



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

Campos Alves, Sandra Mara; Proença de Oliveira, Felipe; Martins Matos, Mateus Falcão;  
Pacheco Santos, Leonor Maria; Delduque, Maria Celia  
Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil,  
Angola e Cuba  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 7, julho, 2017, pp. 2223-2235  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63051952015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba

International cooperation and shortage of doctors:  
an analysis of the interaction between Brazil, Angola and Cuba

Sandra Mara Campos Alves <sup>1</sup>  
Felipe Proença de Oliveira <sup>1</sup>  
Mateus Falcão Martins Matos <sup>2</sup>  
Leonor Maria Pacheco Santos <sup>1</sup>  
Maria Celia Delduque <sup>1</sup>

**Abstract** *The shortage of doctors, especially in remote areas, is a critical issue for the development of national health systems and has thus been the focus of a number of international cooperation projects. An exploratory and qualitative study was conducted to examine cooperation between Brazil, Angola and Cuba. A nonsystematic literature review was conducted of selected open access articles and official documents addressing relevant health cooperation initiatives. Previously selected characteristics of actions designed to redress the shortage of doctors were compared. It was concluded that the interactions between the three countries were fruitful and potentially beneficial for the health of the population of these countries. South-South cooperation between these countries showed positive results in the educational and regulatory dimensions and adopted a non-dependence perspective that seeks to strengthen endogenous capacity, which are important factors for evaluating the structural components of health systems.*

**Key words** *International cooperation, Human resources for health, Brazil, Angola, Cuba*

**Resumo** *A escassez de médicos, principalmente em áreas remotas, é tida como uma questão crítica para o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde e tem motivado uma série de projetos de cooperação internacional. Este 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 do fortalecimento da capacidade endógena, pontos importantes para a avaliação dos componentes estruturante dos sistemas de saúde.*

**Palavras-chave** *Cooperação internacional, Recursos humanos em saúde, Brasil, Angola, Cuba*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70510-900. Brasília DF Brasil. smcalves@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Global e Sustentabilidade, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

## 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 4,0<sup>1</sup>. 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 de médicos<sup>2</sup>.

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 saúde<sup>3</sup>.

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 das agências privadas de recrutamento<sup>4-6</sup>.

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 pares<sup>7-9</sup>.

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 compõem 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*<sup>10,11</sup>.

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 subordinação<sup>12</sup>.

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 à descoordenação na sua aplicação<sup>13</sup>. Assim, o modelo de cooperação Sul-Sul passa a desempenhar papel de relevante análise no campo da saúde<sup>11,12</sup>.

O objetivo deste 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 a 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 (Tabela 1).

#### 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<sup>14</sup>.

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<sup>15</sup>.

**Tabela 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 <sup>1</sup>	0,17 <sup>16</sup>	7,7 <sup>17</sup>
% PIB gasto em saúde	6,7 <sup>14</sup>	3,8 <sup>18</sup>	9,7 <sup>17</sup>
Número de escolas médicas (2015)	341 <sup>19</sup>	8 <sup>20</sup>	15 <sup>17</sup>

\* Dados extraídos da referência 14.

Fonte: elaborado pelos autores.

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<sup>21</sup>.

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 Norte e Nordeste as mais afetadas por escassez grave de médicos<sup>22,23</sup>.

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<sup>24</sup>.

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<sup>25</sup>. Essas ações pretendem alterar a proporção de médicos por mil habitantes de 1,8 (em 2003) para 2,7 (até 2016)<sup>26</sup>. 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 Médicos<sup>19</sup>.

A cooperação Sul-Sul estabelecida pelo Brasil prima pelos “princípios do respeito à soberania e da não intervenção em assuntos internos de outras nações”<sup>27</sup>, sendo 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 políticas<sup>27</sup>.

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-Sul<sup>28</sup>.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)<sup>27</sup> 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)<sup>28</sup>.

### 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”<sup>16</sup>. 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, as doenças respiratórias agudas e as doenças diarreicas agudas, correspondendo a 86,1% do total de doenças notificadas<sup>18</sup>.

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 destruída<sup>18</sup>.

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 saúde<sup>29</sup>. 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”<sup>30</sup>.

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<sup>16,31</sup>. 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”<sup>16</sup>.

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 habitantes<sup>16</sup>. 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 privada<sup>20,32</sup> (Quadro 1).

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 intersetorial, universal, regionalizado com profunda concepção internacionalista e solidária<sup>17</sup>.

A Constituição de Cuba, publicada em 1976, e revisada em 1992, dispõe que todos têm direito à atenção e proteção da sua saúde, cabendo ao Estado garanti-la por meio de prestação de assistência médica e hospitalar gratuita<sup>33</sup>. 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 população<sup>34</sup>.

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 resolutive da atenção primária<sup>17</sup>.

O planejamento e a formação de recursos humanos são garantidos a partir do próprio Sistema Nacional de Saúde, que possui 13 universidades

**Quadro 1.** Cursos de medicina em Angola, por província, ano de criação e tipo de instituição.

Universidade/Faculdade	Província	Data de criação	Instituição Público/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.



com curso de medicina, duas faculdades independentes, a *Escuela Latinoamericana de Medicina* (ELAM) e a *Escuela Nacional de Salud Pública*. A educação superior em Cuba é um direito público e um dever do estado e deve ter correlação com o mundo do trabalho<sup>35</sup>.

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 ELAM<sup>17</sup>.

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<sup>17</sup>.

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 sífilis<sup>17</sup>.

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 1960, Cuba já teve cooperação internacional em 158 países, com mais de 325 mil trabalhadores atuando no exterior<sup>36</sup>.

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 par-

ticipante. 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 profissionais<sup>36</sup> (Tabela 2).

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 Venezuela<sup>36</sup>.

### 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 coopera-

**Tabela 2.** 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
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados extraídos da Referência 36.

ções 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 às 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<sup>37</sup>.

Essa cooperação visa o fortalecimento da capacidade de formação em saúde pública, por meio da implantação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola, e 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 ofereceu 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 alunos<sup>28</sup>.

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 mé-

dicos. 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<sup>26,38</sup>.

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 locais<sup>26</sup>. 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 país<sup>36</sup>.

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 longo prazo<sup>39</sup>.

A OPS/OMS também o considerou um projeto inovador, por gerenciar importante recurso financeiro para a contratação de 11.400 médicos, os mobilizar de um país como Cuba, que os tem em maior proporção que o Brasil, e pelo fato desses profissionais se integrarem ao SUS<sup>40</sup>.

Estudos recentes de avaliação do Programa demonstraram que 94,6% das pessoas atendidas estavam com satisfação boa ou muito boa<sup>41</sup>, houve redução no número de municípios com escassez de médicos<sup>42</sup>, ocorreu expansão no acesso aos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis<sup>43</sup>, redução nas internações por condições sensíveis à APS na Região Nordeste do Brasil<sup>44</sup>, bem como um agregado de bons resultados em diminuição das internações e ampliação do acesso<sup>45</sup>.

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 profissionais<sup>46</sup>.

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 de graduação de medicina e enfermagem<sup>36</sup>. 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 no fortalecimento da gestão municipal e da atenção primária em saúde<sup>36</sup>.

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 ELAM<sup>47</sup>.

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 ao país caribenho 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, a prevenção e a reabilitação da saúde, não se restringindo à dependência tecnológica. Ademais, na formação médica o foco reside na saúde da coletividade, e não na doença dos indivíduos<sup>48,49</sup>.

A educação médica apresentada em Cuba se distingue daquela praticada no Brasil até recentemente, fundada no paradigma biomédico, as-

sociada à expansão da tecnologia na área médica, com aparelhos, técnicas e medicamentos modernos, que passaram a substituir o bom exame clínico na definição dos diagnósticos, e a proliferação de especialidades. A formação biomédica, quando predominante, acaba também se constituindo como fator determinante para o baixo interesse dos médicos pela atenção básica<sup>50</sup>.

No que toca à 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 humanos<sup>51</sup>.

Cuba entende que sua cooperação se mantém de acordo com alguns princípios básicos: é um 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, com ênfase em áreas remotas<sup>52</sup>. Destaca-se nesses casos o princípio da solidariedade internacional de Cuba, tido como elemento decisivo nas iniciativas desse país<sup>53</sup>.

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 local<sup>52</sup>.

Além das questões pontuadas anteriormente, a cooperação desenvolvida pelo governo cubano se encontra no marco discutido por Akerman<sup>54</sup>, de que 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 países<sup>55</sup>.

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 Organização<sup>40</sup>.

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<sup>56,57</sup>. 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 preparados<sup>20</sup>.

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 OMS<sup>56</sup>, dos 46 países da região africana, 24 não possuem uma política nacional nessa seara.

Ademais, 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 a contribuir para a melhoria do desenvolvimento socioeconômico e epidemiológico no qual o país se encontra. Estudos futuros serão necessá-

rios 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 o 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.

Brasil e Angola estabeleceram uma cooperação estruturante em saúde, que propõe outro paradigma, no qual o desenvolvimento de capacidades é a pedra fundamental<sup>58</sup>. 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 compõem o sistema de saúde dos países<sup>58</sup>.

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 saúde<sup>10</sup>.

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 relevantes<sup>10</sup>.

Parece-nos que é nessa perspectiva que foi desenvolvida a cooperação entre Cuba e Angola, no momento em que há participação deter-

minante dos professores oriundos do primeiro para viabilizar a abertura de seis novas escolas médicas no segundo, 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 global<sup>10</sup>.

No âmbito das recomendações internacionais quanto ao provimento e retenção de médicos em áreas remotas<sup>7-9</sup>, 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.*<sup>59</sup> 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 na formação continuada em níveis diferenciados, voltado ao fortalecimento e estruturação de instituições chaves para o sistema de saúde do país.

Após a análise das iniciativas apresentadas sobre o marco da importância das Cooperações Sul-Sul, e das estratégias apontadas pela literatura internacional para o 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, as obrigações e as expectativas dos países envolvidos<sup>60</sup>.

Apresenta ainda como princípio norteador, a necessidade de os Estados empreenderem esforços para constituir uma força de trabalho autossuficiente, abrangendo estratégias para formação, capacitação e manutenção desses recursos humanos em seus territórios, de modo a reduzir a necessidade de contratação externa<sup>60</sup>.

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 escassez<sup>60</sup>.

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 à 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, a comparação e o aprofundamento dessa importante questão sanitária de dimensão internacional.

## Colaboradores

SMC Alves e FP Oliveira participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e da redação do artigo. MFM Matos participou da análise e interpretação dos dados e da redação do artigo. LMP Santos e MC Delduque participaram da revisão do artigo e da aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS; 2012. [acessado 2015 maio 10]. Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/)
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal*. Ginebra: 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. *Lancet* 2008; 371(9613):668-674.
5. Buyx 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):102-109.
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):379-385.
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. *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. *RECHS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):93-105.
14. World Health Organization (WHO). *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](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. Connor C, Averbug C, Miralles M. *Avaliação do Sistema de saúde de Angola 2010*. Bethesda: Abt Associates Inc.; 2010.
17. Ojeda RM. Cobertura Universal de Salud: Experiencia Cubana [editorial]. *Ciencias Médicas* 2015.
18. 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>
19. Brasil. *Número de escolas médicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [mimeo]
20. 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.
21. Paim JS. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
22. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil* 2015. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015
23. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate* 2009; (44):13-24.
24. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez; 2015.
25. 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.
26. Brasil. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
27. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009*. Brasília: IPEA, ABC; 2010.
28. Fedatto MS. *A Fiocruz e a cooperação para a África no governo Lula* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
29. 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.
30. Angola. Constituição da República de Angola. *Diário da República* 2010; 5 fev.
31. Queza AJ. *Sistema de Saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal* [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2010.
32. 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.
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 Cooperación Médica: Anuario*. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 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. *Cien Saude Colet* 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. *Cien Saude Colet* 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. *Cien Saude Colet* 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. *Cien Saude Colet* 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. *Cien Saude Colet* 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 (Botucatu)* 2015; 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: Escuela Nacional de Salud Pública; 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*. Genève: 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](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. *Cien Saude Colet* 2016; 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](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf)

Artigo apresentado em 15/08/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 13/02/2017