos e valores nos unem, e gozar desse convívio é um privilégio. Minha mãe, exemplo de fortaleza e tenacidade, obrigada pelos ensinamentos de vida e pela compreensão. Tenho muito orgulho em ser sua filha.

Professora Paula Lobato de Faria, por ter me recebido na Universidade Nova de Lisboa por ocasião do doutorado sanduíche. Sua colaboração e orientação foram valiosos para o levantamento e análise de dados sobre Portugal. E, para além dos momentos de estudos e reflexão, agradeço pelo convívio pessoal que partilhamos em Lisboa.

Agradeço aos professores, alunos e técnicos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) pelos ensinamentos, convívio e partilha. E aqui deixo um agradecimento especial a servidora da UnB, Fabiana de Carvalho Martins (Fabi), profissional competente e dedicada, e que muito me socorreu nas dúvidas, formulários, prazos e outros procedimentos. Fabi, você é sensacional!!!

Aos amigos do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília, com quem convivi e debati temas tão importantes, obrigada pelas conversas, partilhas e risos.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de doutorado sanduíche que me permitiu realizar parte da coleta de dados fundamentais para o desenvolvimento desta tese. Igualmente aos informantes que aceitaram ser entrevistados e ao Ministério da Saúde de Portugal e Angola pelo fornecimento de documentos fundamentais, sem os quais, não seria possível concretizar esse trabalho.

“Não se pode criar experiência. É preciso passar por ela.”

Albert Camus

RESUMO

Introdução - Para a concretização do direito à saúde um dos elementos a ser considerado pelos Estados é a acessibilidade aos estabelecimentos, bens e serviços de saúde. Os recursos humanos em saúde (RHS) se inserem na dimensão geográfica do acesso. Prover RHS, especialmente médicos, em quantidade adequada e distribuídos de forma equilibrada pelo território é um dos grandes desafios enfrentados pelos Estados, sejam eles defensores de sistemas de saúde universais ou seletivos. O recrutamento de médicos estrangeiros por países que apresentam déficit ou má distribuição desses profissionais é a estratégia que vem sendo mundialmente utilizada com o escopo de mitigar essa lacuna, garantindo assim a melhoria na execução de ações e serviços de saúde, e por conseguinte o próprio direito à saúde. **Objetivo** - Verificar os arranjos jurídicos, legais e políticos sobre a implantação de programas de incorporação de médicos cubanos, no âmbito da atenção primária, em Angola, Brasil e Portugal. **Métodos** - Foi realizado estudo de caso múltiplo, com triangulação de dados, a partir da coleta de informações em fontes múltiplas de evidência. Foram utilizadas pesquisa documental; entrevistas focadas; observação direta; e pesquisa bibliográfica. **Resultados** - As estratégias de recrutamento perpetradas possibilitaram ganho para as nações envolvidas no processo, em variados aspectos: melhoria da situação de saúde, ampliação do número de pessoas com atendimento médico, troca de saberes, e para Cuba, benefícios financeiros e políticos diretos e indiretos. A adoção de arranjos políticos-jurídicos-institucionais variados se mostrou necessário à implementação e coordenação dessas ações dentro da engrenagem estatal, evitando o esvaziamento da ação de recrutamento em si. **Conclusão** - O recrutamento é importante intervenção estatal com vistas a propiciar a realização das obrigações de saúde de estados com carência de médicos. É possível realizar recrutamento de médicos respeitando os limites jurídicos e éticos desse processo, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Palavras-chave: recrutamento de pessoal; recursos humanos em saúde; médicos; direito à saúde.

ABSTRACT

Background – For the realization of the right to health one of the elements to be considered by the States is the accessibility to health establishments, goods and services. Human resources in health (HRH) are part of the geographical dimension of access. Providing RHS, especially physicians, in adequate numbers and evenly distributed across the territory is one of the major challenges faced by states whether they are advocates of universal or selective health systems. The recruitment of foreign physicians by countries that present deficits or maldistribution of these professionals is the strategy that has been used globally with the scope to mitigate this gap, thus guaranteeing the improvement in the execution of health actions and services, and therefore the law itself the health.

Objective – To verify the legal, legal and political arrangements for the implementation of programs for the incorporation of Cuban doctors, in primary health care, in Angola, Brazil and Portugal.

Methods – A multiple case study was performed with data triangulation, based on the collection of information in multiple sources of evidence. Documentary research was used; focused interviews; direct observation; and bibliographic research.

Results – The recruitment strategies perpetuated allowed gain to the nations involved in the process, in several aspects: improvement of the health situation, increase in the number of people with medical care, exchange of knowledge, and for Cuba, direct and indirect financial and political benefits. The adoption of varied political-juridical-institutional arrangements was necessary to the implementation and coordination of these actions within the state gear, avoiding the emptying of the recruiting action itself.

Conclusion - Recruitment is an important state intervention in order to facilitate the fulfillment of the health obligations of physically deficient states. Recruitment of doctors can be carried out respecting the legal and ethical limits of this process, as recommended by the World Health Organization.

Keywords: personnel selection; health manpower; physicians; right to health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Linha de tempo de médicos cooperados no Programa Mais Médicos	23
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aspectos comparativos de condições de saúde de Brasil, Portugal, Angola e Cuba	20
Tabela 2 – Requisitos mínimos exigidos ao médico cubano para atuar no SNS português, previstos no Acordo de Cooperação Portugal – Cuba, e renovações	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos documentos consultados, por país	48
Quadro 2 – Perfil dos entrevistados, por país	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ATC	Assistência Técnica Compensada
BM	Banco Mundial
CDESC	Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DH	Direitos Humanos
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
FIES	Programa de Financiamento Estudantil
FMI	Fundo Monetário Internacional
FTS	Força de trabalho em saúde
IP	Instituto Público
MEV	Missão Especial Venezuela
MGF	Medicina Geral e Familiar
MINSA	Ministério da Saúde de Angola
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
OM	Operação Milagre
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PASEI	Programa de Apoio Social Especial Integrado
PHP	PHP - Programa Herberprot-p
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIDCC	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PIS	Programa Integral de Saúde

PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalhador em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SMC	Serviços Médicos Cubanos
SNS	Serviço Nacional de Saúde Português
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 CONTEXTO DOS PAÍSES INVESTIGADOS	20
1.1.1 Brasil	20
1.1.2 Portugal	24
1.1.3 Angola	26
1.1.4 Cuba	28
2 OBJETIVOS	32
2.1 OBJETIVO GERAL	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3 REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1 A SAÚDE COMO DIREITO	33
3.2 CRISE GLOBAL DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: A ESCASSEZ DE MÉDICOS	39
4 MÉTODOS	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1 ARTIGO 1	52
5.2 ARTIGO 2	79
5.3 ARTIGO 3	99
5 CONCLUSÕES	121
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICES	133
ANEXOS	136

APRESENTAÇÃO

A presente tese, que ora submeto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, é fruto da minha trajetória como advogada sanitária, docente e pesquisadora no campo do direito sanitário, forjada na última década, especialmente no Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz, em Brasília.

A escolha pelo tema do recrutamento de médicos cubanos tem origem em 2013, ainda que naquela época não soubesse, quando acompanhava os protestos iniciados em São Paulo, e que se alastraram por inúmeras outras cidades brasileiras, onde se demandavam vários direitos sociais, entre eles o direito a saúde. Nesse ponto específico, a falta de médicos era uma das grandes queixas.

Pouco tempo depois, a aprovação da Medida Provisória que instituía o Programa Mais Médicos (MP nº 621/2013), que apresentava como um de seus eixos, a contratação emergencial de médicos, revelou uma outra tensão que foi bastante divulgada nas mídias, dessa vez entre a classe médica e os gestores de saúde, demonstrando a necessidade de medidas especiais para viabilizar a execução do programa do modo como foi concebido.

No ano de 2015, tive a oportunidade de orientar trabalho de conclusão de curso de Especialização em Direito Sanitário que versava sobre a constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil, oportunidade em que pude me debruçar novamente sobre o tema, mas dessa vez sob a ótica da pesquisa.

Desse modo, quando decidi me submeter ao processo de seleção do doutorado, tinha claro que o tema do recrutamento internacional de recursos humanos em saúde (RHS) seria um importante contexto de investigação ao qual poderia contribuir e também me desafiar.

Nesse caminhar, enquanto ainda delimitava o escopo do projeto, fui descobrindo por meio de conversas com diferentes colegas, que outros países lusófonos também haviam usado estratégia semelhante de recrutamento de médicos cubanos para mitigar as lacunas que possuíam em seus sistemas de saúde.

Começava então o processo solitário de investigação, leitura e escrita acerca dos processos de recrutamento de médicos cubanos em Angola, Portugal e Brasil.

Ainda em 2015, fui positivamente surpreendida com a publicação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, aprovados pelos 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), e que traziam, entre suas metas (meta 3.c), o olhar para o tema do recrutamento de RHS. Em outras palavras, era a validação da relevância e alcance do tema, e especialmente sobre o caminho que havia escolhido trilhar.

Em dezembro de 2018, a celebração dos 70 anos da Declaração Universal de Direitos Humanos renova a discussão sobre a importância dos direitos humanos no cenário contemporâneo, e entre eles, a saúde como uma preocupação de caráter internacional

E, quando tudo parecia perene, em novembro de 2018, o anúncio feito pelo Ministério da Saúde Pública de Cuba, que externou a decisão de não mais participar do Programa Mais Médicos, ante a vitória das eleições presidenciais brasileiras pelo candidato Jair Messias Bolsonaro, trouxe novos elementos que não poderiam deixar de compor esse manuscrito.

Já na fase final da redação, a República de Cuba proclama a nova Constituição, em 10 de abril de 2019. Esse fato conduz a uma revisão dos aspectos constitucionais da saúde em Cuba, de modo a adequá-lo a esse novo paradigma.

E é dentro desse contexto que esta tese, forjada a partir da intersecção entre a ciência jurídica, a saúde coletiva e a área das políticas públicas busca contribuir cientificamente com o tema da garantia do direito à saúde a partir do recrutamento internacional dos recursos humanos em saúde.

O trabalho está estruturado em 6 seções. Na introdução é possível conhecer o contexto dos países investigados (caracterização dos países investigados; panorama constitucional do direito à saúde; demografia médica e os casos de recrutamento de médicos cubanos), após, os objetivos da pesquisa. O referencial teórico, aborda os temas da saúde como um direito humano e a crise global de escassez de recursos humanos em saúde, e seus reflexos na saúde.

Nos métodos, há narração do percurso teórico-metodológico transcorrido nessa longa caminhada, seguido dos resultados e discussão, organizados em forma de artigo. Por fim, apresentam-se as conclusões, em que todos os fios voltam a se entrelaçar, ganhado um corpo único.

1 INTRODUÇÃO

A saúde, reconhecida enquanto direito humano social, tem, nas prestações positivas do Estado, seu conteúdo nuclear. Todavia, os contornos dessa prestação estatal são delimitados pelo arcabouço jurídico-legal que estabelece quais ações e serviços de saúde devem ser providos e quais os limites dessa oferta, para que o cidadão possa alcançar o mais alto nível possível de saúde.

Para a concretização do direito à saúde um dos elementos a ser considerado pelos Estados é a acessibilidade aos estabelecimentos, bens e serviços de saúde. De natureza multidimensional, a acessibilidade comporta elementos culturais, econômicos, organizacionais e geográficos. Os recursos humanos em saúde (RHS) inserem-se na dimensão geográfica do acesso.

Prover RHS, especialmente médicos, em quantidade adequada e distribuídos de forma equilibrada pelo território é um dos grandes desafios enfrentados pelos Estados, sejam eles defensores de sistemas de saúde universais ou seletivos. As evidências dessa escassez podem ser observadas nos estudos produzidos ao longo dos últimos anos¹⁻¹¹ bem como nos dados divulgados nos relatórios produzidos pela Organização Mundial da Saúde¹²⁻¹⁷.

A região das Américas, que contém apenas 10% da carga global de doenças, possui quase 37% de trabalhadores de saúde do mundo. A região da Europa apresenta situação semelhante no que corresponde aos RHS¹⁸.

O Sudeste Asiático, que possui a maior concentração da carga mundial de doenças (29%), apresenta uma força de trabalho em saúde de 12%; seguido pela região Africana, com 24% da carga de doenças e 3% de RHS; e a região do Mediterrâneo Oriental com 9% da carga de doenças, e 3,5% de trabalhadores de saúde¹⁸.

A região que apresenta um melhor equilíbrio nessa distribuição é o Pacífico Ocidental, com 18% da carga de doença, e 17% de RHS¹⁸.

Essa carência, quando ocorre no âmbito da atenção primária à saúde (APS), apresenta consequências ainda mais devastadoras, uma vez que a APS se caracteriza como principal porta de entrada dos sistemas de saúde e, por exigir menos recursos financeiros que a atenção especializada, a torna uma

política mais sustentável, especialmente nos sistemas de saúde públicos e universais¹⁹.

Ademais, a APS é a estratégia mais eficaz de promoção de equidade no acesso às ações e serviços de saúde. E, como já afirmado desde a Declaração de Alma-Ata, datada de 1978, contribui diretamente para o desenvolvimento social e econômico global da comunidade²⁰.

Nesse contexto, o recrutamento de médicos estrangeiros por países que apresentam déficit ou má distribuição desses profissionais é a estratégia que vem sendo mundialmente utilizada com o escopo de mitigar essa lacuna, garantindo assim a melhoria na execução de ações e serviços de saúde, e por conseguinte o próprio direito à saúde²¹⁻²³.

Todavia, a preocupação com a sua utilização também permeia a comunidade internacional, vez que o recrutamento pode exacerbar desigualdades. Países com mais recursos financeiros passam a ser polos atrativos, em detrimento de países mais pobres, que observam seus profissionais treinados e especializados migrarem^{18; 24}.

Por outro lado, a redução das barreiras de línguas e fronteiras tem permitido a migração voluntária de médicos em busca de mercado de trabalho mais atrativo, além ainda, da dimensão da solidariedade e ajuda humanitária dos serviços médicos^{2;3;21;24}.

Diante dessa preocupação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) manifestou-se no sentido de criar um código de práticas internacionais que regulasse o processo de recrutamento internacional de profissionais de saúde. Aprovado em 2010, durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, o Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde (CPRIPS) apresenta-se como um documento enunciador de princípios éticos e normas de comportamento a serem observados quando da contratação internacional, considerando-se os direitos, obrigações e expectativas de todos os atores envolvidos. É um documento de adesão voluntária, e não juridicamente vinculante²⁵.

Para além do CPRIPS, os países que optam pelo recrutamento de médicos estrangeiros também precisam observar seu quadro normativo-legal interno, de modo a não ser surpreendido com obstáculos que inviabilizem a execução do projeto do modo originariamente concebido. Nesse sentido, o

direito constitui-se como um elemento relevante na elaboração de arranjos jurídicos que viabilizem a concretização das decisões estatais de recrutar profissionais estrangeiros^{26;27}.

Diante desse panorama é que a presente tese investigou o processo de recrutamento de médicos cubanos realizado por três países lusófonos - Angola, Portugal e Brasil – com o objetivo de verificar os arranjos jurídico-político-institucionais necessários à implementação dessa estratégia.

Tabela 1 - Aspectos comparativos de condições de saúde de Brasil, Portugal, Angola e Cuba

Países	Tx de mortalidade materna (por 100.000)	Tx mortalidade de menores de 5 anos (por 1000)	Médicos por 1000 habitantes
Brasil	44	15,1	1,9
Portugal	10	3,5	4,4
Angola	477	82,5	0,1
Cuba	39	5,5	7,5

Fonte: elaborado pela autora com base na referência 17

Portugal, Brasil e Angola, países com sistemas de saúde e situação sócio demográfica e epidemiológica distintas, mas que possuem em comum a língua e a origem da colonização portuguesa, foram selecionados para este estudo porque adotaram a medida semelhante de recrutamento de médicos cubanos para atuar na atenção primária em seus países, dada a escassez desse profissional em determinadas áreas.

1.1 O CONTEXTO DOS PAÍSES INVESTIGADOS

1.1.1 Brasil

A República Federativa do Brasil, com área total de 8.515.767,049 km², é o maior país da América do Sul e da região da América Latina, além de ser considerado o maior país lusófono do planeta. Com uma população de 207,353,392 de habitantes, o Brasil vivenciou, nas últimas décadas, um acelerado processo de transição demográfica, com redução dos níveis de

fecundidade e mortalidade, seguido por processo de envelhecimento da população, gerando forte reflexo no perfil de saúde da população²⁸.

A situação epidemiológica do Brasil se caracteriza pela tripla carga de doença, em que se observa a concomitância de doenças infecciosas e parasitárias remanescentes; as doenças crônicas e seus fatores de risco tais como sobrepeso, alimentação inadequada, tabagismo etc.; associado ao crescimento das causas externas (acidentes e violência)²⁸.

A saúde é reconhecida como direito social pela Constituição Federal, e garantido mediante políticas sociais e econômicas. As ações e serviços públicos de saúde são organizados em uma rede regionalidade e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). A formação de recursos humanos na área da saúde está dentro das atribuições constitucionais do SUS.

A carência de médicos é uma das principais queixas da população quando o assunto é acesso às ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Investigação realizada aponta que 58,1% dos 2.773 entrevistados afirmaram que a falta de médicos é o principal problema do sistema²⁹.

Dados do Ministério da Saúde brasileiro (MS) apontam que no período de 2003 a 2011, os postos de trabalho formal ofertados para os médicos no Brasil são significativamente maiores que o número de egressos de Faculdades de Medicina (54.000 no período de apuração)³⁰. Destaca-se ainda, a concentração destes profissionais nos grandes centros urbanos e tecnológicos, causando uma disparidade na relação médico/ habitante utilizada pela OMS.

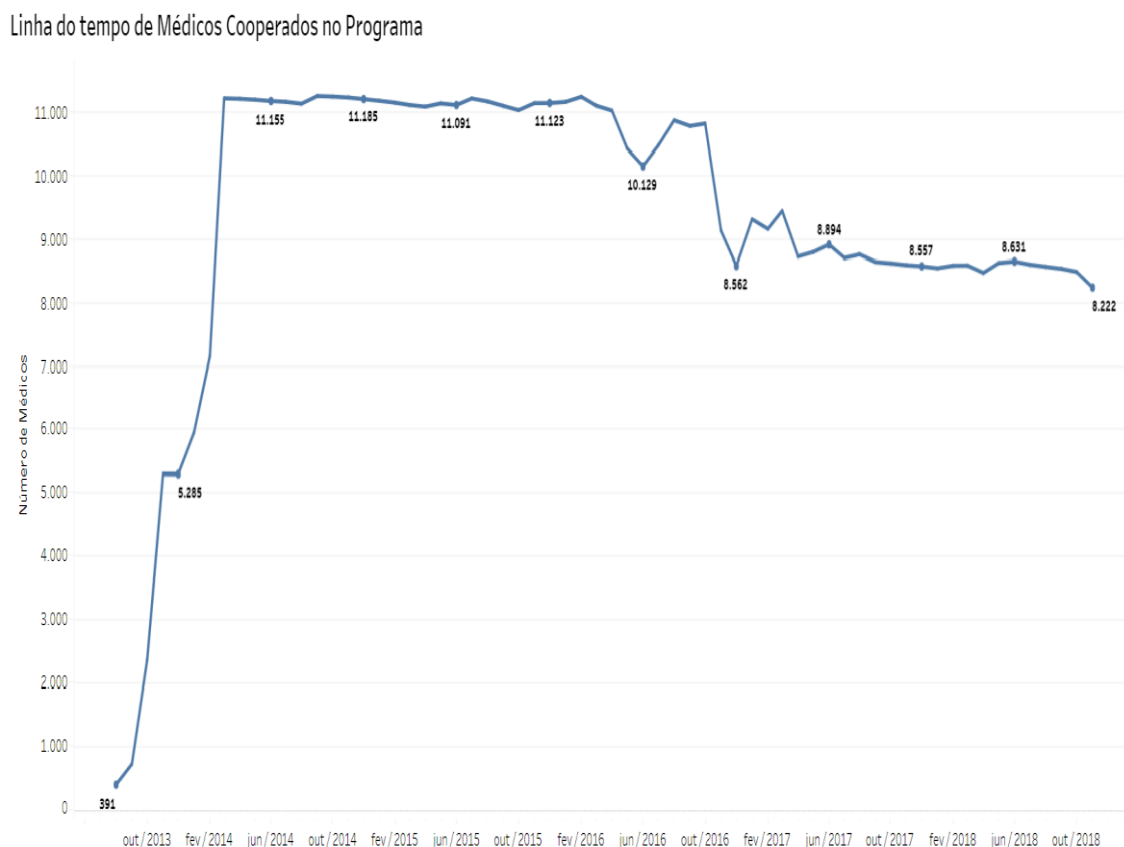
Ações governamentais com vistas à oferta e interiorização dos médicos nas regiões brasileiras são adotadas há mais de meio século. Exemplos destas iniciativas foram o Projeto Rondon; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS); o Programa de Interiorização do Trabalhador em Saúde (PITS); o Programa de Apoio Social Especial Integrado (PASEI); o Programa de Saúde da Família (PSF); o Programa de Financiamento Estudantil (FIES) e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)³¹⁻³³, o que demonstram a preocupação com o tema e a permanente tentativa de superar o desafio de garantir o direito à saúde para a todos, por meio da oferta de serviços.

Mais recentemente, foi instituído em 2013, por meio de Medida Provisória (MP nº 621, de 8 de julho de 2013), posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos que tem como finalidade a formação de recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde. O programa é sustentado por quatro pilares: (1) a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde, (2) a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica, (3) o aprimoramento da formação médica no Brasil, e (4) a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS, intitulada Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)^{34;35}.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil prioriza a fixação de médicos nas Unidades Básicas de Saúde das regiões obedecendo aos seguintes critérios: (1) municípios com 20% ou mais da população vivendo em condição de alta vulnerabilidade social; (2) periferias das capitais e regiões metropolitanas; (3) municípios com mais de 80 mil habitantes que apresentam os mais baixos níveis de receita pública per capita do país e (4) 25 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)³⁵.

Em agosto de 2013, o Estado brasileiro, com a intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), negociou com o Estado cubano, no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica para ampliar o acesso da população brasileira à atenção básica em saúde, a presença de médicos de nacionalidade cubana para os postos não preenchidos no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Durante o período de 2013 – 2018, mais de 11.000 médicos cubanos atuaram no programa³⁶.

Figura 1 Linha de tempo de Médicos Cooperados no Programa Mais Médicos



Fonte: <https://simm.campusvirtuaisp.org/pt-br/linha-tempo>
 Acesso em: 12 dez 2018

Em 14 de novembro de 2018, o Ministério da Saúde da República de Cuba emitiu nota pública informando o fim da participação no Programa Mais Médicos, tendo em vista as declarações proferidas pelo candidato eleito à presidência da República do Brasil, período 2019 – 2022, Jair Messias Bolsonaro, que questionou as regras do acordo de cooperação estabelecidos entre Cuba e OPS³⁷.

Diante desse fato, em 20 de novembro de 2018, o Ministério da Saúde do Brasil publicou edital de chamamento de médicos – Edital nº 18/2018 - para compor o Projeto Mais Médicos para o Brasil, com mais de 8.000 vagas³⁸.

Passados pouco mais de 4 meses das primeiras medidas tomadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para mitigar as lacunas deixadas com a saída dos médicos cubanos, vários municípios já apontam novas baixas. “Temos hoje mais de dois mil municípios sem nenhum médico trabalhando, insistir no preenchimento dessas vagas é fundamental”, afirmou o vice-presidente do

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em 25/03/2019³⁹.

Tais episódios demonstram que a situação dos vazios assistenciais no Brasil ainda é um problema que ocupa destaque na agenda da saúde pública.

1.1.2 Portugal

A República de Portugal, país unitário localizado no sudoeste da Europa, possui território de 92.090 km², população de 10,839,514; e vivencia profunda alteração nos perfis demográfico e epidemiológico, com redução elevada das taxas de mortalidade infantil e materna e envelhecimento de sua população. Doenças cardiovasculares e câncer são as principais causas de morte entre os portugueses⁴⁰.

A Constituição da República Portuguesa dispõe que todos têm direito à proteção da saúde, realizado por meio de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral. Dispõe ainda que cabe ao estado português, de forma prioritária, garantir uma cobertura racional e eficiente de recursos humanos em saúde⁴¹.

Portugal encontra-se dividido em cinco administrações regional de saúde (ARS, IP) que integram a administração indireta do estado, a saber: Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.; Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.; Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.; Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.; e Administração Regional de Saúde do Algarve. As ARS, IP têm por missão garantir a população adstrita àquela circunscrição territorial, o acesso à prestação e cuidados de saúde⁴².

O sistema de saúde português, assentado nos cuidados de saúde primários, visa a efetivação do direito à proteção à saúde (Lei de Bases da Saúde). Todavia, a carência crônica de médicos, especialmente aqueles com especialidade em medicina geral e familiar (MGF), é um dos grandes obstáculos a realização desse objetivo⁴³⁻⁴⁶.

Ademais, a assimetria geográfica na distribuição desses profissionais é outro fator destacado na literatura. Há concentração de médicos nas zonas do Porto e arredores, Coimbra e Lisboa, ao passo que áreas mais remotas, onde a população é mais carente e mais idosa apresenta déficit desse profissional, como Alentejo e a região das Beiras⁴⁷⁻⁴⁹.

Em 2009, Portugal apresentava um *ratio* de 3,7 médicos por mil habitantes, ou seja, um número maior que outros países da comunidade europeia – Espanha (3,5); França (3,2), Reino Unido (2,6) contudo, já enfrentava problemas de má distribuição geográfica dos seus profissionais, especialmente no âmbito dos cuidados primários⁵⁰.

Uma outra característica, que pode ser um agravante em relação à má distribuição geográfica dos médicos é o envelhecimento dessa classe profissional. De um total de 43.247 médicos habilitados a exercer a medicina em Portugal em 2011, 54% tem mais de 50 anos, sendo que 30% estão no intervalo etário de 50 – 59 anos⁵¹. Diante desse quadro, a previsão é que até o ano de 2025, um terço do efetivo desses profissionais em idade ativa atinja setenta anos de idade, iniciando o processo de aposentadoria⁵².

Em 13 de junho de 2009, Portugal, celebra com o governo cubano, acordo de cooperação com o objetivo de contratar serviços médicos para prover cuidados de saúde, na área da atenção primária, para as zonas carenciadas, nomeadamente Algarve e Alentejo, e promover melhor acesso da população aos cuidados de saúde. Com vigência até 31 de dezembro de 2009, possui cláusula de renovação anual. Foram feitas renovações em 2010, 2011 e 2014. Está vigente até dezembro de 2018⁵³⁻⁵⁶.

O Acordo estabeleceu requisitos mínimos para a recepção dos médicos cubanos pelo SNS português, com destaque para a necessidade de o profissional possuir especialidade em medicina geral e familiar (MGF), ter experiência anterior de exercício profissional no estrangeiro, e domínio da língua portuguesa.

Tabela 2 - Requisitos mínimos exigidos ao médico cubano para atuar no SNS português, previstos no Acordo de Cooperação Portugal - Cuba, e renovações

Ano de Celebração	Especialidade	Experiência profissional (anos)	Experiência profissional no estrangeiro (anos)	Domínio da língua portuguesa
2009	MGF	+10	3	✓
2010	MGF	+10	3	✓
2011	MGF	+10	3	✓
2014	MGF	5	-	✓

Fonte: elaborado pela autora com base nas referências 53-56

A renovação realizada em 2014 conferiu alterações significativas nos requisitos relativos a tempo de experiência profissional e no exterior, modificando o perfil do médico cubano que atuaria em Portugal.

1.1.3 Angola

A República de Angola, localizada na costa ocidental do continente africano, possui uma área de 1.246.700 km² e uma população de 18,5 milhões de habitantes. De colonização portuguesa, o país ainda enfrenta as consequências do processo de independência de Portugal, datado de 1975, seguindo de uma longa guerra civil que durou até 2002.

O português é a língua oficial, falado por 83% da população, notadamente localizada na área urbana. Todavia, parcela da população não fala o português, recorrendo ao Umbundo, Kimbundu, Chokwe, Kikongo e Nhaneca, a depender da província que habitam⁵⁷.

Com o fim da guerra civil, a estabilidade política vem crescendo, e, apesar de Angola apresentar uma melhoria em alguns indicadores de saúde global, ainda persistem altas taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil. A expectativa de vida é de 52 anos, e as doenças transmissíveis ainda são responsáveis por 50% dos óbitos. Em 2011, malária, doenças respiratórias agudas, doenças diarreicas agudas, tuberculose e sarampo foram responsáveis por 96,3% do total das doenças notificadas⁵⁷.

Segundo o Ministério da Saúde de Angola, também é possível observar um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), notadamente as doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica, tumores malignos, diabetes mellitus, doenças de nutrição, falciformação e doença mental. Todavia, ainda são insuficientes as informações sistematizadas por não fazerem parte do sistema de notificação de doenças obrigatórias⁵⁷.

A evolução do sistema de saúde angolano passa por importantes marcos legais. Em 1975 é criado o Serviço Nacional de Saúde, informado pelos princípios da universalidade e da gratuidade, todavia, o sistema de saúde herdado do período colonial não era adequado, e com a guerra civil, muito de sua estrutura foi destruída⁵⁸.

Em 1992, é publicada a Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde⁵⁹, que reestruturou os serviços nacionais de saúde, e dentro de uma nova lógica de financiamento, passou a prever a coparticipação dos usuários no financiamento dos serviços, por meio das taxas moderadoras, e permitiu o mix público-privado nos cuidados com a saúde.

A Constituição Angolana, promulgada em 2010, dispõe em seu artigo 21, que é tarefa do Estado angolano “promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde”⁶⁰.

No campo dos recursos humanos para a saúde, Angola enfrenta severas dificuldades na área de capacitação institucional e humana, ainda consequência do longo período de guerra civil. Observa-se a assimetria na distribuição geográfica dos RHS, associada a uma concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos⁵⁷.

Com relação aos médicos, dados de 2009 demonstram que o setor público de saúde possui 2.956 profissionais, representando uma média de 0,17 médicos por 1.000 habitantes. Não há dados acerca do número de médicos privados em Angola, apesar de haver a obrigatoriedade do registro na Ordem de Médicos de Angola⁶¹.

A escassez de RHS também é consequência do baixo número de instituições de formação e capacitação para auxiliar no processo formativo do setor. Até o ano de 2005, haviam apenas duas faculdades de medicina em Angola – uma pública e uma privada - concentradas na capital^{61;62}. Em 2008 é que se observa o início do processo de expansão da formação médica com a

criação de 6 novas escolas públicas de medicina, em 5 outras províncias, além de Luanda⁶³.

O Acordo de Cooperação Econômica e Técnico-Científico firmado entre Angola e Cuba data de 1976, e desde então, sucessivos protocolos que regem a cooperação entre os países são firmados. A cooperação teve como objetivo a vinda de profissionais cubanos para atuar no Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ensino Superior; Serviços de Saúde Militares e Serviços do Ministério do Interior⁶⁴.

Para o sistema de saúde público de Angola, foram firmados contratos de prestação de serviço de assistência técnica estrangeira entre o Ministério da Saúde Angolano (MINSa) e a Corporação Antex S.A., sociedade mercantil de capital cubano que tem a sua disposição RHS para prestação de serviço na área da saúde⁶⁴.

Dados do Ministério da Saúde de Angola de 2015 atestaram 1606 colaboradores cubanos na área da saúde, atuando especialmente em hospitais públicos, nos serviços municipais de saúde, no combate aos vetores e na saúde mental. Desse total, 899 são médicos⁶⁴.

Ressalte-se que diferentemente de Portugal e Brasil, o acordo entre Cuba e Angola prevê não apenas especialistas cubanos para atuar na área de atenção primária, mas também outras especialidades médicas como oftalmologia, ortopedia, cirurgia geral etc. Adicione-se ainda a colaboração cubana em programas de formação na área médica, em que médicos cubanos atuam nas escolas médicas de Angola, e com o envio de estudantes angolas para as escolas de medicina em Cuba^{63;64}.

1.1.4 Cuba

Cuba, com sua área de 110.861 km², é uma ilha localizada na América Central que tem o espanhol como língua oficial. A República de Cuba é internacionalmente reconhecida por sua política de formação na área de recursos humanos em saúde, com destaque para a medicina geral e integral,

que propiciou, ao longo dos anos, a apresentação de indicadores de saúde que a comparam a países desenvolvidos⁶⁵⁻⁶⁷.

Desde a implantação do regime socialista em 1959, houve uma grande mudança na direção das políticas públicas cubano, com destaque para a área da saúde, que passou por um processo de reorientação de práticas, assumindo um caráter mais de prevenção. Essas mudanças também conduziram a uma reordenação da própria educação médica, principalmente, com a reformulação dos currículos médicos que passaram a privilegiar a promoção, prevenção e reabilitação da saúde e a não dependência tecnológica. Um outro ponto de destaque residiu no foco que deveria ser dado na saúde da coletividade, e não a doença do indivíduo⁶⁵⁻⁶⁷.

No que se refere a escassez de médicos, Cuba apresenta uma situação inversa dos países aqui estudados. Com uma população de 11.476 milhões de habitantes, possui uma densidade de 7,5 médicos por mil habitantes¹⁷, o que permite firmar acordos de cooperação para o envio de médicos para outros países, sendo essa uma política de cooperação internacional com mais de 50 anos⁶⁸.

A nova Constituição da República de Cuba, proclamada em 10 de abril de 2019, após ser ratificada por referendo popular em 24 de fevereiro de 2019, reconhece explicitamente a saúde como um direito de todas as pessoas e responsabilidade do Estado, que deve garantir o acesso gratuito e de qualidade aos serviços de atenção, proteção e recuperação⁶⁹.

O texto atual confere um caráter mais abrangente à saúde, uma vez que o integra a outros determinantes sociais responsáveis por compor o estado de bem-estar ampliado^{69;70}. A nova Constituição dispõe ainda sobre um sistema de saúde composto de níveis de complexidade e acessível à população, e desenvolvimento de programas de prevenção e educação⁶⁹.

A principal lei que orienta o sistema público de saúde é a Lei nº 41 de saúde pública, publicada em 1983, e que definiu o Sistema Nacional de Saúde como um conjunto de unidades administrativas, de serviços, com foco ainda na produção de ensino e pesquisa voltadas à atenção integral da saúde da população⁷¹.

A referida lei de saúde pública estabeleceu ainda premissas para orientar a prestação dos serviços públicos de saúde e organização da saúde pública, a

saber: a) saúde como direito de todos; b) caráter público e gratuito dos serviços de saúde; c) o caráter social do exercício da medicina, conforme os preceitos da moral socialista e da ética médica; d) priorização nas ações de prevenção; e) aplicação adequada das novas técnicas e avanços científicos no campo da saúde; f) participação da população nos planos e atividades de saúde pública; g) colaboração internacional no campo da saúde; h) a prestação de ajuda no campo da saúde como um dever internacionalista⁷¹.

A educação médica apresentada em Cuba se distingue daquela fundada no paradigma biomédico, associada a expansão da tecnologia na área médica, com aparelhos, técnicas e drogas modernas, que passaram a substituir um bom exame clínico na definição dos diagnósticos, e a proliferação de especialidades médicas⁷⁰⁻⁷³.

No campo da colaboração internacional em saúde, Cuba, há mais de 55 anos, atua de forma contundente, nos seguintes campos: ajuda médica no caso de desastres naturais; ajuda médica solicitada no caso de confrontos militares; ajuda médica assistencial à países de terceiro mundo; assistência técnica compensada e formação em recursos humanos^{63;68;74}.

No ano de 2017, a cooperação médica cubana esteve presente em mais de 60 países, a saber: i) África Subsaariana – 28 países; ii) América –24 países; iii) Oriente Médio e África Setentrional –2 países; iv) Ásia Oriental e Pacífico - 9 países e; v) Europa Central e do Leste - 1 país⁶⁸.

As modalidades de cooperação de Cuba, estabelecidos há vários anos são: Programa Integral de Saúde (PIS); Assistência Técnica Compensada (ATC); Operação Milagre (OM), Serviços Médicos Cubanos (SMC), Missão Especial Venezuela (MEV) e Programa Herberprot-p (PHP) ^{63;68}.

No campo da formação em recursos humanos, Cuba apresenta importante contribuição na formação de RHS por meio do desenvolvimento da docência médica, apoiando a abertura de 11 escolas de medicina no exterior, desde o ano de 1975. Observa-se ainda a presença de docentes cubanos nas Faculdades de Medicina de Angola, Guiné-Bissau e Tanzânia⁶⁸.

A contribuição no processo de formação médica também é observada com o número de estrangeiros graduados em escolas médicas cubanas. No período de 1996 - 2017, Cuba formou 33.974 médicos estrangeiros. Aparecem em primeira colocação no número de formados, alunos procedentes dos

seguintes países: i) Bolívia - 5.135 alunos; ii) Equador - 2.071 alunos; iii) Peru - 1.605 alunos; iv) Honduras - 1.405 alunos e v) Nicarágua – 1.376 alunos. Constam ainda 1.201 formados provenientes do Brasil, e 507 de Angola⁶⁸.

Esse panorama foi o fio condutor para compreender a importância do direito na efetivação dos arranjos jurídicos capazes de conferir suporte às ações de recrutamento de médicos cubanos para suprir vazios assistenciais.

Contudo, a hipótese levantada é a de que o sucesso dessa estratégia supera os contornos da legislação e dos critérios jurídico-legais envolvidos na cooperação. A presença de médicos cubanos fortalece a política de atenção básica adotada pelos países lusófonos que compartilham sistema público e universal semelhantes, promove a equidade no acesso e alcance de elevados indicadores de saúde.

O estudo se justifica vez que a globalização gerou também a internacionalização de questões sanitárias. Temas como esse vêm ganhando cada vez mais destaque na agenda política nacional e internacional, com orquestração de medidas e pactuações que visem reduzir os problemas contemporâneos na área da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar os arranjos jurídico-político-institucionais sobre a implantação de programas de incorporação de médicos cubanos, no âmbito da atenção primária, em Angola, Brasil e Portugal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Analisar as bases normativas dos sistemas de saúde do Brasil, Portugal, Angola e descrever os sistemas de saúde do Brasil, Portugal e Angola;
- 2) Averiguar em que bases jurídicas-legais se deram o recrutamento dos médicos cubanos pelos países estudados;
- 3) Analisar a legislação autorizativa da atuação dos médicos cubanos nos respectivos países recrutadores.
- 4) Verificar a percepção dos médicos cubanos sobre exercício da profissão no exterior, ao abrigo de acordos de cooperação

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A SAÚDE COMO DIREITO

A preocupação com a saúde, seja no aspecto individual e/ou coletivo é histórico, mas nesse percurso evolutivo, nem sempre esteve atrelado a ideia de direito. Dallari⁷⁵ estabelece uma digressão histórica que demonstra a relação do direito à saúde com a dignidade humana, desde a Antiguidade, ainda que nesse momento, estejam imbricadas com preceitos morais e religiosos.

Posteriormente, na Idade Média, a forte influência religiosa estabelece a relação entre doença e castigo divino, reduzindo as poucas vozes que defendiam a saúde na perspectiva de direito. Apenas com o advento do período industrial é que se alterou esse paradigma, e o Estado passou a ser responsável pela saúde de seus cidadãos⁷⁵.

Foucault⁷⁶, ao descrever o processo evolutivo da medicina, demonstra a evolução da preocupação do Estado com a saúde, a partir de distintos critérios. A análise tem início com o modelo da medicina de Estado, na Alemanha, no início do século XVIII, sendo esse o embrião dos princípios de intervenção sanitário do Estado sobre a sociedade, em que garantir a saúde do cidadão era uma contingência necessária à manutenção do Estado forte e vigilante.

As ações tomadas pelo Estado Alemão serviram para organizar um saber médico estatal e normalizar a profissão médica, de modo que as ações de saúde são, na sua integralidade, subordinadas ao poder Estatal, sendo, segundo Foucault⁷⁶, um fenômeno inovador.

Ao final do século XVIII, uma nova forma de intervenção estatal na saúde surge, dessa vez, por meio da reconfiguração dos espaços urbanos. O “medo urbano”, como nominou Foucault⁷⁶, parte da aglomeração em torno da cidade e dos seus elementos - casa, oficinas de trabalho, cemitérios etc. – e das epidemias urbanas que são facilmente propagadas diante desse cenário.

A intervenção estatal consiste na abertura de grandes avenidas para facilitar a circulação do ar e água, e o remanejamento de cortiços, do centro para a periferia. A medicina urbana, originada na França, “não é verdadeiramente uma

medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposição, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência⁷⁶ (p. 92).

É com a medicina urbana que nasce a noção de salubridade, compreendida como “o estado das coisas, do meio e dos seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível”⁷⁶ (p. 93).

No século XIX, surge finalmente a medicina da força de trabalho, na Inglaterra, tendo como panorama político a Revolução Industrial. É a medicina social que opera por meio do “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”⁷⁶ (p. 97).

Percebe-se, portanto, que o caminho relatado por Foucault⁷⁶ não tem como ponto de partida o olhar do Estado sobre a pessoa, ao contrário, primeiramente o objeto de interesse é o próprio Estado, depois o espaço urbano, e por fim, o homem, mas não como sujeito de direitos, e sim como trabalhador e gerador de riquezas e/ou de doenças.

A perspectiva de saúde como um direito, assim como os demais direitos sociais, surge no contexto progressivo de dimensões de direito, e dentro de um contexto de industrialização e crises sociais e econômicas que se desenvolvem na Europa, ao longo do século XIX⁷⁷.

O surgimento do Estado Moderno então, apresenta uma nova concepção de saúde, atrelada ao modelo do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), em que além de reconhecer a saúde como um direito social, reconhece a responsabilidade do Estado como protetor desse direito.

De modo concomitante, a definição de saúde declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, que reconhece a saúde não apenas como ausência de doença e enfermidades, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” reforça a necessidade dos cuidados estatais⁷⁸.

Como bem assevera Dallari⁷⁵, “ninguém tem condições de alcançar somente com seus próprios meios tal estado de bem-estar na sociedade moderna” (p. 329).

A saúde, assim, como os demais direitos humanos (DH) são produto de uma construção histórica de reconhecimento de direitos e liberdades, e “emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria

emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem”⁷⁹ (p. 31). Constituem-se hoje em patrimônio político, cultural e ético da humanidade.

No bojo do processo de discussão e amadurecimento da concepção contemporânea de direitos humanos, foram aprovados no âmbito da Organização das Nações Unidas, um conjunto de documentos que formam a Carta Internacional dos Direitos Humanos, em que a saúde é reconhecida na comunidade internacional como um direito humano social.

Integram a Carta Internacional dos Direitos Humanos a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCC), e seus protocolos adicionais e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), e seu protocolo adicional.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que recentemente celebrou 70 anos de existência, foi proclamada pela Assembleia Geral da Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, mediante a Resolução nº 217 (III)⁸⁰.

A DUDH representa o marco na concepção contemporânea de direitos humanos, sendo considerada, até os dias atuais, a grande referência no que diz respeito ao desenvolvimento contínuo da proteção dos direitos humanos na comunidade internacional visto que alterou profundamente os estatutos jurídicos internacionais que dela decorreram^{79;81}.

Concebida com o propósito de estabelecer novos paradigmas, após um período sombrio marcado pelas barbáries ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) consubstanciados em total desprezo pelos direitos humanos, e intolerância étnica e racial, a DUDH tem papel importante na promoção da cultura de respeito aos direitos e liberdades nela insertos, bem como no estímulo a adoção, pelos Estados-membros, de medidas para assegurar sua observância. A DUDH contribui para a construção de uma nova ordem mundial fundada não apenas na paz e segurança, mas também no respeito à dignidade da pessoa humana^{79;81}.

A aprovação do documento em um contexto de dualidade de regimes políticos e diversidade cultural, religiosa e filosófica dos 56 países integrantes da ONU, aquela época, representou um enorme êxito no estabelecimento de consenso sobre tema tão caro à comunidade internacional, o reconhecimento e

respeito a liberdade e direitos. A DUDH foi aprovada com 48 votos favoráveis, 8 abstenções, e nenhum voto contrário, e contempla não apenas direitos civis e políticos (arts. 3 - 21), mas também os direitos sociais, culturais e econômicos (arts. 22 – 28)⁸².

Para Bobbio⁷⁹, a DUDH é a “maior prova histórica até hoje dada do *consensus omnium gentium*¹ sobre um determinado sistema de valores” (p. 27), e representa a última fase da história da formação das declarações de direitos, em que “a afirmação dos direitos é, ao mesmo tempo, universal e positiva” (p. 29).

Universal porque seu conteúdo não se destina a cidadãos de Estados específicos, mas a todos os homens, e positiva porque não se restringe a proclamação de direitos, mas a sua proteção⁷⁹.

O direito à saúde não figura de forma direta na DUDH, mas como um direito humano decorrente do direito à vida (art. 25, 1 e 2), reconhecendo que a redução de vulnerabilidades à saúde e à vida depende da realização de outros direitos humanos como a alimentação, moradia, trabalho, etc⁸⁰.

No PIDCC, a saúde aparece associada a outros direitos que também exigem obrigações negativas do Estado, tais como proibição da tortura e tratamento cruel, desumano ou degradante. No caso do direito à saúde, o documento veda a prática de ações que possam pôr em risco a saúde das demais pessoas^{83;84}.

É no PIDESC que o direito à saúde aparece de forma mais extensa, acolhendo não apenas a dimensão individual, mas uma série de fatores sócio econômicos, que são determinantes básicos para o alcance das melhores condições de saúde física e mental, tais como alimentação, nutrição, água potável, condições de trabalho, etc. Nesse caso, são exigidas obrigações positivas dos Estados, na adoção de medidas para proteção desses direitos⁸⁵.

Segundo Trindade⁸³, “essa obrigação positiva – reconhecida no Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (artigo 12) [...] relaciona o direito à vida com o direito a um padrão de vida adequado e mostra que o direito à saúde, em sua dimensão ampla e devida, partilha simultaneamente a natureza de direito individual e social” (p.182-183).

¹ *Consensus omnium gentium* ou *humani generis* significa o consenso de todos os povos acerca de um tema.

Em 1985, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, por meio da Resolução 17/1985 estabelece a criação do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), formado por especialistas independentes, que tem a função de monitorar a implementação do PIDESC pelos Estados membros da convenção. O Comitê, por meio de documento intitulado Comentários Gerais, publica suas interpretações acerca do conteúdo dos dispositivos do Pacto.

A relevância de tal Comitê pode ser compreendida a partir das palavras de Bobbio⁷⁹ ao refletir sobre a exequibilidade dos direitos sociais. “Quando se trata de enunciá-los, o acordo é obtido com relativa facilidade, independentemente do maior ou menor poder de convicção de seu fundamento absoluto; quando se trata de passar à ação, ainda que o fundamento seja inquestionável, começam as reservas e as oposições.” (p. 23)

Em maio do ano 2000, o referido Comitê expediu Comentário Geral nº 14 com o objetivo de aclarar e difundir o tema. Já no primeiro parágrafo, o CDESC afirma ser a saúde um direito indispensável à realização de outros direitos humanos, e que a saúde é essencial para o gozo da vida de forma digna⁸⁶.

Segundo o Comentário Geral nº 14⁸⁶, o direito à saúde deve ser entendido como a possibilidade de desfrutar de toda uma gama de bens, serviços e facilidades que possam conduzir ao alcance do melhor estado de saúde possível de atingir, o que deixa imbricado a necessidade dos Estados enfrentarem não apenas as questões biológicas do processo saúde-doença, mas também as questões socioeconômicas que tem relação direta com a saúde. Nesse sentido, o Comitê expressa textualmente a abrangência do direito à saúde, a seguir⁸⁶:

O Comité interpreta o direito à saúde, definido no artigo 12.o , n.º 1 como um direito inclusivo que não só engloba cuidados de saúde oportunos e apropriados, como também os principais factores determinantes da saúde, como o acesso a água limpa e potável, condições sanitárias adequadas, um fornecimento adequado de alimentos sãos, uma nutrição adequada, um alojamento adequado, condições de trabalho e do meio ambiente saudáveis e acesso à educação e informação sobre questões relacionadas com a saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

O Comitê apresenta ainda quatro elementos essenciais e inter-relacionados que devem ser observados quando da realização do direito à saúde: (i) disponibilidade; (ii) acessibilidade; (iii), aceitabilidade; e (iv) qualidade⁸⁶.

A *disponibilidade* compreende um número suficiente de estabelecimentos, bens e serviços públicos de saúde postos à disposição da comunidade. Nesse conceito está incluso a disponibilidade de pessoal médico, com salário competitivo no nível doméstico.

Sobre a *acessibilidade*, que engloba o ingresso a todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde, sem discriminação, o Comitê apresenta quatro dimensões: (a) não discriminação, (b) acessibilidade física, (c) acessibilidade econômica e, (d) acesso à informação.

A não discriminação compreende o acesso de todos, ao conjunto de serviços e bens, em especial à população vulnerável, sem nenhuma discriminação. Por acessibilidade física entende-se não apenas o acesso físico aos estabelecimentos de saúde às pessoas com deficiência, mas principalmente o alcance geográfico aos bens e serviços, nele incluído o acesso aos serviços médicos, em uma zona geográfica segura e razoável, inclusive no que se refere as zonas rurais.

A acessibilidade econômica engloba o conceito de equidade. Para o Comitê, é necessário assegurar que os serviços ligados diretamente à saúde, bem como aos seus fatores de determinação socioeconômica, sejam estes de caráter público ou privado, estejam ao alcance de toda a população, especialmente os mais vulneráveis. No que se refere ao acesso à informação, solicitar, receber e divulgar informações de saúde é um direito, respeitado a confidencialidade dos dados pessoais.

A *aceitabilidade* alude ao tema da ética médica e ao respeito a cultura dos indivíduos, sem excluir as minorais. A *qualidade* aborda a oferta de bens e serviços apropriados não apenas do ponto de vista cultural, mas do aspecto médico-científico, o que requer recursos humanos capacitados, insumos cientificamente aprovados etc.

Importante ressaltar que o Comentário Geral nº 14⁸⁶ ao tempo que reconhece que a limitação de recursos pode representar obstáculos à plena realização do direito à saúde, defendem uma realização progressiva das obrigações de forma expedita e eficaz, não sendo admitidas a adoção de medidas regressivas, vez que os Estados possuem três níveis de obrigação: respeitar, proteger e realizar.

O reconhecimento do direito à saúde de forma suficiente, nos estatutos jurídico-políticos nacionais é a dimensão da obrigação de realizar dos Estados signatários do PIDESC. E, sua não realização devido a falhas ou demora em adotar medidas positivas significa violação da obrigação de realizar o direito à saúde. O Comitê também aponta a cooperação internacional como um mecanismo a ser utilizado pelos países para garantir o cumprimento das obrigações de saúde referidas no PIDESC⁸⁶.

Bobbio⁷⁹ preocupa-se com o tema da efetivação dos direitos humanos, e afirma ser essa uma discussão não apenas filosófica, moral e jurídica, vez que está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento global da própria civilização, e que geram obstáculos procedimentais e substantivos. Para Bobbio⁷⁹ o desenvolvimento econômico e tecnológico, a pobreza e a fome são fatores de constrangimento a realização desses direitos.

Vislumbra-se, portanto, a complexidade do direito à saúde, vez que dependente também de determinantes socioeconômica e tecnológicas, sendo a discussão sobre sua efetivação uma preocupação cada vez mais crescente da comunidade internacional.

Nesse contexto teórico é que a presente tese se debruça. Não há efetividade do direito humano à saúde se há obstáculos à acessibilidade da população aos serviços médicos, sendo então o recrutamento de médicos uma ação positiva dos Estados no sentido de mitigar essa lacuna de recursos humanos na área da saúde.

3.2 CRISE GLOBAL DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: A ESCASSEZ DE MÉDICOS

A crise global na força de trabalho em saúde (FTS) é fenômeno enfrentado por vários países, e agravado por circunstâncias conjunturais como a globalização, transição demográfica, epidemiológica e reformas e ajustes fiscais apoiados pelo banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) na década de 1980^{1;3;23;87}.

Estima-se que a escassez de recursos humanos em saúde (RHS) atingiu, patamares de 17,4 milhões de trabalhadores de saúde por 10.000 habitantes, o que corresponde a uma carência de quase 2,6 milhões de médicos, mais de 9 milhões de enfermeiras e parteiras e cerca de 5,8 milhões de outros profissionais de saúde (odontologia, farmácia, laboratório, meio ambiente e saúde pública, saúde comunitária e tradicional, gestão e apoio logístico em saúde) ⁸⁸.

Essa desigualdade na distribuição de RHS aprofunda-se mais ainda quando comparada a sua disponibilidade nas áreas rural e urbana. Estudo conduzido por Dussault e Franceschini³ ao analisar a dimensão geográfica de acesso à RHS, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, apontou que o desequilíbrio geográfico é um problema generalizado, e que há uma maior proporção de RHS nas áreas urbanas e mais ricas.

Essa concentração pode ser explicada por uma variedade de fatores interdependentes e que afetam diretamente a escolha do profissional de saúde pela localidade em que exercerá suas atividades laborais^{3;89}.

A questão salarial nem sempre é determinante. Temas como condições laborais, lazer, estilo de vida também são consideradas no momento da escolha. Adicione-se também o baixo prestígio profissional atribuído ao médico que elege trabalhar na zona rural, especialmente em programa de atenção primária; bem como a desigualdade de desenvolvimento socioeconômico entre as zonas urbana e rural^{3;80-81}.

Por outro lado, trabalhar nas zonas urbanas pode significar oportunidades de crescimento profissional e acadêmico, não só para o médico, mas para seu cônjuge; opções educacionais para os filhos; e mais oportunidade de atuação na área privada. Nesse contexto, o *brain drain* pode ocorrer não apenas no sentido rural-urbano, mas também na direção público-privado³.

Estudo desenvolvido por Bilodeau, Leduc e van Schendel⁸⁹ que analisa os fatores de atração, fixação e permanência de médicos nas regiões remotas da província de Quebec, Canadá, demonstrou a existência de fatores que estão diretamente relacionados com a escolha do local onde o médico exercerá suas atividades. São fatores interdependentes, que envolvem dimensões pessoal, profissional e contextual/ambiental.

Os **fatores pessoais** estão associados a idade, gênero, lugar de origem, presença de laços pessoais ou familiares em locais remotos, situação familiar, e até o endividamento derivado dos estudos.

Com relação a idade o estudo concluiu que os profissionais mais jovens são mais propensos a aceitar convites para trabalhar em lugares remotos, mas a fixação deles é inversamente proporcional, e os mais velhos tem mais probabilidade de permanecer nessas localidades. Todavia, os autores advertem para que esse critério não seja considerado isoladamente, havendo associações com a situação familiar (solteiro ou casado), oferta de sistema educacional para crianças (médicos com ou sem filhos e a idade das crianças), expectativas profissionais e pessoais do cônjuge/companheiro, etc.

O médico que é solteiro muitas vezes encara a experiência como algo novo, que pode dar certo ou não, tudo vai depender das condições que encontrar. Por outro lado, aquele profissional que já é casado, tem que avaliar uma série de elementos que são importantes para o equilíbrio familiar.

Com relação ao gênero, as mulheres aparecem em menor quantidade quando avaliado a fixação em zonas remotas. Todavia, quando observada a manutenção desse profissional na área, o critério de gênero perde em relevância.

Sobre a questão de gênero, Dussault e Franceschini³ alertam que o aumento da força de trabalho feminina pode agravar a questão da distribuição de médicos nas áreas remotas, o que também implicaria a necessidade de revisão das estratégias já existentes utilizadas para mitigar esse desequilíbrio. Os autores destacam ainda o impacto dessa feminilização no tocante a saúde das mulheres que residem em área rural em países em que há proibição de atendimento por médicos, tornando ainda mais desigual a situação de saúde entre habitantes rurais e urbanos.

O lugar de origem do médico ou de seu cônjuge é elemento de alta determinação na escolha pela fixação em áreas remotas e/ou rurais. Assim, quando já existe esse contexto na dimensão pessoal, os médicos tendem a buscar o mesmo tipo de ambiente para exercer suas atividades, optando assim pela fixação em área mais afastadas.

De forma semelhante, a existência de vínculo prévio, pessoal ou familiar, seja do próprio médico ou de seu cônjuge/companheiro com localidades

remotas, também influencia a escolha do local de trabalho. A possibilidade de gerar e criar os filhos em um ambiente familiar e com uma rede de apoio, é um componente relevante de qualidade de vida.

Sobre a influência do endividamento na instalação em área remotas, o estudo demonstrou que a oferta de um salário maior em área longínqua é positiva, vez que permitiria ao profissional quitar suas dívidas mais rapidamente. Adicione-se ainda o fato do médico ou seu cônjuge ter relações pessoais estabelecidas em regiões remotas.

O estudo⁸⁹ também buscou compreender como o estabelecimento de formação médica poderia interferir no processo de escolha do local de trabalho, seja na (des)motivação realizada pelos professores ao longo do processo de formação, seja pela possibilidade de atuar em serviços que desenvolvam a medicina de família, e não apenas em centros especializados.

Essa conclusão confirma a importância do modelo da educação médica no processo de enfrentamento dessas desigualdades na distribuição de médicos, bem como a necessidade de rever o modelo hospitalocêntrico ainda predominante na grande maioria das escolas de formação.

Na **dimensão profissional**, o exercício da medicina em zonas rurais pode significar a possibilidade de um contato mais próximo com o paciente, e o exercício de um cuidado integral do paciente. Também foi apontado o respeito e integração maior com os demais profissionais e até a falta de uma hierarquia, permitindo que desenvolvam suas atividades na forma como desejam⁸⁹.

Fatores contextuais como horas de trabalho, qualidade de vida, e tempo dedicado ao lazer e à família, foram relatados como determinantes na escolha pelo trabalho em áreas remotas, em detrimento de grandes centros urbanos. Assim, o tempo de deslocamento no trajeto casa-trabalho, proximidade ou não de aeroportos, a saúde financeira da localidade, o meio-ambiente, etc. são fatores que também são analisados no momento da escolha e/ou fixação nas áreas⁸⁹.

A escassez de RSH mundialmente existente, causada por essa variedade de fatores é responsável por programas governamentais de atração de trabalhadores da saúde estrangeiro para preenchimento desses vazios, especialmente pelos países ricos^{92,93}.

Tal contexto de recrutamento internacional de RHS instigou a discussão e mobilização da comunidade internacional no sentido de criar um código de práticas internacionais que regulasse essas ações. Em 2004, durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde, essa discussão foi inicializada, e na ocasião, foi recomendada a elaboração de um código de práticas sobre contratação de recursos humanos para a saúde, especialmente nos países em desenvolvimento⁹⁴.

A complexidade do tema, e a necessidade de um amplo debate entre os países membros da OMS fez com que, nos anos seguintes, o assunto fosse pauta de reuniões específicas dos Comitês Regionais: a) África; b) Europa; c) Mediterrâneo Oriental; d) para as Américas; e) Ásia Sul-Oriental e f) Pacífico Ocidental)⁹⁵.

A discussão alcançou ainda outras esferas internacionais. Em 2009, os líderes dos países integrantes do G-8 após reunirem-se na 35ª reunião de Cúpula, publicaram declaração no qual reconhecem a carência de recursos humanos em saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, oportunidade em que encorajaram o papel da OMS no desenvolvimento de um código de conduta a ser observado quando do recrutamento internacional de recursos humanos em saúde⁹⁶. No mesmo ano, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas também se manifestou de forma favorável a adoção de um código de condutas sobre o tema⁹⁷.

E, finalmente em 2010, durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde publicou o Código de Prática Mundial da OMS sobre contratação internacional de profissionais de saúde. Trata-se de um código de adesão voluntária, que tem por objetivo estabelecer um conjunto de princípios e práticas sobre o tema da contratação internacional de profissionais de saúde, considerando os direitos, obrigações e expectativas de todos os atores envolvidos; bem como consignar parâmetro para formulação de instrumentos jurídicos internacionais que possam dar suporte jurídico e institucional a essa prática²⁵.

O Código²⁵ apresenta, entre seus princípios norteadores, a responsabilidade dos Estados pela saúde dos seus nacionais e a necessidade da gestão adequada do instrumento de recrutamento internacional de recursos humanos em saúde, especialmente entre os países em desenvolvimento ou com

economia em transição, visto que mais vulneráveis ao problema da escassez. De outro lado, afirma que o Código não tem o condão de obstacularizar a migração desses profissionais ante o chamamento de países que desejam empregá-los, respeitando-se assim as normas internacionais e laborais vigentes.

Outro princípio norteador elencado pelo Código²⁵ é a necessidade de os Estados empreenderem esforços para constituir uma força de trabalho autossuficiente, abrangendo estratégias para sua formação, capacitação e manutenção desses recursos humanos em seus territórios, de modo a reduzir a necessidade de contratação externa.

Na tentativa de garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, no caso da migração dos seus recursos humanos, o Código dispõe que ambos os lados dos países envolvidos – os que recebem e os que perdem o capital humano– deveriam se beneficiar mutuamente, seja por meio do fomento ao desenvolvimento e capacitação de novos recursos humanos, seja pelo impedimento “ético” (?) de recrutar profissionais originários de países em desenvolvimento ou com grave escassez²⁵.

Nesse sentido o Código²⁵ indica uma série de medidas que poderão ser incluídas nos acordos internacionais, de modo a promover a cooperação e colaboração entre os Estados, a saber: prestação de assistência técnica; apoio ao processo formativo, especialmente na formação de recursos humanos adaptados ao perfil de morbimortalidade do país, acesso a formação especializada, transferência tecnológica e de conhecimentos, etc.

Os arranjos jurídicos construídos pelos países que realizam o recrutamento de médicos estrangeiros, também devem observar as diretrizes apresentadas pelo Código Internacional, de modo que a busca pela garantia do direito à saúde dos países recrutadores não impacte negativamente no acesso a esse mesmo direito pelos nacionais dos países que perdem seus RHS. Há uma linha tênue entre direitos e deveres que devem ser rigorosamente observados pelos países recrutadores, de modo a não comprometer ainda mais o desequilíbrio mundial de médicos.

4 MÉTODOS

A tese seguiu abordagem quali quantitativa⁹⁸, e buscou identificar e compreender os arranjos jurídico-institucionais utilizados por países recrutadores de médicos estrangeiros para efetivar a decisão política tomada. Optou-se pelo método do estudo de caso múltiplo⁹⁹, vez que se deseja descrever e explicar fenômeno contemporâneo, a partir da análise empírica dessa intervenção no contexto de 3 países: Angola, Brasil e Portugal.

A escolha dos países que compõem o estudo de caso múltiplo justifica-se pelo fato de serem lusófonos, terem praticado recrutamento de médicos cubanos para suprir vazios assistenciais, notadamente no âmbito da atenção primária, e possuírem sistemas de saúde públicos, universais e tendencialmente gratuitos. Esses pontos comuns fortalecem e facilitam a realização de comparações.

Segundo Yin⁹⁹, apesar de algumas áreas – ex: antropologia e ciências políticas - considerarem o estudo de caso múltiplo como uma metodologia distinta do estudo de caso múltiplo, sua visão é oposta, pois considera ambos os estudos no âmbito do método de estudos de caso, residindo a diferença na própria natureza do projeto. Vejamos⁹⁹:

No geral, o projeto de caso único é eminentemente justificável sob certas condições – quando o caso representa (a) um teste crucial da teoria existente, (b) uma circunstância rara ou exclusiva, ou (c) um caso típico ou representativo, ou quando o caso serve a um propósito (d) revelador ou (e) longitudinal. (p. 67).

Para Yin⁹⁹, o estudo de caso múltiplo é menos vulnerável a equívocos na representação do fenômeno investigado, além de propiciar a ampliação nos espaços de coleta de evidências que vão fundamentar o estudo, o que o torna mais convincente e robusto.

A validade e a confiabilidade do estudo de caso, segundo Yin⁹⁹, se fundam na utilização de múltiplas fontes de evidência. “Qualquer descoberta ou conclusão em um estudo de caso provavelmente será muito mais convincente e acurada se baseada em várias fontes distintas de informação, obedecendo a um estilo corroborativo de pesquisa”⁹⁹(p. 126).

Nessa perspectiva, foi utilizada na presente tese a triangulação de dados⁹⁹, a partir da coleta de informações em fontes múltiplas de evidência, com o escopo de informar o mesmo fenômeno. Foram utilizadas pesquisa documental; entrevistas focadas; observação direta; e pesquisa bibliográfica.

O referencial teórico-metodológico eleito para abarcar o binômio direito-saúde, nos termos do objetivo pretendido, foi a compreensão do direito como elemento dos arranjos institucionais necessários a dar suporte ao agir Estatal, defendido por de Coutinho²⁶ e Bucci e Coutinho²⁷, ao analisar a relação entre o direito e as políticas públicas.

Coutinho²⁶ propõe 4 (quatro) papéis a ser desempenhado pelo direito, a partir dessa interação, e, a partir de uma perspectiva funcional, apresentando a classificação de direito como (i) objetivo; (ii) arranjo institucional; (iii) vocalizador de demandas e (iv) ferramenta de políticas públicas.

Segundo Coutinho²⁶:

[...] o campo do direito, observado em sua interação com as políticas públicas, abrange uma extensa gama de normas e processos. [...]Por conta disso, seja de forma instrumental, como *medium*, seja para definir os 'pontos de chegada' ou objetivos das políticas e situá-las no ordenamento, seja para prover arranjos institucionais ou para construir canais de *accountability* e participação, o direito permeia intensamente as políticas públicas em todas as fases ou ciclos: na identificação do problema (que pode ser ele próprio um gargalo jurídico), na definição da agenda para enfrentá-lo, na concepção de propostas, na implementação das ações e na análise e avaliação dos programas. (p. 193).

Para Bucci e Coutinho²⁷ (p. 315), essa classificação é fundamental para reconhecer o papel do direito nas políticas públicas, sem reduzi-lo ao aparato jurídico necessário para garantir o seu corpo. É a compreensão do “direito em ação”, superando a visão reducionista que o percebe apenas como elemento jurídico.

Nesse linha teórico-metodológica, em que pese não haver, na presente tese, a defesa do recrutamento de médicos cubanos como uma política pública, é possível utilizar o referencial de Coutinho²⁶, e Bucci e Coutinho²⁷, de modo a propiciar a análise do direito como componente dos arranjos institucionais necessários a concretização dessa intervenção estatal observada nos 3 (três) países.

Busca-se, portanto, lançar uma análise jurídica sobre a dinâmica e complexa engrenagem do agir Estatal, buscando compreender a sua capacidade de estruturar e coordenar um conjunto de ações, atores e conjunturas que conduzam a realização do objetivo desejado.

De acordo do Bucci e Coutinho²⁷:

Cada arranjo jurídico institucional traduz uma diretriz, um elenco de atores governamentais e não governamentais, uma escala ideal, uma estratégia, enfim um quadro mais amplo, que incorpora também a dinâmica das relações entre os vários elementos (p. 316)

Bucci e Coutinho²⁷ alertam que também deve ser considerado nesse processo o tipo de norma eleita para compor tais arranjos, visto que esse tema está diretamente relacionado com a aplicação da mesma, e sua (in)efetividade. Em outras palavras, a aplicação das normas depende diretamente de como elas foram “construídas, combinadas, revistas e ajustadas”²⁷ (p. 316), sem olvidar a essencialidade da simplicidade e clareza, da linguagem e das categorias normativas utilizadas.

O esforço intencional deve conduzir à estruturação de arranjos jurídico-institucionais voltados “à coordenação de processos e à atribuição de tarefas e responsabilidades aos agentes em tais políticas envolvidos”²⁷(p. 317).

Nessa linha, a pesquisa documental teve como objetivo levantar informações sobre os sistemas de saúde dos países investigados, a disponibilidade de médicos, e as bases jurídicas utilizadas para proceder o recrutamento de médicos cubanos. Foram analisados os seguintes documentos:

Quadro 1 - Relação dos documentos consultados, por país.

PAÍS	DOCUMENTOS CONSULTADOS
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição ▪ Legislação sobre o SNS ▪ Acordo de cooperação (e suas 3 renovações) firmados entre Portugal e Cuba; ▪ Relatório de avaliação dos médicos cubano; ▪ Legislação sobre validação de diplomas de médicos estrangeiros
Angola	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição ▪ Legislação sobre o SNS ▪ Memorando de apoio à visita do Ministro da Saúde de Cuba à Angola (Gabinete do Ministro da Saúde de Angola); ▪ Proposta do Programa de Assistência Médica para fortalecer o SNS, particularmente a atenção primária ▪ Planilha de resumo da distribuição de médicos cubanos em Angola (Direção Nacional de RH/Minsa) ▪ Contrato de prestação de serviço de assistência técnica estrangeira no setor de saúde firmado entre Ministério da Saúde de Angola e Corporação Antex S/A ▪ Legislação sobre registro de médico na Ordem dos Médicos e reconhecimento de diplomas estrangeiros
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição ▪ Legislação do SUS ▪ Legislação sobre Programa Mais Médicos ▪ Termo de Cooperação firmado entre Brasil e OPS (e posteriores ajustes) ▪ Legislação sobre revalidação de diploma médicos estrangeiros
Cuba	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislação sobre sistema de saúde ▪ Anuários da Unidade Central de Cooperação Médica Cubana

A organização, tratamento e análise dos dados documentais foi realizada utilizando o referencial de arranjo jurídico-institucional proposto por Coutinho²⁶ e Bucci e Coutinho²⁷, permitindo assim comparar a abordagem constitucional do direito à saúde de cada um dos países; conhecer o perfil epidemiológico; estabelecer comparações sobre os modelos de recrutamento utilizados; conhecer as situações motivadoras do recrutamento.

As entrevistas, “uma das mais importantes fontes de informação para um estudo de caso”⁹⁹ (p. 116), foram realizadas no período de junho/2017 a outubro/2018, totalizando 30 entrevistas.

Os entrevistados foram classificados em 4 (quatro) distintos perfis de informantes, de modo a congregar uma maior variedade de visões, opiniões e representações sobre o tema: 1) gestores de saúde de nível central –

responsáveis pela tomada de decisão e monitoramento das ações relacionadas ao processo de recrutamento de médicos cubanos (ministros, secretários, diretores e coordenadores do Ministério da Saúde); 2) técnicos – profissionais responsáveis pelo acompanhamento, implementação e fiscalização das atividades exercidas pelos médicos cubanos e/ou pelo acompanhamento do acordo de cooperação; 3) médicos cubanos – médicos cubanos que trabalharam nos países investigados (Brasil, Angola e Portugal), ao abrigo dos acordos de cooperação; 4) outros – informantes que foram referenciados na cadeia de entrevistas e que não se encaixaram nas categorias anteriores (ex: representantes da Ordem dos Médicos, médicos angolanos e médico espanhol).

Quadro 2 - Perfil dos entrevistados, por país

Perfil	País			n
	Portugal	Angola	Brasil	
Gestores de saúde de nível central	2	1	1	4
Técnicos responsáveis pela condução e/ou acompanhamento do processo de recrutamento de médicos cubanos	3	1	-	4
Médicos cubanos que trabalharam em Portugal; Brasil ou Angola, cobertos pelos acordos de cooperação	8	-	9	17
Outros	3	2	-	5
TOTAL GERAL	16	4	10	30

A composição desses grupos foi realizada a partir da amostragem bola de neve (*snowball*), um método de referência de cadeia, de natureza não probabilística, utilizada para alcançar grupo de difícil acesso¹⁰⁰.

O método consiste em identificar um primeiro informante, de acordo com os critérios da pesquisa, e solicitar a este informante, a indicação de novos nomes, utilizando para tanto, seu círculo de contatos pessoais, e formando as amostras subsequentes^{100;101}.

Foi eleita a entrevista focada, técnica que combina a condução espontânea da conversa, guiada por um conjunto de perguntas previamente

formuladas⁹⁹. As entrevistas, em cada subgrupo de informantes, foram encerradas quando se observou a repetição dos dados coletados¹⁰⁰.

Os roteiros utilizados nas entrevistas foram distintos, respeitando a diversidade de respondentes e o conhecimento específico de cada um sobre o fenômeno analisado. Os roteiros completos de entrevista estão dispostos no apêndice (p. 133).

Todas as entrevistas foram conduzidas pessoalmente pela autora, no Brasil e em Portugal. Algumas foram efetivadas presencialmente, e outras por telefone, com o auxílio da chamada de voz do aplicativo WhatsApp.

O protocolo de realização da entrevista contemplava a gravação de áudio, porém, o registro não foi efetuado quando assim solicitado pelo informante.

Apesar da importância da coleta de dados por meio das entrevistas, Yin⁹⁹ alerta que estas devem ser consideradas como relatórios verbais, e como tal, são “sujeitas a velhos problemas, como vieses, memória fraca, e articulação pobre ou imprecisa”⁹⁹ (p. 119), e que, portanto, há sempre a necessidade de contrastar as entrevistas com outras fontes de informação.

Assim, as entrevistas foram degravadas, e o material foi organizado, analisado e interpretado a partir do estabelecimento de categorias suscitadas a partir da análise documental, de modo a permitir a exploração do conteúdo, e a comparação de algumas informações levantadas em outras fontes de dados, bem como a articulação das informações com os objetivos do trabalho.

O aspecto ético foi contemplado, e o projeto foi previamente aprovado no Comitê de Ética da Fiocruz Brasília (CAAE 58686316.7.0000.8027); na Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT de Portugal (1724/CES/2018) e Comitê de Ética do Ministério da Saúde de Angola (nº 33/2017)

Durante as entrevistas, foi realizada ainda a observação direta, de maneira informal, que, segundo Yin⁹⁹, consiste na observação realizada enquanto estão sendo coletadas outras evidências para o estudo de caso. No presente estudo, a observação direta ocorreu durante a realização das entrevistas.

A observação direta serviu para avaliar as condições ambientais e os espaços físicos onde eram realizadas as atividades laborais dos entrevistados, a interação dos médicos com seus pacientes e reuniões de trabalho/formação, corroborando informações levantadas pelas outras fontes de dados.

A pesquisa bibliográfica foi realizada de modo a apoiar a construção do enquadramento teórico utilizado na pesquisa, que abrangeu temas como: direito humano à saúde; escassez de RHS e recrutamento de médicos estrangeiros. Foram realizadas revisões não sistemáticas da literatura recente sobre os temas abordados, em diversas bases de dados, nacionais e internacionais, em que foram utilizadas palavras-chave individualmente e combinadas.

Os artigos que ilustram os resultados da pesquisa demonstram com mais detalhes, essa fase.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão da tese estão dispostos em três artigos distintos que buscam analisar algumas dimensões do complexo fenômeno de recrutamento de médicos estrangeiros para a efetivação do direito à saúde.

5.1 ARTIGO 1

O primeiro artigo foi desenvolvido com o escopo de explorar a literatura sobre a disponibilidade de médicos nos sistemas de saúde de Brasil e Angola, e os casos de cooperação internacional estabelecidos com Cuba para recrutar médicos e assim suprir vazios assistenciais em áreas rurais e/ou remotas. Foi publicado em 2017.

Alves SMC, Oliveira FP, Matos MFM, Santos LMP e Delduque MC. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(7):2223-2235. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2223.pdf>

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E ESCASSEZ DE MÉDICOS: ANÁLISE DA INTERAÇÃO ENTRE BRASIL, ANGOLA E CUBA

INTERNATIONAL COOPERATION AND SHORTAGE OF PHYSICIANS: ANALYSIS OF INTERACTIONS BETWEEN BRAZIL, ANGOLA AND CUBA

Sandra Mara Campos Alves
Felipe Proenço de Oliveira
Mateus Falcão Martins Matos
Leonor Maria Pacheco Santos
Maria Célia Delduque

Resumo: A escassez de médicos, principalmente em áreas remotas, é tida como uma questão crítica para o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde e que tem motivado uma série de projetos de cooperação internacional. Esse estudo possui caráter exploratório, de abordagem qualitativa, em que se analisaram casos de cooperação entre Brasil, Angola e Cuba. Foi realizada revisão não sistemática de literatura e selecionados artigos de livre acesso e documentos oficiais que abordavam experiências de cooperação em saúde. Foram comparadas características previamente selecionadas e que apontavam para ações de enfrentamento do tema da escassez de médicos. Concluiu-se que as interações entre os três países foram profícuas e potencialmente vantajosas para a saúde da população dos países analisados. As ações de cooperação Sul-Sul estabelecidas apresentaram resultados positivos nas dimensões das políticas de educação e regulatórias, além de atuar na perspectiva da não dependência internacional e fortalecimento da capacidade endógena, pontos importantes para avaliação dos componentes estruturante dos sistemas de saúde.

Palavras-chaves: Cooperação Internacional, Recursos Humanos em Saúde, Brasil, Angola, Cuba.

Abstract: The shortage of physicians, especially in remote areas, is a critical issue for the development of national health systems, thus resulting on a number of international cooperation projects. An exploratory and qualitative study was performed, which analyzed cases of cooperation between Brazil, Angola and Cuba. A non-systematic literature review was conducted by selected open access articles and official documents that addressed health cooperation experiences related to the topic. Previously selected characteristics were compared and pointing to theme actions against the shortage of doctors. It was concluded that the interactions between the three countries were fruitful and potentially beneficial to the health of the population of the countries. The South-South cooperation established presented positive results in the dimensions of education and regulatory policies, and act from the perspective of international non-dependence and strengthen endogenous capacity, important points to evaluate the structural component of health systems.

Keywords: International Cooperation, Health Manpower, Brazil, Angola, Cuba

INTRODUÇÃO

Um dos componentes críticos para garantir um sistema de saúde em padrões de excelência é o de recursos humanos em saúde (RHS). Neste contexto, países enfrentam a escassez de profissionais médicos, na qual a disponibilidade desses profissionais em número suficiente, e alocados nas regiões necessárias, é um importante desafio.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram a disparidade existente na proporção de médico para cada 1.000 habitantes, quando comparados os países que possuem sistemas de saúde públicos e universais, como o Brasil com 1,8; Canadá com 2,0; Reino Unido com 2,7; Portugal com 3,9; Espanha com 4,0¹. O descompasso é observado também na concentração do médico em grandes centros urbanos e tecnológicos, ao passo que metade da população mundial habita áreas rurais, sendo atendida por menos de ¼ do número total médicos².

A escassez de médicos quando ocorre no âmbito das ações de atenção primária em saúde é desestruturante, uma vez que esse modelo de atenção tem por objetivo ser a principal porta de entrada aos sistemas de saúde e é a estratégia mais eficaz da promoção da equidade no acesso às ações e serviços de saúde³.

A carência de médicos e sua má distribuição geográfica geram o fenômeno do recrutamento internacional por países, com sistemas de saúde e aplicação de recursos distintas, ocasionando implicações na política pública de saúde dos países dos egressos, por meio da carência de profissionais qualificados e a desregulação do recrutamento por meio de agências privadas de recrutamento⁴⁻⁶.

A literatura aponta que as estratégias para enfrentar a problemática de atrair e fixar médicos em áreas remotas inclui, pelo menos, quatro dimensões: 1. políticas educacionais, como mudanças nos currículos da graduação e residência médica e incentivo do ingresso na formação especializada; 2. políticas de regulação, tais como serviço civil obrigatório em áreas vulneráveis e abertura de escolas médicas no interior incentivando a admissão de estudantes oriundos destas áreas; 3. incentivos monetários, tais como bolsas de estudo e salários

atraentes; 4. incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros e supervisão com apoio entre pares⁷⁻⁹.

Nesse sentido, a cooperação internacional se apresenta como importante ferramenta ao enfrentamento desse tema, não apenas por meio de transferência de tecnologia e provimento de recursos humanos, mas primordialmente, pelo desenvolvimento de capacidades que possam fomentar o protagonismo e a autonomia, fortalecendo assim as diversas estruturas que compõe os sistemas de saúde dos países. Isso inclui a perspectiva de transformação da educação médica no sentido de fortalecer os sistemas de saúde nacionais, sendo que a cooperação entre países é uma das recomendações de uma comissão de especialistas sobre o tema cujo relatório foi publicado na revista *The Lancet*¹⁰⁻¹¹.

Uma vez que o modelo dominante de cooperação internacional em saúde (modelo Norte-Sul) não mais responde de modo satisfatório às atuais conformações geopolíticas, o processo de construção de um novo paradigma evoluiu até o modelo de Cooperação Sul-Sul, com base nos critérios de alinhamento, horizontalidade e autonomia. Os países situados no Hemisfério Sul e que apresentam dificuldades semelhantes, podem compartilhar as estratégias para seu enfrentamento, sem que esse apoio signifique subordinação¹².

Esse novo paradigma se contrapõe à imposição vertical de prioridades e objetivos de cooperação definidos pelos países doadores de recursos desconsiderando as especificidades e os projetos já realizados pelos países beneficiários, traz como consequências a sobreposição de ações e perda de recursos devido a descoordenação na sua aplicação¹³. Assim, o modelo de cooperação Sul-Sul passa a desempenhar papel de relevante análise no campo da saúde¹¹⁻¹².

O objetivo desse artigo é identificar a disponibilidade de médicos nos sistemas nacionais de saúde de Angola, Brasil e Cuba e analisar casos de cooperação internacional estabelecida entre esses países para a atração e retenção desse profissional em áreas rurais e remotas. A motivação para estudar esses países é que apesar de apresentarem situação econômico-social e epidemiológica distintas, se encontram no âmbito das cooperação Sul-Sul e apresentam iniciativas de cooperação entre si.

METODOLOGIA

Tratou-se de estudo de caso exploratório, de abordagem qualitativa, cuja pergunta de partida se fundamenta nas estratégias de cooperação internacional adotadas entre os países, principalmente sobre o contexto da Cooperação Sul-Sul para o fortalecimento do provimento e retenção de médicos e diminuição das desigualdades.

Revisão não sistemática de literatura realizada nas bases de dados Scielo e PubMed, com recorte temporal de janeiro de 2010 a agosto de 2016, com os argumentos de pesquisa: “*country*” e “*medical education*”; “*public health*” “*health cooperation*” “*human resource for health*” e suas respectivas traduções para a língua portuguesa e espanhola. A busca retornou 73 artigos, mas alguns fora do escopo da pesquisa.

Foram selecionados 30 artigos de livre acesso, com relação direta ao objetivo do estudo, e abordavam experiências de cooperação em saúde nesses países no âmbito do provimento, fixação e formação médica. Também foram examinados documentos oficiais dos três países – relatórios técnicos, termos de cooperação, indicadores de saúde, demográficos e sociais etc. - sobre as cooperações realizadas e os seus indicadores de saúde. De forma complementar, foram pesquisados ainda livros, dissertações e teses que abordavam o assunto.

Os resultados da leitura e análise foram estruturados de modo a permitir uma comparação de características previamente selecionadas, e que apontavam para ações de enfrentamento do tema da escassez de médicos.

O estudo encontra-se de acordo com as Resoluções do CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, que aprovam as diretrizes para pesquisas em seres humanos. O caráter exploratório e de revisão de literatura, com a utilização de dados secundários, não ensejou a sua submissão ao sistema CEP/CONEP.

RESULTADOS

Sistema de saúde, formação médica e cooperação em Angola, Brasil e Cuba

As diferenças e peculiaridades dos países analisados no que concerne a capacidade e dificuldade de enfrentamento da situação de saúde dos seus nacionais, se revelam em dados referentes à expectativa de vida, taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil, relação médico/ habitante e investimento em saúde (Quadro 1).

Quadro 1: Aspectos-chave da base normativa e constitucional dos sistemas de saúde, das condições de saúde e das escolas médicas de Brasil, Angola e Cuba

	Brasil	Angola	Cuba
Sistema Nacional de Saúde (base constitucional e normativa)	CF/88 Lei nº 8080/1990 Lei nº 8142/1990	Lei nº 21-B/1992 CF/1992	CF/1976 (revisão em 1992) Lei nº 41/1983
Expectativa de vida*	75,0	52,4	79,1
Tx de mortalidade materna (por cem mil) *	44	477	39
Tx de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) *	16,4	156,9	5,5
Médicos por 1.000 habitantes	1,8 ¹	0,17 ²⁵	7,7 ³²
% PIB gasto em saúde	6,7 ¹⁴	3,8 ²⁶	9,7 ³²
Número de escolas médicas (2015)	341 ²²	8 ³¹	15 ³²

Fonte: elaborado pelos autores

* Dados extraídos da referência 14.

Brasil

O Brasil estabeleceu um sistema nacional de saúde com base na universalidade, integralidade e equidade para execução de sua política de saúde pública. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como instrumento jurídico para sua instituição a Constituição Federal de 1988, a lei nº 8080/1990, e a lei nº 8142/90. É uma meta desafiadora para um país com cerca de 200 milhões de habitantes e com constantes enfrentamentos políticos, sociais e econômicos no seu processo de execução ¹⁵.

O SUS oferta serviços assistenciais de saúde de forma descentralizada por meio de sua rede de unidades de saúde, hospitais e outras instalações, e por contratos com instituições privadas e sem fins lucrativos. O setor privado é composto pelo sistema de Saúde Suplementar (SS) financiado com o apoio de empresas, famílias, cooperativas médicas, planos e seguros de saúde individuais, e também pelo pagamento direto ao prestador de serviços pelo usuário ¹⁶.

A veloz transição demográfica e epidemiológica alterou o perfil de mortalidade. O país convive com uma tripla carga de doenças, onde coexistem as doenças infecciosas e parasitárias remanescentes e as doenças crônicas, com os seus respectivos fatores de risco; mais recentemente as causas externas (acidentes e violência) despontam como fatores importantes de morbidade e mortalidade. As principais causas de óbito no país são: doenças cardiovasculares, infecções do trato respiratório inferior, neoplasias ¹⁴.

O número de médicos no Brasil tem aumentado, mas sua distribuição foi marcada por profundas desigualdades na inserção dos profissionais nos setores público/privado e nas unidades federativas. Evidências apontam marcantes desigualdades no acesso aos cuidados integrais à saúde entre os habitantes das regiões brasileiras, sendo as regiões Norte e Nordeste as mais afetadas por escassez grave de médicos¹⁷⁻¹⁸.

A educação médica também passa por processos de reformulação para garantir a centralidade do SUS como orientador da formação de recursos humanos para a saúde, a partir das diretrizes curriculares de 2001, revistas em 2014. As mudanças sinalizam alteração do paradigma biomédico vigente que insiste em privilegiar as tecnologias em detrimento dos exames clínicos para os diagnósticos ¹⁹.

Essas alterações foram impulsionadas pela aprovação, em 2013, do Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/2013) que busca o aprimoramento da formação médica, e a expansão e interiorização das vagas nos cursos de graduação de medicina e de residência médica ²⁰. Essas ações pretendem alterar a proporção de médicos por mil habitantes de 1,8 (em 2003) para 2,7 (até 2016) ²¹. Ao final de 2015 o Brasil contava com 341 escolas médicas, 200 públicas e 141 privadas, e tem aumentado nos últimos anos a presença de

cursos de medicina no interior em virtude de ações do Programa Mais Médicos²².

A cooperação Sul-Sul estabelecida pelo Brasil prima pelos “princípios do respeito à soberania e da não intervenção em assuntos internos de outras nações” (p. 32)²³, sem fins lucrativos e desvinculada de interesses comerciais. A cooperação técnica horizontal do Brasil pretende compartilhar êxitos e melhores práticas nas áreas demandadas pelos países parceiros, sem imposições ou condicionalidades políticas²³.

A partir de 2003, com o primeiro mandato do Presidente Lula, o governo brasileiro passou a buscar maior protagonismo nas discussões e foros internacionais. A cooperação internacional ganhou ênfase na política exterior, com destaque para a cooperação Sul-Sul²⁴.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)²³ apontam que a Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional, nas modalidades de assistência humanitária, bolsas de estudo, cooperação técnica e contribuições para organismos internacionais, praticamente dobrou no período entre 2005 e 2009. A saúde, a agricultura e a educação, são os setores prioritários de cooperação internacional. Especificamente sobre o setor saúde, as prioridades geográficas estabelecidas pelo governo brasileiro são: América do Sul, Haiti e África, especialmente os países africanos de língua oficial portuguesa (Palops)²⁴.

Angola

Angola possui situação peculiar devido ao processo recente de independência, datado de 1975, seguido de uma longa guerra civil que durou até 2002. O país ainda apresenta uma grande extensão de áreas minadas, notadamente no interior, e “suas instituições sociais, políticas e econômicas, basicamente não são funcionais” (p. xx)²⁵. Apesar do fim da guerra civil e o aumento da estabilidade política, o país ainda apresenta dados de saúde e de desenvolvimento socioeconômico abaixo das médias globais.

O perfil epidemiológico é caracterizado pela prevalência de doenças transmissíveis, especialmente a malária, doenças respiratórias agudas e

doenças diarreicas agudas, correspondendo a 86,1% do total de doenças notificadas²⁶.

A evolução do sistema de saúde angolano passou por importantes marcos legais. Em 1975 foi criado o Serviço Nacional de Saúde, com princípios da universalidade e da gratuidade. Todavia, o sistema de saúde herdado do período colonial não era adequado, e com a guerra civil, muito de sua estrutura foi destruída²⁶

Em 1992, foi publicada a Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde, que reestruturou os serviços nacionais de saúde, e dentro da nova lógica de financiamento, passou a prever a coparticipação dos usuários no financiamento dos serviços, por meio das taxas moderadoras, e permitiu a criação de parcerias público-privadas para os cuidados com a saúde²⁷. A Constituição angolana, promulgada em 2010, dispõe em seu art. 21, que é tarefa do Estado “promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde”²⁸.

No campo dos recursos humanos para a saúde, Angola enfrenta severas dificuldades na área de capacitação institucional e humana, também como consequência do longo período de guerra civil. Além da escassez de profissionais de saúde, possui poucas instituições de capacitação para auxiliar no processo formativo do setor, e insuficiente corpo qualificado para atuar no processo de formação e supervisão desses novos profissionais^{25,29}. Apesar dos esforços do governo angolano para suprir os desafios de formação de recursos humanos em saúde, “os currículos e a formação dos professores são deficientes e a falta de recursos para materiais e assistência ao ensino constituem obstáculos à capacitação de qualidade” (p. 48)²⁵.

Com relação especificamente ao médico, a distribuição geográfica também é desigual, com concentração na capital do país. Dados de 2009 demonstram que o setor público de saúde possui 2.956 profissionais, representando uma média de 0,17 médicos por 1.000 habitantes²⁵. Não há dados acerca do número de médicos em atividades para o setor privado em Angola. Para sanar esse quadro, o governo estabeleceu cooperação internacional com Cuba para o provimento de 1.500 médicos.

A educação médica procurou adaptar-se às mudanças no sistema de saúde. Até o ano de 2005, havia apenas duas faculdades de medicina, na capital

– uma pública e uma privada. Recentemente, foram feitos esforços para adaptar currículos médicos a uma nova visão de um sistema em que outros parceiros sociais surgem como prestadores de cuidados de saúde e como formadores de estudantes de medicina. Nesse contexto, nos anos de 2008 e 2009, seis novas escolas médicas foram criadas fora de Luanda, onde há também uma escola de medicina privada³⁰⁻³¹ (Quadro 2).

Quadro 2: Cursos de medicina em Angola, por província, ano de criação e tipo de instituição

Universidade/Faculdade	Província	Data de criação	Instituição Pública/Privada
Agostinho Neto	Luanda	1963	Pública
Jean Piaget	Luanda	2000	Privada
Instituto Superior Técnico Militar	Luanda	2008	Pública
Katiavala Bwila	Benguela	2008	Pública
11 de Novembro	Cabinda	2008	Pública
Lueji A'Nkonde	Malange	2009	Pública
José Eduardo dos Santos	Huambo	2009	Pública
Mandume ya Ndemufayo	Lubango	2009	Pública

Fonte: Adaptado da Referência 31

O governo de Angola, nos últimos anos, tem firmado inúmeros projetos de cooperação com o objetivo de incrementar sua política de recursos humanos em saúde, frente ao seu evidente quadro de escassez de profissionais e baixa qualificação técnica dos mesmos.

Cuba

Cuba possui um Sistema Nacional de Saúde que foi constituído na década de 1960 e tem as seguintes diretrizes: é único, integral, entendendo a saúde pública como de caráter estatal e social, acessibilidade e gratuidade dos serviços, orientação profilática com aplicação dos avanços da ciência e da técnica, participação da comunidade, enfoque intersectorial, universal, regionalizado com profunda concepção internacionalista e solidária ³².

A Constituição de Cuba, publicada em 1976, e revisada em 1992, dispõe que todos têm direito a atenção e proteção da sua saúde, cabendo ao Estado garanti-la por meio de prestação de assistência médica e hospitalar gratuita ³³.

Em 1983, foi publicada a Lei nº 41 de saúde pública, que definiu o Sistema Nacional de Saúde como um conjunto de unidades administrativas, de serviços, com foco ainda na produção de ensino e pesquisa voltadas à atenção integral da saúde da população³⁴.

O Sistema Nacional de Saúde é fundamentado na estratégia de atenção primária, que é baseada no modelo da Medicina Familiar. A rede de serviços se distribui por níveis de atenção: a porta de entrada é o consultório do médico e da enfermeira de família em contato direto com a policlínica que organiza a atenção integral e busca garantir o incremento da capacidade resolutiva da atenção primária³².

O planejamento e formação de recursos humanos são garantidos a partir do próprio Sistema Nacional de Saúde, que possui 13 universidades com curso de medicina, duas faculdades independentes, a *Escuela Latinoamericana de Medicina* (ELAM) e a *Escuela Nacional de Salud Publica*. A educação superior em Cuba é um direito público e um dever do estado e deve ter correlação com o mundo do trabalho³⁵.

No ano letivo de 2014-2015 estavam matriculados 69.760 estudantes nos cursos de graduação em saúde, dos quais 60.247 de nacionalidade cubana e 9.513 estrangeiros. Desses, 52.235 cursavam medicina. Em Cuba já se graduaram cerca de 39 mil médicos de 121 países, entre os quais mais de 24.400 nos dez cursos de graduação em saúde da ELAM³².

O número de médicos por mil habitantes no ano de 2015 era de 7,7, correspondendo a um médico a cada 130 habitantes, tendo ainda um dentista para cada 671 habitantes e uma enfermeira para cada 123 habitantes. Com essa proporção foi possível no ano de 2014 garantir 7,4 consultas médicas por habitante no ano de 2014³².

Neoplasias são a principal causa de mortalidade, seguida por problemas cardiovasculares, problemas respiratórios e causas externas. Em 2015 a OMS reconheceu que Cuba havia eliminado a transmissão vertical de HIV e sífilis³².

A lei de saúde pública cubana estabelece premissas para orientar a prestação dos serviços públicos de saúde e organização da saúde pública com destaque para a colaboração internacional. Contabilizando os dados desde a década de 60, Cuba já teve cooperação internacional em 158 países, com mais de 325 mil trabalhadores atuando no exterior³⁶.

As modalidades de cooperação desenvolvidas por Cuba são:

- *Asistencia Técnica Compensada* (ATC): formato mais antigo de cooperação, entre os existentes atualmente, data da época chamada de “Período Especial”, que coincide com o fim da União Soviética e a importante crise econômica em Cuba. Nessa modalidade se estabelece acordo no qual o médico contratado recebe remuneração pelos serviços prestados, parte da qual é investida no Sistema Nacional de Saúde de Cuba e auxilia a manter o restante da colaboração médica. É o formato de cooperação com Angola.

- *Programa Integral de Salud* (PIS): criado após desastres naturais na América Central na década de 1990. Caracteriza-se pelo envio de profissionais a lugares remotos, de difícil acesso, com carência de recursos humanos. Os profissionais, nessa modalidade, recebem remuneração somente para sustento de necessidades básicas com contrapartidas de logística do governo participante. Esse é o formato mais comum e atualmente é desenvolvido em 32 países.

- *Servicios Médicos Cubanos* (SMC): modelo que conta com o aporte de recursos do país beneficiado pela prestação de serviços médicos, a exemplo do que ocorre no Brasil com o Programa Mais Médicos e tem crescido em países do Oriente Médio.

- *Operação Milagro* (OM), vinculada basicamente a cirurgias oftalmológicas, tendo realizado 2.667.005 cirurgias de catarata desde 2004.

Adicione-se ainda um programa de cooperação especial, firmado com a Venezuela, *Misión Barrio Adentro*, que consistiu em provimento de grande número de médicos e enfermeiros cubanos para atuar, notadamente, na atenção básica.

No ano de 2014 a cooperação cubana estava presente em 67 países, sendo 31 da África (46,27%), 25 da América Latina e Caribe (37,31%), 10 na Ásia, Pacífico e Oriente Médio (14,93%) e 1 na Europa (1,49%). Venezuela, Brasil e Angola são os países com maior número de profissionais³⁶ (Quadro 3).

Quadro 3: Modalidades de cooperação desenvolvidas por Cuba, e quantitativo por país

Modalidades de Cooperação	Países	Percentual (%)
PIS	32	46,80
OM	3	4,40
ATC	17	24,80
SMC	16	22,60
Venezuela	1	1,4
Total	67	100

Fonte: Dados extraídos da Referência 36

A cooperação internacional cubana também participa do desenvolvimento de faculdades de medicina em 11 países: Angola, Bolívia, Eritreia, Gambia, Guiana, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Nicarágua, Tanzânia, Timor Leste e Venezuela³⁶.

COOPERAÇÕES SUL-SUL ENTRE BRASIL, ANGOLA E CUBA

As cooperações Sul-Sul entre esses países se dá de diferentes formatos, seja por meio da interlocução com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) no caso de Brasil e Angola, seja com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS) no caso de Brasil e Cuba e finalmente com a participação da *Unidad Central de Cooperación Médica* - UCCM nas cooperações com participação cubana. Aqui destacamos três iniciativas desenvolvidas por esses países envolvendo a formação de recursos humanos, com enfoque na área médica.

A cooperação internacional entre Brasil e Angola possui destaque por meio da ABC, órgão vinculado ao Ministério das Relações Exteriores brasileiro, que entre os anos de 2006 a 2016 realizou conjuntamente com o governo de Angola projetos de Cooperação Sul-Sul para fins de capacitação, promoção da saúde e combate as doenças endêmicas no país. No âmbito da formação de recursos humanos, destaca-se o acordo de cooperação com vistas à capacitação do Sistema de Saúde de Angola ³⁷.

Essa cooperação visa o fortalecimento da capacidade de formação em saúde pública, por meio da implantação da Escola Nacional de Saúde Pública

de Angola, fortalecimento das Escolas Técnicas de Saúde e do Instituto Nacional de Saúde Pública. As ações foram desenvolvidas sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz, instituição vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, e que possui larga expertise no campo da saúde pública.

Em decorrência da cooperação o governo brasileiro realizou ações de capacitações e ofertou estágios de curta duração para os quadros previamente indicados pelo governo angolano. O fomento ao desenvolvimento da capacidade técnica local também foi reforçado pela formação de docentes em saúde pública em Angola, por meio de um curso de mestrado em saúde pública, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz, por meio de sua Escola Nacional de Saúde Pública. O objetivo principal, para além do fortalecimento técnico, era apoiar à estruturação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola. Em maio de 2012, formou-se a primeira turma com 15 alunos²⁴.

A cooperação entre Brasil e Cuba, começou na década de 1990, quando médicos cubanos prestaram serviços em estados brasileiros com maior carência de médicos, a exemplo de Tocantins, por meio da ATC. No entanto, não havia cooperação da magnitude do Programa Mais Médicos. O PMM foi viabilizado pela triangulação feita pela OPS/OMS, que firmou, com o Brasil, o Termo de Cooperação nº 80/2013, e igualmente assinou termo com a *Unidad Central de Cooperación Médica*, para o provimento de médicos que atuariam no território brasileiro.

O PMM foi considerado pelo governo brasileiro, ao final dos dois anos de seu lançamento, como a maior iniciativa já realizada em território nacional para enfrentamento da escassez de médicos. Nesse sentido, foi essencial a cooperação estabelecida entre Brasil, OPS/OMS e Cuba para poder concretizar a dimensão de resposta imediata do PMM, qual seja o provimento de médicos aos serviços de Atenção Básica em áreas com maior necessidade e vulnerabilidade^{21, 38}.

O PMM preencheu 11.400 vagas, em municípios brasileiros de todas as unidades federativas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com médicos cubanos, que cursaram Especialização em Saúde da Família para compreender a organização do Sistema Único de Saúde e as características epidemiológicas locais²¹. Ser formado há mais de 10 anos e ter pelo menos uma experiência

internacional eram os pré-requisitos. Conforme avaliação da UCCM de Cuba, 29,8% tinha experiência internacional em mais de um país³⁶.

Cuba considera a cooperação com o Brasil, no PMM, como uma ação sem precedentes, por envolver uma série de ações dispostas na Lei nº 12.871/2013 que incluem o provimento emergencial de médicos de diversas nacionalidades e ao mesmo tempo a capacidade de contar com número maior de médicos formados no Brasil a médio e em longo prazo³⁹.

A OPS/OMS também o considerou um projeto inovador, por gerenciar importante recurso financeiro para contratação de 11.400 médicos, mobilizar médicos de um país como Cuba, que tem uma maior proporção de médicos que o Brasil, e pelo fato de esses profissionais se integrarem no SUS⁴⁰.

Estudos recentes de avaliação do Programa demonstraram que 94,6% das pessoas atendidas estavam com satisfação boa ou muito boa⁴¹, houve redução no número de municípios com escassez de médicos⁴², ocorreu expansão no acesso aos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis⁴³, redução nas internações por condições sensíveis a APS na Região Nordeste do Brasil⁴⁴, bem como um agregado de bons resultados em diminuição das internações e ampliação do acesso⁴⁵.

Contudo, dado o recente tempo de criação do Programa, avaliações acadêmicas e de órgãos independentes ainda se encontram em fase de elaboração, sendo a Rede de Atenção Primária à Saúde/ ABRASCO em colaboração com a OPS/OMS, a principal interface de monitoramento de pesquisas relacionadas à temática. Mantém-se importantes aspectos do PMM a serem debatidos, como a necessidade de políticas permanentes de pessoal para o SUS e o formato de remuneração dos profissionais⁴⁶.

O terceiro exemplo é o da Cooperação entre Cuba e Angola, que se desenvolve desde 1975 e, de modo mais recente, por meio do Programa de Assistência Técnica Compensada, que envolveu em 2014, 1.893 profissionais cubanos. Essa cooperação abrange atividades assistenciais e formação de recursos humanos de níveis médio e superior e de gestão sanitária. Na parte de formação estão inclusos sete cursos técnicos e nove cursos de graduação de medicina e enfermagem³⁶. Há também suporte de Cuba na organização do sistema de saúde angolano como no exemplo de projeto *Sistema Municipal de Salud*, atuando em todas as províncias angolanas no fortalecimento da gestão

municipal e da atenção primária em saúde³⁶.

O governo de Angola reconhece a importância da cooperação para a formação médica e o papel decisivo para implantação dos novos cursos de medicina criados no interior do país. O currículo é administrado majoritariamente por professores cubanos, sendo desenvolvido em seis anos nos moldes da formação que já ocorre em Cuba, na ELAM⁴⁷.

Angola mantém ainda colaboração com instituições de ensino na área da saúde em Cuba, inclusive com programa de incentivo que fornece bolsas de estudos para que seus cidadãos possam ir à Cuba cursar medicina.

DISCUSSÃO

A temática da cooperação internacional nos três países estudados apresenta importantes pontos de convergência sobre estratégias de recrutamento e fixação de profissionais médicos para áreas rurais e/ ou de difícil acesso.

Angola e Brasil, por meio de ações de cooperação técnica estabelecida com Cuba, recrutaram médicos daquele país que possui reconhecimento internacional de sua política de formação de recursos humanos em saúde, com destaque para a necessidade de formação de uma parte significativa dos médicos na área de medicina geral e integral.

A política de formação de RHS em Cuba tem propiciado, ao longo dos anos, transformação na sociedade cubana, com indicadores de saúde que a comparam a países desenvolvidos. Os currículos das escolas médicas cubanas privilegiam a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, não se restringindo a dependência tecnológica. Ademais, na formação médica o foco reside na saúde da coletividade, e não a doença do indivíduo⁴⁸⁻⁴⁹.

A educação médica apresentada em Cuba se distingue daquela praticada no Brasil até recentemente, fundada no paradigma biomédico, associada à expansão da tecnologia na área médica, com aparelhos, técnicas e medicamentos modernos, que passaram a substituir um o bom exame clínico na definição dos diagnósticos, e a proliferação de especialidades médicas. Onde a formação biomédica é predominante ela acaba também se constituindo como fator determinante para o baixo interesse dos médicos pela atenção básica⁵⁰.

No que toca a diretriz da colaboração internacional no campo da saúde, Cuba, há mais de 50 anos, atua nos campos da ajuda médica no caso de desastres naturais; ajuda médica solicitada no caso de confrontos militares; ajuda médica assistencial a países de terceiro mundo; assistência técnica compensada e formação em recursos humanos⁵¹.

Cuba entende que sua cooperação se mantém de acordo com alguns princípios básicos: eixo importante da política externa cubana; se direciona a governos centrais e locais e busca se desenvolver de forma sustentável; é feita a partir da soma das potencialidades dos países envolvidos, sem finalidade de lucro e considerando as diferenças existentes; envolve profissionais com enfoque na atenção primária, que não opinam em assuntos relativos à política interna ou costumes locais; busca beneficiar o maior número possível de pessoas e com ênfase em áreas remotas⁵². Destaca-se nesses casos o princípio da solidariedade internacional de Cuba, tido como elemento decisivo nas iniciativas desse país⁵³.

Nesse sentido se observa que as ações de cooperação internacional, no campo da saúde empreendidas pelo governo cubano, não se resumem à transferência de recursos humanos para suprir vazios assistenciais, mas compreendem também ações voltadas ao fortalecimento dos sistemas de saúde dos países que recebem a cooperação, como no caso de Angola.

Na análise do ponto de vista histórico das cooperações realizadas por Cuba, seus dirigentes consideram que houve uma evolução de ações inicialmente relacionadas basicamente com a assistência médica, para programas que cada vez mais priorizam a formação de recursos humanos, entendendo esse elemento como importante para a sustentabilidade e o desenvolvimento local⁵².

Além das questões pontuadas anteriormente, a cooperação desenvolvida pelo governo cubano se encontra no marco discutido por Akerman⁵⁴ onde há uma preocupação com o desenvolvimento local, de modo que se potencializam as estratégias do país que sedia a iniciativa e os processos são fortalecidos recorrendo ao planejamento integrado, de forma participativa e com a difusão de informações por meio da viabilização de redes de apoio.

Nota-se que ao analisar a cooperação estabelecida entre Brasil e Cuba, no caso apresentado, a OPS/OMS teve papel fundamental, o que possibilitou a

otimização dos recursos, o intercâmbio de experiências, de conhecimento e de tecnologias e a construção de um ambiente de diálogo para melhor compreensão da realidade dos países⁵⁵.

Avaliando o significado da cooperação desenvolvida pelo Programa Mais Médicos, entende-se como marco para a OPS/OMS, em virtude de ter agregado valor estratégico na redução das lacunas em matéria de igualdade de saúde ao mesmo tempo que potencializa a natureza única da experiência de cooperação Sul-Sul entre Cuba e Brasil, triangulada por meio da Organização⁴⁰.

A cooperação estabelecida entre Angola e Cuba teve como foco a formação médica como componente da reestruturação dos recursos humanos em saúde, e destaca-se como principal modelo de Cooperação Técnica Internacional observado entre esses países. A abertura de universidades no interior, a importação de professores médicos cubanos para Angola e o intercâmbio de alunos de graduação para Cuba constituem um dos principais modelos de fortalecimento estruturante e de longo prazo observados para enfrentamento da carência de médicos.

Documentos internacionais produzidos pela OMS e *Joint Learning Initiative* identificam Angola entre os países africanos com escassez crítica de médicos^{56,57}. Esse déficit está atrelado aos anos de guerra civil, ao reduzido número de escolas médicas e ao baixo potencial dessas escolas. Por conseguinte, a quantidade de alunos egressos não corresponde às necessidades do país além de não estarem tecnicamente preparados³¹.

Esse substancial incremento no número de escolas médicas em Angola, ocorrido ao longo dos anos 2000, está inserido como parte de uma política nacional de fortalecimento de RHS. Nesse sentido, Angola é destaque positivo, pois segundo dados da OMS⁵⁶, dos 46 países da região africana, 24 não possuem uma política nacional nessa seara.

Ademais, a formação médica em Angola, ao seguir o modelo de educação médica adotado em Cuba, que privilegia uma formação em medicina geral e integral e o raciocínio clínico em detrimento ao modelo biomédico, poderá ser capaz de formar profissionais aptos a enfrentar as condições de saúde específicas e contribuir para a melhoria do desenvolvimento socioeconômico e epidemiológico no qual o país se encontra. Estudos futuros serão necessários

para avaliar essa competência local que está sendo formada, vez que se tratam de ações com impacto de longo prazo.

O Brasil, por sua vez, contribuiu para o fortalecimento do sistema de saúde angolano em projetos de capacitação que se iniciaram em 2007, e que colaboraram para a construção e fortalecimento da capacidade de ensino e pesquisa endógena, além de atuar na estruturação de instituições fundamentais para a estabilização do próprio sistema de saúde angolano.

A cooperação estabelecida entre Brasil e Angola se insere no conceito de cooperação estruturante em saúde, que propõe outro paradigma de cooperação, em que o desenvolvimento de capacidades é a pedra fundamental⁵⁸. Apresenta-se como uma proposta inovadora e que pode funcionar como novo modelo de cooperação, pois, a partir de seus eixos estruturantes que envolvem o aproveitamento de capacidades e recursos endógenos existentes no próprio país, articula intervenções concretas e o diálogo entre os atores de modo a fomentar o protagonismo e a autonomia, fortalecendo assim as diversas estruturas que compõe o sistema de saúde dos países⁵⁸.

Desse modo, a concepção de cooperação estruturante consegue contemplar os pilares do desenvolvimento de recursos humanos e organizacional, bem como o fortalecimento institucional, superando a transferência passiva de conhecimento e tecnologia comuns no modelo de cooperação tradicional.

A partir dessa cooperação técnica percebe-se a aproximação com países de língua portuguesa e a expertise do Brasil para atuar no processo de fortalecimento de Sistemas Nacionais de Saúde. A experiência de cooperação do Brasil com países lusófonos, a exemplo de Angola, é citada como destaque pela comissão de Educação Médica do *The Lancet*, evidenciando o papel da Fiocruz na criação de uma rede, entre os diversos países, de fortalecimento da capacidade institucional por meio de projetos que fortalecem o acesso universal e o treinamento de recursos humanos em saúde¹⁰.

A mesma comissão, ao discutir recomendações para reformas da educação médica que possibilitem a sinergia de suas ações com o desenvolvimento dos sistemas de saúde, coloca a preocupação com as desigualdades globais em saúde e a necessidade de reformas na formação que

aponte mais para o desenvolvimento de competências locais do que a adoção de modelos de outros contextos que possam não ser relevantes¹⁰.

Parece-nos que é nessa perspectiva que foi desenvolvida a cooperação entre Cuba e Angola, no momento em que há participação determinante dos professores oriundos de Cuba para viabilizar a abertura de seis novas escolas médicas em Angola, mas a partir de integração com programas como o do desenvolvimento de sistemas municipais de saúde, também presente na cooperação, observa-se o compromisso com o desenvolvimento local e uma formação de acordo com a realidade angolana.

Desse modo, as cooperações desenvolvidas apontam para o que é entendido como a terceira geração de reformas na educação médica, evoluindo de um primeiro modelo, fortemente influenciado pelo Relatório Flexner, em que os currículos são baseados no paradigma científico, passando por uma geração na qual as escolas adotam a formação baseada em problemas e chegando no modelo mais atual de sistemas de educação integrados com os sistemas de saúde, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global¹⁰.

No âmbito das recomendações internacionais quanto ao provimento e retenção de médicos em áreas remotas ⁷⁻⁹, nos parece que as iniciativas destacadas dialogam com as dimensões das políticas educacionais e regulatórias, vez que os projetos de cooperação Sul-Sul tinham objetivos bem definidos de atuação nessas vertentes.

Nesse sentido, discorda-se em parte do estudo realizado por Carvalho *et al*⁶⁹ sobre o Programa Mais Médicos, analisado a partir das recomendações da OMS, em que concluiu pelo êxito do PMM em 37,5% das 16 recomendações, sem considerar, todavia, que a iniciativa analisada não tinha como perspectiva incidir em situações como melhoria de infraestrutura em áreas rurais, restando, portanto, prejudicadas algumas das recomendações estabelecidas pela OMS, por não se situarem dentro do escopo da atuação. Considerando as quatro dimensões, avalia-se que as cooperações são exitosas nas dimensões em que se propuseram a atuar, e que por vezes, uma mesma ação apresenta características que perpassa por mais de uma dimensão.

Na cooperação estabelecida entre Angola e Cuba, as dimensões educacional e regulatória são percebidas por meio da ampliação do número de

escolas médicas, pelo formato curricular adotado nesses cursos, e pela regulação do acesso, vez que a política de expansão de escolas médicas empreendida pelo governo angolano possibilitou a instalação de cursos de medicina em áreas que anteriormente não contavam com essa possibilidade de formação.

No caso da cooperação entre Brasil e Cuba, por meio do PMM, a dimensão da regulação é percebida quando se condiciona o exercício profissional de médicos estrangeiros em áreas avaliadas como de maior vulnerabilidade, obrigando a atuação dos profissionais efetivamente nos locais onde não havia assistência médica, a exemplo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

E por último, no caso da cooperação entre Brasil e Angola, pelo aprimoramento da formação técnica dos profissionais de saúde, também é perceptível o imbricamento entre a dimensão da educação e da regulação, vez que houve uma preferência, quando da conformação das ações de cooperação, pelo modelo de formação de pós-graduação *stricto sensu*. Essa escolha demonstra a opção do governo angolano em investir em duas frentes – a ampliação de cursos de graduação, dentro de formatos curriculares específicos (Cooperação Angola e Cuba), mas também a atenção a formação continuada em níveis diferenciados, voltado ao fortalecimento e estruturação de instituições chaves para o sistema de saúde angolano.

Após a análise das iniciativas apresentadas sobre o marco da importância das Cooperções Sul-Sul, e das estratégias apontadas pela literatura internacional para enfrentamento do caso de escassez de médicos, também cabe avaliá-las no contexto das práticas internacionais de trânsito de profissionais, já que envolvem a ida de médicos cubanos para Angola e Brasil.

Marco importante nessa área é o Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde, aprovado em 2010, durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, da OMS. Trata-se de código de adesão voluntária, que tem por objetivo estabelecer um conjunto de princípios e práticas sobre o tema da contratação internacional de profissionais de saúde, considerando os direitos, obrigações e expectativas dos países envolvidos⁶⁰.

Apresenta ainda como princípio norteador, a necessidade de os Estados empreenderem esforços para constituir uma força de trabalho autossuficiente,

abrangendo estratégias para sua formação, capacitação e manutenção desses recursos humanos em seus territórios, de modo a reduzir a necessidade de contratação externa⁶⁰.

Outra recomendação do Código, e pertinente ao tema em análise, é a de que os países envolvidos – os que recebem e os que perdem o capital humano – devem se beneficiar mutuamente, seja por meio do fomento ao desenvolvimento e capacitação de novos recursos humanos, seja pelo impedimento ético de recrutar profissionais originários de países em desenvolvimento ou com grave escassez⁶⁰.

Nesse contexto, as cooperações envolvendo Brasil, Angola e Cuba apontam para a observância dos objetivos traçados no Código, seja pelo fato de não implicarem na saída de profissionais em países com comprovada escassez (como no caso de Brasil e Angola), envolverem a oferta de médicos por um país que tem uma proporção importante de médicos por mil habitantes (Cuba, com o parâmetro de 7,7) bem como trabalharem na perspectiva de autossuficiência de profissionais para cada país.

CONCLUSÃO

O tema da escassez de médicos é sensível e precisa de uma orquestração de medidas e ações, nos planos nacional e internacional, para seu enfrentamento. Nesse sentido, a cooperação Sul-Sul se apresenta como um caminho possível, especialmente porque é estabelecida dentro de uma perspectiva de não dependência internacional e de fortalecimento da capacidade interna para gerenciamento de problemas domésticos.

Ações de curto, médio e longo prazo precisam ser estabelecidas e constantemente avaliadas, no sentido de observar a consolidação das mudanças, e não se perder de vista o horizonte que se pretende estabelecer. São fundamentais as iniciativas que se propõem a transformar a educação médica, no sentido de que a formação seja baseada no sistema de saúde e contribua para o desenvolvimento local.

As interações entre os três países foram profícuas e potencialmente vantajosas para a saúde da população dos países analisados. Por se tratar de estudo eminentemente descritivo, as limitações pertinentes a esse tipo de

pesquisa devem ser observadas, especialmente quanto a seleção dos países e de experiências de cooperação internacional com o escopo de fortalecer ações de provimento e retenção de médicos.

Assim, pesquisas futuras sobre o mesmo tema devem ser empreendidas para possibilitar o acompanhamento, comparação e aprofundamento dessa importante questão sanitária de dimensão internacional.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. *Estadísticas Sanitárias Mundiales*. Genebra:OMS; 2012. [acessado 2015 maio 10]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/
2. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal*. Genebra:OMS; 2009.
3. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
4. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *The Lancet* 2008; 371(9613):668-674.
5. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010;18 (3):102 - 09.
6. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88 (5): 379 - 85.
7. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(19): 1-10.
8. Chen LC. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88 (5):321-400.
9. Viscomi M, Larkins S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine* 2013; 18(1):13-23.
10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010; 376 (9756): 1923-1958.

11. Ooms G, Hammonds R, Decoster K, Van Damme W. *Global Health: What it has been so far, what it should be, and what it could become*. Antwerp: Institute of Tropical Medicine; 2011.
12. Santana JFNP. *Cooperação Sul-Sul na área da saúde: dimensões bioéticas* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
13. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):93-105.
14. World Health Organization. *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva:WHO; 2016. [acessado 2016 out 15] Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016
15. Montekio VB, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México* 2011; 53 (Supl. 2): s120-s131
16. Paim JS. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
17. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo:DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015
18. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate* 2009; (44): 13-24.
19. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez; 2015.
20. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
21. Brasil. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
22. Brasil. *Número de escolas médicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [mimeo]
23. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009*. Brasília: IPEA:ABC; 2010.
24. Fedatto MS. *A Fiocruz e a cooperação para a África no governo Lula* [dissertação]. Brasília, Universidade de Brasília; 2013.
25. Connor C, Averbug C, Miralles M. *Avaliação do Sistema de saúde de Angola 2010*. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.; 2010.

26. Angola. *Relatório Anual das Actividades Desenvolvidas*. Ministério da Saúde; 2013. [acessado 2015 jun 20] Disponível em: <http://docplayer.com.br/3681693-Republica-de-angola-ministerio-da-saude-ano-2013-relatorio-anual-das-actividades-desenvolvidas.html>
27. Angola. Lei nº21-B, de 28 de agosto de 1992. Aprova a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. *Diário da República* 1992; 28 ago.
28. Angola. Constituição da República de Angola. *Diário da República* 2010; 5 fev.
29. Queza AJ. *Sistema de Saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal* [dissertação]. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2010.
30. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I, Silva F, Mercer H, Cabral J, Dussault G. The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. *Human Resources for Health* 2011;9 (9):1-5.
31. Fronteira I, Sidat M, Fresta M, Sambo MR, Belo C, Kahuli C, Rodrigues MA, Ferrinho A. The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Human Resources for Health* 2014; 12(63):1-10.
32. Ojeda, RM. Cobertura Universal de Salud: Experiencia Cubana [editorial]. *Ciencias Médicas* 2015.
33. Cuba. Constitución de la República de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* 1992; 12 jul.
34. Cuba. Ley nº 41. Ley de la Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* 1983; 13 jul.
35. Sánchez YM, Machado OJD, Fernández AMT. Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. *Educ Med Super* 2010; 24(1): 76-84.
36. Iglesias MS, Valido JAS, Bustillo FD. *Unidad Central de Cooperacion Medica: Anuario*. Havana:Editorial Ciencias Medicas; 2014.
37. Agência Brasileira de Cooperação. Projeto de Cooperação BRA/04/044-S083 [acessado 2016 out 10]. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/Projetos/pesquisa>.
38. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino, EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54): 623-634.

39. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto "Mais Médicos para Brasil": nueva modalidad de colaboración cubana en el exterior. *Rev EDUMECENTRO* 2015; 7(1):171-177.
40. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciênc. saúde coletiva* 2016 ; 21(9): 2925-2933
41. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(9): 2749-2759.
42. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(9): 2675-2684.
43. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC , Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(9): 2685-2696.
44. Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR, Brito-Silva K, Santos LX, Bezerra AFB . Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(9): 2815-2824.
45. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, Santos FOS, Santos W, Oliveira JPA, Pessoa VM, Shimizu, HE. Mais Medicos towards universal health coverage for deprived populations in Brazil: implementation study. *Boletim OMS*. No prelo 2016.
46. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface*; 19(54): 641-642.
47. Ferreira AVL, Fresta M, Simões CFC, Sambo MRB. Desafios da educação médica e da investigação em saúde no contexto de Angola. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2014; 38(1): 133-141.
48. Osa JA. Um olhar para a saúde pública cubana. *Estud. av.* 2011; (25)72: 89-96.
49. Cárdenas LG. La especialidad de medicina familiar en la formación de los recursos humanos en Cuba. *O mundo da saúde* 2010; (34) 3:404-406
50. Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2005; 29(2):136-146.

51. Torres NM. *La colaboración médica cubana en el siglo XXI: una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau* [dissertação]. Havana; 2006.
52. Torres NM, Cruz EM. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Rev Cubana Salud Pública* 2010; 36(3): 254-262.
53. Torres NM, Cruz EM. Experiencia cubana en Cooperación Sur-Sur. *Rev Cubana Salud Pública* 2011; 37(4): 380-393.
54. Akerman M. *Saúde e Desenvolvimento Local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec; 2014.
55. Santos RF, Rodrigues CM. Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. *Hist. cienc. saude-Manguinho* 2015; 22(1): 23-47.
56. *World Health Organization. The World Health Report: working together for health*. Geneve: OMS; 2006.
57. *Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. 2004* [acessado 2016 maio 15]. Disponível em:
http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf
58. Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):25-35.
59. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc. saúde coletiva* 2016t; 21(9): 2773-2784.
60. Organização Mundial da Saúde. Código de práticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud 2010. [acessado 2015 nov 20]. Disponível em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf

5.2 ARTIGO 2

O segundo artigo partiu da verificação da inexistência de produção científica referentes ao registro detalhado do processo de recrutamento de médicos cubanos em Portugal. Fundamentou-se também pela necessidade moral de concretizar uma devolutiva do período de doutoramento sanduíche realizado na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, bem como aos órgãos públicos do Sistema Nacional de Saúde de Portugal que propiciaram a realização de parte dessa pesquisa.

O artigo foi submetido, na data de 24/04/2019, ao periódico Cadernos de Saúde Pública, classificado na avaliação da Capes para o quadriênio 2013-2016, no estrato A2.

Alves SMC, Faria PL e Delduque MC. A escassez de médicos na atenção primária e o recrutamento de profissionais cubanos: o caso de Portugal

A ESCASSEZ DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O RECRUTAMENTO DE PROFISSIONAIS CUBANOS: O CASO DE PORTUGAL

Sandra Mara Campos Alves
Paula Lobato de Faria
Maria Célia Delduque

RESUMO - O estudo objetivou analisar o processo de recrutamento dos médicos cubanos pelo governo de Portugal, e compreender a percepção dos médicos cubanos sobre o exercício da profissão no exterior, ao abrigo do acordo de cooperação. Foi realizado estudo de caso qualitativo-descritivo-analítico, com triangulação de dados a partir da coleta de informações em fontes múltiplas de evidências. Foram entrevistados 16 informantes-chave, consultados documentos sobre o acordo de cooperação firmado entre Portugal e Cuba e realizada observação direta. Os resultados mais evidentes demonstram que a cooperação foi firmada para atender escassez crônica de médicos na atenção primária; a escolha por médicos de nacionalidade cubana teve uma dimensão política; foi realizado arranjo para viabilizar o registro dos médicos cubanos na Ordem dos Médicos de Portugal; ao longo das renovações, foi observado a tentativa de igualar direitos entre médicos cubanos e portugueses; os médicos cubanos percebem a missão no exterior como uma possibilidade de novas experiências profissionais e pessoais; percebem diferenças no exercício profissional, especialmente na formação do vínculo médico-paciente; e reconhecem haver troca de saberes e habilidades nesse processo. Conclui-se que houve desfecho positivo no recrutamento de médicos cubanos por Portugal, uma vez que ampliou a quantidade de utentes com acesso aos serviços, e possibilitou também uma lacuna temporal para que o governo tomasse algumas medidas para mitigar o problema de escassez de médicos. A dimensão de análise da experiência pelos médicos cubanos também foi positiva, especialmente no compartilhamento de novas tecnologias e conhecimentos na área da saúde.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde; recrutamento de pessoal; área carente de assistência médica

INTRODUÇÃO

O déficit de recursos humanos em saúde (RHS) é tema recorrente em inúmeros países, sejam eles detentores de sistemas de saúde com características de universalidade ou seletividade, e, sob a ótica jurídica, esses vazios assistenciais significam mesmo o não atendimento ao direito à saúde da população.

As evidências dessa escassez podem ser observadas nos estudos produzidos ao longo dos últimos anos^{1 - 11} bem como nos dados divulgados nos relatórios produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹²⁻¹⁷.

De modo mais recente, essa pauta foi incluída como meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), pactuado em 2015, propugnando um incremento nas ações de recrutamento, formação e retenção de RHS, especialmente em países em desenvolvimento¹⁸.

A República de Portugal, país unitário que reúne, Portugal Continental e as regiões autônomas formadas pelas Ilhas dos Açores e Madeira, localizado no sudoeste da Europa, apresenta taxa de médicos por mil habitantes (4,6), acima da média da União Europeia (3,5)¹⁹. Contudo, enfrenta carência de médicos em vários níveis de cuidado, e de forma crônica, na atenção primária, notadamente de especialistas em medicina geral e familiar (MGF)²⁰⁻²³.

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 64º, dispõe que todos têm direito à proteção da saúde, realizado por meio de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral, descentralizado e participado. Dispõe ainda que cabe ao Estado, de forma prioritária, garantir uma cobertura racional e eficiente de recursos humanos em saúde²⁴.

Em 2009, durante o XVII governo constitucional português, liderado pelo primeiro-ministro José Sócrates, foi celebrado Acordo de Cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e a Administração Central do Sistema de Saúde, tutelada pelo Ministério da Saúde da República Portuguesa (ACSS)²⁵.

O acordo tem por objetivo a promoção do acesso da população aos cuidados de saúde, na área da atenção primária, em zonas geográficas com carência de médicos²⁵. O acordo foi renovado em 2010, 2011 e 2014, e encontra-se vigente nos dias atuais²⁶⁻²⁸.

O objetivo do artigo é analisar o processo de recrutamento dos médicos cubanos pelo governo de Portugal, e compreender a percepção dos médicos cubanos sobre o exercício da profissão no exterior, ao abrigo do acordo de cooperação.

MÉTODO

Tratou-se de estudo de caso qualitativo-descritivo-analítico, com triangulação de dados a partir da coleta de informações em fontes múltiplas de evidências²⁹⁻³⁰ Foram utilizadas pesquisa documental; entrevistas focadas; observação direta.

Para a pesquisa documental foram consultados os seguintes documentos: Constituição da República Portuguesa; legislação sobre o Serviço Nacional de Saúde; acordo de cooperação firmado entre Portugal e Cuba, e suas renovações; relatório de avaliação dos médicos cubanos em Portugal, e; legislação sobre validação de diplomas de médicos estrangeiros.

Alguns documentos só foram obtidos por meio de solicitação escrita endereçada ao Secretário de Estado da Saúde de Portugal, que disponibilizou cópia do acordo de cooperação e suas renovações; e a avaliação dos médicos cubanos realizada pela ACSS em 2015.

As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2017 a março de 2018, com 16 informantes-chave.

Os entrevistados foram classificados em 4 (quatro) distintos perfis de informantes, de modo a congregar uma maior variedade de visões, opiniões e representações sobre o tema: a) 2 gestores de saúde de nível central – responsáveis pela tomada de decisão e monitoramento das ações relacionadas ao processo de recrutamento de médicos cubanos (ministros, secretários, diretores e coordenadores do Ministério da Saúde); b) 3 técnicos – profissionais responsáveis pelo acompanhamento, implementação e fiscalização das atividades exercidas pelos médicos cubanos e/ou pelo acompanhamento do acordo de cooperação; c) 8 médicos cubanos que trabalharam em Portugal ao abrigo dos acordos de cooperação; d) outros – 3 informantes que foram referenciados na cadeia de entrevistas e que não se encaixaram nas categorias anteriores.

A composição desses grupos foi realizada a partir da amostragem bola de neve (*snowball*), recomendado para alcançar grupo de difícil acesso³¹⁻³².

Foi eleita a entrevista focada, técnica que combina a condução espontânea da conversa, guiada por um conjunto de perguntas previamente formuladas (29). As entrevistas, em cada subgrupo de informantes, foram encerradas quando se observou a repetição dos dados coletados³¹⁻³².

Os roteiros utilizados nas entrevistas de cada subgrupo foram distintos, respeitando a diversidade de respondentes e o conhecimento específico de cada um sobre o fenômeno analisado.

O protocolo de realização da entrevista contemplava a gravação de áudio, porém, o registro não foi efetuado quando assim solicitado pelo informante. As entrevistas foram degavadas, e o material foi organizado, analisado e interpretado a partir do estabelecimento de categorias suscitadas a partir da análise documental, de modo a permitir a exploração do conteúdo, e a comparação de algumas informações levantadas em outras fontes de dados, bem como a articulação das informações com os objetivos do artigo.

O projeto foi aprovado na Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), em Portugal. O termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido por escrito, antes do início de cada entrevista.

Durante as entrevistas, foi realizada a observação direta, de maneira informal²⁹. A observação direta serviu para avaliar as condições ambientais e os espaços físicos onde eram realizadas as atividades laborais dos entrevistados, a interação dos médicos com seus pacientes e/ou com a equipe, corroborando informações levantadas pelas outras fontes de dados.

RESULTADOS

O Acordo de Cooperação Portugal – Cuba

O processo de recrutamento de médicos cubanos realizado em Portugal se desenvolveu em meio a uma escassez de médicos em geral, notadamente na especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF). A intervenção foi acompanhada por uma série de medidas necessárias para sua concretização e para superação dessa deficiência.

A percepção de gestores e técnicos que participaram direta e/ou indiretamente das diversas fases dessa intervenção pode ser verificada no quadro 1.

Quadro 1: Percepção dos gestores e técnicos de saúde portugueses e outros atores, sobre a escassez de médicos em território nacional, o recrutamento de médicos cubanos e ações decorrentes dessa intervenção

Temas	Respostas	Frequência n=8
Motivação para recrutamento de médicos estrangeiros	Escassez de médicos MGF/Necessidade de aumento da cobertura/desassistência	8
Razões para recrutamento de médicos cubanos	Dimensão política da decisão	4
	Ter grande excedente de médicos	2
	Não sabe informar	2
A estratégia de recrutamento foi discutida com atores/grupos de interesses	Decisão exclusiva/ <i>top-down</i>	4
	Discutida com outros atores**	2
	Não sabe	2
Quais os arranjos para viabilizar o exercício da atividade profissional em Portugal *	Apoio da Ordem dos Médicos e escolas médicas para avaliar os médicos cubanos (exames de medicina e de língua portuguesa)	6
	Treinamento nos sistemas de informação	2
	Não sabe	1
Ações para integrar/intercambiar conhecimentos entre os médicos cubanos com os médicos portugueses	Ações de formação comuns	4
	Não sabe	4
Foram realizadas outras ações para enfrentar a escassez ou má distribuição de médicos *	Aumento das vagas nos cursos de medicina	3
	Autorização para novas escolas	1
	Prova nacional para as especialidades, observando o número de médicos que se formaram no ano	3
	Concurso MGF	3
	Não sabe	1

* Respondentes apresentaram mais de uma resposta

** Foram citadas: Ordem dos Médicos, Ministro dos Negócios Estrangeiros, Primeiro-Ministro e Associação Nacional de Municípios.

Foram estabelecidos requisitos mínimos a serem observados pelos médicos cubanos para trabalhar em Portugal, que variavam desde a exigência de especialidade em medicina geral e familiar, tempo mínimo de formação e experiência prévia de trabalho no exterior. (tabela 1)

Tabela 1 Requisitos mínimos exigidos ao médico cubano para atuar no SNS português, previstos no Acordo de Cooperação para prestação de serviços médicos Portugal-Cuba, e posteriores renovações

Ano de Celebração	Especialidade	Experiência profissional (anos)	Experiência profissional no estrangeiro (anos)	Domínio da língua portuguesa
2009	MGF	+10	3	✓
2010	MGF	+10	3	✓
2011	MGF	+10	3	✓
2014	MGF	5	-	✓

Fonte: elaborado com base no Acordo de Cooperação para prestação de serviços médicos Portugal-Cuba, e renovações

Foi relatado pelos dois grupos de entrevistados, a existência de um processo de seleção prévio, conduzido em Cuba, por uma equipe de professores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e representantes da Ordem dos Médicos de Portugal. O exame consistiu na aplicação de prova de medicina escrita (120 questões) e oral (avaliação de casos clínicos), em língua portuguesa. A avaliação permitia aferir, além das habilidades médicas, o domínio da língua portuguesa pelos médicos cubanos.

Com essa medida, foi possível reconhecer a equivalência do diploma cubano, e solicitar a inscrição dos aprovados junto à Ordem dos Médicos de Portugal.

O acordo de cooperação inicialmente foi firmado para atender duas regiões de saúde específicas em Portugal que apresentavam carência de médicos (Alentejo e Algarve). Posteriormente, foi observado ampliação geográfica da área de atuação dos médicos cubanos em Portugal. A variabilidade numérica está ligada ao encerramento das missões e a não reposição dos médicos (tabela 2)

Tabela 2 Distribuição de médicos cubanos em Portugal, ao abrigo do Acordo de Cooperação para prestação de serviços médicos Portugal-Cuba, por ano e região de saúde

	2009	2010	2014	2015	2016	2017	2018*
ARS Centro	-	-	4	4	3	1	-
ARS LVT	-	2	15	16	8	2	1
ARS Alentejo	25	21	25	25	15	4	2
ARS Algarve	19	14	19	19	6	8	7
ARS Norte	-	-	-	-	-	-	-
Total	44	37	63	64	32	15	10

Fonte: ACSS

* não foram encontrados dados disponíveis para o período de 2011-2013

O acordo de cooperação previa uma série de obrigações que deviam ser observadas por ambas as partes, e que versavam sobre temas variados: carga horária de trabalho, igualdade de direitos, uso do Serviço Nacional de Saúde pelo médico cubano, etc. (quadro 2)

Quadro 2 Obrigações inseridas no Acordo de Cooperação firmado entre Portugal e Cuba para prestação de serviços médicos, e renovações

	2009	2010	2011	2014
Carga horária total (h/semana)	40	40	40	44
Carga horária de serviços de urgência (h/semana)	24	12	12	Serviço de urgência quando aplicável
Remuneração trimestral (euros)	5.900,00	4.700,00	4.230,00	4.230,00
Igualdade de direitos trabalhistas entre portugueses e cubanos	1. Condições de segurança e saúde 2. Benefícios de alimentação no desempenho das funções	1. Direito à capacitação complementar e atualização profissional	Mantidas as obrigações inseridas em 2010	1. Benefícios semelhantes relativos ao exercício de funções e responsabilidade dos postos de trabalho 2. Pagamento do subsídio de alimentação ao médico cubano, conforme tabela em vigor para a Atenção Primária 3. Garantir transporte e o abono de ajuda de custo, nos termos da legislação portuguesa em vigor
Outros		1. Acesso ao SNS em igualdade de condições 2. Despesas suportadas pela instituição ao qual o médico está ligado		1. Portugal paga as quotas mensais relativas à Ordem dos Médicos 2. Proibição de contratação de médicos cubanos para exercer funções fora do acordo

Fonte: elaborado com base no Acordo de Cooperação e suas renovações

Os médicos cubanos em Portugal: algumas percepções

Os médicos cubanos entrevistados (5 do género feminino e 3 do género masculino) revelaram sua percepção sobre as semelhanças e diferenças no exercício da medicina, troca de saberes com os médicos nacionais, e as razões para o exercício da medicina no exterior. (quadro 3)

Quadro 3: Percepção dos médicos cubanos sobre o exercício da profissão no exterior, ao abrigo do acordo de cooperação

Temas	Respostas	Frequência
Tempo de trabalho em Portugal, ao abrigo do Acordo	Entre 1 e 2 anos	2
	Entre 2 – 4 anos	5
	+ 4 anos	1
Participação em missões médicas internacionais anteriores	1 missão anterior	3
	+ de 1 missão internacional	1
	Nenhuma missão	4
Razões para o exercício da medicina no exterior (missões internacionais)	Ajuda voluntária/internacionalismo	3
	Oportunidade/ Experiências laborais diferentes	5
Razões para atuar na atenção primária	Integralidade dos cuidados	5
	Proximidade com o utente	1
	Oportunidade profissional	2
Semelhanças observadas, no exercício profissional, com os médicos portugueses	Princípio de cuidar do paciente é o mesmo	8
Diferenças observadas, no exercício profissional, com os médicos portugueses	Formação distinta conduz a enfoque distinto na relação médico-paciente	5
	Mais enfoque clínico por parte do médico cubano	1
	Diagnóstico integra também o ambiente familiar e social	2
Troca de saberes e/ou desenvolvimento de habilidades entre médicos cubanos e portugueses	Maior diversidade de medicamentos e escolhas terapêuticas	3
	Atividades científicas	5

DISCUSSÃO

Considerando os vazios assistenciais, especialmente em áreas mais afastadas da capital Lisboa, o governo português optou pelo recrutamento de médicos estrangeiros, medida comumente tomada por outros países que enfrentam a mesma dificuldade.

A opção pelos médicos cubanos parece estar fortemente relacionada a dimensão política, visto que, na época da celebração do Acordo de Cooperação,

era Primeiro-Ministro de Portugal o Engenheiro José Sócrates, integrante do Partido Socialista. E, segundo alguns entrevistados, havia um bom trânsito e dinamismo nas reações entre Cuba e Portugal.

Reforça tais fatos, a afirmação da maioria dos entrevistados de ter se tratado de uma decisão exclusiva de cúpula, tendo sido referenciado pouca ou nenhuma discussão com outros atores relacionados ao processo, por exemplo: universidades, Ordem dos Médicos, ou outras entidades desta natureza.

A dimensão política da opção por médicos cubanos se assemelha ao caso do Projeto Mais Médicos para o Brasil, instituído em 2013, no governo de Dilma Rousseff, integrante do Partido dos Trabalhadores, em que mais de 11.000 médicos de nacionalidade cubana foram recrutados para atuar na atenção primária em áreas vulneráveis, por força de Acordo de Cooperação intermediado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS)³³⁻³⁶.

Sobre as causas da escassez de médicos de medicina geral e familiar (MGF), segundo relatos dos entrevistados e bibliografia consultada, esse é um problema crônico, e fruto de intervenções não apenas no fluxo de entrada (regulação do *numerus clausus*); emigração de médicos portugueses para outros países da União Europeia com melhores salários, mas, também, pela falta de uma verdadeira política de orientação de recursos humanos para a saúde^{8-11; 20-23}. Estudos recentes revelam ser esse um problema enfrentado pelos tomadores de decisão em Portugal, e aponta que as estratégias adotadas são escassas, pouco avaliadas, e que não são apoiadas em evidências científicas^{37;38}.

O atual governo tem vindo a tomar medidas com escopo de reduzir esses déficits (e.g. aumento de vagas nas escolas médicas, abertura de novas escolas de medicina e contratação de médicos de outros países da União Europeia), porém, pela análise do contexto, essas medidas ainda não têm o reflexo esperado, sendo necessário realizar estudos de acompanhamento para observar o êxito ou insucesso de tais iniciativas.

A necessidade de intervenções e políticas que considerem as várias dimensões do mercado de trabalho em saúde é apontada em estudo de Oliveira, Craveiro e Dussault³⁸ como fundamental para compreensão e intervenção adequada no fenômeno da escassez de médicos em Portugal³⁸. Toma-se como exemplo de dimensões que interferem nesse contexto, a previsão de um elevado

número de aposentações de médicos num futuro próximo, apontadas em estudo prospectivo de médicos atuantes no Sistema Nacional de Saúde¹¹.

Um outro ponto verificado foi a necessidade de arranjos para viabilizar a execução da intervenção programada. Nesse caso, houve a utilização de arranjo para viabilizar o exercício profissional dos médicos cubanos, em consonância com a legislação portuguesa, no tocante ao registro dos profissionais cubanos na Ordem dos Médicos. O planejamento de uma comissão para ir à Cuba avaliar os médicos propiciou um atalho no processo de registro desses profissionais quando chegaram em Portugal, pois já tinham o crivo de uma escola médica e do conselho de classe.

Todavia, tal medida só foi possível devido ao número reduzido de médicos cubanos envolvidos no Acordo. Tal arranjo não se mostraria possível, por exemplo, no caso brasileiro, em que mais de 11 mil médicos cubanos foram recrutados.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil fez uso de arranjo normativo, que instituiu, por meio de lei específica, competência específica ao Ministério da Saúde, para conceder autorização aos médicos cubanos para o exercício profissional, exclusivamente no âmbito do programa, por meio da expedição de um registro único e carteira de identificação profissional. Ao Conselho Regional de Medicina das respectivas jurisdições em que o médico atuar, caberia a fiscalização³⁴.

Sobre a alteração ocorrida na renovação do Acordo português, em 2014, que revogou a necessidade de experiência prévia dos médicos cubanos em cuidados no exterior e tempo de formado, levanta-se a hipótese de tal ato estar diretamente relacionado a grande quantidade de médicos cubanos que foram para o Brasil entre 2013 e 2014, e cujos requisitos eram formação há mais de 10 anos e ao menos uma experiência internacional prévia³⁶, o que pode ter gerado um desfalque na quantidade de profissionais cubanos com essas características.

A ampliação das zonas de atuação dos médicos cubanos, inicialmente previstas apenas para duas regiões de saúde específicas (Algarve e Alentejo), demonstra a avaliação positiva desses profissionais pela população e pelos seus supervisores, bem como um aumento do acesso da população aos serviços e a redução relativa do número de utentes sem médico de família.

Inquérito conduzido pela ACSS, nas Administrações Regionais de Saúde (ARSs) que possuíam médicos cubanos concluiu que “no geral, a competência técnica dos médicos cubanos foi considerada boa, assim como a competência comportamental na interação destes médicos com os utentes”³⁹. O documento também concluiu que a comunicação e compreensão entre os utentes do serviço e o médico cubano se faz com facilidade³⁹.

Resultados semelhantes foram observados no Brasil, especialmente no atendimento médico e relação médico-paciente, em que 96,4% selecionaram o estado de satisfação bom e muito bom⁴⁰; melhora na garantia do direito à saúde com a ampliação do acesso⁴¹⁻⁴³; e pouca importância à barreira linguística⁴⁴⁻⁴⁵.

A ausência de médicos cubanos na ARS Norte em Portugal, justifica-se por ser a região que apresenta o maior número de especialistas em medicina geral e familiar. Dos 5.405 especialistas em MGF, 40% encontram-se na região Norte, enquanto Algarve e Alentejo possuem, individualmente, menos de 5% desses especialistas⁴⁶.

As obrigações insertas nas renovações do Acordo de Cooperação demonstram tendência de igualar em direitos e obrigações, os médicos cubanos e os outros profissionais a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde, atuando na mesma função. Tal prática vai ao encontro das recomendações dispostas no Código de Prática Mundial da Organização Mundial da Saúde⁴⁷ *sobre contratação internacional de pessoal de saúde*, que pugna pela prática de contratação justa, com tratamento dos estrangeiros igual ao dos nacionais, nos inúmeros aspectos envolvidos: contratação, remuneração, promoção, incentivo à formação, e outros.

Ponto polêmico e politizado é a remuneração dos médicos cubanos. O valor pago por cada médico cubano no exercício de suas funções é semelhante ao pago ao médico português, todavia, ele não o recebe em sua integralidade.

O Acordo firmado entre Portugal e Cuba não permite a remuneração direta ao médico cubano. Os valores são enviados ao governo cubano por meio de depósito bancário, ficando Cuba responsável por prover um valor aos médicos cubanos, por volta de 500 euros, que não corresponde a integralidade do que é pago por Portugal.

Esse modelo encontra respaldo no tipo de cooperação desenvolvido entre Cuba e Portugal, que se assemelha ao da assistência técnica compensada

(ATC)³⁶, formato mais antigo de cooperação utilizado em Cuba, em que parte da remuneração recebida pelo trabalho de cada profissional que vai servir nas missões no exterior é entregue a ele, e parte é investido no sistema de saúde cubano, além de auxiliar na sustentação de outras ações no âmbito da colaboração médica cubana.

A recomendação do Código de Prática Mundial da Organização Mundial da Saúde que fala sobre igualdade de direitos é respeitada na medida que os valores acordados, por médico, são semelhantes entre portugueses e cubanos⁴⁷. A situação, entretanto, tem gerado severas críticas de diversos grupos em Portugal⁴⁸⁻⁵¹, que entendem essa relação como uma quase escravidão dos médicos cubanos, pois o salário efetivo que recebem não é suficiente para viverem condignamente dado o elevado custo de vida em Portugal.

Sobre a motivação dos médicos cubanos para atuar em missões médicas, o internacionalismo cubano, que consiste na prestação de ajuda no campo da saúde e tem sua referência na lei de saúde pública cubana⁵², foi citado como fator motivador para a prestação de missões médicas em Portugal. Contudo, foram os fatores de atração e pressão classicamente citados na literatura (ex: melhores condições de trabalho e de vida, etc.)⁵³⁻⁵⁵, que ganharam destaque nesse quesito. Assim, pesquisas futuras precisam ser realizadas para verificar se de fato, a premissa do internacionalismo cubano como um fator de ajuda humanitária tem prevalência na escolha por missões internacionais.

O Acordo de cooperação firmado previa o exercício de atividades no âmbito da atenção primária (AP). A AP é uma abordagem que fornece a atenção à pessoa em todas as suas condições, no decorrer do tempo, com ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde⁵⁶. Nesse aspecto, as razões de eleição dos médicos cubanos entrevistados por essa área de atuação, com destaque para o cuidado integral, podem estar diretamente relacionadas com a boa avaliação recebida pelos utentes e seus supervisores³⁹.

As semelhanças e diferenças observadas no exercício profissional entre cubanos e portugueses são características do processo formativo de cada um, e que conduzem ao estabelecimento de relação médico-paciente distinta. No caso dos médicos cubanos, foi relatado uma maior proximidade com os utentes. O comportamento interpessoal, no contexto da atenção primária é ainda mais relevante visto que é uma fonte de atenção continuada, para problemas de saúde

diversos⁵⁶. O fortalecimento desse vínculo também está associado a satisfação dos utentes, e adesão ao tratamento prescrito⁵⁷.

Com relação a troca de saberes e desenvolvimento de habilidades, a cooperação estabelecida entre Portugal e Cuba permite o intercâmbio de tecnologias e conhecimentos, na atividade médica diária e na participação em eventos científicos, o que significa o alcance da dimensão da educação na cooperação.

CONCLUSÕES

O recrutamento de médicos como medida para enfrentamento de sua escassez tem sido a estratégia cada vez mais utilizada pelos países com carência. Nesse sentido, análise de experiências pretéritas são importantes para a verificação de estratégias bem-sucedidas ou de encruzilhadas que devem ser evitadas.

No caso português, pode-se concluir que houve um desfecho positivo, uma vez que ampliou a quantidade de utentes com acesso aos serviços, e possibilitou também uma lacuna temporal para que o governo tomasse algumas medidas para mitigar o problema de escassez de médicos.

A dimensão de análise da experiência pelos médicos cubanos também foi positiva, especialmente no compartilhamento de novas tecnologias e conhecimentos na área da saúde.

Por ser tema constante na agenda de saúde internacional, estudos mais aprofundados devem ser empreendidos para possibilitar comparações de estratégias e novas avaliações.

Agradecimentos: Este artigo é parte de um projeto de pesquisa de doutorado apoiado pelo CAPES, por meio de Programa de Doutorado Sanduíche (PDSE processo nº 8881.132979/2016-01).

Colaboradores: SMCA foi responsável pela concepção do estudo e metodologia, recolha e análise dos dados, estruturação e escrita do artigo e revisão da redação em todas as versões incluindo a final; PLF e MCD

participaram na revisão da redação em todas as suas fases, incluindo a versão final.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* 2003; 1:1
2. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010;18 (3):102 - 09.
3. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health* 2006; v. 4:12.
4. Scheffer M, Biancarelli M, Cassenote A (coord.) *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. v. 1. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2011
5. Lopes LRS. *Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade [monografia]*. Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 2013.
6. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate* 2009; (44): 13-24.
7. Maciel Filho R. *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro [tese]*. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
8. Correia IM, Veiga P. (Má) distribuição de médicos em Portugal. XXXIII reunión de estudios regionales. León, Espanha: Asociación Española de Ciencia Regional, 2007.
9. Correia IM, Veiga P. Geographic distribution of physicians. Portugal. *Eur J Health Econ* 2010; 11:383–393.
10. Santana P, Peixoto H, Duarte N. *Demografia Médica em Portugal: Análise Prospetiva*. *Acta Med Port*. 2014; Mar-Apr;27(2):246-251
11. Universidade de Coimbra. Santana P (organizador). *Estudo de evolução prospectiva de médicos no Sistema Nacional de Saúde [relatório final]*. Portugal, 2013.

12. Organização Mundial da Saúde. Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Genebra: OMS; 2010.
13. Organização Mundial da Saúde. Estadísticas Sanitárias Mundiales. Genebra: OMS; 2012.
14. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/
15. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva:WHO; 2016.
16. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2017.
17. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2017.
18. Organização das Nações Unidas. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. 2015.
19. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA: base de dados Portugal contemporâneo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/M%C3%A9dicos+por+100+mil+habitantes-1926>
20. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(6):2841-2852.
21. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciência & Saúde Coletiva 2017; 22(3):701-711.
22. Oliveira APC. Acesso Geográfico aos Recursos Humanos em Saúde no Brasil e em Portugal: influência da evidência científica sobre as políticas [tese]. Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2017.
23. Martins J et al. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte II – Como estamos, onde estamos e como nos sentimos. Rev Port Clin Geral 2003; 19:627-35.
24. Portugal. Constituição da República Portuguesa.
25. Portugal e Cuba. Acordo de Cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e

- Administração Central dos Sistemas de Saúde do Ministério da Saúde da República Portuguesa. 2009.
26. Portugal e Cuba. II Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde da República Portuguesa. 2010.
27. Portugal e Cuba. III Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. do Ministério da Saúde da República Portuguesa. 2011.
28. Portugal e Cuba. IV Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. do Ministério da Saúde da República Portuguesa. 2014.
29. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto alegre: Bookman, 2005.
30. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
31. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problem and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research* 1981; 10: 141–163.
32. Handcock MS; Gile KJ. On the Concept of Snowball Sampling. *Sociological Methodology* 2011; 41(1).
33. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 de Julho de 2013. Seção 1, p. 1-3. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf>. Acesso em: 7 de Abr. de 2015.
34. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 de Outubro de 2013. Seção 1, p. 1-4. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>
35. Brasil. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
36. Alves SMC, Oliveira FP, Matos MFM, Santos LMP e Delduque MC. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(7):2223-2235.

37. Oliveira APC, Dussault G, Craveiro I. Challenges and strategies to improve the availability and geographic accessibility of physicians in Portugal. *Human Resources for Health* 2017; 15:24.
38. Oliveira APC, Dal Poz MR, Craveiro I, Gabriel M e Dussault G. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. *Cad. Saúde Pública*. 2018 vol.34, n.2.
39. Portugal. Administração Central do Sistema de Saúde. Avaliação dos médicos cubanos. IV Renovação do Acordo de Cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e ACSS, IP. do Ministério da Saúde da República Portuguesa. Lisboa: ACSS, 2015.
40. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(9):2749-2759.
41. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(9):2675-2684.
42. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(9):2685-2696.
43. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Gomes Y, Santos FOS, Santos W, Oliveira JPA, Pessoa VM, Shimizu HE. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ* 2017; Feb 1;95(2):103-112.
44. Gomes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, Arruda CAM, Santos LMP. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2729-2738.
- 45 Silva TRB, Vale e Silva J, Pontes AGV, Cunha ATR. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2861-2869.
46. Serviço Nacional de Saúde. Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: SNS, 2017.
47. Organização Mundial da Saúde. Código de Práticas Mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud 2010. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf

48. Expresso. Governo garante que médicos cubanos custam menos ao SNS. 20 agos 2014. Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/governo-garante-que-medicos-cubanos-custam-menos-ao-sns=f886453#gs.65jrvq>
49. CM Jornal. Cubanos só recebem 500 euros. 12 jan 2010. Disponível em <https://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/cubanos-so-recebem-500-euros>
50. Jornal Médico. Cooperação entre Portugal e Cuba: regras aplicadas a médicos violam direitos fundamentais (notícia actualizada). 04 set 2014. Disponível em: <http://jornalmedico.pt/mundo/29871-acordo-de-cooperacao-entre-portugal-e-cuba-regras-aplicadas-a-medicos-violam-direitos-fundamentais.html>
51. Público. Carga horária e salários de médicos cubanos "chocam" colegas portugueses. 4 out 2009. Disponível em: <https://www.publico.pt/2009/10/04/sociedade/noticia/carga-horaria-e-salarios-de-medicos-cubanos-chocam-colegas-portugueses-1403608>
52. Cuba. Ley nº 41. Ley de la Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba 1983; 13 jul.
53. Bernardini-Zambrini D, Barengo N, Bardach A, Hanna M, NúñezJM. ¿Migrar o no migrar? ¿Qué pasará con nuestra próxima generación de médicos? Estudio sobre causas y motivos en estudiantes avanzados de medicina en 11 universidades de Espana. *Aten Primaria* 2011; 43(5):222—226.
54. Blacklock C, Heneghan C, Mant D, and Ward AM. Effect of UK policy on medical migration: a time series analysis of physician registration data. *Human Resources for Health* 2012, 10:35.
55. Smith SD. The global workforce shortages and the migration of medical professions: the Australian policy response. *Australia and New Zealand Health Policy* 2008; 5:7.
56. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
57. Hall, J. A., Epstein, A. M., DeCiantis, M. L., & McNeil, B. J. Physicians' liking for their patients: More evidence for the role of affect in medical care. *Health Psychology* 1993; 12(2), 140-146.

5.3 ARTIGO 3

O terceiro artigo apresenta a comparação dos modelos de cooperação internacional adotados por Angola, Portugal e Brasil para o recrutamento de médicos cubanos, e os arranjos jurídico-político-institucionais utilizados pelos países para conferir efetividade à intervenção adotada.

Alves SMC, Delduque MC e Faria PL. Recrutamento de médicos cubanos: análise dos arranjos jurídico-políticos-institucionais realizados por Angola, Portugal e Brasil

RECRUTAMENTO DE MÉDICOS CUBANOS – análise dos arranjos jurídico-político-institucionais realizados por Angola, Portugal e Brasil

Sandra Mara Campos Alves
Maria Célia Delduque
Paula Lobato de Faria

INTRODUÇÃO

Prover recursos humanos em saúde (RHS), especialmente médicos, em quantidade adequada e distribuídos de forma equilibrada pelo território é um dos grandes desafios enfrentados pelos Estados, independente do modelo de sistema de saúde adotado, ou ainda de suas condições socioeconômicas. As evidências se acumulam ao longo dos anos ¹⁻¹¹.

A região das Américas, que contém apenas 10% da carga global de doenças, possui quase 37% de trabalhadores de saúde do mundo. A região da Europa apresenta situação semelhante no que corresponde aos RHS¹².

O Sudeste Asiático, que possui a maior concentração da carga mundial de doenças (29%), apresenta uma força de trabalho em saúde de 12%; seguido pela região Africana, com 24% da carga de doenças e 3% de RHS; e a região do Mediterrâneo Oriental com 9% da carga de doenças, e 3,5% de trabalhadores de saúde¹².

A região que apresenta um melhor equilíbrio nessa distribuição é o Pacífico Ocidental, com 18% da carga de doença, e 17% de RHS¹².

Na contramão da escassez, Cuba, possui densidade de 7,5 médicos por 1000 habitantes, e, há mais de 50 anos, atua na cooperação médica, fundada no princípio da ajuda humanitária¹³. O país se destaca com excelentes indicadores de saúde, resultantes de forte e continuado investimentos em RHS, e prestação de serviços de saúde para outros países. Tal contexto contrasta com o investimento estrangeiro direto e crescimento econômico limitados¹⁴.

Cuba possui ações de cooperação médica em mais de 60 países, distribuídos geograficamente na África Subsaariana (28 países); América (24

países); Ásia oriental e Pacífico (9 países); Oriente Médio e África Setentrional (2 países) e Europa Central e do Leste (1 país). A modalidade mais antiga de cooperação utilizada por Cuba é a assistência técnica compensada (ATC) em que parte da remuneração recebida pelo trabalho de cada profissional que vai servir nas missões no exterior é entregue a ele, e parte é investido no sistema de saúde cubano, além de auxiliar na sustentação de outras ações no âmbito da colaboração médica cubana¹³.

Angola, Portugal e Brasil, países lusófonos com características sócio-demográficas-epidemiológicas distintas, recrutaram médicos cubanos para suprimir seu déficit e ampliar o acesso da população a ações e serviços de saúde.

O artigo tem como objetivo conhecer e analisar os arranjos jurídico-institucionais utilizados por Angola, Brasil e Portugal, para a efetivação do recrutamento de médicos cubanos.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso múltiplo qualitativo-descritivo-analítico, com triangulação de dados a partir de coleta de informações em fontes múltiplas de evidência (documentos, entrevistas focadas e observação direta)¹⁵⁻¹⁶.

Foram consultados os documentos constantes na tabela 1.

Tabela 1 - Relação dos documentos consultados, por país.

PAÍS	DOCUMENTOS CONSULTADOS
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição ▪ Legislação sobre o SNS ▪ Acordo de cooperação (e suas 3 renovações) firmados entre Portugal e Cuba; ▪ Relatório de avaliação dos médicos cubano; ▪ Legislação sobre validação de diplomas de médicos estrangeiros
Angola	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição ▪ Legislação sobre o SNS ▪ Memorando de apoio à visita do Ministro da Saúde de Cuba à Angola (Gabinete do Ministro da Saúde de Angola); ▪ Proposta do Programa de Assistência Médica para fortalecer o SNS, particularmente a atenção primária ▪ Planilha de resumo da distribuição de médicos cubanos em Angola (Direção Nacional de RH/Minsa) ▪ Contrato de prestação de serviço de assistência técnica estrangeira no setor de saúde firmado entre Ministério da Saúde de Angola e Corporação Antex S/A ▪ Legislação sobre registro de médico na Ordem dos Médicos e reconhecimento de diplomas estrangeiros
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição ▪ Legislação do SUS ▪ Legislação sobre Programa Mais Médicos ▪ Termo de Cooperação firmado entre Brasil e OPS (e posteriores ajustes) ▪ Legislação sobre revalidação de diploma médicos estrangeiros
Cuba	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislação sobre sistema de saúde ▪ Anuários da Unidade Central de Cooperação Médica Cubana

As entrevistas focadas (100) foram realizadas no período de junho/2017 a outubro/2018, totalizando 30 entrevistas.

Os entrevistados foram classificados em 4 (quatro) distintos perfis de informantes, de modo a congregar uma maior variedade de visões, opiniões e representações sobre o tema: 1) gestores de saúde de nível central – responsáveis pela tomada de decisão e monitoramento das ações relacionadas ao processo de recrutamento de médicos cubanos (ministros, secretários, diretores e coordenadores do Ministério da Saúde); 2) técnicos – profissionais responsáveis pelo acompanhamento, implementação e fiscalização das atividades exercidas pelos médicos cubanos e/ou pelo acompanhamento do acordo de cooperação; 3) médicos cubanos – médicos cubanos que trabalharam nos países investigados (Brasil, Angola e Portugal), ao abrigo dos acordos de cooperação; 4) outros – informantes que foram referenciados na cadeia de

entrevistas e que não se encaixaram nas categorias anteriores (ex: representantes da Ordem dos Médicos, médicos angolanos e médico espanhol). (tabela 2)

Tabela 2 - Perfil dos entrevistados, por país

Perfil	País			n
	Portugal	Angola	Brasil	
Gestores de saúde de nível central	2	1	1	4
Técnicos responsáveis pela condução e/ou acompanhamento do processo de recrutamento de médicos cubanos	3	1	-	4
Médicos cubanos que trabalharam em Portugal; Brasil ou Angola, cobertos pelos acordos de cooperação	8	-	9	17
Outros	3	2	-	5
TOTAL GERAL	16	4	10	30

A composição desses grupos foi realizada a partir da amostragem bola de neve (*snowball*), um método de referência de cadeia, de natureza não probabilística, utilizada para alcançar grupo de difícil acesso¹⁷⁻¹⁸. As entrevistas, em cada subgrupo de informantes, foram encerradas quando se observou a repetição dos dados coletados¹⁸.

Os roteiros utilizados nas entrevistas foram distintos, respeitando a diversidade de respondentes e o conhecimento específico de cada um sobre o fenômeno analisado. As entrevistas foram realizadas no Brasil e em Portugal, presencialmente, e/ou por telefone, com o auxílio da chamada de voz do aplicativo WhatsApp.

O protocolo de realização da entrevista contemplava a gravação de áudio, porém, o registro não foi efetuado quando assim solicitado pelo informante.

Durante as entrevistas, foi realizada ainda a observação direta, de maneira informal, possibilitando avaliar as condições ambientais e os espaços físicos onde eram realizadas as atividades laborais dos entrevistados, a interação dos médicos com seus pacientes e reuniões de trabalho/formação, corroborando informações levantadas pelas outras fontes de dados.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Fiocruz Brasília (CAAE 58686316.7.0000.8027); na Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT de

Portugal (1724/CES/2018) e Comitê de Ética do Ministério da Saúde de Angola (nº 33/2017). O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi obtido por escrito, antes do início de cada entrevista.

Para orientar a análise, utilizou-se o referencial de Coutinho¹⁹ e Bucci e Coutinho²⁰, que compreende o direito como elemento dos arranjos institucionais necessários a dar suporte ao agir Estatal.

RESULTADOS

Angola, Portugal e Brasil, são três países lusófonos com características sócio-econômico-demográficas bem distintas, mas que se utilizam do recrutamento de médicos cubanos para compor seus recursos humanos em saúde (RHS). Para além das diferenças demográficas, constata-se que os países aqui comparados também apresentam estágios distintos de desenvolvimento quando observados o índice de desenvolvimento humano (IDH) e o coeficiente de GINI. (tabela 3)

Tabela 3: Tabela comparativa das características sócio-econômica-demográficas de Angola, Portugal e Brasil

	Angola	Portugal	Brasil
Área (km ²)	1.246.700	92.090	8.515.767,049
População (2017)	29,310,272	10,839,514	207,353,392
Ranking no IDH*	147º 0,581	41º 0,837	79º 0,748
Índice de GINI *	42,7	35,5	51,3
PIB (bilhões \$)**	192	311,3	3,219

Fonte: elaborado com base nas referências 21* e 22**

No campo da saúde, as diferenças entre os três países também são acentuadas (tabela 4).

Tabela 4 - Aspectos comparativos de condições de saúde de Brasil, Portugal, Angola e Cuba

Países	Tx de mortalidade materna (por 100.000)	Tx mortalidade de menores de 5 anos (por 1000)	Médicos por 1000 habitantes
Brasil	44	15,1	1,9
Portugal	10	3,5	4,4
Angola	477	82,5	0,1

Fonte: elaborado com base na referência 23

Os acordos celebrados com Cuba, pelos países em análise, apresentam características distintas, ajustados as peculiaridades de cada país. (tabela 5)

Tabela 5 - Informações sobre a cooperação cubana na área da saúde com Angola, Portugal e Brasil, para a vinda de médicos cubanos

	Angola	Portugal	Brasil
Data da cooperação com Cuba	Desde 29/07/1976	Desde 13/06/2009	Desde 22/08/2013
Objetivo da cooperação	Cooperação econômica e técnica-científica	Prover serviços médicos em zonas geográficas carenciadas	Participação dos médicos cubanos no PMMPB
Modalidade de cooperação	ATC	ATC	Triangulação BRASIL – OPS- CUBA
Nº de médicos cubanos nos países recrutadores (2017)*	1285	17	8730

Fonte: elaborado com base na referência 24

Cooperação Médica Angola – Cuba

A Constituição Angolana, promulgada em 2010, dispõe em seu artigo 21, que é tarefa do Estado angolano “promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde”²⁵. A independência de Angola em 1975, e a longa guerra civil, que se estendeu até o ano de 2002, foram responsáveis pelo êxodo massivo de profissionais portugueses e angolanos, das mais diversas áreas, em busca de paz.

Data de 1976 o Acordo de Cooperação Econômica e Técnico-Científico firmado entre Angola e Cuba, e sucessivos protocolos que regem a cooperação entre os países. A cooperação teve como objetivo a vinda de profissionais cubanos para atuar no Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ensino Superior; Serviços de Saúde Militares e Serviços do Ministério do Interior²⁶.

Para o sistema de saúde público de Angola, foram firmados contratos de prestação de serviço de assistência técnica estrangeira entre o Ministério da Saúde Angolano (MINSa) e a Corporação Antex S.A., sociedade mercantil de capital cubano que tem a sua disposição RHC para prestação de serviço na área da saúde.

No período de 2010-2014, foram atendidos pelos profissionais cubanos uma média de 250.000 utentes e realizadas 7.000 cirurgias, entre eletivas e de urgência²⁶.

Dados do MINSa de Angola de 2015 atestaram 1606 colaboradores cubanos na área da saúde, atuando especialmente em hospitais públicos, nos serviços municipais de saúde, no combate aos vetores e na saúde mental. Desse total, 899 são médicos²⁶.

Com relação as ações de atenção primária, segundo o MINSa, a cooperação com Cuba propiciou a melhoria no funcionamento e organização dos serviços, capacitação dos técnicos e melhoria nos indicadores de saúde pública. A assistência médica em unidades sanitárias de periferia e a realização de atividades por meio de equipes móveis garantiram assistência em saúde às populações de difícil acesso²⁶.

No período de 2013-2015, foram realizados, pelas equipes móveis, atendimentos de saúde nas 18 províncias de Angola, notadamente nas aldeias rurais. No ano de 2013, 647 aldeias atendidas pelas equipes móveis; em 2014, 2.293 aldeias; e, em 2015, 472 aldeias²⁶.

A cooperação entre os dois países, no campo da saúde, também abrange o apoio a formação especializada, especialmente na abertura de novas escolas médicas em Angola, e na formação de internos nas especialidades médicas. O MINSa estima que no período de 2015-2019, 2159 novos profissionais médicos estejam formados, apenas nas Faculdade de Medicina das províncias de Huambo, Cabinda, Huíla, Benguela e Malange, criadas a partir de 2008²⁶.

Também foi relatado o envio de cerca de 1000 estudantes angolanos para formação em medicina em Cuba²⁶. Em 2018 foram identificados 468 médicos cubanos, distribuídos em 38 especialidades, sendo 10 na área de medicina geral integral (MGI)²⁶.

Independente do vínculo registrado, qualquer profissional estrangeiro que venha exercer a medicina em Angola, precisa obter o registro junto a Ordem dos Médicos. Nesse sentido é o Regulamento Geral da Ordem dos Médicos de Angola²⁷, que condiciona o exercício da medicina a inscrição do profissional no conselho de classe. O Regulamento trata de 4 (quatro) modelos de inscrição: 1) médico angolano com licenciatura angolana; 2) médico angolano com licenciatura no exterior; 3) médico estrangeiro com residência e 4) médico estrangeiro residente temporariamente em Angola por contrato.

No caso das duas últimas situações, é exigido, pela Ordem dos Médicos, o Certificado de reconhecimento ou equivalência do Diploma ou Certificado de licenciatura expedido pela Universidade Agostinho Neto²⁷.

No caso dos médicos cubanos que estão em Angola ao abrigo do acordo de cooperação, foi informado pelos entrevistados que estes submetem a documentação ao MINSA, que oferece ou não objeção. Não foram obtidas informações sobre o processo de inscrição desses profissionais na Ordem dos Médicos em Angola.

Com relação as obrigações do estado Angolano, este é responsável por garantir aos profissionais cubanos alojamentos mobiliados e climatizados, com internet; assumindo também os custos com os serviços de água, eletricidade e combustível de uso doméstico. A manutenção dos imóveis, móveis e eletrodomésticos e a garantia do fornecimento de água e energia no caso de paralisação ou interrupção dos serviços, também é obrigação do Estado angolano.

Em 2015, o valor do salário do médico cubano, independente da especialidade, era de 5.000,00 USD, pagos à Corporação Antex S.A, por transferência bancária. O médico cubano recebe um valor para as despesas em território angolano que não corresponde a integralidade do que é pactuado no Acordo. Não se teve acesso ao valor/ajuda de custo recebido pelo médico cubano em Angola.

Cooperação Médica Portugal-Cuba

A Constituição da República Portuguesa dispõe que todos têm direito à proteção da saúde, realizado por meio de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral. Dispõe ainda que cabe ao estado português, de forma prioritária, garantir uma cobertura racional e eficiente de recursos humanos em saúde²⁸. O SNS é assentado nos cuidados de saúde primários.

Portugal apresenta carência crônica de médicos, especialmente aqueles com especialidade em medicina geral e familiar (MGF) ²⁹⁻³², além de assimetria geográfica na distribuição desses profissionais ^{33; 8-9}.

Fato agravante da escassez de médicos é o envelhecimento dessa classe profissional. De um total de 43.247 médicos habilitados a exercer a medicina em Portugal em 2011, 54% tem mais de 50 anos, sendo que 30% estão no intervalo etário de 50 – 59 anos¹⁰. A previsão é que até o ano de 2025, um terço do efetivo desses profissionais em idade ativa atinja setenta anos de idade, iniciando o processo de aposentadoria¹¹.

O Acordo de Cooperação Portugal – Cuba foi celebrado em 13 de junho de 2009, com o objetivo de contratar serviços médicos para prover cuidados de saúde, na área da atenção primária, para as zonas carenciadas, nomeadamente Algarve e Alentejo, e promover melhor acesso da população aos cuidados de saúde. Foram feitas renovações em 2010, 2011 e 2014³⁴⁻³⁷.

A época do estabelecimento do acordo de cooperação com Cuba, era Primeiro-Ministro de Portugal o Sr. José Sócrates, integrante do Partido Socialista.

O Acordo estabeleceu requisitos mínimos para a recepção dos médicos cubanos pelo Sistema Nacional de Saúde de Portugal (SNS): médicos com especialidade em medicina geral e familiar (MGF), 10 anos de experiência profissional, 5 anos de experiência profissional no exterior e domínio da língua portuguesa. Em 2014, foi dispensado o requisito de experiência profissional no exterior e reduzido o tempo de experiência profissional para 5 anos.

Para viabilizar a inscrição dos médicos cubanos na Ordem dos Médicos, o governo enviou à Cuba, para avaliação prévia dos interessados, uma comissão composta por representantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Ordem dos Médicos que aplicaram testes de medicina redigidos em

língua portuguesa, de modo a avaliar a capacidade clínica e o domínio da língua. Os candidatados considerados aptos tiveram a equivalência do seu diploma reconhecido, e ao chegarem em Portugal, puderam se registrar na Ordem dos Médicos. Não foi reconhecida a especialidade de MGF exigida no acordo. Os médicos cubanos se registraram na condição de médicos indiferenciados (sem especialidade).

O governo cubano preparou seus médicos previamente com a oferta de aulas de português e perfil epidemiológico português, e demais conhecimentos de medicina (espécie de revisão com a presença de especialistas cubanos na função de professores).

Ao longo dos anos houve ampliação geográfica da área de atuação dos médicos cubanos em Portugal, atingindo 4 administrações regionais de saúde (ARS), de um total de 5. Foram identificados médicos cubanos nas ARSs de a) Lisboa e Vale do Tejo; b) Alentejo; c) Centro e; d) Algarve.

Foi informado pelos entrevistados que inexistiu avaliação específica sobre impactos nas condições de saúde dos utentes sob os cuidados dos médicos cubanos.

Avaliação conduzida pela Administração Central do Sistema de Saúde português (ACSS)³⁸, em 2015, concluiu que:

Acordo teve um impacto positivo e benéfico [...], pois aumentou a acessibilidade aos serviços, diminuiu o número de utentes sem médico de família e possibilitou o aumento de iniciativas em relação à adoção de programas de promoção da saúde.

No geral, a competência técnica dos médicos cubanos foi considerada boa, assim como a competência comportamental na interação destes médicos com os utentes [...]

Consideram que a manutenção deste Acordo é benéfica [...] pois sem estes médicos a situação [...] piorará em termos de sustentabilidade e estes médicos permitem melhorar o acesso à prestação por parte dos utentes mais carenciados pois há falta de recursos humanos na carreira de MGF e este protocolo responde à continuidade da missão de cuidados de saúde [...] Contudo consideram estas soluções precárias e transitórias visto só resolverem as situações temporariamente.

Em 2014, foi inserida cláusula que determinava que os médicos cubanos só poderiam exercer atividades em Portugal enquanto vigente o acordo.

Sobre as obrigações assumidas pelo Estado português para execução durante a vigência do Acordo, tem-se: obrigação de fornecer alojamento;

transporte e/ou ajuda de custo para o exercício das atividades quando esta for realizada em local afastado ou distinto da sede; assegurar pagamento de transporte aéreo durante o período de férias (ida-volta Cuba); e início e fim da missão; subsídio de alimentação; pagamento da anuidade referente a inscrição na Ordem dos Médicos. Aos médicos cubanos foi garantido acesso ao SNS em condições de igualdade e condições aos nacionais.

Segundo os entrevistados, ao longo das renovações, foram feitos ajustes nas obrigações com o objetivo de garantir aos médicos cubanos, igualdade de direitos em relação aos demais profissionais, em situações semelhantes.

Em 2014, data da última renovação, o valor por médico cubano era de 4.230,00 euros. Esse valor não era pago diretamente ao profissional. Segundo entrevistados, os médicos cubanos recebiam o valor de 500 euros, e suas famílias, em Cuba, recebiam o valor integral de sua remuneração nos serviços cubanos, como se lá estivessem trabalhando.

Trimestralmente, o governo português era responsável por realizar depósito bancário dos valores devidos em conta bancária indicada pelos Serviços Médicos Cubanos.

Houve grande manifestação das entidades médicas contrárias a vinda de médicos cubanos para Portugal, e questionamentos sobre os valores efetivamente recebidos pelos médicos cubanos.

Cooperação Médica Brasil-Cuba

No Brasil, a saúde é reconhecida como direito social pela Constituição Federal de 1988, e garantido mediante políticas sociais e econômicas. As ações e serviços públicos de saúde são organizados em uma rede regionalidade e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária é a principal porta de entrada e ordenadora das ações e serviços do SUS. A formação de recursos humanos na área da saúde está dentro das atribuições constitucionais do SUS.

A carência de médicos é uma das principais queixas da população quando o assunto é acesso às ações e serviços no âmbito do SUS. A falta de médicos foi considerada o principal problema do SUS³⁹.

Em 2013, o Estado brasileiro, com a intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), recrutou médicos cubanos para preencher vagas ociosas de projeto voltado a provimento emergencial de médicos para áreas prioritárias do SUS, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)⁴⁰. Os cubanos são chamados de médicos cooperados porque são recrutados mediante cooperação técnica estabelecida entre Brasil-OPS/OMS-Cuba.

O PMMB e o acordo de cooperação foram estabelecidos durante o governo da Presidente Dilma Rouseff, do Partido dos Trabalhadores.

Os critérios estabeleciam que o médico cubano fosse especialista em medicina geral integral, possuísse 10 anos de experiência profissional, e mínimo dois anos de trabalho em outro país. Também foi exigido o conhecimento básico da língua portuguesa.

Os critérios de eleição das áreas prioritárias para provimento emergencial de médicos foram quatro: (1) municípios com 20% ou mais da população vivendo em condição de alta vulnerabilidade social; (2) periferias das capitais e regiões metropolitanas; (3) municípios com mais de 80 mil habitantes que apresentam os mais baixos níveis de receita pública per capita do país e (4) 25 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)⁴¹.

O PMMB foi concebido na modalidade de ensino-serviço. O médico-bolsista é assistido por um médico supervisor e tutor acadêmico inserido em um processo de formação. Ao final do percurso, recebe um título de especialização *lato sensu*.

O primeiro módulo, realizado antes dos médicos se dirigirem às suas localidades, tem duração de 4 semanas, com conteúdo sobre legislação do SUS; funcionamento e atribuições do SUS, especialmente AP; protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo MS; língua portuguesa; e código de ética médica. Apenas os profissionais com aproveitamento são encaminhados para as áreas onde atuarão.

Não há vínculo empregatício entre o médico cubano e o Estado brasileiro e/ou OPS/OMS. O pagamento é realizado na modalidade de bolsa formação. Em 2016, o valor da bolsa era de valor mensal de R\$ 10.570,88 (dez mil quinhentos e setenta reais e oitenta e oito centavos). O governo cubano repassava ao médico o valor de referente a 1.100 dólares.

Lei⁴¹ que instituiu o Programa Mais Médicos dispensou a necessidade do registro prévio do diploma e da inscrição no conselho profissional. O Ministério da Saúde, por meio da coordenação do Projeto, emite registro, chamado Registro Único do Ministério da Saúde (RMS) e respectiva carteira de identificação para os médicos atuantes no PMMB, que os habilita para o exercício da medicina exclusivamente no âmbito do Projeto. Os médicos são sujeitos a fiscalização dos conselhos de medicina.

Com relação as obrigações assumidas com a assinatura do Termo de Cooperação Técnica entre Brasil e OPS/OMS, foram identificados 12 termos de ajustes, no período 2013-2018, com o estabelecimento de obrigações para Brasil e OPS/OMS. Coube ao Brasil, entre outras, garantir os documentos migratórios e demais necessários a permanência do médico durante o Programa; garantir aperfeiçoamento por meio de curso de especialização; transporte internacional dos médicos participantes, inclusive por ocasião de gozo do recesso; deslocamento dos médicos cubanos no território nacional; recesso de 30 dias sem prejuízo do recebimento da bolsa; garantia de atenção à saúde e segurança. Coube à OPS/OMS: avaliar a seleção dos médicos aptos a participar do PMMB observando os seguintes critérios: médico com diploma expedido por instituição de educação superior; habilitação para o exercício da medicina em país com relação estatística médico-habitante igual ou superior a 1,8/1000; declaração de regularidade no conselho de classe do país onde o médico estiver habilitado para exercer a medicina; declaração de conhecimento da língua portuguesa; declaração de “nada consta” na esfera criminal, emitida pelo país em que está habilitado para o exercício da medicina; contratar seguro de vida para os médicos cooperados; e comprovar recolhimento de cobertura securitária e seguridade social dos médicos participantes.

Foi relatado pelos entrevistados que houve preparo prévio do governo cubano para a missão no Brasil, especialmente no ensino da língua portuguesa e apresentação do perfil epidemiológico do Brasil, diversidade cultural, e outros temas.

Diversas entidades médicas brasileiras se posicionaram contrárias à vinda dos médicos cubanos, e foram observados vários questionamentos, inclusive judiciais, sobre a constitucionalidade do Programa Mais Médicos. O

órgão máximo do Poder Judiciário, Supremo Tribunal Federal, reconheceu a constitucionalidade do Programa.

DISCUSSÃO

Ao analisar os três casos de cooperação com Cuba voltados ao recrutamento de médicos para atender áreas vulneráveis, observa-se que apesar dos países apresentarem contexto semelhante de escassez de médicos e/ou vazios assistenciais, foram observados arranjos distintos para a solução de tais questões. Contudo, os resultados demonstraram que esses arranjos não se restringiram a esfera jurídico-institucional, sendo também observados arranjos políticos.

O principal componente político do arranjo foi a escolha de Cuba como país de origem dos médicos recrutados, por meio das relações diplomáticas favorecidas por contextos político-partidários. Enquanto Angola, desde sua independência, tem em Cuba um forte aliado político, nos casos de Portugal e Brasil, observou-se janela de oportunidade diplomática favorecida pela presença de governos de esquerda na esfera federal, fortalecendo as relações bilaterais entre os países estudados.

Com relação as modalidades de arranjos perpetrados, enquanto Portugal e Angola elegeram firmar acordo de cooperação diretamente com Cuba, o Brasil optou por estabelecer cooperação técnica com a OPS/OMS, para o atingimento dos objetivos pactuados, dada as dimensões da contratação, que mobilizaram quantidade considerável de recursos humanos e financeiros.

Molina, Tasca e Suárez⁴² ao analisarem a cooperação firmada entre OPS/OMS e Brasil para o PMM destacam o caráter inovador, e a complexidade do processo de recrutamento, preparação e coordenação das ações, destacando a sinergia entre os atores e o compartilhamento de responsabilidades em determinados momentos, e a responsabilidade quase que integral da OPS/OMS em outros momentos, como no caso da mobilização e alocação dos médicos; e a administração dos recursos financeiros.

Outros autores, na mesma linha, reconhecem a triangulação Brasil – OPS/OMS-Cuba como inovadora no aspecto da cooperação internacional e fundamental para o sucesso da iniciativa^{13; 43; 44}.

Ainda no contexto das cooperações firmadas, enquanto Cuba e Angola optaram pela cooperação na dimensão da prestação de serviços médicos, nos moldes da assistência técnica compensada¹³; o Brasil elegeu a dimensão ensino-serviço, propiciando aos médicos cubanos que ingressaram no Programa Mais Médicos formação na modalidade de especialização *lato sensu*, ofertada por instituição pública brasileira, permitindo o ganho e de compartilhamento de experiências.

Destaca-se nessa análise, o modelo estabelecido pelo governo brasileiro que só permitiu o ingresso dos médicos cubanos nas áreas de atuação após um processo de 4 semanas de estudo sobre o SUS e a língua portuguesa, e que deveria ser continuado até a obtenção da formação completa, com grau de especialização. Tal iniciativa, que diferiu do ocorrido em Portugal e Angola, permitiu estabelecer uma parametrização nos conhecimentos e protocolos de ações utilizados pelos médicos cubanos. No caso português, foi relatado pelos entrevistados o treinamento restrito aos programas de computadores necessários ao registro das atividades médicas realizadas, mas foi observada a possibilidade de participarem de capacitações e/ou processos de formação em condição de igualdade com os portugueses.

Em uma análise alargada, essas práticas de incentivo e desenvolvimento profissional dos médicos recrutados converge com o que é recomendado pela OMS, no âmbito do Código de Práticas Mundiais sobre recrutamento de RHS.

Ainda no âmbito das recomendações estabelecidas pelo referido Código da OMS, o estudo demonstra ser possível o estabelecimento de recrutamento de médicos não predatório, na medida em que os países recrutadores observam a densidade médico/habitante. Cuba, que apresenta essa densidade em números bem superiores aos dos países recrutadores (tabela 4), não sofre reveses em seu sistema de saúde com a migração temporária dessa força de trabalho.

Arranjos também foram observados no que concerne ao exercício da medicina pelos médicos estrangeiros. Apesar dos países investigados possuírem legislação específica sobre validação e reconhecimento de cursos de medicina realizados no exterior, os 3 países optaram pela adoção de medidas específicas - mais ou menos flexíveis - que facilitaram esse processo. Especialmente no caso brasileiro, em que havia uma grande resistência da

classe médica ao recrutamento dos profissionais cubanos, e sendo ela, a responsável pela emissão do registro médico, por meio dos conselhos de medicina, demonstra que o arranjo jurídico-institucional que instituiu legalmente a exceção ao processo de revalidação do diploma⁴¹ foi a saída encontrada para superar esse obstáculo.

No caso português, um menor número de médicos recrutados permitiu ação distinta, e que não implicou alteração da legislação nacional sobre o tema, o que também demonstrou maior habilidade política do governo para negociar com a classe médica. Ausência de dados sobre Angola prejudica a análise desse contexto.

Ponto que se revelou bastante polêmico no estudo foi o pagamento aos médicos cubanos. Nenhum dos países estudados efetua o pagamento direto do salário/ bolsa aos médicos cubanos. Eles recebem apenas uma ajuda de custo para as despesas no país onde estão exercendo suas atividades.

Em que pesem as críticas a respeito do tema, importante destacar que os médicos cubanos que atuam nas missões médicas não são obrigados a participar; sua negativa não acarreta nenhum tipo de sanção; e, quando aceitam, sabem previamente das condições de trabalho e remuneração.

Outro aspecto a ser considerado é que os médicos cubanos, ao atuarem nas missões internacionais, tem apoio estruturado do governo cubano durante o período que estão no exterior; continuam a receber o salário regular do governo cubano, acrescido de um valor mensal por estarem em missão; e ao retornarem, tem possibilidade de ascensão e progressão na carreira¹⁴.

Nesse sentido, destaca-se o aspecto da solidariedade médica cubana que é observado não apenas quando esses profissionais se deslocam para atuar em locais muitas vezes inóspitos, mas também pela compreensão de seu papel na ajuda econômica ao país natal, que sofre com restrições econômicas há quase meio século. É por meio do internacionalismo médico que Cuba auferiu benefícios financeiros e políticos diretos e/ou ganhos em acordos bilaterais¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O recrutamento de médicos cubanos, por meio de acordos bilaterais, apresenta condições distintas, conforme as nações participantes. O êxito dessas

iniciativas depende não apenas da quantidade e qualidade de RHS empregados. A análise empreendida demonstrou que a adoção de arranjos políticos-jurídicos-institucionais variados se mostrou necessário à implementação e coordenação dessas ações dentro da engrenagem estatal, evitando o esvaziamento da ação de recrutamento em si.

Estudos complementares devem ser empreendidos para acompanhar e avaliar a presença de outros arranjos no contexto de recrutamento de médicos estrangeiros, visto ser tema caro ao direito sanitário internacional.

REFERÊNCIAS

1. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health*. 2003;1(1).
2. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010;18(3):102-9. [internet]; [acesso em 01 mai 2015]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x/full>.
3. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4:12. [internet]; [acesso em 01 mai 2015]. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>.
4. Scheffer M, Biancarelli M, Cassenote A, coordenador. *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. v1. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2011.
5. Lopes LRS. *Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade*. Rio de Janeiro. Monografia [Graduação]. Escola Superior de Guerra; 2013.
6. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009; (44):13-24.
7. Maciel Filho R. *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado]. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
8. Correia IM, Veiga P. (Má) distribuição de médicos em Portugal. In: XXXIII reunión de estudios regionales 2007. León, Espanha: Asociación Española de Ciencia Regional; 2007.

9. Correia IM, Veiga P. Geographic distribution of physicians in Portugal. *Eur J Health Econ.* 2010;11:383–93.
10. Santana P, Peixoto H, Duarte N. Demografia médica em Portugal: análise prospetiva. *Acta Med Port.* 2014 Mar-Apr; 27(2):246-51.
11. Universidade de Coimbra. Estudo de evolução prospetiva de médicos no Sistema Nacional de Saúde. Santana P, organizador. Relatório final. Portugal; 2013.
12. World Health Organization. World health statistics 2006. Geneva: WHO; 2006. [internet]; [acesso em 17 mai 2015]. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2006_errata/errata.pdf?ua=1.
13. Alves SMC, Oliveira FP, Matos MFM, Santos LMP, Delduque MC. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciêns Saúde Colet.* 2017;22(7):2223-35, 2017. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2223.pdf>.
14. Huish R. Why Does Cuba ‘Care’ So Much? Understanding the Epistemology of Solidarity in Global Health Outreach. *Public Health Ethics.* 2014; Volume 7, Issue 3, November 2014, Pages 261–276.
15. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto alegre: Bookman; 2005.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1996.
17. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problem and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res.*1981;10:141-63.
18. Handcock MS, Gile KJ. On the concept of snowball sampling. *Sociological Methodology* Aug 2011;41(1). [internet]; [acesso em 15 mai 2016]. Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/1108.0301.pdf>.
19. Coutinho DR. O direito nas políticas públicas. In: Marques E, Faria CAP, organizadores. A política pública como campo multidisciplinar. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p.181-200.
20. Bucci MPD, Coutinho DR. Arranjos jurídico-institucionais da política de inovação tecnológica: uma análise baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: Coutinho DR, Foss MC, Mouallem PSB, organizadores. Inovação no Brasil: avanços e desafios jurídicos e institucionais. São Paulo: Blucher; 2017. p.313-39.

21. United Nations Development Programme. Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update. Nova York:UNDP; 2018. [internet]; [acesso em 27 nov 2018]. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf
22. Index Mundi. Comparação entre países: produto interno bruto (PIB). [internet]; [acesso em 28 mai 2018]. Disponível em: <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=65&l=pt>
23. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2017. [internet]; [acesso em 16 mai 2015]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.
24. Cuba. Unidad Central de Cooperación Médica. Anuário 2017. La Habana; 2017.
25. Angola. Constituição da República de Angola. Diário da República 05 fev 2010.
26. Ministério da Saúde (Angola). Memorando de apoio à Visita de Sua Excelência Senhor Ministro da Saúde a Cuba (20-24 abr 2015). Angola; 2015. 24p.
27. Ordem dos Médicos de Angola. Estatuto. [internet]; [acesso em 10 mai 2018]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/48358-Estatuto-da-ordem-dos-medicos-de-angola.html>
28. Portugal. Constituição da República Portuguesa. [internet]; [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.
29. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(6):2841-52.
30. Biscaia AR, Heleno LCV. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(3):701-11.
31. Oliveira APC. Acesso geográfico aos recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: influência da evidência científica sobre as políticas. Tese [Doutorado]. Instituto de Higiene e Medicina Topical da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa; 2017.

32. Martins J et al. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte II – como estamos, onde estamos e como nos sentimos. Rev Port Clin Geral. 2003;19:627-35.
33. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas de Saúde 2014. Portugal; 2016. [internet]; [acesso em 15 mai 2016]. Disponível em: www.ine.pt.
34. Acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central dos Sistemas de Saúde do Ministério da Saúde da República Portuguesa; 2009.
35. II Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde da República Portuguesa; 2010.
36. III Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde. IP do Ministério da Saúde da República Portuguesa; 2011.
37. IV Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde. IP do Ministério da Saúde da República Portuguesa; 2014.
38. Portugal. Administração Central do Sistema de Saúde. Avaliação dos médicos cubanos. IV Renovação do Acordo de Cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e ACSS, IP. do Ministério da Saúde da República Portuguesa. Lisboa: ACSS, 2015.
39. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de indicadores de percepção social: saúde. Brasília: IPEA; 2011.
40. 3º Termo de Ajuste ao 80 Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto Ampliação do acesso da população brasileira à atenção básica em saúde, que entre si celebram o Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. 2013. [internet]; [acesso em 15 agosto 2015]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/06/3%20TA.pdf>
41. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 out 2013; Seção 1:1-4. [internet]; [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>.

42. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2925-2933.

43. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

44. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto “Mais Médicos para Brasil»: nueva modalidad de colaboración cubana en el exterior. *Rev EDUMECENTRO* 2015; 7(1):171-177.

6 CONCLUSÕES

O direito à saúde vem, ao longo do tempo, alcançando *status* cada vez mais relevante nos estatutos jurídicos nacionais e internacionais, sendo compreendido como uma dimensão indissociável do próprio direito humano à vida. E, como um produto de construção histórica, se modifica e se fortalece a partir das transformações observadas nas sociedades, e do próprio processo de reivindicação.

A efetivação do direito à saúde no panorama atual, como bem afirma Bobbio⁷⁹, está diretamente relacionada ao padrão de desenvolvimento mundial, reproduzindo suas iniquidades e desafios, que, nesse contexto, se apresentam como constrangimentos e obstáculos à sua realização. A dificuldade de acesso da população aos serviços médicos, por conta de sua escassez, se insere nesse panorama de não efetividade do direito à saúde, e que deve ser enfrentado pelos estados.

O recrutamento dos médicos cubanos realizado por Angola, Portugal e Brasil por meio de cooperação médica com Cuba se configura como importante intervenção estatal com vistas a propiciar a realização das obrigações de saúde desses estados, que apresentavam número insuficiente de médicos, especialmente na área da atenção primária, em regiões mais carenciadas e/ou vulneráveis.

O tema do recrutamento de RHS é bastante controverso, pois, no geral, o que se observa é o agravamento dessa escassez e da situação de saúde de nações que sofrem com esse déficit, e ainda assim, tem seus recursos humanos drenados por nações mais desenvolvidas, que ofertam melhores condições de trabalho e muitas vezes, de vida.

Nos casos analisados, Angola, Portugal e Brasil demonstraram ser possível realizar recrutamento de médicos respeitando os limites jurídicos e éticos desse processo, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde em seu Código de recrutamento internacional de RHS. Especialmente quando se elege país com alta densidade médico/paciente como partícipe do processo de recrutamento.

As estratégias de recrutamento perpetradas possibilitaram ganho para as nações envolvidas no processo, em variados aspectos: melhoria da situação de saúde, ampliação do número de pessoas com atendimento médico, troca de saberes, e para Cuba, benefícios financeiros e políticos diretos e indiretos.

A escolha pelos médicos cubanos, em que pese ter sido observada uma forte dimensão política nesse aspecto, nos 3 casos analisados, mostrou-se acertada, pois esses profissionais são especialmente forjados para atuar nesse tipo de missão, em que a solidariedade é o componente principal, mostrando-se colaborativos e verdadeiramente implicados com o resultado final da intervenção.

A formação médica em Cuba é a responsável pela concepção desse profissional mais voltados aos aspectos da promoção e prevenção, que se difere das escolas médicas tradicionais, que enfatizam o paradigma biomédico. Como resultado, nos processos de recrutamento, os médicos cubanos alcançaram a aprovação dos utentes, sendo especialmente referenciado o estabelecimento do vínculo médico-paciente.

Cuba, sabidamente uma nação pobre que sofre reveses econômicos por conta do regime político adotado investiu na formação de seus RHS e hoje esses profissionais são também uma espécie de capital não apenas financeiro, mas também político. Afinal, enviar médicos cubanos para locais que os nacionais não querem atuar, é uma forma de fazer oposição aos sistemas políticos dominantes, pois são os médicos cubanos que efetivamente estão a prestar cuidados às comunidades que foram preteridas pelas estruturas tradicionais.

Essa oposição política que a presença de médicos cubanos remete pode ser uma faca de dois gumes, pois também causa reação contrária de atores que podem ter papel determinante nesse contexto.

Foi observada em Portugal e no Brasil, forte movimentação da classe médica contrária à vinda dos cubanos, com discurso de baixa qualidade na formação, não compreensão dos aspectos epidemiológicos, barreira linguística, a falta de liberdade do médico cubano, em diversos aspectos, especialmente no financeiro e no direito de ir e vir.

Contudo, há de se compreender que o médico cubano é forjado em realidade política, social e cultural distinta. Sendo, o aspecto da solidariedade, componente importante na sua atuação profissional, e no seu papel enquanto

cidadão, corresponsável pela manutenção das políticas públicas ofertadas por Cuba por meio do seu trabalho.

Um outro aspecto que é importante considerar é que a ação de recrutamento de médicos estrangeiros por si só, não teria a eficácia pretendida se não fossem realizados os arranjos jurídico-político-institucional que propiciaram exequibilidade a proposta. Tal observação não se restringe apenas do ponto de vista de harmonização com a legislação nacional dos países envolvidos, mas a todo o processo que se mostra complexo e sujeito a variáveis políticas.

O estudo apontou para uma necessidade de discussão e formulação de uma política de recursos humanos para a saúde que considere os variados aspectos que estão envolvidos nas ações de provimento e retenção de médicos em áreas remotas e/ou vulneráveis. Muito se fala no componente financeiro, mas a experiência e a literatura demonstram não ser esse o aspecto determinante por si só. Fatores pessoais, profissionais e contextuais influenciam o processo de escolha do médico pela especialidade que vai seguir, e localidade em que vai atuar.

Os exemplos de Portugal e do Brasil demonstram que apesar dos salários e benefícios ofertados pelos países, várias áreas, após a partida dos médicos cubanos, continuam desassistidas.

A Organização das Nações Unidas (ONU) não só reconhece a saúde como indispensável à realização de vários outros direitos humanos, como prevê a intervenção estatal para a sua plena realização. E, a cooperação internacional é vista como um importante mecanismo que pode propiciar o cumprimento das obrigações de saúde.

Nesse contexto, é que espera ter esse estudo contribuído para a análise de experiências de cooperação médica internacional com vistas a garantia do direito à saúde. Sugere-se, entretanto, que outras pesquisas sejam realizadas para aprofundar e prosseguir no tema, pois a demonstração de êxito em ações de recrutamento que respeitem os limites éticos e legais dos países envolvidos, pode favorecer a sua utilização como medida intermediária até o alcance de uma solução mais definitiva e autossuficiente dos países que apresentam déficit de RHS.

REFERÊNCIAS

1. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health*. 2003;1(1).
2. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010;18(3):102-9. [internet]; [acesso em 01 mai 2015]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x/full>.
3. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4:12. [internet]; [acesso em 01 mai 2015]. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>.
4. Scheffer M, Biancarelli M, Cassenote A, coordenador. *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. v1. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2011.
5. Lopes LRS. *Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade*. Rio de Janeiro. Monografia [Graduação]. Escola Superior de Guerra; 2013.
6. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009; (44):13-24.
7. Maciel Filho R. *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado]. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
8. Correia IM, Veiga P. (Má) distribuição de médicos em Portugal. In: XXXIII reunión de estudios regionales 2007. León, Espanha: Asociación Española de Ciencia Regional; 2007.
9. Correia IM, Veiga P. Geographic distribution of physicians in Portugal. *Eur J Health Econ*. 2010;11:383–93.
10. Santana P, Peixoto H, Duarte N. *Demografia médica em Portugal: análise prospetiva*. *Acta Med Port*. 2014 Mar-Apr; 27(2):246-51.
11. Universidade de Coimbra. *Estudo de evolução prospetiva de médicos no Sistema Nacional de Saúde*. Santana P, organizador. Relatório final. Portugal; 2013.

12. Organização Mundial da Saúde. Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Genebra: OMS; 2010. [internet]; [acesso em 13 jun 2015]. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/OMS_Analise_RHS_PALOP.pdf?ua=1.
13. Organização Mundial da Saúde. Estadísticas sanitária mundiales. Genebra: OMS; 2012. [internet]; [acesso em 10 mai 2015]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/.
14. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2016. [internet]; [acesso em 03 mai 2015]. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/.
15. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO; 2016. [internet]; [acesso em 03 mai 2015]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>.
16. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2017. [internet]; [acesso em 01 mai 2015]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=2277CA6FEC4B37E3C2875596639A9207?sequence=1>.
17. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2017. [internet]; [acesso em 16 mai 2015]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.
18. World Health Organization. World health statistics 2006. Geneva: WHO; 2006. [internet]; [acesso em 17 mai 2015]. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2006_erratareduce.pdf?ua=1.
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
20. Organização Mundial da Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS: Unicef; 1978. [internet]; [acesso em 01 mai 2015]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5.
21. Scott ML, Whelan A, Dewdney J, Zwi AB. Brain drain or ethical recruitment? Solving health workforce shortages with professionals from developing countries. The Medical Journal of Australia. 2015;180(4):174-6. [internet];

[acesso em 07 mai 2015]. Disponível em:
<https://www.mja.com.au/journal/2004/180/4/brain-drain-or-ethical-recruitment>.

22. Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. [internet]; [acesso em 19 ago 2013]. Disponível em:
<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/06/17872903/recruit-retain-health-workers-rural-remote-areas-developing-countries>.

23. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. Cad Saúde Pública. 2013 Out;29(10):1924-6.

24. Araújo E, Ferreira F. A fuga de cérebros: um discurso multidimensional. In: Araújo E, Fontes M, Bento S. Para um debate sobre mobilidade e fuga de cérebros. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Universidade do Minho. Braga, Portugal; 2013; p.58-82. [internet]; [acesso em 23 abr 2015]. Disponível em:
http://revistacomsoc.pt/index.php/cecs_ebooks/article/viewFile/1578/1494.

25. Organização Mundial da Saúde. Código de práticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud 2010. [internet]; [acesso em 19 nov 2015]. Disponível em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf.

26. Coutinho DR. O direito nas políticas públicas. In: Marques E, Faria CAP, organizadores. A política pública como campo multidisciplinar. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p.181-200.

27. Bucci MPD, Coutinho DR. Arranjos jurídico-institucionais da política de inovação tecnológica: uma análise baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: Coutinho DR, Foss MC, Mouallem PSB, organizadores. Inovação no Brasil: avanços e desafios jurídicos e institucionais. São Paulo: Blucher; 2017. p.313-39.

28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [internet]; [acesso em 19 ago 2016]. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965.

29. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de indicadores de percepção social: saúde. Brasília: IPEA; 2011.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Saúde: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação. Informe Mais Médicos. Portal da Saúde 2013 Set. p.1-19. [internet]; [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/2013-08-21-informe-mais-medicos.pdf>.

31. Lopes LRS. Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade. Monografia [Graduação]. Escola Superior de Guerra; 2013.
32. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009;(44):13-24.
33. Maciel Filho R. Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. Tese [Doutorado]. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
34. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 09 jul 2013; Seção 1:1-3. [internet]; [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf.
35. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 23 out 2013; Seção 1:1-4. [internet]; [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>.
36. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
37. Granma. Declaración del Ministerio de Salud Pública: Cuba anuncia salida del Programa Más Médicos de Brasil. *La Habana* 2018 nov 14. [internet]; [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://www.granma.cu/cuba/2018-11-14/declaracion-del-ministerio-de-salud-publica-14-11-2018-09-11-05>.
38. Ministério da Saúde (Brasil). Edital nº 18, de 19 de novembro de 2018. Adesão de médicos ao programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde - Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 20 nov 2018; Seção 3:134 -167. [internet]; [acesso em 07 dez 2018]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/11/2018&jornal=530&pagina=134&totalArquivos=296>.
39. CONASEMS. 75ª Reunião Geral da Frente Nacional de Prefeitos discute principais agendas municipais. 25 mar 2019. [internet]; [acesso em 04 abr 2019]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/75a-reuniao-geral-da-frente-nacional-de-prefeitos-discute-principais-agendas-municipais/>.
40. Ministério da Saúde (Portugal). Retrato da Saúde: 2018. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018. [internet]; [acesso em 07 abr 2019]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
41. Portugal. Constituição da República Portuguesa. [internet]; [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em:

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.

42. Portugal. Decreto Lei nº 124 de 29 de dezembro de 2011. Diário da República 29 dez 2011; 1.ª série: 5491-8. [internet]; [acesso em 10 mai 2016]. Disponível em:
file:///C:/Users/Eduardo%20e%20Sandra/Downloads/0549105498.pdf.
43. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(6):2841-52.
44. Biscaia AR, Heleno LCV. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(3):701-11.
45. Oliveira APC. Acesso geográfico aos recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: influência da evidência científica sobre as políticas. Tese [Doutorado]. Instituto de Higiene e Medicina Topical da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa; 2017.
46. Martins J et al. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte II – como estamos, onde estamos e como nos sentimos. Rev Port Clin Geral. 2003;19:627-35.
47. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas de Saúde 2014. Portugal; 2016. [internet]; [acesso em 15 mai 2016]. Disponível em: www.ine.pt.
48. Correia IM, Veiga P. (Má) distribuição de médicos em Portugal. In: XXXIII reunión de estudios regionales; 2007. León, Espanha: Asociación Española de Ciencia Regional; 2007.
49. Correia IM, Veiga P. Geographic distribution of physicians. Portugal. Eur J Health Econ. 2010;11:383–93.
50. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA: base de dados Portugal contemporâneo. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/M%C3%A9dicos+e+outro+pessoal+de+sa%C3%BAde+por+100+mil+habitantes-639>.
51. Santana P, Peixoto H, Duarte N. Demografia Médica em Portugal: Análise prospetiva. Acta Med Port. 2014 Mar-Apr;27(2):246-51.
52. Universidade de Coimbra. Santana P, organizador. Estudo de evolução prospectiva de médicos no Sistema Nacional de Saúde [relatório final]. Portugal; 2013.
53. Acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central dos Sistemas de Saúde do Ministério da Saúde da República Portuguesa; 2009.

54. II Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde da República Portuguesa; 2010.
55. III Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde. IP do Ministério da Saúde da República Portuguesa; 2011.
56. IV Renovação do acordo de cooperação para a prestação de serviços médicos entre Serviços Médicos Cubanos da República de Cuba e Administração Central do Sistema de Saúde. IP do Ministério da Saúde da República Portuguesa; 2014.
57. Ministério da Saúde (Angola). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. Luanda; 2014.
58. Angola. Lei 9 de 13 de dezembro de 1975. [internet]; [acesso em 20 abr 2015]. Disponível em: <http://www.impresanacional.gov.ao>.
59. Angola. Lei nº21-B, de 28 de agosto de 1992. Aprova a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. Diário da República 28 ago 1992.
60. Angola. Constituição da República de Angola. Diário da República 05 fev 2010.
61. Connor C, Averbug C, Miralles M. Avaliação do sistema de saúde de Angola 2010. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.; 2010.
62. Queza AJ. Sistema de saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2010.
63. Alves SMC, Oliveira FP, Matos MFM, Santos LMP, Delduque MC. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. Ciên Saúde Colet. 2017;22(7):2223-35, 2017. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2223.pdf>.
64. Ministério da Saúde (Angola). Memorando de apoio à Visita de Sua Excelência Senhor Ministro da Saúde a Cuba (20-24 abr 2015). Angola; 2015. 24p.
65. Osa JA. Um olhar para a saúde pública cubana. Estud av. 2011;(25)72:89-96.
66. Cárdenas LG. La especialidad de medicina familiar en la formación de los recursos humanos en Cuba. Mundo saúde. 2010;(34)3:404-6.

67. Dupuy FI, Pedroso RD. La formación del médico general básico en Cuba. *Educ Méd Salud*. 1993;27(2):189- 205.
68. Cuba. Unidad Central de Cooperación Médica. Anuário 2017. La Habana; 2017.
69. Cuba. Constitución de la República, proclamada el 10 de abril de 2019. *Gaceta Oficial de la República de Cuba. Extraordinária – número 5*; p. 69-103. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/codbuscar.php>.
70. Valdés JV. El Proyecto de Constitución de la República de Cuba. *Rev Cuba Salud Pública*. Oct-Dec 2018;44(4).
71. Cuba. Ley nº 41. Ley de la Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* 13 jul 1983.
72. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2005;29(2):136-46.
73. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública*. Jan-Mar 1997;(13)1:141-4.
74. Torres NM. La colaboración médica cubana en el siglo XXI: una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau. *Dissertação [Mestrado]*. Havana; 2006.
75. Dallari SG. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *Rev Saúde públ* 1988;(22) 4:327-34. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n4/08.pdf>.
76. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2012.
77. Marshall, TH. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1967.
78. Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Nova York: OMS; 1946. [internet]; [acesso em 12 mai 2018]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-22006>.
79. Bobbio N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
80. Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos 1948*. [internet]; [acesso em 12 abr 2017]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.
81. Bonavides P. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros; 2013.

82. Piovesan F. A Constituição brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção dos direitos humanos. In: Superior Tribunal de Justiça. A proteção internacional dos direitos humanos e o Brasil. Brasília: STJ; 2000. p.87-104. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/publicacaoinstitucional/index.php/API/article/view/3507/3629>.
83. Trindade AAC. Os direitos humanos e o meio ambiente. In: Symonides J. Direitos humanos: novas dimensões e desafios. Brasília: UNESCO; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001340/134027por.pdf>.
84. Organização das Nações Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1966. [internet]; [acesso em 03 mar 2017]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>.
85. Organização das Nações Unidas. Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
86. Organização das Nações Unidas. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral Nº 14 mai 2000. [internet]; [acesso em 15 mai 2016]. Disponível em: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2011/06/Compilation-of-HR-instruments-and-general-comments-2009-PDHJTimor-Leste-portugues.pdf>.
87. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, Dal Poz MR. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(7):2237-46. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002702237&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
88. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO; 2016. [internet]; [acesso em 02 abr 2018]. Disponível em: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1.
89. Bilodeau H, Leduc N, Van Schendel N. Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec (Rapport final). Université de Montreal; 2005. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/gris/2921954958.pdf>.
90. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Cândido TC, Ulhoa CM, Reis BP, Lima VM. Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. HU Rev. Jan-Jun 2014;40(1-2):13-23. [internet]; [acesso em 07 out 2016]. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2095>.

91. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrinol EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2009;33(3):382-92. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000300009&script=sci_abstract&tlng=pt.
92. Oliveira FP et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* [online]. 2015;19(54):623-34. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300623&script=sci_abstract&tlng=pt.
93. Viscomi M, e Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med*. 2013;18(1):13-23. [internet]; [acesso em 04 set 2017]. Disponível em: <https://srpc.ca/resources/Documents/CJRM/vol18n1/pg13.pdf>.
94. World Health Assembly. Resolução WHA 57.19. Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo. [internet]; [acesso em 15 nov 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24437/1/A59_18-sp.pdf.
95. World Health Assembly. Resolução WHA 58.17. International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries. [internet]; [acesso em 28 ago 2017]. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/memodg_migration/en.
96. G8. Leadership responsabile per un futuro sostenibile. 2009. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em: http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/Dichiarazione_G8_-_Leadership_responsabile_per_un_futuro_sostenibile_-_italiano%5B1%5D,0.pdf.
97. Organização das Nações Unidas. Informe del Consejo Económico y Social para 2009. [internet]; [acesso em 15 mai 2016]. Disponível em: <http://www.ces.es/informes>.
98. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1996.
99. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto alegre: Bookman; 2005.
100. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problem and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res*.1981;10:141-63.
101. Handcock MS, Gile KJ. On the concept of snowball sampling. *Sociological Methodology* Aug 2011;41(1). [internet]; [acesso em 15 mai 2016]. Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/1108.0301.pdf>.

APÊNDICE

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICO CUBANO

1. Por que exercer a medicina no exterior?
2. Há quanto tempo está exercendo a medicina em (Portugal ou Angola ou Brasil)?
3. Já participou de outras missões médicas internacionais?
4. Por que atuar na atenção primária?
5. Como avalia a educação médica em (Portugal ou Angola ou Brasil)?
6. Na sua percepção existe diferença na forma de atendimento entre o médico com formação em (Portugal ou Angola ou Brasil) e o médico cubano?
7. Na sua percepção existe semelhança na forma de atendimento entre o médico com formação em (Portugal ou Angola ou Brasil) e o médico cubano?
8. Na sua percepção, houve troca de saberes e desenvolvimento de capacidades entre os médicos cubanos e os médicos de (Portugal ou Angola ou Brasil)?

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES PÚBLICOS/TOMADORES DE DECISÃO

1. O que motivou a contratação de médicos estrangeiros para o sistema público de saúde?
2. Por que a opção pelos médicos cubanos?
3. Houve discussão dessa estratégia com alguma instância/órgão/instituições dentro ou fora do sistema público de saúde?
4. Qual o processo realizado para efetivar a contratação de médicos com o governo cubano?
5. Foi necessário algum tipo de procedimento específico para que esses profissionais pudessem exercer a medicina em Portugal/Angola/Brasil de modo apropriado? (ensino da língua portuguesa, validação da profissão na ordem dos médicos, informações sobre o perfil epidemiológico, etc.)
6. Foi pensada/proposta alguma ação com vista a mitigar a necessidade de contratação de médicos estrangeiros? (Perguntas decorrentes: Foram implementadas? Em que fase estão? Há alguma avaliação?)
7. Alguma atividade foi proposta visando integrar ou intercambiar tecnologias, conhecimentos? (Ex.: capacitação de profissionais, adaptação e soluções tecnológicas, transferência de tecnologia, criação de grupos/redes para atuação conjunta, etc.) (Perguntas decorrentes: Foram implementadas? Em que fase estão? Há alguma avaliação?)
8. Quando da contratação dos médicos cubanos e/ou renovações da contratação, foram observados os preceitos do Código Internacional de Recrutamento de Recursos Humanos em Saúde da OMS?

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO NO SISTEMA CEP/CONEP/BRASIL

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O RECRUTAMENTO DE MÉDICOS CUBANOS E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UM ESTUDO COMPARADO EM PAÍSES LUSÓFONOS

Pesquisador: SANDRA MARA CAMPOS ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58686316.7.0000.8027

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.738.243

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho no âmbito do Direito Sanitário em que a metodologia aplicada às pesquisas de saúde coletiva se integra e interage com o método jurídico de análise legislativa. A pesquisa, de natureza quali-quantitativa, se insere no que Minayo (2004) define como metodologia dialética necessária à compreensão das diversas relações que informam o campo da saúde, e que exigem uma constante interação entre teoria e prática. A pesquisa, de natureza quali-quantitativa, se insere no que Minayo (2004) define como metodologia dialética necessária à compreensão das diversas relações que informam o campo da saúde, e que exigem uma constante interação entre teoria e prática. Utilizará técnicas de pesquisa de: análise documental, pesquisa bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar os arranjos jurídicos, legais e políticos sobre a implantação de programas de incorporação de médicos cubanos, no âmbito da atenção primária, em Angola, Brasil e Portugal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, uma vez que serão

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 1.738.243

aplicadas entrevistas, e o entrevistado pode, a qualquer momento, desistir de participar. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados de modo agrupado, sem identificação pessoal do respondente. Benefícios: Conhecer os arranjos políticos, jurídicos e legais que os países vem adotando para enfrentar o problema internacional de escassez de recursos humanos em saúde, notadamente o profissional médico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa original e relevante para o contexto de investigar iniciativas que pretendam fomentar o avanço do SUS como sistema universal. primária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados estão adequados aos cuidados éticos a serem preservados no âmbito da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este parecer é acessório ao primeiro em que foram indicadas pendências que foram plenamente supridas pela pesquisadora, razão pela qual considero o projeto apto a prosseguimento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_771172.pdf	14/09/2016 14:49:20		Aceito
Outros	roteiro_entrevista.doc	14/09/2016 14:47:38	SANDRA MARA CAMPOS ALVES	Aceito
Outros	Resposta.pdf	14/09/2016 14:47:20	SANDRA MARA CAMPOS ALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_2.pdf	14/09/2016 14:46:48	SANDRA MARA CAMPOS ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/08/2016 14:49:32	SANDRA MARA CAMPOS ALVES	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	08/08/2016 14:43:04	SANDRA MARA CAMPOS ALVES	Aceito
Outros	lattes.pdf	08/08/2016 10:55:53	SANDRA MARA CAMPOS ALVES	Aceito
Projeto Detalhado	projeto.pdf	06/08/2016	SANDRA MARA	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 1.738.243

/ Brochura Investigador	projeto.pdf	16:58:29	CAMPOS ALVES	Aceito
----------------------------	-------------	----------	--------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 21 de Setembro de 2016

Assinado por:
Ieda Maria Ávila Vargas Dias
(Coordenador)

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

**ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÉ DE ÉTICA
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA**



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMITÉ DE ÉTICA

Nº 33 2017

Sobre o projecto de pesquisa intitulado «**Recrutamento de médicos cubanos e a acfetividade do direito à saúde: um estudo comparado em países Lusófonos**», submetido a este Comité pela **Dra. Sandra Mara Campos Alves**, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Colectiva da Universidade de Brasília, Brasil.

A leitura e análise da proposta do protocolo de estudo, permitiu ao Comité de Ética constatar que o parecer é «**Positivo**» uma vez que o estudo permitirá verificar os arranjos de médicos cubanos no âmbito da atenção primária em Angola, Brasil e Portugal.

Contudo, deve afirmar-se que qualquer possibilidade ou vontade em publicar os dados advindos do estudo, deve ser primeiro solicitado ao Ministério da Saúde bem como ao Comité de Ética do mesmo.

LUANDA, AOS 26 DE OUTUBRO DE 2017.

O COORDENADOR EM EXERCÍCIO


DR. ZINGA JOÃO DAVID

ANEXO C – APROVAÇÃO DO PROJETO NA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARSLVT/PORTUGAL



Exma. Senhora
Dr.ª Sandra Alves
smcalves@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		1724/CES/2018	19.02.2018

Assunto: O recrutamento de médicos cubanos e a efetivação do direito à saúde: um estudo comparado em países lusófonos.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, do dia 09.02.2018, tendo sido emitido um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo

Parecer

Proc.006/CES/INV/2018

Titulo: O recrutamento de médicos cubanos e a efetivação do direito à saúde: um estudo comparado em países lusófonos.

Autora / investigadora

- **SANDRA MARA CAMPOS ALVES –**
 - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DOUTORADO
 - Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia Delduque

Objetivo geral

- Verificar os arranjos jurídicos, legais e políticos sobre a implantação de programas de incorporação de médicos cubanos, no âmbito da atenção primária, em Angola, Brasil e Portugal.

Objetivos específicos

- Conhecer e descrever os sistemas de saúde do Brasil, Portugal e Angola no que se refere à política de atenção básica e seus aspectos jurídico-legais confrontando suas convergências e divergências;
- Conhecer a aceitabilidade dos profissionais cubanos junto ao público usuário e ao público médico em Portugal, Angola e Brasil;
- Conhecer o grau de influência da formação médica cubana nas escolas médicas do Brasil, Portugal e Angola.

Metodologia

- Pesquisa de natureza qualiquantitativa com utilização das seguintes técnicas:
 - Análise documental para conhecer os aspectos jurídico-legais dos sistemas de saúde no que se refere à política de atenção primária, e a incorporação de médicos estrangeiros nesses sistemas; (2)
 - Pesquisa bibliográfica para análise das publicações – artigos científicos, teses, dissertações, livros - das diversas áreas relacionados ao tema;
 - Entrevistas semi estruturadas com médicos nacionais dos serviços de saúde do Brasil, Portugal e Angola com vistas a conhecer se o modo de trabalho do médico cubano, influencia a conduta médica nacional;
 - Entrevista semi estruturada com os profissionais médicos cubanos que prestaram serviços no Brasil, Portugal e Angola, para conhecer a percepção desse profissional sobre a existência de diferenças no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, decorrentes da formação médica;

**Apreciação:**

- Trata-se de uma investigação original, a realizar no contexto de três sistemas de saúde com características e desenvolvimentos bastante diversos entre si, mas que, numa certa altura, comungaram da necessidade de recrutar médicos cubanos para preencher necessidades médicas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários;
- Os resultados a obter através desta investigação, poderão ser úteis para uma melhor compreensão do papel assistencial e da influência na comunidade e em meios académicos e assistenciais, da inserção temporária de médicos cubanos nos respetivos sistemas de saúde;
- É uma investigação que apresenta riscos menores do que os mínimos;
- Está cumprida a obrigação de formalização de compromisso de consentimento informado aos participantes nos questionários a aplicar;

Atento ao teor do parecer a Comissão propõe a emissão de um parecer favorável.

9 de fevereiro de 2018

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar