

O Sistema Nacional de Saúde cubano e a geopolítica: reflexões a partir de vivências *in loco*

The Cuba's National Health System and geopolitics: reflections from in loco experiences

Rosane Machado Rollo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Douglas Luís Weber

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul – Brasil
Governo do Estado do Rio Grande do Sul – Rio Grande do Sul - Brasil



Resumo: Este artigo constitui-se de um relato de experiência dos autores que realizaram o “Curso de Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar”, organizado e oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSAP), do Ministério de Saúde de Cuba, durante o mês de janeiro de 2015, em La Habana. O objetivo do estudo é contextualizar e relatar algumas experiências, caracterizar e refletir sobre as unidades e serviços oferecidos pelo Sistema Nacional de Saúde Cubano, com particular enfoque nas Cooperações Internacionais de Saúde em Cuba, a partir da Revolução de 1959. As atividades desenvolvidas, junto aos profissionais da ENSAP, bem como aos profissionais dos serviços visitados, aproximaram-nos do contexto do Sistema Nacional Cubano e proporcionaram o diálogo entre as duas realidades, a brasileira e a cubana, por meio de uma perspectiva geopolítica.

Palavras-chave: Geopolítica. Sistemas Nacionais de Saúde. Cuba.

Abstract: This article is based on an experience report of the authors who conducted the "Primary Care Course on Family Medicine and Health", organized and offered by the National School of Public Health (ENSAP) of the Ministry of Health of Cuba during the month of January of 2015, in Havana. The purpose of the study is to contextualise some experiences, characterize and reflect on the units and services offered by the Cuban National Health System, with particular focus on the International Health Cooperation in Cuba, from the Revolution of 1959. The ENSAP professionals, as well as the professionals of the services visited, brought them closer to the context of the Cuban National System and provided the dialogue between the two realities, the Brazilian and the Cuban, through a geopolitical perspective.

Keywords: Geopolitics. National Health Systems. Cuba.

1 Introdução

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano é o primeiro sistema único gratuito e integral nas Américas, com cobertura universal e direção central. Regulado, financiado e com a prestação de serviços exclusiva do Estado – preconiza a saúde como direito social inalienável. Sua concepção reflete o imperativo de atender as necessidades de saúde da população, sem discriminação ou exclusão social, a partir de princípios humanistas e de solidariedade, que são: o caráter estatal e social da medicina, a acessibilidade e gratuidade dos serviços, a orientação na promoção e prevenção, a aplicação adequada dos avanços da ciência e da tecnologia, a participação comunitária e intersetorial, a colaboração internacional, a centralização normativa e a descentralização executiva (CUBA, 2014).

O SNS cubano tem como forte aliado ao seu modelo de atenção integral, a singular a participação popular na sua gestão e a administração dos recursos e serviços de acordo com as necessidades sociais de saúde da população, bem como um lugar de destaque no cenário mundial, no âmbito das Cooperações Internacionais, através da saída de trabalhadores da saúde em missões internacionalistas. Nesta direção, cabe salientar, o SNS passa a fazer parte de discussões geopolíticas marcadas pelas características territoriais cubanas, conforme será discutido mais a frente.

A partir dessas constatações, da participação no “Curso de Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar” – organizado e oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSAP), do Ministério de Saúde de Cuba, durante o mês de janeiro de 2015, em La Habana –, e da oportunidade de conhecer os serviços, estratégias e políticas do SNS cubano, nossa intenção aqui, é relatar algumas experiências, caracterizar as unidades e serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Cubanos, bem como contextualizar as Cooperações Internacionais de Saúde cubanas., a partir da Revolução de 1959.

Para tanto, utilizou-se uma abordagem qualitativa onde foram utilizadas diferentes

estratégias de coleta de dados (pesquisa documental, diário de campo e sistematização da visita *in loco*).

2 Para iniciar: uma possível história do Sistema de Saúde Cubano

Em 1953, Fidel Castro, em seu discurso de autodefesa – perante os magistrados do Tribunal de Exceção do Governo de Fulgêncio Batista, por ocasião do julgamento a que foi submetido, após ter liderado o levante ao Quartel de Moncada¹ -, retrata os seis principais problemas de Cuba: terra, industrialização, moradia, desemprego, educação e saúde (RUIZ, 2011). Assim, a saúde é apontada como um dos principais problemas que afetavam o país e são assinaladas as causas da miséria do povo cubano: o difícil acesso aos hospitais do Estado, a falta de atenção odontológica, a carência de assistência à saúde das crianças – destacando que 90% das crianças possuíam doenças parasitárias –, as aglomerações e as condições de renda (RUIZ, 2011).

Portanto, a saúde em Cuba, que até 1958 apresentava serviços totalmente insuficientes (praticamente não existia medicina na área rural; a mortalidade infantil era superior a 60 por mil nascidos vivos e a expectativa de vida ao nascer era em torno de 65 anos) (GÓNZÁLEZ, 1998), após a Revolução de 1959, passou a ser prioridade do governo e suas ações foram voltadas, em sua quase totalidade, para o controle dos danos causados pelo processo de adoecimento produzido ao longo do período anterior. Os indicadores sociais do país nessa área tiveram um considerável avanço, a partir do modelo de atenção integral e de programas de medicina preventiva e de orientação à prática de medidas de higiene (MADUREIRA, 2010).

Se, internacionalmente, a década de 1970 pode ser apontada como o período no qual a APS se mostrou como alternativa para a organização da

¹ Da praça central de Santiago, a distância até a fortaleza de Moncada é pequena. Na década de 1950, o forte se situava nas cercanias da cidade, sendo o segundo maior quartel do país, menor apenas do que Camp Columbia em Havana (GOTT, 2006).

saúde em Cuba, esse indício se apresenta ainda na década de 1960, com a gratuidade dos serviços, a nacionalização de grandes farmácias e dos laboratórios farmacêuticos estadunidenses, mas, principalmente, com a criação do SNS cubano. Considerado o primeiro SNS único e integral das Américas (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011), ele é dirigido centralmente, é gratuito e de cobertura universal e sua concepção reflete o imperativo de atender às necessidades de saúde da população, sem discriminação ou exclusão social (CUBA, 2014).

Até 1964, os serviços de saúde eram voltados a ações curativas, e a principal causa de morte eram infecções bacterianas e parasitárias. Segundo Pereira (2013), no ano de 1964, a partir da substituição das Casas de Socorro pelo do modelo de Policlínico Integral, executado por instituições de mesmo nome, iniciou-se a orientação do Sistema em direção ao que mais tarde iríamos reconhecer internacionalmente como os princípios da APS, conforme a Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978). Tais inovações obrigaram (e, ao mesmo tempo, proporcionaram) um aumento da formação médica voltada para a Medicina de Família e Comunidade e um incremento gradual no número de Consultórios de Médico e Enfermeira da Família (CMEF), inclusive em zonas rurais.

Passado algum tempo, apesar da aceitação inicial, segundo Ochoa (2005), seguiu-se um desinteresse da população em aderir ao novo modelo de Policlínico Integral, que, distante do médico e enfermeira da família, preferia acudir aos serviços de urgência hospitalar. Esse diagnóstico fez surgir, na década de 1970, um novo modelo de APS, chamado de Medicina na Comunidade. Sua unidade básica, o Policlínico Comunitário, constitui-se como referência para os CMEF, prestando um serviço de saúde voltado à integralidade da atenção aos indivíduos, famílias e comunidades (MEJIAS, 2015).

Ao começar a década de 1980, os avanços progressivos, em extensão e qualidade, percorridos pelo SNS cubano permitiram uma trajetória de consolidação da proposta da APS, principalmente através dos modelos de Policlínicos Integral e Comunitário. Entretanto, passados mais de 15 anos

de implantação dessas políticas, foram observadas muitas limitações, dentre elas a insatisfação da população, que motivaram uma nova avaliação integral da situação da saúde e da APS no país, o que conduziu à formulação de um novo modelo chamado de Medicina Familiar, ou de médico e enfermeira de família (OCHOA, 2003; PEREIRA, 2013).

Essa inovação, tendo a APS como proposta ordenadora do sistema de saúde, possibilitou que Cuba se tornasse uma potência médica mundial e referência para a organização dos sistemas de saúde de diversos países, principalmente no que tange à APS. Além disso, permitiu ao país cumprir a meta da “Saúde para Todos no ano 2000”, bem antes do prazo estipulado (SANTOS; CANO, 2008). O Programa Médico e Enfermeira de Família (PMEF) tem foco no indivíduo, na família e na comunidade e responsabiliza-se pelo monitoramento e controle epidemiológico da população adstrita, estando, por isso, diretamente relacionado ao MINSAP (CUBA, 1983).

No fim da década de 1980, quase metade da população cubana era atendida pelo PMEF (GARCÍA, 1996) e Cuba havia alcançado níveis elevados de sucesso não apenas no campo da saúde pública, mas também em áreas como esporte, educação, habitação e cultura. Destacavam-se as baixas taxas de mortalidade infantil e a eliminação do analfabetismo. Não havia fome nem pobreza extrema no país. No entanto, embora a economia cubana não se encontrasse em crise, já eram perceptíveis seus problemas estruturais e a dependência que mantinha para com a Rússia, principalmente em decorrência da compra da produção de açúcar e da venda de petróleo (PEREIRA, 2013) desde o período pós-Revolução, quando rompeu com os Estados Unidos, a partir do bloqueio econômico imposto.

Esse contexto mudaria drasticamente no início da década de 1990, quando a situação nacional cubana entrou em profunda crise econômica, com impacto praticamente em todas as esferas da vida no país. Para se ter uma ideia da gravidade da crise, entre 1989 e 1993 o PIB cubano caiu em 30% e as

em exportações 70%. Tal crise, também conhecida como Período Especial², deu-se por dois principais motivos: como efeito do processo do desaparecimento da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e do campo socialista, com quem Cuba mantinha 80% de suas relações comerciais até 1989; e pelo acirramento do bloqueio econômico imposto pelos Estados Unidos da América a Cuba, desde 1960, a partir da aprovação das Leis Torricelli, em 1992, e Helms-Burton, em 1996, dirigidas a impedir os investimentos estrangeiros em Cuba e, também, limitar fortemente o intercâmbio comercial com o exterior (JIMÉNEZ, 1997). O bloqueio tem sido condenado desde 1992 na Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU).

A crise econômica repercutiu no desenvolvimento do SNS cubano, principalmente com relação às dificuldades em obter equipamentos, materiais médicos e medicamentos do exterior; além disso, gerou muitas limitações para a construção de novas instituições e para a manutenção das já existentes (SANTOS; CANO, 2008). No entanto, nesse período nenhuma unidade do sistema de saúde deixou de funcionar; novos médicos, enfermeiras, dentistas e outros profissionais foram incorporados ao sistema de saúde, expandindo o modelo do médico e da enfermeira de família (SANTOS; CANO, 2008; GARCÍA, 1996).

Em 1995, o país inicia um processo de transformação econômica – o PIB cubano começou a se recuperar (GÓNZÁLEZ, 2003) – e, desde então, Cuba vem tentando se adaptar ao novo contexto político global e encontrar soluções internas de aperfeiçoamento para as questões econômicas, sem a perda dos ganhos sociais e políticos obtidos a partir da Revolução (PEREIRA, 2013). Uma delas foi a criação, desde o final dos anos 1990, de serviços de cuidados de saúde para os estrangeiros, que aportam

ao sistema moeda nacional conversível (CUC³). Mais recentemente, outra iniciativa tem sido o intercâmbio de profissionais de saúde que oferecem seus serviços para a população de outros países, sendo que aproximadamente 50 mil profissionais de saúde estão trabalhando em ações de Cooperação Internacional e, nos últimos 50 anos, estiveram presentes em 158 países (MEJIAS, 2015).

Assim, é possível verificar, a partir da história de Cuba e do seu SNS, o quanto à saúde cubana – e sua sociedade como um todo – foi se adaptando aos contínuos desafios impostos, a fim de garantir as conquistas adquiridas ao longo dos anos. São conquistas importantes, reconhecidas a partir dos seus indicadores (CUBA, 2016), mas que, provavelmente, em virtude da prioridade que a saúde tem – para o país e para sua população – e das modificações que o país vem enfrentando, continuarão se ajustando.

3 O desenho do Sistema Nacional de Saúde Cubano

Conhecer *in loco*, através das conversas com trabalhadores, usuários, professores e/ou profissionais da saúde, o porquê de o SNS cubano ser referência para a organização dos serviços de saúde pública para diversos países é algo que está para além da aprendizagem pelos livros e dados estatísticos. Apesar das condições materiais precárias que verificamos em alguns serviços de saúde, o mesmo não se pode dizer da disponibilidade e sentido humanitário dos profissionais de saúde, elemento fundamental para dar sustentabilidade ao sistema de saúde.

Em Cuba opera um sistema de saúde que alcançou altos níveis de equidade na distribuição dos serviços, com total cobertura da população (OMS, 2017). São índices alcançados a partir de uma forte

² Período em que se estabeleceu profunda crise econômica em Cuba, decorrente do processo de dissolução da URSS e do acirramento do bloqueio econômico dos Estados Unidos, iniciado em 1960. Não existe consenso quanto aos limites temporais do período especial; geralmente, aponta-se que ele durou de 1991 a 1994, ou que, pelo menos, teriam sido estes os anos em que existiu de forma mais aguda (PEREIRA, 2013).

³ Em Cuba, existem duas moedas: o peso cubano (CUP), que seria o dinheiro do “povo” cubano, e o peso conversível (CUC), que seria a moeda dos turistas e que tem valor equivalente ao do dólar americano (informação extraída das visitas e conversas com os funcionários e usuários das casas de câmbios).

legislação e de marcadores estruturantes do SNS cubano.

O primeiro que destacamos é a formação de recursos humanos. Se, quando da Revolução Cubana, o país somente contava com uma Escola Médica e com aproximadamente 6.000 médicos (em média, 1.070 hab/med) concentrados em Havana e nas grandes cidades do país, hoje Cuba conta com 92084 médicos (122 hab/med), dos quais 13131 são médicos de família (CUBA, 2017). Para atingir esse objetivo, o SNS cubano necessitou realizar um conjunto de reformas e investimentos, tendo priorizado a formação de recursos humanos, em quantidade e qualidade, e a criação de uma rede de Institutos e Faculdades (MADUREIRA, 2010).

Outro fator importante é o suporte de medicamentos e insumos clínicos e não clínicos fornecidos à população. Apesar do embargo econômico – e da dificuldade de obter os insumos – Cuba desenvolveu sua própria indústria farmacêutica e de biotecnologia e agora fabrica a maior parte das drogas de sua farmacopeia básica. Também são fatores estruturantes: a gestão; o planejamento gigantesco do SNS cubano; o apoio logístico de uma rede muito bem organizada; o sistema de informação em saúde (pouquíssimo informatizado, porém, surpreendentemente, rico em informação e muito eficiente no acompanhamento dos indicadores); uma participação popular muito forte; e, é claro, o suporte financeiro que subsidia todo o sistema.

Como em Cuba a saúde é um direito social inalienável, a oferta de serviços privados está proibida. Por esse motivo, a oferta de serviços de saúde aos cidadãos cubanos é totalmente gratuita, e somente para os cidadãos estrangeiros são cobradas taxas. Entretanto, é importante ressaltar, o sistema não é desenhado para escolhas ou iniciativas individuais, já que não existe sistema de saúde privado, pago como alternativa. O Estado Cubano utiliza o modelo de financiamento de monopólio estatal, através do subsídio à oferta, onde, ao mesmo tempo, regula, financia e presta integralmente os serviços de saúde. Em Cuba, o suporte financeiro tem a garantia de aproximadamente 11% do PIB cubano.

Todavia, o que mais se destaca é o percentual dos gastos financeiros do governo na saúde: aproximadamente 93% do gasto total é com a saúde. Através desse dado, é possível identificar uma predominância do financiamento público à saúde (OMS, 2017).

Contudo, o custo da oferta gratuita dos serviços de saúde aos usuários é continuamente apresentado aos usuários através de cartazes que indicam os valores de cada procedimento de saúde que têm como título: *Teu serviço de saúde é gratuito...* mas custa. Esta iniciativa visa a conscientizar a população sobre o custo dos procedimentos de saúde e incentivar a valorização dos serviços.

No SNS cubano, o Estado presta os serviços de saúde de forma universal e regionalizada. E, por reconhecer a saúde como produto social, suas bases estruturantes se desenvolvem a partir do indivíduo, da família, da comunidade e do território, juntamente com os fatores que influenciam os elementos determinantes do processo de saúde e doença. Nesse sentido, a APS é uma estratégia que ordena e está presente em todos os níveis de saúde. Não importa por onde o usuário acesse os serviços de saúde, ele será acolhido e avaliado. Após a resolução do problema, a rede é comunicada sobre aquele paciente. Em Cuba, a integralidade e a comunicação (apesar de todas as dificuldades tecnológicas) são levadas a sério. Assim, se o paciente não comparece – na lógica da prevenção – se verifica onde está aquele paciente e o reconduz ao Sistema.

O MINSAP é órgão central de gerenciamento do Sistema e está encarregado de dirigir, executar e controlar a aplicação da política do Estado e do governo no que diz respeito à saúde pública, desenvolvimento das Ciências Médicas e da Indústria Médico-Farmacêutica (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). Segundo Madureira (2010), o MINSAP também é responsável por garantir a acessibilidade, a gratuidade, a participação comunitária, a intersetorialidade, a colaboração internacional e a centralização normativa e descentralização executiva, bem como o controle e a

vigilância epidemiológica e dos produtos e substâncias, as investigações biomédicas, a produção, a exportação de fármacos e equipamentos médicos.

As medidas adotadas para organizar o SNS cubano e regionalizar os serviços dividiu o país em áreas geográficas, facilitando o planejamento racional e o ordenamento das instalações. Assim, o sistema conta com três níveis administrativos (nacional, provincial e municipal) e quatro níveis de gestão de serviços. E as províncias abrigam em seus municípios os sistemas locais de saúde, que realizam assembleias, às quais a direção do Sistema está subordinada (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011; MORAIS; SANTOS, 2015).

Outro aspecto importante a ser ressaltado, e que é claramente identificado nos *recorridos*⁴, é que a concepção do sistema de saúde cubano parte do princípio de que se deve gastar um pouco mais de recurso na prevenção do que no tratamento de doenças avançadas. Na lógica dessa premissa, todo paciente deve passar primeiramente pelo médico de família; assim, temos um nível de Atenção Primária à Saúde, com ampla cobertura e baixa complexidade, que deve garantir a resolubilidade de aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população, além de oferecer ações de promoção e prevenção da saúde (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). Em Cuba, todos os pacientes são categorizados de acordo com o nível de risco de saúde, de I a IV, sendo que o nível I apresenta menos riscos, e o IV, mais riscos. Fumantes, por exemplo, estão na categoria de risco II, e pacientes com doença pulmonar crônica, mas estável, ficam na categoria III.

O nível primário, constituído por Equipes Básicas de Saúde (EBS), é o responsável por executar o Programa de Médico e Enfermeira de Família (PMEF). As EBS são compostas por um médico e uma enfermeira, que trabalham em um consultório (CMEF) responsável por até de 1.500 pessoas residentes nos quarteirões vizinhos.

⁴ Maneira como os profissionais de saúde da ENSAP denominavam as visitas às instituições, equipamentos socio sanitários, serviços e unidades de saúde.

Entretanto, a população adscrita de cada EBS sofre variações dependendo da localização do consultório, podendo possuir menos do que 700 pessoas, em áreas rurais, e mais do que 1.500, em áreas urbanas mais populosas (MADUREIRA, 2010). É responsabilidade das EBS à análise da situação de saúde da comunidade a qual estão vinculadas, o diagnóstico social com participação comunitária, a identificação de situações e sua priorização visando a solucionar os problemas detectados. Os CMEF informam regularmente o distrito sobre o número de pacientes para cada categoria de risco e sobre o número de pacientes com doenças como hipertensão, diabetes, asma, assim como sobre o status de imunização, data dos exames preventivos de câncer, e casos de gravidez/cuidado pré-natal. Segundo Dal Prá *et al.* (2015), as EBS realizam duas ações principais, que são: as consultas individuais; e as atividades no território, incluindo visitas domiciliares com o objetivo de levantar informações sobre as condições de vida da comunidade, conhecer as famílias, observar a rede familiar em situações cotidianas e situações de crise, inclusive por questões econômicas e sociais. Assim, todo paciente é visitado em casa, ao menos uma vez por ano, e aqueles com doenças crônicas recebem visitas mais frequentes. Hoje, existem 10.782 CMEF em Cuba (CUBA, 2017).

Para evitar que a população seja encaminhada ao segundo nível desnecessariamente, e para fortalecer o trabalho da APS, as EBS trabalham conjuntamente com os Grupos Básicos de Trabalhadores (GBT), que são compostos por até 20 EBS (cada uma com seu médico e enfermeiro de família) e uma equipe de especialistas que é integrada por: medicina interna, pediatria, ginecologia e obstetrícia, psicólogo, odontólogo, supervisão de enfermagem, assistente social, estatístico e técnico de higiene e epidemiologia (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). O GBT é uma das unidades organizativas dos Policlínicos e oferece atividades de apoio, formação e supervisão as EBS.

Os GBT podem realizar suas ações no Policlínico, nos consultórios (CMEF) ou no território, dependendo da necessidade das EBS e da

população adstrita. Nesse sentido, interconsultas e avaliações técnicas de um usuário por dois especialistas são rotineiras e consideradas um processo docente-assistencial. O sistema de referência e contrarreferência prioriza o contato pessoal entre o médico de família e o especialista. (DAL PRÁ et al., 2015).

As EBS e os GBT são organizados por áreas de saúde (território geográfico, população, oferta de serviços sociais e de saúde), onde existem um hospital de pequena dimensão e um Policlínico, ao qual estão vinculados e para onde são enviados os doentes que o médico de família entende que necessitam de consultas de especialidade, de meios complementares de diagnóstico ou de terapêuticas fora do seu alcance (DAL PRÁ et al., 2015). Entretanto, após a avaliação dos especialistas, os pacientes retornam para os CMEF para acompanhamento. Por exemplo, a equipe local é responsável por garantir que um paciente com tuberculose siga as recomendações sobre o regime antimicrobial e que faça os exames.

Os Policlínicos, que também compõem a APS, são unidades coordenadoras dos programas prioritários do SNS cubano, e oferecem à população serviço de urgências, consultas de especialidade e vários equipamentos para a realização de exames complementares de diagnóstico. Entre esses serviços (em torno de 25), encontram-se: eletrocardiograma de urgência, radiografia, endoscopia, ultrassonografia, optometria, laboratório clínico, imunização, atenção integral ao diabético e ao idoso e traumatologia. Eles visam a qualificar a atenção e o diagnóstico de saúde (NOVÁS, 1989). Nos Policlínicos também estão presentes as clínicas odontológicas, que efetuam o tratamento de cuidados mais convencionais (obturações, extrações, entre outros), e as confecções de próteses. No consultório odontológico que visitamos funcionava – na sala ao lado – um laboratório onde as próteses eram moldadas e confeccionadas. Assim como as próteses odontológicas, as de outra natureza – como as ortopédicas – fazem parte da assistência de saúde. Caso a prótese seja muito cara e/ou necessite de

material importado, o Estado paga 90% e a família o restante. Entretanto, se a família não pode pagar, a equipe de saúde faz um relatório ao governo, que paga integralmente.

São equipamentos que estão localizados tanto na área urbana como na rural, e normalmente ocupam todo um edifício, pequenos prédios ou antigas *vivendas*, assemelhando-se a pequenos hospitais – entretanto, usualmente sem realizar internações. No espaço rural, possuem as mesmas características de estruturação e funcionamento dos da área urbana, exceto com relação a algumas especialidades e ações priorizadas, pois, de acordo com o cenário social, as demandas regulares podem ser diferenciadas (DAL PRÁ et al., 2015). O que nos pareceu interessante, quando percorremos as instalações deste equipamento, foi o trabalho em equipe. A sensação de uma hierarquização pouco marcada e o ambiente relaxado tornou algo complexo distinguir a formação de cada profissional da saúde. Naquele cenário, o importante era o indivíduo.

Atualmente, existem 450 Policlínicos por toda a ilha e, sendo eles o centro de determinadas áreas de saúde, são os responsáveis por fazer a ligação com o nível secundário (MADUREIRA, 2010).

Da atenção secundária, caracterizada por menor cobertura e maior complexidade, fazem parte os hospitais regionais, municipais e de subordinação provincial, para onde os doentes são encaminhados quando o nível primário é insuficiente para a resolução do seu problema. Segundo Madureira (2010), as unidades deste nível têm, assim, meios complementares de diagnósticos mais específicos e sofisticados, como laboratórios de anatomia patológica, ressonância magnética, medicina nuclear, angiografia, entre outros, que não existem nos Policlínicos. De um modo geral, o segundo nível deveria resolver 15% dos problemas de saúde, com a função fundamental de tratar os indivíduos para prevenir complicações e promover a reabilitação imediata (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011).

Já o nível terciário do SNS caracteriza-se por mínima cobertura e complexidade máxima, e ocorre quando há necessidade de internamento. É composto

por hospitais especializados ou Institutos de Investigação, de subordinação nacional, e deve atender cerca de 5% dos problemas relacionados às sequelas e complicações de doenças (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). Atualmente, em Cuba, existem 12 Institutos e 150 hospitais, (dos quais os mais numerosos são: gerais: 53; clínico-cirúrgicos: 29; pediátricos: 22; psiquiátricos: 19; ginecobstétricos: 12; materno-infantis: 4), sendo que, destes, 17,3% possuem menos de 100 camas; 64% possuem entre 100 e 399 camas; e 18,7% possuem 400 camas ou mais (CUBA, 2016).

Durante as visitas em Havana, tivemos oportunidade de conhecer o Centro Cardiopediátrico William Soler, que é referência nacional em cirurgia cardiopulmonar pediátrica. É um atendimento diferenciado, que se inicia com o diagnóstico intrauterino e segue até a adolescência, e essa instituição é responsável pela atenção cardiopediátrica em todos os níveis, contribuindo para o desenvolvimento das especialidades nessa área. Apesar das instalações apresentarem características similares a todos os demais equipamentos visitados, ou seja, estão degradadas e com problemas de manutenção, o ambiente era propício para a recuperação dos pacientes. As mães tinham a possibilidade de permanecer junto aos seus filhos recém-nascidos, em um lugar que conseguia conciliar a seriedade de um tratamento duro, com aconchego. Pareceu-me extremamente humanizado.

O hospital se responsabiliza pela detecção precoce, acompanhamento, reabilitação e profilaxia de complicações dos pacientes pediátricos com transtornos cardiovasculares com idade entre 0 e 19 anos e adultos cardiopatas. A instituição é coordenadora da rede cardiovascular pediátrica no país e, por isso, está diretamente atrelada a todos os níveis de atenção do SNS cubano: APS, hospitais provinciais e municipais, programa de genética médica, cardiocentros e hospitais da rede nacional de cardiologia e cirurgia cardiovascular de Cuba (DAL PRÁ et al., 2015).

Mas toda essa lógica de referência⁵, contrarreferência⁶ e regionalização, com remissão de um nível de cuidado ao seguinte, não se dá de maneira meramente burocrática. Esse vínculo entre os diferentes níveis de atenção tem como objetivo que o atendimento à saúde seja feito no local com menor grau de especialização, sem, entretanto, deixar de oferecer uma atenção de qualidade ao usuário.

Sem dúvida, não foi difícil compreender que as duas principais unidades da APS do SNS cubano, pela resolubilidade e pela forma como concentram os programas priorizados de saúde, são os Policlínicos e os Consultórios de Médico e Enfermeira de Família (CMEF). Entretanto, de acordo com os eixos estabelecidos na Lei da Saúde Pública nº 41 de 1983, o Sistema também é composto por outros serviços, como a *Casa de Abuelos, Hogares de Ancianos*, que presta assistência social e atenção à saúde aos idosos; Os Centros Comunitários de Saúde Mental (CCSM) e os Centros Médicos Psicopedagógicos (CMP). No campo da atenção à saúde mental apesar dos princípios orientadores do cuidado serem bastante próximos dos defendidos pela atual Política de Saúde Mental no Brasil, especialmente no que se refere à des-hospitalização e à desinstitucionalização do cuidado da loucura, ainda são poucos os serviços oferecidos na lógica da atenção psicossocial e alguns serviços visitados trabalham na perspectiva do cuidado especializado por patologia, os CCSM (que se equivalem à proposta dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil) ou do problema de aprendizagem, buscando trabalhar no sentido de produzir um cidadão “socialmente útil”, como os CMP;. Os *Hogares Maternos*, que atendem as mulheres em situações de risco ou complicações na gestação; Os Centros de Medicina Natural e Tradicional (CMNT), que visam a integrar a medicina tradicional chinesa e a medicina ocidental, entre

⁵ Referência é o sistema de encaminhamento interníveis de atenção que, geralmente, dá-se de modo crescente, isto é, do nível primário para o secundário e deste para o terciário.

⁶ A contrarreferência é o retorno do usuário para um nível mais abaixo e pode se dar tanto em ordem imediatamente decrescente quanto, às vezes, do terciário diretamente ao primário.

outros, que dão suporte a esses equipamentos e aos programas prioritários de saúde (CUBA, 1983).

A administração de todas as estruturas de saúde, desde os consultórios até o MINSAP, é realizada pelos próprios profissionais de saúde em conjunto com os usuários que, de forma organizada, estão inseridos no sistema (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). Portanto, falar do Sistema de Saúde Nacional de Saúde cubano – ou de qualquer outro sistema dentro da sociedade cubana – sem discorrer sobre a participação popular seria desconsiderar um dos seus fatores estruturantes. Para Saito e Haddad (2012), a participação social tem sido aspecto fundamental para o êxito do Sistema de Saúde em Cuba.

As organizações sociais criadas no contexto da Revolução, tiveram papel essencial na construção da sociedade cubana ao longo da história, e, conforme constatado nas visitas que realizamos aos serviços de saúde, a participação popular está presente em todas as esferas do governo (local, regional, nacional). Por meio da atuação das diferentes associações, tais como: Federação das Mulheres Cubanas (FMC), ANPA Associação Nacional de Pequenos Agricultores (ANPA), Central de Trabalhadores de Cuba (CTC), da Federação de Estudantes de Escolas Intermediárias (FEEM), da Federação de Estudantes Universitários (FEU), das Brigadas Sanitárias, mas sobretudo dos Comitês de Defesa da Revolução (CDR), são realizadas atividades educativas, de promoção e práticas preventivas de saúde, em escolas e policlínicos, clubes recreativos, e outros locais públicos.

Organizados localmente pelos habitantes de uma determinada área geográfica, comunidade rural ou urbana, os CDR - já agora vistas como parte integrante do próprio Sistema de Saúde - são responsáveis, junto com as demais organizações de massa, por discutir e expor os problemas de sua região, bem como analisar as decisões tomadas nas cidades e no país, em todas as instâncias e sobre os mais diversos temas. Em Cuba, tanto as associações, quanto os CDR – que hoje segundo Saito e Haddad (2012), reúne cerca de 8,3 milhões de membros em

quase 140 mil comitês espalhados por todos os lugares do país - são instrumentos de participação não setoriais, ou seja, neles são discutidos todos os temas que envolvem a comunidade, e não apenas aqueles relativos à determinada área, como saúde ou educação, por exemplo. Nesse sentido, é possível afirmar que a cooperação da sociedade civil é fundamental para o desenvolvimento e a manutenção dos bons resultados alcançados pelo SNS cubano.

Assim, o modelo de atendimento integral inclui a comunidade como um outro jogador importante na prestação de cuidados de saúde.

Outro aspecto fundamental da organização do SNS cubano, é seu Internacionalismo. Nesse sentido, devido ao seu grau de importância para o país e para o sistema de saúde, esse tópico será abordado de forma individualizada na próxima seção.

4 Histórias que abraçam o mundo: a geopolítica da saúde cubana

A forte ligação de Cuba com a saúde não se restringe ao país. Enviar médicos pelo mundo é tradição em Cuba, afinal, a solidariedade internacional em saúde é um dos princípios do SNS cubano, conforme já foi dito anteriormente.

Cuba, mesmo com o êxodo em massa de médicos que ocorreu após 1959, quando o país tinha 6.286 profissionais, e, destes, 50% foram embora do país, incluindo um terço dos professores da única escola de pessoal médico, começaram suas primeiras ações de colaboração – já em 1960, quando enviou uma equipe médica de emergência ao Chile, afetado por um terremoto que deixou mais de 5.000 mortos (TORRES, 2006).

Entretanto, o princípio da solidariedade internacional só foi declarado oficialmente em 17 de outubro de 1962, quando Fidel Castro⁷ anunciou a decisão do governo cubano de prestar assistência em matéria de saúde. (CRUZ; TORRES, 2012)

⁷ Em 17 de outubro de 1962, o princípio da solidariedade internacional é oficialmente declarada, quando o Comandante-em-Chefe Fidel Castro Ruiz, na cerimônia do Instituto de Ciências Básicas para a abertura da pré-clínica *Victoria de Girón*, anuncia a decisão do governo de Cuba para prestar assistência no campo da saúde.

Assim, a 23 de maio de 1963, com o envio de uma brigada de 55 médicos voluntários para a Argélia, deu-se início a um largo conjunto de colaborações permanentes com o estrangeiro. A Cooperação Médica Internacional cubana é, desde então, imagem de marca do seu sistema de saúde e do próprio regime, sendo concretizada pela colaboração direta de profissionais de saúde cubanos no estrangeiro e pela formação de profissionais estrangeiros em Cuba e nos seus países. (MADUREIRA, 2010)

O desenvolvimento da colaboração internacional ocorreu *pari passu* com a evolução do próprio SNS cubano, marcada pela conjuntura nacional e internacional. Entre as décadas de 1960 a 1980, o contexto se manifestou por movimentos de libertação na África (Argélia, Angola, Etiópia, entre outros) e na América Central (Nicarágua, em 1972, e Honduras, em 1974), e a missão internacionalista focou em ajuda solidária e gratuita nesses países. Entretanto, também houve ajuda em catástrofes naturais na América do Sul, como Peru (1970) e Chile, novamente (1971). (CRUZ; TORRES, 2012)

Na década de 1990, a desintegração da URSS, principal parceira de Cuba, e o agravamento do bloqueio econômico dos Estados Unidos fizeram iniciar o Período Especial. Juntamente com esse contexto e com a criação do Programa de Saúde Integral, em 3 de novembro de 1998, houve graves desastres naturais na América Central, o que resultou em uma mudança e reorientação da ajuda, inicialmente na América Latina (Brasil e Caribe – quando enviada, em 1998, a primeira brigada emergente para Honduras, por conta do furacão Mitch, e para o Haiti, por conta do furacão Georges) e, mais tarde, na África e no Pacífico. Também ocorreu nesse período, a criação da Escola Latino-Americana de Medicina, em 15 de novembro de 1999, como um elemento básico da continuidade e sustentabilidade desse programa. (CRUZ; TORRES, 2012)

Com a chegada do novo milênio, a promoção e o desenvolvimento da Revolução Bolivariana, na Venezuela, surgiu como fator externo que propiciou

uma nova espécie de cooperação internacional, por meio dos Programas Especiais. Nessa esteira, em 16 de abril de 2003, surgiu o *Barrio Adentro*, modalidade mais avançada e completa (em termos de serviços prestados dentro de um país) – que é, atualmente, uma expressão da Alternativa Bolivariana para as Américas -ALBA (TORRES, 2006).

As possibilidades de ajuda se diversificaram a cada dia, e, em julho de 2004, começou a *Operación Milagro*, importante programa de cuidados oftalmológicos que já recuperaram a visão de 3 milhões de pessoas na América Latina (VIOMUNDO, 2013). Os primeiros pacientes que chegaram a Cuba eram da Venezuela e, em 2005, estendeu-se o serviço a 15 países do Caribe e 12 países da América Latina (JIMÉNEZ, 2008).

Outro importante movimento relacionando ao internacionalismo de Cuba aconteceu em 19 de setembro de 2005, após o desastre provocado pelo Furacão Katrina, em agosto desse mesmo ano, em New Orleans. Foi constituído o Contingente Internacionalista Henry Reeve, para atender a situações de catástrofe natural e de grandes epidemias. Integrado por 10.000 médicos, enfermeiros e finalistas do curso de Medicina, já interveio em várias situações de catástrofe natural, como o terremoto devastador em janeiro de 2010 no Haiti (CRUZ; TORRES, 2012). Nestes 11 anos de trabalho, 7.491 profissionais da saúde capacitados para esse tipo de missão atenderam a mais de 3.500.000 pessoas, salvando a vida de mais de 80.000. O Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde decidiu, por unanimidade, atribuir o prêmio Saúde Pública Memorial Dr. Lee Jong-Wook ao Contingente Henry Reeve, pelo trabalho feito em muitos países do mundo, afetados por desastres naturais, e, pelo trabalho de 250 especialistas em nações africanas, durante a epidemia perigosa de Ebola – prêmio entregue em 27 de maio de 2017, durante a 70ª Assembleia Mundial da OMS.

Desde 1963 até setembro de 2010, um total 134.849 colaboradores ofereceram ajuda em 108 países, agrupados por continentes da seguinte forma: África, com 38 países e 45.488 colaboradores;

Américas, com 39 países e 79.717 colaboradores; e Euro-Ásia e Oriente Médio, com 31 países e 9.644 colaboradores. (TORRES; CRUZ, 2010).

Apesar de profissionais médicos cubanos trabalharem em tantos países, e, em vários continentes, levando atendimento médico profissional para milhões de pessoas que carecem dele, inclusive em locais de difícil acesso, onde desenvolveram uma medicina preventiva e trabalharam em campanhas epidemiológicas; apesar de terem participado de inúmeras situações perigosas e desastres naturais, fornecendo sua assistência desde os primeiros momentos, há quem sublinhe uma tensão entre as motivações humanitárias e outras de caráter econômico e político, como, por exemplo, a matéria publicada em 19 de abril de 2017 pela Folha de São Paulo⁸. Em contraposição a essa afirmativa, John Kirk⁹, em entrevista ao Viomundo¹⁰, está convencido de que o espírito humanitário, a noção de que é um dever ajudar quem precisa, está sedimentado na cultura cubana, além de fazer parte da Constituição do país. Diz ele:

Só depois que Raúl Castro assumiu a direção do país, houve uma mudança. Cuba passou a cobrar de quem tem, para continuar oferecendo ajuda a quem não pode pagar. Assim, governos árabes, como o do Qatar, pagam pela experiência dos médicos cubanos, enquanto o Haiti continua recebendo todo o apoio de graça.

Segundo Kirk - na entrevista (VIAMUNDO, 2013) - esse é um processo que já tem mais de 50 anos, e o país sempre investiu muito no programa

⁸ FOLHA DE SÃO PAULO. Exportar médicos está se tornando a maior fonte de renda de Cuba. 18 abr. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2017/04/1876523-exportar-medicos-esta-se-tornando-a-maior-fonte-de-renda-de-cuba.shtml>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

⁹ Professor de Estudos Latino-Americanos na Universidade de Dalhousie em Halifax, província de Nova Escócia, Canadá, que em 19 de janeiro de 2015 enviou uma carta de indicação ao Comitê Norueguês do Nobel em favor do Programa de Internacionalismo Médicos Cubanos para o Prêmio Nobel da Paz.

¹⁰ VIAMUNDO. John Kirk: "Brasil e Cuba estão fazendo uma troca sensata de serviços". 10 set. 2013. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/john-kirk-brasil-e-cuba-estao-fazendo-uma-troca-sensata-de-produtos-e-servicos.html>>. Acesso em: 19 ago. 2017. John Kirk, nesta mesma entrevista ao Viomundo, explica: "vou a Cuba desde 1976. Escrevi 13 livros sobre Cuba. Conheço bem o país e, recentemente, quase todo o meu trabalho tem sido sobre a política externa de Cuba".

nesse tempo todo, e, continua investindo. Só que agora, no mundo capitalista globalizado, onde os interesses econômicos determinam as ações governamentais, pode soar irreal e ingênuo acreditar na solidariedade internacionalista de Cuba. Entretanto, para o autor, apesar de, mais recentemente, estar utilizando esse programa como forma de manter a economia cubana em dia, Cuba, no começo, envolveu-se em cooperações internacionais principalmente por razões humanitárias, o que ainda é o fator essencial.

Em que pese as divergências teóricas/ideológicas, presentes ao debate, é inegável a relevância das missões e cooperações internacionais cubanas – como no exemplo do prêmio concedido pela OMS, ao contingente Henry Reeve - reconhecidas, inclusive, pelos organismos internacionais.

Atualmente, Cuba possui colaboração médica em 62 países, sendo 24 da América Latina (inclusive o Brasil) e do Caribe; 27 da África subsaariana; dois do Oriente Médio e do Norte da África; e sete da Ásia Oriental e do Pacífico, além de Rússia e Portugal.

5 Considerações finais

Em Cuba, um sistema médico-centrado, onde a interdisciplinaridade ainda se apresenta como um desafio a ser vencido, os profissionais – em especial os médicos e enfermeiras de família – estão muito próximos da comunidade, conhecem seus usuários, seus territórios e os contextos que os envolvem. Assim, toda atenção à saúde, ordenada pela APS e orientada para a promoção, é organizada a partir do plano local, onde usuários e profissionais de saúde (totalmente envolvidos no processo de produção do cuidado) geralmente vivem na mesma comunidade.

A comunidade, por sua vez, conhece cada detalhe deste sistema altamente estruturado – por meio do Programa de Médico e Enfermeira de Família (PMEF) –, fazendo valer, de maneira incisiva, seus direitos. Nesse sentido, a participação social –tem papel fundamental na sociedade cubana, pois tanto as associações quanto os CDRs são instrumentos de

participação não setoriais, ou seja, neles são discutidos todos os assuntos que envolvem a comunidade e não apenas aqueles relativos à área da saúde. Por isso, é possível afirmar que os movimentos sociais são a base do sistema de saúde cubano – por sua criação, mas também por sua manutenção, pelas conquistas realizadas e pelas mudanças que certamente virão.

Outro aspecto a ser ressaltado é a forte ligação que Cuba tem com a saúde para além de suas fronteiras. Se por um lado o SNS cubano é referência para a organização dos sistemas de saúde de diversos países, por outro, leva seus profissionais de saúde, através das Missões Internacionais, em inúmeras situações perigosas e desastres naturais. Mesmo tendo que o desenvolvimento da Cooperação Internacional cubana tenha ocorrido *pari passu*, com a evolução do próprio sistema de saúde, marcada pela conjuntura nacional e internacional, e acompanhado pela inúmeras divergências teóricas/ideológicas, quanto as questões econômicas que as permeiam, a relevância das Missões e Cooperações Internacionais cubanas é inegável.

Apesar das condições desfavoráveis de Cuba, nos últimos anos, segundo Lorenzo e Ruiz (2014), o país garantiu, a universalidade do acesso à saúde e tem igualmente subsidiado ações tanto no campo da atenção em saúde como no da formação de profissionais de saúde; também tem desenvolvido a indústria de saúde, sendo que a pesquisa tem possibilitado a expansão da biotecnologia e a comercialização de produtos médicos para outros países. Nesse sentido, a gratuidade dos serviços de saúde e a cultura de políticas de subsídios (alimentação, habitação, etc.) durante os anos de 1990 a 2010, período do endurecimento do bloqueio econômico, mostraram-se essenciais para garantir os bons indicadores de saúde da população cubana que apontam para a afirmação de uma proposta de sistema público de saúde viável, tanto do ponto de vista de sua eficácia, como de seu enfoque humano.

6 Referências

- CRUZ, E.M.; TORRES, N.M. Abordaje de la salud ocupacional dentro de la cooperación médica internacional. Desafíos y retos futuros. Revista Cubana de Salud y Trabajo, v. 13, n. 1, p. 58-63, 2012.
- CUBA. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1983. Ley nº 41, de 15 de agosto de 1983. Ley de la Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba, Edición Ordinaria, La Habana, 1983.
- CUBA. Constitución de La República de Cuba. Cuba: Editorial My. Gral. Ignacio Agramonte y Loynaz, 2014
- CUBA. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadística de Salud 2018. La Habana: Ministério de Salud Pública, 2017. Disponível em: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>.
- DAL PRÁ, K.; MINELLI, D.S.; MARTIN, D.; FETZNER, R.T.; FONTANA, K.C.O. Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 9, n. 2, p. 91-103, 2015.
- DOMINGUEZ-ALONSO, E; ZACCA, E. Sistema de Salud de Cuba. Salud Pública de México, v. 53, suplemento 2, p. S168-176, 2011.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Exportar médicos está se tornando a maior fonte de renda de Cuba. 18 abr. 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2017/04/1876523-exportar-medicos-esta-se-tornando-a-maior-fonte-de-renda-de-cuba.shtml>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- GARCÍA, G.D. Etapas del desarrollo histórico de la salud pública revolucionaria cubana. Revista Cubana de Salud Publica, v. 22, p. 48-54, 1996
- GÓNZÁLEZ, A.M.G. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Revista Cubana Salud Pública, v. 29, n. 4, 2003.
- GOTT, Richard. Cuba: uma nova história. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- JIMÉNEZ, J.S. El sistema de salud en Cuba: Desafíos hacia el año 2000. Revista Cubana de Salud Pública, v. 23, n. 1-2, p. 5-16, 1997.
- JIMÉNEZ, Y. Cuba coopera. In: Conferencia en sede de la Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: 2008.

- LOURENÇO, E.A.S.; RUIZ, R.F. La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social. *Revista Katálysis*, v. 17, n. 2, p. 207-217, 2014.
- MADUREIRA, P.S.P. Sistema de saúde cubano. 2010. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- MEJIAS, L.A.C. La Atención Primaria de Salud y La Medicina Familiar en Cuba. Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública, 2015.
- MORAIS, J.R.M.; SANTOS, M.L.W.D. Brasil e Cuba: Sistemas de saúde sob a análise comparada. *Revista Economia e Políticas Públicas*, v. 3, n. 1, 2015.
- NOVÁS, J.D. Del policlínico integral al médico de familia. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 1989.
- OCHOA, F.R. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. *Rev Cubana Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 31, n. 2, jun. 2005.
- OCHOA, F.R. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr*, Ciudad de La Habana, v. 19, n. 1, fev. 2003.
- OMS – Organización Mundial de la Salud. Cuba: hacia una generación sin VIH. Sd. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/94/12/16-021216/es/>>. Acesso em: 08 jul. 2017.
- PEREIRA, D.N. Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. 2013. Tese [Doutorado]. Universidade de Brasília, Brasília.
- PRAVDA.RU. Programa Internacionalista Médicos Cubanos é indicado ao Nobel da Paz. 09 ago. 2015. Disponível em: <http://port.pravda.ru/news/mundo/09-08-2015/39224-medicos_cubanos-0/>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- RUIZ, F. C. La Historia me absolverá. La Habana: Política, 2011.
- SAITO, H.; HADDAD, A.G. Cuba sem bloqueio: a revolução cubana e seu futuro, sem as manipulações da mídia dominante. São Paulo, Radical Livros, 2012.
- SANTOS, L.S.; CANO, M.C.A. Salud Pública en Cuba. In: SINTES, R.Á. *Revista Medicina General Integral*. 2 ed. La Habana: Ciencias Médicas, 2008. p. 1-8.
- TORRES, N.M. La colaboración médica cubana en el siglo XXI: Una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau [Tese]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, 2006.
- TORRES, N.M.; CRUZ, E.M. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 36, n. 3, p. 254-262, 2010.
- VIOMUNDO. Dois médicos norte-americanos avaliam o sistema de saúde de Cuba. 30 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/dois-medicos-norte-americanos-avaliam-o-sistema-de-saude-de-cuba.html>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- VIOMUNDO. John Kirk: Brasil e Cuba estão fazendo uma troca sensata de serviços. 10 set. 2013. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/john-kirk-brasil-e-cuba-estao-fazendo-uma-troca-sensata-de-produtos-e-servicos.html>>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- WHO. World Health Organization. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Conferência de Alma-Ata. Alma-Ata: WHO, 1978.