Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Amanda Frazão da Silva

Estado, política social e saúde: estratégias para o controle do câncer de mama em Cuba

Rio de Janeiro

2016

Amanda Frazão da Silva

Estado, política social e saúde: estratégias para o controle do câncer de mama em Cuba

Trabalho de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública e subárea de concentração: Políticas Públicas e Saúde

Orientadora: Profª Drª Luciana Dias de Lima

Rio de Janeiro

2016

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586e Silva, Amanda Frazão da
Estado, política social e saúde: estratégias para o controle de câncer de mama em Cuba. / Amanda Frazão da Silva. -- 2016.
116 f. ; il. ; tab.

Orientador: Luciana Dias de Lima
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Sistemas de Saúde. 2. Neoplasias da Mama - prevenção & controle. 3. Cuba. I. Título.

CDD – 22.ed. –614.99449

Amanda Frazão da Silva

Estado, política social e saúde: estratégias para o controle do câncer de mama em Cuba

Trabalho de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública e subárea de concentração: Políticas Públicas e Saúde

Aprovada em: 29 de maio de 2015

Banca Examinadora

Profª Drª Luciana Dias de Lima, ENSP/Fiocruz

Profª Drª Maria Helena Mendonça, ENSP/Fiocruz

Profª Drª Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, UFF

Profª Drª Márcia Marília Vargas Fróes Skaba, INCA

Profª Drª Lígia Giovanella, ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2016

Àquele que há 14 anos a vida me tirou do
convívio material, mas segue sendo minha luz.
Vivo porque sei que a tua maior luta
foi sobreviver anos por mim.

A ilha

Sejamos realistas, façamos o impossível
(Ernesto Che Guevara)

É preciso tirar as lentes antes de ver
antes de ler
antes de ouvir
para não haver mal-entendidos

Em uma ilha no Caribe, a quilômetros de distância geográfica daqui
e a centímetros de distância histórica,
não chegam pessoas com dores de excesso de esforço físico
nos serviços de saúde da zona rural
Ninguém trabalha além do limite do corpo na lida com a terra

Nos asilos - todos gratuitos, chamados lares -
todos os dias de manhã alguém lê notícias para os idosos
que comentam e discutem o que acontece na ilha e no mundo
(num desses lares eu recebi parabéns pelo Brasil ter dado asilo
ao presidente de Honduras depois do golpe)
Ali Dona Mercedes de 86 anos disse transbordando
emoção que é revolucionária até a morte
Dona Cecília me pediu pra dizer a meus companheiros brasileiros
que no país dela os idosos são tratados com muito, muito amor
e é disso que eles precisam

Nos bancos das praças aulas de história e cultura mundial
são dadas por qualquer morador da ilha
Todo dia primeiro de maio milhões saem às ruas
Lá vi alegrias tão sinceras que me entristeceram
e me encheram de esperança
Não há diferença de cor nem de credo

Ali vive um povo de peito feito de muro
povo de cabeça erguida
País que paga muito mais caro pra importar comida e alguns remédios
porque seu vizinho ianque pirracento não quer vender
e quem é que são os terroristas?

A ilha tem formato de jacaré
mas se você olhar bem
a forma de Cuba é uma estrela
estrela-guia vermelha de um horizonte possível
porque um dia seu povo, realista, quis o impossível
Quis e segue querendo o socialismo

Lucas Bronzatto

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora Drª Luciana Dias de Lima por toda a paciência e zelo durante esses longos dois anos. Com toda certeza sua compreensão e seu comprometimento com a minha formação e com a elaboração desse trabalho foram fundamentais que eu pudesse concluí-lo.

Agradeço também à minha mãe. Essa mulher que é minha força, meu pilar na minha trajetória de vida e que não deixa nunca de me incentivar e acreditar em mim. Jamais teria chegado até aqui sem você.

Meu muitíssimo obrigada aos meus amigos de turma da subárea de Políticas Públicas e Saúde, de outras subáreas e também de outros cursos da ENSP, em especial, Rebeca, Norhan, Lucas, Laíra. Agradeço pelos cafés nos intervalos, pelos almoços divertidos, pela companhia nas ruas, nas lutas, no Fórum de Estudantes. Foi tudo tão intenso! Nosso aprendizado nesse período não se deu apenas com os livros nas mãos, dividimos os desejos e as tensões que envolvem seguir na contramão do que está colocado como ordem.

Ganhei dois grandes amigos para toda a vida nesse tempo. Meus amigos Leonardo e Ivo, nunca esquecerei os seguidos dias dividindo a mesa da Biblioteca Parque em que além de escrevermos muito, pudemos compartilhar as angústias com os prazos, com a vida pessoal conturbada, com a sede de querer viver todo o lazer que essa cidade pode nos proporcionar. Obrigada pelo cuidado e por todo incentivo.

O mestrado além do título de mestre também me deu uma irmã mais nova. Prodígio, competente, determinada. Foi meu exemplo durante a elaboração desse trabalho, além de ter sido uma das minhas maiores motivadoras. Ganhei cama, casa, café, companhia e muito amor. Ingrid, nem tenho palavras para agradecer suas doses cavalares de generosidade comigo. Amizade daquelas com letra maiúscula. Amo você.

Não podia deixar de agradecer às minhas amigas Lorraine, Renata, Marcelle, Karol e Josyane. Peço desculpas pelas ausências durante os últimos anos, foi tudo muito conturbado, mas saibam que cada dia especial que não pude estar ao lado de vocês for bastante sofrido. Obrigada por serem as minhas forças quando elas faltaram, por terem sempre um colo disponível e por sempre acreditarem em mim.

RESUMO

Cuba possui um sistema de saúde de acesso universal e de responsabilidade total do Estado. O país enfrenta grandes dificuldades de ordem política e econômica que afetam o universo das públicas cubanas, incluindo a Saúde. Com o envelhecimento populacional, Cuba convive com um expressivo crescimento no número de casos de diagnósticos de câncer. No que se refere ao câncer de mama, atualmente é a segunda causa de morte entre as mulheres cubanas. Nesse contexto, este estudo teve como objeto a análise do Sistema de Saúde cubano no que se refere ao controle do câncer de mama feminina no país, entendendo a complexidade existente no enfrentamento da doença. O estudo teve como bases a discussão sobre sistemas de saúde, controle de câncer de mama e atuação do Estado junto à Saúde. A análise documental e a revisão bibliográfica foram utilizadas metodologia. A rigidez do bloqueio econômico e o isolamento político da ilha após a dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), aprofundaram os problemas de ordem econômica no país, culminando em limitações impostas ao sistema de saúde. Com vistas a amenizar a crise econômica que a ilha convive há décadas, a partir dos anos 2000, o governo se utilizou da abertura comercial como uma estratégia. A forte atuação do Estado cubano nas suas mais diferentes frentes torna-se um diferencial no controle do desenvolvimento da política de saúde, garantindo ao Estado alta governabilidade. As ações de caráter coletivo destacam-se no âmbito do sistema de saúde cubano. Esse fato possivelmente está associado à ênfase que o sistema dá a Atenção Primária. Esse cenário se dá muito pelo foco na alta resolutividade dos problemas no nível primário, assim como também para reduzir os custos do sistema. A problemática do câncer de mama e a dificuldade de controle da doença em Cuba demonstram que mesmo com um sistema de saúde público, universal e de qualidade, a escassez de recursos financeiros e a dificuldade em obter insumos e tecnologias impacta diretamente na política de enfrentamento do câncer de mama.

Palavras-chave: sistemas de saúde; câncer de mama; Cuba.

ABSTRACT

Cuba has a universal with access health care system and total state responsibility. The country faces great difficulties of political and economic order that affect the public politics, including Health. With the aging population, Cuba coexists with a significant increase in the number of cases of cancer diagnoses. As regards the breast cancer is currently the second leading cause of death among women in Cuba. In this context, this study had as its object the analysis of the Cuban health system with regard to the control of female breast cancer in the country, understanding the complexity existing in fighting the disease. The study had as bases the discussion about health care, breast cancer control and state action at the Health. The document analysis and literature review were used as methodology. The rigidity of the economic blockade and political isolation of the island after the dissolution of the Union of Soviet Socialist Republics (USSR), deepened the problems of economic order in the country, culminating in limitations imposed on the health care system. In order to ease the economic crisis that the island lives for decades, from the 2000s, the government has used the trade liberalization as a strategy. The strong performance of the Cuban state in its different fronts becomes a differential in control of health policy development, ensuring the state high governance. The collective actions stand out within the Cuban health system. This fact is possibly due to the emphasis that the system gives the Primary Health Care. This scenario happens quite the focus on high solving the problems at the primary level, as well as to reduce system costs. The problem of breast cancer and the difficulty of disease control in Cuba demonstrate that even with a public health system, universal, quality, scarcity of financial resources and the difficulty in obtaining inputs and technologies impacting directly on coping policy breast cancer.

Key words: health systems; breast cancer; Cuba

SUMÁRIO

Lista de Quadros, Tabelas e Figuras.....X
Lista de Siglas.....XII
Introdução.....14
1 Características dos sistemas de saúde no contexto de diferentes países..... 19
2 Câncer de mama: características, magnitude e estratégias de controle..... 31
3 O câncer de mama no contexto da América Latina e em Cuba..... 39
4 Metodologia..... 44
4.1 Referencial de Análise..... 44
4.2 Estratégias Metodológicas..... 45
5 Configuração do Sistema Nacional de Saúde (SNS) 53
5.1 Contexto político-institucional do Sistema Nacional de Saúde..... 53
5.2 Estrutura e Organização do Sistema de Saúde..... 65
6 Ações e serviços de saúde voltados ao controle do câncer de mama..... 81
7 Macro funções executivas do Estado cubano na saúde..... 97
Considerações Finais..... 107
Referências Bibliográficas..... 109

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADROS

Quadro 1 - Modelos de Proteção Social..... 25

Quadro 2 - Esferas de governo, estrutura dos sistemas de saúde e gastos em saúde de países latino-americanos..... 27

Quadro 3 - Referencial de coleta e análise de dados da pesquisa.....47

Quadro 4 - Ações e medidas que permearam as relações entre Cuba e EUA no período de 1960 a 2014..... 54

Quadro 5 - Princípios do Sistema Nacional de Saúde Cubano.....67

Quadro 6 - Principais funções e responsabilidades do Ministério da Saúde de Cuba (2015).....69

Quadro 7 - Unidades que compõem o Sistema Nacional de Saúde Cubano Subordinadas ao Nível Central, 2015.....75

Quadro 8 - Unidades que Compõem o Sistema Nacional de Saúde Cubano Subordinadas aos Níveis Provincial e Municipal, 2015.....76

Quadro 9 - Objetivos e ações de promoção e prevenção relacionadas ao câncer desenvolvidas pelas Equipes Básicas de Saúde (EBS).....85

Quadro 10 - Características principais do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.....89

Quadro 11 - Principais estratégias para a formação em saúde em Cuba.....98

Quadro 12 - Execução do orçamento em saúde e gasto em saúde por habitante, 1960-2013.....102

Quadro 13 - Gastos em saúde em Cuba, 2000 e 2010.....102

TABELAS

Tabela 1 - Salário médio mensal nas empresas estatais e mistas segundo classe de atividade econômica (Em dólares americanos) – Cuba, 2008 a 2013..... 60

Tabela 2 - Mortalidade por tumores malignos selecionados. Cuba, 2013.....80

FIGURAS

Figura 1 - Estrutura hierárquica administrativa-territorial do Sistema Nacional de Saúde de Cuba, 2015.....71

Figura 2 - Espaços de participação social inseridos na estrutura político-administrativa de Cuba, 2015.....78

Figura 3 - Áreas fundamentais do Programa Nacional de Controle do Câncer de Cuba, 2014.....82

Figura 4 - Organização da atenção oncológica em Cuba, 2014.....83

LISTA DE SIGLAS

AEM - Autoexame da mama

CDR - Comitês da Revolução

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CMEF - Consultórios de médico e enfermeira da família

DNE - Departamento Nacional de Estatísticas

EBS - Equipe Básica de Saúde

ENSAP - Escuela Nacional de Salud Pública

EUA - Estados Unidos da América

FMC - Federação de Mulheres Cubanas

FMI - Fundo Monetário Internacional

FONASA - Fundo Nacional de Saúde

GBT - Grupo Básico de Trabalho

HCIII - Hospital do Câncer III

IMEFA - Indústria Médico-Farmacêutica

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

ISAPRE - Instituições de Saúde Preventivas

INSAT - Instituto Nacional dos Trabalhadores da Saúde

ISAGS - Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde

MNT - Medicina Natural e Tradicional

MINSAP - Ministério da Saúde Pública

ONE - Oficina Nacional de Estatísticas

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU - Organizações das Nações Unidas

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAAF - Punção Aspirativa por Agulha Fina

PIAS - Plano Integrado de Atenção à Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PMEF - Programa de Médico e Enfermeira da Família

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPN - Sistema Nacional de Saúde Pública

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UICC - União Internacional Contra o Câncer

UNSAT - Unidade Nacional de Saúde Ambiental

Introdução

Esse estudo teve como objeto a análise do Sistema de Saúde cubano no que se refere ao controle do câncer de mama feminina no país. A proposta se originou a partir da inserção como aluna no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e da participação como discente no curso sobre o Sistema de Saúde Cubano realizado pela Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), localizada na cidade de Havana - Cuba.

Durante a experiência como residente no Hospital do Câncer III (HCIII), unidade do INCA especializada em assistência à neoplasia maligna de mama, pôde-se observar que esta enfermidade traz repercussões em diversos aspectos da vida das mulheres que a enfrentam. No decorrer do curso em Cuba e a partir da visualização da realidade desta ilha, surgiu o interesse em conhecer o sistema de saúde cubano na perspectiva do controle do câncer de mama.

Cuba vivencia significativas mudanças políticas, econômicas e sociais desde 1959, quando o país adotou o regime socialista, com foco na satisfação das necessidades básicas de sua população. Nesse contexto, observa-se um processo de intensa transformação, como a nacionalização de empresas estrangeiras, a reforma agrária e estatização total da saúde e educação, mas principalmente na conformação de políticas sociais abrangentes.

Assim como os demais países latino-americanos, Cuba enfrenta enormes desafios de ordem política e econômica. No entanto, difere-se de seus vizinhos, pois além de estar inserido na periferia do capitalismo, convive com o bloqueio comercial imposto pelos Estados Unidos desde 1961, em resposta as medidas implantadas pelo governo cubano.

Na atualidade, o país possui expressivas dificuldades financeiras que se aprofundaram após a dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1989 – forte apoiador econômico - e impôs novas posturas do Estado para contornar a presente situação e garantir a priorização das políticas sociais, incluindo a manutenção do funcionamento de seu sistema de saúde. Ainda sobre a realidade cubana na atualidade, deve-se levar em consideração também a política interna cubana que desde o início do processo revolucionário aplicou medidas restritivas de liberdade, também trazendo reflexos para a dinâmica social.

Os sistemas de saúde no formato atual como conhecemos hoje, passaram a ser construídos a partir do século XX, em um momento que os Estados ampliavam sua responsabilidade no que se refere à garantia de direitos sociais. A Organização Mundial de Saúde (2000) os definem como o conjunto de atividades que possuem a finalidade de promoção e manutenção da saúde de determinada população.

Segundo Lobato e Giovanella (2012), os sistemas de saúde respondem às condições de saúde da população e sua análise não pode ser desvinculada da realidade da sociedade a qual pertence, pois estão inseridos na dinâmica social, interferindo na mesma e também sofrendo sua influência. Associados aos modelos de proteção social adotados em cada país, os sistemas de saúde têm o Estado como figura central na sua formação. A relação entre Estado, sociedade e mercado o que estabelece o modo funcionamento e de organização de cada sistema (BUSS; LABRA, 1995).

A combinação entre o sistema de saúde e a dinâmica social no qual está inserido determina a maneira como a sociedade em questão a compreende, entende os fatores de risco de adoecimento e como trabalha junto às problemáticas do processo saúde-doença. Deste modo, Lobato e Giovanella (2012) apontam que a amplitude da proteção em saúde dependerá do quanto essa sociedade compreende a saúde como um campo muito mais coletivo do que individualizado. Cabe destacar que a atuação do Estado e as decisões políticas e condições econômicas também conformam o grau de proteção em saúde.

Nessa perspectiva, o que temos na realidade é que os países europeus desenvolveram sistemas de proteção social muito mais abrangentes que os países latino-americanos (ROBLES, 2013). Em sua grande maioria, a história dos modelos de proteção social na América Latina nos mostra que estes não são abrangentes e inclusivos. Na saúde, exceto Cuba e Brasil, que conformaram sistemas de saúde universais, os demais países desenvolveram sistemas muito mais restritos, o que obviamente amplia os desafios enfrentados por esses sistemas.

Cuba possui um sistema de saúde universal, cujos pilares principais são a universalidade de acesso e a responsabilidade majoritariamente estatal no que se refere ao financiamento, gestão e prestação de serviços. Fortemente atingido pela escassez de recursos resultante, em grande parte, ao bloqueio comercial, o Estado cubano enfrenta grandes desafios para garantir o funcionamento adequado de seu

sistema de saúde, sendo um deles o controle das doenças não transmissíveis, em especial do câncer.

O câncer não é um problema apenas para Cuba, mas sim para a saúde pública mundial. Anteriormente, a leitura do quadro epidemiológico da neoplasia maligna era de enfermidade restrita aos países de capitalismo central e possuidores de mais recursos voltados à saúde. Atualmente, percebe-se a elevação dos casos da doença em países de capitalismo periférico, sendo estes os que mais sofrem o ônus da enfermidade (INCA, 2011).

As condições de vida e do meio ambiente estão relacionados ao risco de determinada população adoecer por câncer. A elevação da expectativa de vida de significativa parcela das sociedades culminou em um processo de transição demográfica importante que vem se refletindo no aumento do número de casos da doença. Assim como a industrialização, que aproximou trabalhadores e substâncias tóxicas nos processos de produção e elevou consideravelmente as chances de desenvolver a enfermidade (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

A nomenclatura câncer se refere a um conjunto de mais de 100 doenças que se desenvolvem de maneira diferente, possuem histórias naturais distintas, mas se originam similarmente através da replicação errada das células, quando o organismo não foi capaz de corrigir o equívoco passando a reproduzir seguidamente o erro. Deste conjunto de doenças, o câncer de mama é o que mais atinge as mulheres em todo o mundo (INCA, 2011). Dados revelam, ainda, que é a principal causa de morte por câncer em mulheres (GLOBOCAN, 2008).

O tratamento da neoplasia maligna de mama traz consigo uma gama de efeitos colaterais e sequelas que acarretam mudanças importantes no contexto de vida das mulheres que enfrentam a doença. A mastectomia parcial ou total, em alguns casos, o esvaziamento axilar, assim como os efeitos posteriores às sessões de quimioterapia e radioterapia (náuseas, vômitos, queda dos cabelos) afetam o corpo físico dessas mulheres, assim como sua vida social (MORAES et al., 2006).

Na atualidade as mulheres atuam sob diferentes perfis: como "*cidadãs, esposas dependentes de maridos, como viúvas, mulheres sós com responsabilidade de chefia de família, trabalhadoras assalariadas, clientes e/ou consumidoras*" (DRAIBE, 2006, p. 23). No ano de 2013, as mulheres em Cuba compreendiam 38% da força de trabalho, 47,5% dos trabalhadores do setor público e possuíam a maior

fatia dos diplomas universitários. De modo semelhante às mulheres dos demais países ocidentais, vivem diariamente a rotina da dupla jornada, ocupando as chefias de 1/3 das famílias cubanas (NÚÑEZ SARMIENTO, 2013). Frente a esse contexto, podemos observar os importantes reflexos que o acometimento por um tumor maligno de mama pode causar nos aspectos sociais e econômicos da vida dessas mulheres.

A multiplicidade de aspectos nas condições de vida e saúde que são impactados devido ao adoecimento por câncer requer um atendimento integral e um conjunto de ações em diversas áreas. Todos os níveis de atenção dos sistemas de saúde são mobilizados na tentativa de controle da doença, mas em geral "*é a terapêutica especializada com o uso de tecnologia e medicamentos de alto custo que mais demanda do sistema de saúde*" (KLIGERMAN, 1998, p.1).

O surgimento de novas terapias, equipamentos e medicamentos associados ao envelhecimento populacional, que acarreta no aumento do número de casos da doença, despontam como os fatores principais da elevação dos custos do tratamento da doença. Este dado não difere serviços públicos de serviços privados, sofrendo os dois setores as consequências destes fenômenos. Aponta-se também que essa tendência será refletida tanto em países centrais quanto periféricos no contexto internacional do capitalismo. No entanto, a escassez de recursos dos países mais pobres, possivelmente limitará ainda mais que seus sistemas de saúde alcancem o controle da doença.

Em Cuba, o câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia maligna de maior incidência, ficando atrás apenas do câncer de pulmão. Constitui-se o câncer mais frequente na população feminina, o que mais causa óbitos entre as mulheres, sendo que a incidência da enfermidade vem crescendo no país na mesma escala que países centrais. Entretanto, na contramão dos demais países latino-americanos, a taxa de morbidade tem crescido mais rapidamente que a de mortalidade. Esse dado indica um maior índice de sobrevida das usuárias acometidas pela doença, muitas das quais tem uma evolução clínica favorável após o tratamento realizado (TORRES et al., 2012).

Nesse sentido, tornou-se relevante compreender a atuação de um Estado que se assenta nos princípios de igualdade e que visa à garantia dos direitos sociais básicos de sua população, em um contexto de escassos recursos financeiros no

controle de uma doença com tamanho número de casos e alto custo de tratamento, como é o caso da neoplasia maligna de mama. Considera-se que esse estudo pode contribuir na compreensão da realidade de como um sistema de saúde universal, implantado em um país pobre, que enfrenta a problemática de uma doença que requer complexidade no seu controle.

Tivemos como objetivo geral desse estudo analisar a atuação do sistema de saúde cubano tendo em vista o controle do câncer de mama feminina a partir dos anos 2000. Os objetivos específicos foram: descrever o contexto político, econômico e social de Cuba; caracterizar o sistema nacional de saúde cubano; identificar as macro funções executivas do Estado na saúde e por fim, identificar as ações e serviços de saúde voltados à promoção, prevenção e tratamento e reabilitação do câncer de mama feminina.

A dissertação está estruturada em 7 capítulos. O primeiro capítulo é teórico e destina-se a apresentar resumidamente como estão conformados os sistemas de saúde na atualidade, destacando os modelos que foram desenvolvidos nos países latino-americanos. O segundo e o terceiro capítulos tratam da temática do câncer de mama, incluindo os principais aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer de mama, ações de saúde relacionadas à enfermidade e o outro capítulo discute e o panorama da doença na América Latina e em Cuba.

O quarto capítulo se refere à metodologia utilizada nesse estudo. O capítulo de número 5 discorre sobre a configuração do Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano, apresentando o contexto político-institucional no qual se encontra inserido, assim como a estrutura e organização do sistema. As ações e serviços de saúde em prol do controle do câncer de mama são o tema do capítulo 6 e as macro funções realizadas pelo Estado na saúde em Cuba são brevemente apresentadas no capítulo 7. Por fim, apresentam-se as considerações finais do estudo, destacando-se os principais achados e conclusões da pesquisa.

1 Características dos sistemas de saúde no contexto de diferentes países

Os sistemas de saúde, no formato que atualmente o conhecemos, só se consolidaram em meados do século XX (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), configuram-se como o conjunto de atividades que possuem a finalidade de promoção e manutenção da saúde de determinada população.

Lobato e Giovanella (2012) apontam que a conformação dos sistemas de saúde deve-se a ampliação gradativa do envolvimento dos Estados no que se refere ao controle dos condicionantes dos agravos à saúde e do bem-estar de suas sociedades, que afetam diretamente o desenvolvimento dos países. As autoras colocam que:

> os Estados foram consolidando estruturas que garantiram a prevenção de doenças, a oferta direta do serviço de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente, etc. Ou seja, os diversos temas e problemas relativos à saúde dos indivíduos e países são hoje uma preocupação coletiva e todas as nações têm essas questões em pauta. Os sistemas de saúde têm como função solucionar esses problemas de forma mais ou menos abrangente, em cada país (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p.89).

Sob outro enfoque, compreende-se que os sistemas de saúde "*são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo*" (MENDES, 2002, p.1). Respondem às condições de saúde da população e sua análise não pode ser desvinculada da realidade da sociedade a qual pertence, pois estão inseridos na dinâmica social, interferindo na mesma e também sofrendo sua influência (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Nesse sentido, podemos dizer que as características econômicas, históricas, políticas e culturais de cada país influenciam o formato do sistema, seus componentes e também sua dinâmica, que inter-relacionados objetivam responder aos problemas de saúde de uma determinada população (MENDES, 2001; 2002). De acordo com Buss e Labra (1995, p.13).

> por um lado, cada sistema de saúde é único uma vez que é o resultado da história da respectiva nação, aí compreendida a primazia de ideologias coletivistas ou individualistas portadas pelos atores fundamentais organizados, o nível de desenvolvimento socioeconômico e a capacidade dos governos de implementar as políticas formuladas, entre outros fatores. Por outro lado, todos os

> serviços de saúde recebem e incorporam influências universais tais como o enfoque científico da doença e a medicina, a aceleração do avanço tecnológico, a crescente especialização e subespecialização no campo médico. Também apresentam similaridades provenientes da natureza universal do processo de produção de saúde e do fato de terem que satisfazer, com recursos limitados, uma demanda virtualmente insaciável por cuidados médicos. Além disso, são indiscutíveis tanto o desafio técnico-organizacional colocado pelas mudanças experimentadas nas décadas recentes no perfil de morbimortalidade da população mundial quanto o desencanto diante da constatação do papel limitado que desempenham os sistemas médicos na elevação das condições de saúde.

A maneira como determinada sociedade a compreende, entende os fatores de risco de adoecimento e como atua junto às problemáticas do processo saúde-doença advém da relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social no qual está inserido. Sendo assim, a amplitude da proteção em saúde dependerá do quanto essa sociedade compreende a saúde como um campo muito mais coletivo do que individualizado (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Outro ponto relevante nessa discussão aos papéis desenvolvidos pelo governo, a sociedade e o mercado. O quanto que a tríade governo-sociedade-mercado se responsabiliza pela saúde da população determina o funcionamento e organização dos sistemas, assim como os efeitos destes nas condições de vida e saúde das pessoas. Deste modo, devemos destacar a centralidade do Estado na estruturação dos sistemas de saúde. Na perspectiva de Buss e Labra (1995), independente do modelo de sistema adotado a forte presença do Estado é uma similaridade entre os sistemas.

Ao tratarem do tema, Lobato e Giovanella (2012) elencam características importantes dos sistemas de saúde. Apontam que estes não funcionam, fundamentalmente, de maneira ordenada, nem são um conjunto fechado, se relacionando constantemente com outros sistemas. As autoras ressaltam também que os sistemas são complexos e passam por mudanças constantes. Outra característica destacada é a similaridade dos elementos que compõem os sistemas de saúde, ou seja, todos os sistemas possuem determinada forma de organização e são constituídos de instituições que concentram a responsabilidade por um conjunto de atividades, serviços e também pelo financiamento.

Lobato e Giovanella (2012) colocam também que os sistemas de saúde se comportam como um importante setor de atividade econômica à medida que estes

funcionam a partir da produção de serviços e insumos, gerando numerosos postos de trabalho e movimentando um grande contingente financeiro. Possuem também importante papel na

> arena política de disputa, na qual ocorrem conflitos distributivos de poder e recursos, prestígio e empregos, envolvendo inúmeros atores sociais: profissionais, partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, representações de empresários, grupos de interesses etc. (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 90).

As configurações dos sistemas de saúde estão associadas aos modelos de proteção social construídos por cada nação. A maneira como cada sociedade se organiza e como o Estado intervém na área social, incluindo, em especial, as políticas de saúde, previdência e assistência social compõem os modelos de proteção social. Viana (2004, p.7) aponta que:

> os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa a resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez e desemprego e exclusão (por renda, sexo, etnia, cultura, etc.).

Cabe destacar, que os países desenvolveram diferentes formatos de proteção social. Por mais que as características de cada um deles os associem a um dado modelo preponderante, estes não se configuram como um ‘tipo puro’, podendo haver diferenças entre as modalidades que caracterizam as diversas políticas sociais na proteção social. Fleury (1994) destaca os países da América Latina como alguns dos que configuraram seus sistemas de proteção social mesclando diferentes modelos.

Segundo Mejia-Ortega e Franco-Giraldo (2007), historicamente, a proteção social na América Latina foi implementada de acordo com os modelos de desenvolvimento adotados no período. O autor afirma que além do tipo de desenvolvimento, o regime político, as crises administrativas e financeiras também influenciaram o formato de proteção conformado. Deve-se entender que a proteção social é uma parcela da mediação entre a política e a economia, surgindo daí a diversidade entre os países na caracterização da proteção social.

Robles (2013) coloca que para compreender os mecanismos e arranjos de políticas de proteção social na região, deve-se entender o complexo contexto de dinâmicas políticas, sociais e econômicas existentes. Segundo a autora, o bloco é marcado historicamente por políticas clientelistas, institucionalmente frágeis e viveu

um processo de democratização muito tardiamente. No contexto social vivencia intensamente os fenômenos da exclusão e descriminação, e no campo econômico enfrenta baixos níveis de industrialização, alta desigualdade da distribuição de renda entre as populações e também uma baixa arrecadação fiscal.

Os países latino-americanos, em sua grande maioria, são países pobres e se caracterizam por apresentar extremas desigualdades na distribuição de renda e riqueza na população (LAURELL, 1998). As dificuldades enfrentadas são imensas e os países se organizaram de maneira diversa para lidar com essas questões. Nesse contexto, diferentemente dos países europeus que desenvolveram sistemas de proteção social abrangentes, os países latino-americanos, não consolidaram modelos desenvolvidos e inclusivos (ROBLES, 2013).

Nos países de capitalismo central, os modelos de proteção social mais utilizados são os de seguro social e de seguridade social, também chamado universal. Formulado por Bismarck, o primeiro sistema de seguro social usualmente reconhecido como ‘bismarckiano’) foi desenvolvido na Alemanha, composto de três seguros compulsórios -o seguro saúde, criado em 1883, o seguro de acidentes de 1884 e o seguro de velhice e invalidez originado em 1889, sendo financiado através de contribuições de empregados, empregadores e pelo Estado cuja parcela destina-se à administração). Em seu início, os seguros foram divididos por categoria profissional, o que desencadeava uma importante diferenciação na prestação dos serviços, que variavam de acordo com a inserção de determinada categoria na economia.

A administração do seguro social é de responsabilidade de comissões representativas de empregadores e empregados que atuam sob o controle do Estado. Segundo Teixeira (1985, p.7) no seguro social,

> os benefícios [são] diferenciados de acordo com a contribuição anterior, isto é, um direito contratual restrito àqueles que podem vincular-se ao sistema. Quanto ao regime de reservas [apresentam um] regime de capitalização que se baseia no conceito individual de formação de um capital mediante poupança para se desfrutar no futuro de suas rendas. A avaliação deste sistema se faz em termos de sua viabilidade financeira com base em técnicas atuárias e não em termos de valores socialmente definidos.

No seguro saúde existe uma separação entre a prestação da assistência médica e as ações de saúde mais coletivas, que envolvem a promoção e prevenção,

vigilância sanitária e epidemiológica, sendo exercidas por diferentes órgãos públicos. As ações individuais e curativas são mais valorizadas na grande parte dos seguros sociais, tendo as ações coletivas um papel menor nesse contexto. Segundo Lobato e Giovanella (2012), tal separação prejudica a oferta de uma atenção em saúde integral.

Cabe ressaltar que na realidade dos países de capitalismo central que desenvolveram tal modelo na saúde, prevalecia a política do pleno emprego o que permitiu uma ampla cobertura da população por seguro social de saúde. Contudo, devemos apontar que este modelo apresenta alguns problemas na sua composição. Teixeira (1985) ressalta que um desses problemas é que se garantem os direitos sociais apenas para a população inserida no mercado de trabalho formal, o que comumente não são os indivíduos mais necessitados. Ou seja, em países mais pobres, como os latino-americanos, esse modelo significa que um grande percentual da população não pode ser coberto pelos serviços de saúde.

Outra problemática também é que o Estado cumpre um papel muito mais de administrador do sistema do que o de responsável pela garantia dos direitos sociais. Uma questão enfrentada nesse modelo também é que devido à existência de uma estratificação ocupacional e da força política de cada grupo ser diferenciada, a incorporação das demandas sociais é dada de maneira distinta, ocasionando na criação de diversas instituições que oferecem serviços desiguais (TEIXEIRA, 1985).

O modelo de proteção social chamado de seguridade social (também denominado como ‘beveridgiano’) originou-se na Inglaterra no pós Segunda Guerra, inspirado no relatório de Lord Beveridge. Nesse modelo assume-se “*a condição de cidadania como universal, independentemente, portanto, da inserção no processo produtivo ou de contribuições ao sistema, sendo dever do Estado garantir um mínimo vital aos seus cidadãos*.” (TEIXEIRA, 1985, p.7).

Os sistemas de saúde que estão correlacionados a esse modelo de proteção social são os sistemas universais. Segundo Buss e Labra (1995) os sistemas universais de saúde foram parte importante do aumento no padrão de proteção que os Estados Nacionais ofereciam às suas sociedades no pós-guerra. Financiados com recursos públicos de origem fiscal, destacam-se pela sua eficiência, pois executam mais serviços com menos custos. Além disso, almeja-se a equidade nesse

modelo de sistema, em que todos os cidadãos são cobertos, o que promove uma significativa melhora nas condições de saúde da população no geral.

Nos sistemas universais o Estado possui papel central, sendo o responsável pela prestação direta dos serviços, controle, fiscalização e pela normatização da saúde no país. Toda a infraestrutura para a prestação dos serviços de saúde, seja ela em regime ambulatorial ou hospitalar, pertence totalmente ou sua maior parcela ao Estado. Em geral, os profissionais de saúde fazem parte do quadro de recursos humanos do Estado, quando não, são contratados através serviços prestados pelo setor privado. De toda forma, o Estado garante seu papel de controle dos custos dos serviços, pois é o maior comprador e acaba por definir o valor dos serviços prestados (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Nesse modelo de sistema a proteção à saúde é compreendida como um direito de cidadania. Lobato e Giovanella (2012) destacam que os sistemas de saúde universais são as formas mais amplas de proteção em saúde e ressaltam as razões que justificam que a saúde não seja compreendida como mercadoria ou oferecida de acordo com a capacidade de pagamento de cada um:

> * As doenças e males de toda sorte são riscos aos quais todos os seres humanos estão expostos durante toda a vida, independentemente de sua vontade.
> * O bem-estar dos indivíduos é importante para uma sociedade saudável; não basta a cura das doenças e agravos.
> * É preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo a participação integral na sociedade (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p.92).

Além do modelo ‘beveridgiano’, outro tipo de sistema de saúde universal foi criado no bojo da Revolução Soviética, na Rússia em 1917. Denominado de Semashko foi implantado nos países que compunham a antiga URSS, os que passaram a compor o bloco no pós-guerra e também em Cuba. Suas principais características são o financiamento público direto do Estado, centralização e elevado grau de normatização. O modelo é estruturado em redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços, cuja gestão é de responsabilidade dos diferentes níveis de administração estatal (central, regional e local), contando com uma estrutura vertical, delimitando as responsabilidades de cada esfera (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Segundo Buss e Labra (1995, p. 17),

> após a Revolução Russa, e de meados dos anos 30 em diante, o sistema de saúde soviético alcançou conquistas sem paralelo no mundo na superação espetacular das péssimas condições de saúde do povo […]. O sistema mostrou convergência com os traços universais já mencionados: os cientistas biomédicos utilizaram as modernas teorias científicas sobre doença e medicina, os clínicos passaram a empregar técnicas preventivas e curativas reconhecidas internacionalmente e os serviços funcionaram segundo um processo de produção de saúde universal organizado com base nos princípios socialistas de direito universal à saúde, o que se traduziu num sistema nacional estatal singular em sua organização e paradigmático em equidade.

Um segundo modelo de proteção social é o denominado de assistência ou residual. Nos casos em que esse modelo é aplicado à política de saúde, a responsabilidade do Estado em garantir o acesso à saúde se dirige para determinados grupos mais pobres. O caso mais emblemático desse modelo foi desenvolvido nos Estados Unidos, onde somente os mais necessitados e parcela dos aposentados são cobertos por programas públicos financiados pelo Estado. As demais fatias da população se dividem entre os que estão inseridos no mercado de trabalho formal e possuem planos de saúde custeados por suas empresas, os que podem pagar e adquirem planos de saúde individualmente e aqueles que estão descobertos, sendo esta uma significativa parcela da população.

Um dos desafios deste modelo é que devido à ampla participação do mercado, a reduzida regulação do Estado e a grande quantidade de prestadores e operadoras de seguros, há ineficiência nos resultados das ações empreendidas. Os Estados Unidos possuem um dos maiores gastos em saúde per capita do mundo, sua população gasta enormes quantias com desembolso direto, uma parte importante de sua população está descoberta e o país possui indicadores de saúde muito inferiores aos países de capitalismo central que construíram sistemas de saúde mais abrangentes (NORONHA; UGÁ, 1995).

Ressalta-se que a discussão sobre a proteção social é ampla e os diferentes autores que se inserem nesse debate denominam e classificam esses modelos também de maneira diferenciada[1]. Segue abaixo um quadro que apresenta a classificação dos modelos de proteção social proposta por Fleury (1994):

---

[1]Temos como exemplo, o modelo denominado por Fleury (1994) de assistência social é chamado por Titmuss (1974) como residual e Esping Andersen (1985) nomeia de liberal.

Quadro 1 – Diferenças entre os modelos de proteção social do tipo assistência social e seguro

Modalidades	Assistência Social	Seguro
Denominações	Residual	Meritocrático
Cobertura	Alvos	Ocupacional
Efeito	Discriminação	Manutenção
Financiamento	Doações	% Salário
Cidadania	Invertida	Regulada

Fonte: Fleury (1994).

Segundo Mejia-Ortega e Franco-Giraldo (2007), a proteção social na América Latina historicamente vem sendo implementada de acordo com os modelos de desenvolvimento adotados no período. Os principais modelos implantados no bloco são a assistência e o seguro social. O autor afirma que além do tipo de desenvolvimento, o regime político, as crises administrativas e financeiras também influenciaram o formato de proteção conformado. Em virtude da complexidade política e econômica dos países latino-americanos, os sistemas de saúde foram desenvolvidos de maneira fragmentada, criando ainda mais dificuldades para o alcance de seus objetivos.

Laurell (2012) aponta que no contexto da América Latina, o número de países em processo de construção de sistemas públicos universais está em crescimento. A ideia é garantir a saúde como um dever solidário da sociedade, como responsabilidade do Estado em prover e organizar o sistema de saúde. Exceto Cuba e Brasil que já constituíram sistemas de saúde universais, os demais países que estão investindo nesse projeto ainda encontram-se no início do processo. Venezuela, Bolívia e Equador são alguns deles. Estes países possuem características políticas semelhantes, como por exemplo, terem passado por processo constituinte recentemente. Tais Estados almejam a construção de um novo modelo de Estado que garanta a saúde como um dever estatal. Destaca-se também que os governos desses países possuem grande mobilização popular, o que se traduz em uma participação da sociedade, colocando o controle social nas pautas das agendas.

A autora discorre também sobre os diferentes períodos de constituição dos ‘Sistemas Únicos de Saúde’ e também das reformas, frutos do modelo neoliberal,

que atingiram as políticas sociais dos países latino-americanos a partir dos anos 1990. O primeiro momento se refere à construção do Sistema Nacional de Saúde Cubano, iniciado em 1959, em um período de pré reforma em que a maior parte dos governos dos demais países do bloco tinha a ideia da saúde como um direito, mas não as colocaram em prática. Tais países diferiram de Cuba, pois a ilha priorizou a política de saúde no âmbito de seu governo e alcançou a universalidade e a gratuidade na prestação dos serviços. No segundo momento, já na década de 1980, fica marcado pela Reforma Sanitária brasileira, que culminou na construção do Sistema Único de Saúde, permanecendo concomitantemente à assistência privada. Por último, Laurell (2012) aborda o terceiro período em que envolve as reformas mais progressistas que países como Venezuela, Equador, Bolívia e em menor medida, Uruguai, El Salvador e Paraguai realizaram após as reformas neoliberais que muito prejudicaram seus sistemas de saúde.

Nesse contexto, o desafio contemporâneo dos sistemas de saúde, segundo Buss e Labra (1995, p. 9), é "*a ampliação universalizante do acesso à assistência médica ante a pressão por mais e melhor atendimento à saúde vis-à-vis a contenção do gasto público e privado setorial ante o crucial problema do aumento dos custos na medicina.*" Outros desafios ainda estão postos e são fundamentais para a conquista de melhores indicadores de saúde e consequentemente a melhora nas condições de vida e saúde da população de diversos países. A compreensão de que a saúde é um direito de cidadania, não devendo ser um bem comercializável é um deles. Assim como a garantia do acesso universal à saúde e a responsabilidade do Estado com a saúde de sua população.

Como forma de explicitar a conformação dos sistemas de saúde na América Latina, segue abaixo um quadro que apresenta as diferentes formas de organização dos Estados e as principais características dos sistemas de saúde que se destacam no bloco.

Quadro 2 – Organização do Estado e características dos sistemas de saúde nos países latino-americanos

País	Organização do Estado e características do sistema de saúde
Argentina	República Federal presidencialista. Território organizado em 24 jurisdições (23 províncias e a Cidade Autônoma de Buenos Aires – sede do governo nacional) e mais de 2200 municípios. Sistema de Saúde: Baseado em uma estrutura federal, descentralização da provisão e administração dos serviços de saúde. As províncias têm total autonomia em matéria de saúde. Possui 3 subsetores: público que provê e financia a saúde a partir de cada ministério da saúde provincial e o Ministério da Saúde da Nação; a seguridade social financia serviços prestados majoritariamente por instituições privadas e médicos contratados com 298 obras sociais nacionais, 24 provinciais o Instituto de Serviços Sociais para Jubilados e Pensionistas – Programa de Atenção Médica Integral e os planos privados (não existem dados consolidados, mas calcula-se a existência de umas 200 a 250 empresas que operam planos de saúde)
Brasil	República federativa, regime presidencialista. Território dividido em 26 Estados + Distrito Federal e 5564 municípios. O Sistema Único de Saúde conforma o setor público, sendo de acesso universal e financiamento fiscal dos três níveis de gestão – a União com o Ministério da Saúde, os 26 estados e os 5564 municípios com correspondentes secretarias de saúde e conselhos de saúde. Os três entes federados têm responsabilidades com a saúde. O acordo entre os entes federados ocorre na Comissão Intergestora Tripartite em nível nacional e nas Comissões Intergestoras Bipartites nos estados. O Sistema Único de Saúde tem serviços públicos próprios e contrata parte dos serviços privados especializados e hospitalares. O setor privado está constituído por operadoras de planos e seguros privados de saúde que não pré-pagos com cobertura de 25% da população e por serviços privados aos pagam por desembolso direto.
Costa Rica	República presidencialista. Conta com uma população de aproximadamente 4 milhões e 500 mil habitantes. As mulheres representam 49,2% da população total e os homens 50,7%. As zonas urbanas concentram 63% da população e o restante se localiza nas zonas rurais. A maior parte dos danos à saúde no país são causados por doenças do sistema circulatório e do câncer. Os serviços de saúde são prestados pelo setor público, pelo setor privado e por um setor misto. O setor público é o principal provedor de serviços de saúde, conduzindo um sistema de acesso universal. O setor privado é formado por 5 companhias seguradoras, cooperativas, empresas de autogestão, clínicas e hospitais privados.

Quadro 2 - Organização do Estado e características dos sistemas de saúde nos países latino-americanos (cont.)

País	Esfera de governo e estrutura do sistema de saúde
Chile	Estado unitário, administração funcional e territorialmente descentralizada ou desconcentrada. Território dividido em 15 regiões, 54 províncias, 345 municípios e 346 comunidades. Sistema de Saúde misto: baseado no asseguramento, existindo uma combinação público/privada, tanto no financiamento como na provisão. O subsistema público se denomina Sistema Nacional de Serviços de Saúde e está integrado pelo Ministério da Saúde e seus organismos dependentes (29 serviços de saúde, o Instituto de Saúde Pública, a Central de Abastecimento, o Fundo Nacional de Saúde e a Superintendência de Saúde, que regula as seguradoras). Subsistema privado: composto pelas Instituições de Saúde Preventivas (ISAPRE), que são seguradoras privadas, clínicas e centros médicos privados de prestação de serviços de saúde e laboratórios e farmácias. As Forças Armadas e de Ordem, possuem, cada uma delas, uma rede de prestadores de diversas complexidades regulados pelo Ministério da Defesa. A Saúde do Trabalhador é gerida por um regime a parte, administrado pelo Ministério do Trabalho com base em cotizações obrigatórias.
Cuba	República de Cuba, regime de governo socialista. Território: Cuba é um país insular localizado no Caribe. Seu território de 110.861km² é constituído da ilha de Cuba, da Ilha da Juventude e diversos conglomerados de ilhas menores (ONE, 2011). Divide-se em 15 províncias e 154 municípios. O sistema de saúde cubano opera sob o princípio de que a saúde é um direito inalienável, desta forma todos os cubanos têm direitos a serviços integrais de saúde. Estes serviços se financiam quase que exclusivamente com recursos do governo. O Ministério da Saúde Pública é organismo dirigente do sistema nacional de saúde, concentra recursos dedicados à saúde e opera os serviços em todos os níveis.

Quadro 2 - Organização do Estado e características dos sistemas de saúde nos países latino-americanos (cont.)

País	Esfera de governo e estrutura do sistema de saúde
Uruguai	Estado unitário democrático, presidencialista. Território dividido em 19 departamentos organizados (Prefeitos municipais e departamentais e Conselho de Administração). Sistema Único de Saúde: Composto de um setor público e um privado. O principal prestador da saúde pública é a Administração de Serviços de Saúde do Estado. O setor privado é ofertado pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva que são instituições sem fins lucrativos. O Fundo Nacional de Saúde (FONASA) é financiado por contribuições do Estado, famílias e empresas. O Plano Integrado de Atenção à Saúde (PIAS) é um conjunto de benefícios para os seus beneficiários que devem assegurar todas as instituições como provedoras integrais do Sistema Integrado de Saúde Nacional (SNIS). As obrigações são as mesmas para ambos os provedores públicos como privados que participam no SNIS.
Venezuela	República Bolivariana da Venezuela; Estado de Direito e da Justiça Federal e Democrática – Território organizado em 23 estados, um Distrito Capital (Caracas), as dependências federais (mais de 300 ilhas) e 335 municípios e 1.123 paróquias. O Poder Público é distribuído entre Poder Municipal, Poder Estadual e Poder Nacional. Sistema Único de Saúde: Composto por dois subsistemas: o público e o privado. O Sistema Nacional de Saúde Pública (SPN) é composto de instituições pertencentes à Administração Pública cujo financiamento provém de fundos públicos, a saber: O Ministério do Poder Popular para a Saúde, principal prestador de serviços de saúde. O Instituto Venezuelano de Seguros Sociais no âmbito do Ministério do Trabalho. O Instituto de Previdência e Assistência Social do Ministério da Educação e Instituto de Ação Social das Forças Armadas. O subsistema privado: composto por instituições privadas de prestação de serviços, cujo financiamento provém do desembolso direto ou pelas operadoras de seguros.

Fontes: DOMÍNGUEZ-ALONSO, ZACEA (2012); ISAGS (2012); OMS (2013a); SAENZ et al. (2011)

2 Câncer de mama: características, magnitude e estratégias de controle

O câncer de mama é a proliferação acelerada, desordenada e não controlada de genes mutados pertencentes a distintos tecidos de uma glândula mamária (LUGONES BOTELL; RAMIREZ BERMÚDEZ, 2009). Esse tipo de câncer é conhecido desde a Antiguidade. Segundo Lugones Botell e Ramirez Bermúdez (2009), a descrição mais antiga da doença foi encontrada no Egito e foi escrita aproximadamente em 1600 a.C. Apresenta-se a partir de alguns sinais e sintomas, sendo os principais: nódulo na mama e/ou axila, dor mamária e alterações na pele da mama, como por exemplo, retrações. Localizam-se, na maioria dos casos, no quadrante superior externo e as lesões tumorais geralmente não ocasionam dor, são fixas, com bordas irregulares e quando está em estadiamento avançado, a doença também avança para a pele da região mamária (SILVA; RIUL, 2012).

No caso do câncer de mama, este tipo de neoplasia se apresenta como um desafio para todos os sistemas de saúde no mundo. Constitui-se o segundo tipo de neoplasia maligna mais prevalente em escala mundial e o mais recorrente entre as mulheres. Na maioria dos casos, atinge mulheres com mais de 35 anos e é o tipo câncer que mais causa óbitos entre na população feminina (INCA, 2011). Do total de tumores de mama, menos de 1% ocorrem em homens (LUGONES BOTELL; RAMIREZ BERMÚDEZ, 2009).

A doença se apresenta como um desafio para todos os sistemas de saúde no mundo, considerada um problema de saúde pública e também um problema político, médico, social, psicológico e econômico devido à dor e ao sofrimento pessoal, aos custos médicos crescentes, as mortes prematuras e a perda dos anos produtivos de vida (CEBALLOS-GARCIA; GERALDO-MORA, 2011).

Os fatores de risco para o câncer de mama estão vinculados a diversas causas ambientais e comportamentais. A hereditariedade, menarca precoce, ciclo reprodutivo da mulher, alimentação, sedentarismo, reposição hormonal, consumo de álcool e uso do tabaco estão associados ao desenvolvimento de tumor maligno de mama. Contudo, o principal fator de risco para esta doença é a idade, tendo a sua maior incidência em mulheres na faixa etária a partir dos 40 anos (INCA, 2004).

No que se refere à história familiar e pessoal como um dos fatores de risco, esta abrange as seguintes situações: casos de câncer de mama de um ou mais parentes de primeiro grau, parente de primeiro grau com a neoplasia maligna de

mama bilateral ou de ovário em qualquer idade, familiar com câncer de mama masculina, doença mamária benigna anterior. Em relação à influência ambiental, a principal é a exposição prévia às radiações ionizantes, sendo diretamente proporcional à dosagem de radiação e inversamente proporcional à idade da mulher no período da exposição (SILVA; RIUL, 2012).

Os tumores malignos de mama podem apresentar-se em qualquer idade da vida, mas são mais frequentes em mulheres com mais idade. Existe uma menor quantidade de casos em mulheres com menos de 40 anos e são raros na faixa etária menor de 30, ainda que tenha aumentado o número de diagnósticos em mulheres com estas idades. O risco aumenta com a idade, ou seja, para uma mulher que vive mais do que 90 anos, a probabilidade de desenvolver a doença é de 12,5%, ou 1 em cada 8 casos. Para os homens o risco é menor, de 1 em cada 1000. Apesar da probabilidade da ter doença aumentar com a idade, quando a enfermidade atinge mulheres mais jovens tende a ser mais agressiva (LUGONES BOTELL; RAMIREZ BERMÚDEZ, 2009).

Programas de prevenção primária evitam o aparecimento de doenças, mas em relação ao câncer de mama não são utilizados devido às suas características biológicas e recursos tecnológicos disponíveis (SILVA; RIUL, 2012). Apesar da associação entre câncer de mama e fatores comportamentais e ambientais, estudos epidemiológicos ainda não apresentam evidências irrefutáveis que justifiquem as indicações de estratégias de prevenção para este tipo de tumor. No entanto, há uma orientação sobre ações de prevenção da obesidade e do uso do tabaco como forma de reduzir o risco de doenças crônicas não transmissíveis em geral. O controle dessa doença se dá através da detecção precoce,

Nesse sentido, o controle da neoplasia se dá fundamentalmente através do da detecção precoce da doença, na qual a lesão se restringe ao parênquima mamário, com um tamanho de no máximo 3 centímetros, permitindo o uso de tratamentos menos mutiladores e maior possibilidade de cura. Ou seja, diagnósticos em estadiamento inicial ampliam as possibilidades de tratamento e aumentam significativamente as chances de resposta positiva ao tratamento curativo (SILVA; RIUL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013a) aponta que existem dois métodos de detecção precoce: o diagnóstico precoce ou a consciência dos primeiros

sinais e sintomas em populações sintomáticas, a fim de facilitar o diagnóstico e tratamento precoce, e o rastreamento, que é a aplicação sistemática de um teste de triagem em uma população presumivelmente assintomática. O rastreamento destina-se a identificar indivíduos com uma anormalidade sugestiva de câncer. O que justifica a adoção dessa estratégia é sua associação com a redução da mortalidade por câncer de mama. A expectativa é que conforme a cobertura do rastreamento seja ampliada, os diagnósticos sejam majoritariamente pelos exames de imagem e cada vez menos por sintoma (INCA, 2004). Para a detecção precoce de câncer de mama os meios mais eficazes são exame clínico de mamas (ECM) e a mamografia, pois ao autoexame de mamas (AEM) detecta a doença, em geral, em estadiamento avançado.

O ECM faz parte do atendimento integral à mulher, devendo ser uma das etapas do exame físico e ginecológico de todas as mulheres, independente da faixa etária, atuando como subsídio para exames complementares. Já o AEM não possui efeito colateral e proporciona a participação da mulher no controle da sua saúde. A orientação é que seja realizado mensalmente, entre o sétimo dia e o décimo dia após a menstruação, período no qual as mamas estão indolores, menores e com menor consistência. Quando as mulheres estão na menopausa, amamentando ou passaram por uma histerectomia, ou seja, quando não há menstruação, o exame deve ser realizado todos os meses, sempre no mesmo dia.

Ao abordar o AEM, a OMS afirma que não existem evidências acerca das implicações do rastreio com o autoexame, porém a recomendação da prática do AEM se dá muito mais para a sensibilização das mulheres que estão em situação de risco, do que como um método de triagem. Isso porque o autoexame de mamas detecta a doença geralmente em estádio avançado, sendo responsável por cerca de 80% das descobertas de cânceres de mama. Além disso, o AEM tem como desvantagens o número maior quantidade de biópsias com lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falso-positivos e impacto psicológico nos exames falso-negativos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013a) a mamografia, como método de triagem, é a única que tem aprovação de eficácia, podendo reduzir a mortalidade por câncer de mama em até 30% na população com faixa etária maior de 50 anos em países de centrais. Constitui-se como um exame radiológico, de alto

custo, dos tecidos moles das mamas, mais utilizado em mulheres com 35 anos ou mais, que permite a identificação de alterações não perceptíveis ao ECM, não substituindo o mesmo.

Assim, como também apontado pela OMS (2013a), quando se dispõem de exames e instalações necessárias, o rastreamento de mulheres que aparentemente estão saudáveis pode revelar a presença de estádios iniciais ou precursores de neoplasias malignas de mama, o que é extremamente eficaz para um tratamento oportuno. No entanto, apesar da existência de políticas internacionais como as mencionadas para a detecção precoce, o diagnóstico tardio do câncer de mama e as mortes em decorrência da doença seguem em aumento.

Cabe destacar que devido ao alto custo do exame de mamografia a OMS indica seu uso apenas para sistemas de saúde com que possuem muitos recursos. Para estes a OMS indica que o exame seja feito de 2 em 2 anos em mulheres de 50 a 69 anos (INCA, 2010).

Para Ceballos-Garcia e Geraldo-Mora (2011) o atraso no diagnóstico e o tratamento do câncer de mama passa por 3 categorias: o paciente, os profissionais e um conjunto de estruturas dos serviços de assistência médica. Os autores destacam as barreiras relacionadas a todas as condições psicológicas e sociais que impedem o acesso aos serviços de saúde a mulheres com câncer de mama, sendo elas: não ter cobertura de serviços de saúde, não ter um seguro de saúde privado, o medo que está relacionado ao estigma da doença, a falta de comunicação dos profissionais com as pacientes, a inexperiência dos profissionais para avaliar a urgência da assistência e a presença de ansiedade por esta causa; o uso de métodos de ajuda e diagnóstico mais rápidos, a inadequada coordenação e fragmentação dos cuidados que estas mulheres requerem, o desconhecimento dos profissionais acerca dos recursos que existem na comunidade e finalmente um precário sistema de garantia de qualidade e responsabilidade na prestação dos serviços de saúde.

As modalidades de tratamento do câncer são variadas no que se refere aos tipos de tumor e abrangem a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonioterapia e também a reabilitação. Na maioria dos casos, o câncer é tratado a partir da combinação de dois ou mais tipos de tratamento, o que promove a elevação das

possibilidades de cura e resguarda o funcionamento dos órgãos comprometidos e a estética corporal (INCA, 2010).

Em relação ao câncer de mama, atualmente as modalidades terapêuticas são indicadas de acordo com aspectos biológicos e determinadas características específicas de cada usuária, como idade, presença ou não de comorbidades e preferências; mas, principalmente, considerando o estadiamento do tumor. O estadiamento é definido usando como parâmetro a classificação de tumores criada pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) e pauta-se no fato de que os tumores seguem um curso biológico comum. Nessa avaliação, são levados em consideração os seguintes critérios: dimensão do tumor (t), extensão da doença aos linfonodos (n) e a presença ou não de metástases à distância. O alcance da doença definirá o prognóstico da neoplasia maligna de mama. Diagnósticos em estadiamento inicial possuem maior possibilidade de resposta positiva ao tratamento curativo (INCA, 2010).

Em casos de doença em estádios I e II, utiliza-se a cirurgia como modalidade terapêutica inicial. O procedimento cirúrgico pode ser conservador, ressecando apenas o tumor, ou a mastectomia, em que se realiza a retirada parcial (simples) ou total (radical) da mama. Para fins de conhecimento do prognóstico e definição terapêutica, são avaliados os linfonodos axilares quanto à presença de doença. Posteriormente à cirurgia, caso seja avaliado risco elevado de recorrência, o tratamento pode ser complementado com radioterapia, quimioterapia e/ou hormonioterapia.

O estádio III enquadra os tumores maiores, localmente avançados e os casos em que há extenso comprometimento de linfonodos, sempre com a ausência de metástases à distância. Os tumores em estadiamento III são classificados em operáveis e inoperáveis. Quando o tumor é operável, a primeira terapêutica utilizada é a cirurgia. Nos casos de tumores inoperáveis, a quimioterapia neoadjuvante é proposta como tratamento inicial, na tentativa de redução do tumor e de torná-lo operável. Quando há resposta positiva, o tratamento passa a ser local, através da cirurgia. Na existência de metástases à distância, considera-se o estadiamento como IV. Nesse estádio, a definição terapêutica deve ter como base a possibilidade de o tumor responder ao tratamento, o aumento da sobrevida e a garantia de qualidade de vida.

A quimioterapia é uma importante terapêutica para o câncer, representada pelo emprego de substâncias químicas isoladas ou combinadas. Tais drogas interferem no processo de crescimento e divisão celular, com o objetivo de destruir as células tumorais, mas também afetando as células saudáveis que possuem características semelhantes (ANJOS; ZAGO, 2006).

No entanto, apesar dos quimioterápicos serem formulados para localizar e eliminar as células neoplásicas, seus efeitos citotóxicos, com frequência, afetam as células normais, levando a efeitos adversos indesejados. Até mesmo os medicamentos que foram aprovados recentemente e as novas variações de combinações apresentam propriedades adversas, seja em maior ou menor grau (GOZZO et al., 2011).

No caso da utilização da cirurgia como tratamento da doença, a retirada total da mama (mastectomia radical) é considerada um procedimento cirúrgico extremamente agressivo e traumático para a mulher e na atualidade vem sendo substituída por outras cirurgias que evitem a mutilação. Tais inovações contribuíram para que a mastectomia radical não representasse a única forma de tratamento para o câncer de mama, dando lugar a cirurgias que preservam o corpo da mulher. Hoje existe a possibilidade de reconstrução mamária para aquelas mulheres que foram submetidas à mastectomia radical, com a utilização de próteses de silicone ou com a retirada de tecido do abdômen, configura-se como uma possibilidade de reabilitação para essas mulheres (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Ainda no que se refere à mastectomia radical, a técnica tem levado a complicações locais de demorada resolução, como o aparecimento do linfedema, em especial nas mulheres que o câncer avançou pela cadeia de linfonodos axilares e estes tiveram que ser retirados no ato cirúrgico. O linfedema pode ser definido como o acumulo excessivo de proteína e líquidos, edema e inflamação crônica, principalmente nas extremidades do corpo (FREITAS JÚNIOR et al., 2001).

.O linfedema de braço atinge em torno de 40% das mulheres mastectomizadas, com esvaziamento axilar, elevando o peso e o volume do membro, ocasionando prejuízos profissionais, domésticos, sexuais e psicossociais. Tal complicação pós-cirúrgica é um significativo problema de saúde e também social, visto que acomete mulheres em todo o mundo. O linfedema eleva o risco de infecção, do aparecimento de ferimentos e tumores, reduz a capacidade de

regeneração do tecido, prejudica os movimentos exercidos pelo membro atingido e leva a sensação de incomodo e a em parte dos casos a fortes dores. Parcela importante das mulheres com linfedema não tem condições de retomar as suas atividades laborativas devido à complicação (PANOBIANCO et al., 2008).

A eficácia desses métodos de tratamento é inegável, porém o câncer, por suas múltiplas repercussões, deve ter seu plano de cuidado formulado por uma equipe multidisciplinar com foco no tratamento integral, sendo a conduta cirúrgica e/ou clínica apenas uma fatia desse conjunto (INCA, 2004).

O tratamento deste tipo de neoplasia maligna causa severo impacto na vida das mulheres acometidas pela enfermidade. Apesar dos avanços conquistados nessa área nos últimos anos, ainda hoje a terapêutica disponível contra o câncer de mama causa muitos efeitos colaterais e sequelas as usuárias que são submetidas a esse tipo de tratamento. A perda total ou parcial da mama, o esvaziamento axilar, queda dos cabelos, fadiga intensa, perda de peso e vômitos são implicações decorrentes do tratamento dessas usuárias que tem a sua vida social também afetada pelos efeitos do tratamento a que estão sendo expostas (MORAES, 2006). Segundo Duarte e Andrade (2003), pacientes com câncer de mama demonstram que tanto o diagnóstico quanto o tratamento e suas sequelas são muito estressantes.

Marziona et al. (2009) em seu estudo com mulheres com câncer de mama localmente avançado que se trataram com quimioterapia neoadjuvante[2] identificou que todas apresentaram alopecia grau 3 logo após o primeiro ciclo de quimioterapia, náusea/vômitos transitórios e alguma irritação oral. Outros efeitos colaterais encontrados foram leucopenia, granulocitopenia, anemia, mal estar de grau leve, fadiga, inapetência, letargia e sonolência. Silva, Albuquerque e Leite (2010, p. 229) vão além quando destacam que os sintomas produzidos pelos agentes químicos que compõem a quimioterapia neoadjuvante muitas vezes, acarretam *"desconfortos físicos, emocionais, espirituais, econômicos e sociais"*.

Sendo as mulheres as maiores vítimas do câncer de mama e por esta ser uma parte do corpo que expressa a sexualidade feminina, a doença acarreta em muitos

[2]A quimioterapia é a administração de compostos químicos nos sujeitos em tratamento de doenças causadas por agentes biológicos, como o câncer. No caso do tratamento da neoplasia maligna de mama em estadiamento avançado, a quimioterapia neoadjuvante é comumente o método mais indicado como primeiro tratamento com o objetivo de reduzir o tumor, possibilitar a realização de cirurgia e a ressecção do mesmo (FOLGUEIRA, 2011).

estigmas acentuando as questões de gênero presentes no cotidiano. Segundo Gomes, Skaba e Vieira (2002, p. 202):

> a possibilidade de desenvolver uma doença na mama compromete toda essa construção fundamental da existência feminina. Compreender esses significados colabora no entendimento da totalidade dos aspectos que compõem o adoecimento por câncer, incorporando ao tratamento do tumor o sujeito fragilizado em suas funções de mulher e mãe.

Diante dessa constatação, o tratamento do câncer de mama traz consigo uma dualidade, ao mesmo tempo em que se constitui como uma ferramenta primordial na busca pelo controle da doença é, também, fonte de adversidades que atingem diversos aspectos da vida de quem a ele é submetido.

Em suma, a discussão sobre esses temas considerados mais clínicos de maneira mais aprofundada foi realizada com o objetivo de exemplificar mais detalhadamente as estratégias utilizadas para o controle da doença. Dessa maneira, pretendeu-se destacar a importância desses recursos no combate ao câncer de mama.

3 O câncer de mama no contexto da América Latina e em Cuba

O câncer de mama é considerado problema de saúde pública mundial. A previsão é que até o ano de 2030 serão 27 milhões de casos de câncer no mundo, que acarretarão em 17 milhões de mortes (INCA, 2011).

As condições sociais, políticas, ambientais e econômicas evidenciam o risco de câncer em determinada população, ou seja, apesar da sua multicausalidade, invariavelmente o risco de adoecimento por esta enfermidade está ligado às condições produzidas pelo modo de vida e do ambiente. Fenômenos provenientes da sociedade moderna, como a industrialização e a transição demográfica, alteraram o padrão de vida das populações e foram determinantes para o aumento dos casos de câncer no mundo (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

A industrialização, que se deu em escala global e mais intensamente no século passado, desencadeou no processo de integração das economias e sociedades dos mais diversos países, transformando os modos de vida das populações e padronizando as condições de trabalho, nutrição e consumo. Koifman (1998) aponta que a industrialização contribuiu para o aumento dos casos de câncer ao introduzir no processo de trabalho e no ambiente a exposição de indivíduos a agentes como, por exemplo, produtos químicos, pesticidas, tabagismo e radiação.

Concomitantemente a esse processo, ocorreu uma importante mudança na demografia mundial, ocasionada pela redução da natalidade e da mortalidade, aumentando a expectativa de vida e o envelhecimento populacional. Esse novo modelo de organização produziu uma significativa alteração no processo de saúde-doença do mundo. Conhecida como transição epidemiológica, essa mudança consistiu na redução da taxa de mortalidade por doenças contagiosas, na mesma medida que ocorreu o aumento das taxas de enfermidades crônico-degenerativas, com maior ênfase nas doenças cardiovasculares e o câncer (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

No entanto, diferentemente dos países centrais, os países da América Latina não completaram o processo de transição epidemiológica, resultando na elevação de casos de enfermidades crônico-degenerativas simultaneamente a permanência de taxas elevadas de doenças infecciosas e doenças transmissíveis e da, ainda existente, desnutrição. Segundo Guerra, Gallo e Mendonça (2005), deve-se levar em consideração, também, a repercussão da rápida mudança na condição

nutricional desta região, desencadeada pelo processo de industrialização, o que afetou, sobremaneira, a prevalência de doenças crônicas como o câncer, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doença de Alzheimer e outros agravos relacionados ao envelhecimento e à obesidade.

Nesse contexto, no que se refere ao câncer, a doença anteriormente era considerada circunscrita aos países de capitalismo central e possuidores de mais recursos voltados à saúde, porém, na atualidade, percebe-se que o ônus maior da doença recai majoritariamente sobre os países de capitalismo periférico (INCA, 2011).

Dados recentes apontam que são 163 casos de câncer por 100 mil habitantes na América Latina, um quantitativo menor que os registrados na União Europeia (264 por 100 mil habitantes) e Estados Unidos que possui 300 casos por 100 mil habitantes. Entretanto, quando se trata de mortalidade, esse panorama se inverte e a América Latina passa a ocupar o topo do ranking. O número de óbitos por câncer entre os latino-americanos é de 13 mortes para cada 22 casos, número muito maior que entre aqueles verificados nos EUA (13 mortes para cada 37 casos) e na União Europeia (13 mortes para cada 30 casos). Esses valores se justificam principalmente pelos baixos índices de diagnósticos precoces e pela dificuldade da população em acessar os serviços de saúde nesses países (PAUL et al., 2013)

No ano de 2010 os principais fatores de risco para o câncer no mundo estavam relacionados à hipertensão, tabagismo, uso de álcool, poluição doméstica do ar, alto índice de massa corporal e dietas que incluíam poucas quantidades de vegetais e frutas. Enquanto isso, na América Latina, os fatores de risco para a doença que mais se destacaram foi o uso do álcool e a obesidade (PAUL et al., 2013).

Frente à crescente progressão do número de casos de neoplasias e das altas taxas de mortalidade ocasionadas pela doença, cabe relembrar o complexo contexto político e econômico enfrentado por esses países. A inserção periférica desse bloco de países no cenário do capitalismo mundial e sua dependência econômica em relação ao mercado externo os impõem o desafio de oferecer políticas sociais que de fato contemplem as necessidades de seus povos e superem o padrão dominante que é de "*insatisfação em grande escala de necessidades humanas na nutrição, na saúde, na educação, na habitação e na seguridade*" (LAURELL, 1998, p.199, tradução nossa). Nesses países, a proteção social, serviços e benefícios

escasseiam a universalidade e a equidade e associados a níveis alarmantes de desigualdade social incidem diretamente nas condições de vida e saúde da população.

Assim como os demais países do mundo, a neoplasia maligna de mama apresenta-se como um desafio para Cuba. Hoje é o segundo tipo de neoplasia maligna de maior incidência na ilha, ficando atrás apenas do câncer de pulmão. Constitui-se o mais frequente tipo de câncer na população feminina cubana e o que mais causa óbitos entre as mulheres. Com uma população de 11 milhões habitantes, Cuba tem aproximadamente 2200 novos casos de câncer de mama por ano e a estimativa aponta que entre 14 mulheres, 1 poderá desenvolver a doença (NUÑES SARMIENTO, 2013).

O câncer de mama apresenta suas mais elevadas taxas nos países mais desenvolvidos e também em alguns países latino-americanos, como Uruguai e Argentina. Em Cuba, apesar da elevação no número de casos da doença, a taxa de morbidade tem crescido mais rapidamente que a de mortalidade. Esse dado indica um maior índice de sobrevida das usuárias acometidas pela doença, muitas das quais tem uma evolução clínica favorável após o tratamento realizado (TORRES et al., 2007).

Como estratégia para o controle da doença, no ano de 1990 foi criado o Programa de Diagnóstico Pré-clínico e Precoce da Mama com os objetivos de reduzir a mortalidade, elevar as taxas de sobrevivência e melhorar a qualidade de vida das mulheres diagnosticadas, através do uso de tratamentos menos mutilantes. Para isso, o Programa tem como bases a divulgação de informações pertinentes ao câncer de mama, o uso de aparatos de diagnóstico e a atenção em saúde. O trabalho de divulgação e educação sanitária constitui-se no ensino do autoexame mamário (AEM) a todas as mulheres, na tentativa de tornar essa prática um hábito. No âmbito do Programa, para auxiliar o diagnóstico, são utilizados mamografia, ultrassom mamário, autoexame das mamas e o exame clínico (ORTIZ MARTÍNEZ; GONZÁLEZ MARTÍN; RODRÍGUEZ MONTEAGUDO, 2005).

A partir de estudos realizados em que se constatou que mulheres entre 50 e 64 são as mais atingidas pela doença em Cuba, o Programa orienta que mulheres nessa faixa etária devem realizar mamografia anualmente. Orienta também que

todas devam realizar o autoexame mamário (AEM) e aquelas com mais de 30 devem também se submeter ao exame clinico anualmente.

No entanto, as limitações econômicas e materiais, vivenciadas pelo país, em especial na década de 1990, dificultaram o cumprimento do Programa, devido principalmente ao insuficiente quantitativo de mamógrafos. Diante deste quadro, no ano de 2005 foi realizada uma reformulação do Programa, com vistas a garantir que seus objetivos fossem de fato alcançados. Cuba adquiriu novos mamógrafos em uma parceria com uma empresa japonesa, insumos para a realização do exame e aparelhos de interpretação adequadas de mamografia, com a pretensão de expandir a cobertura das mamografias e elevar a qualidade dos exames ofertados (ORTIZ MARTÍNEZ; GONZÁLEZ MARTÍN; RODRÍGUEZ MONTEAGUDO, 2005).

Com objetivo de garantir o êxito do Programa, o Sistema de Saúde toma como base os consultórios de médico e enfermeira da família, assim como as atividades educativas realizadas no âmbito das organizações de massas como a Federação de Mulheres Cubanas (FMC) e os Comitês da Revolução (ORTIZ MARTÍNEZ; GONZÁLEZ MARTÍN; RODRÍGUEZ MONTEAGUDO, 2005). No que se refere ao tratamento, Paul et al. (2013) apontam que Cuba se destaca no tratamento da doença, ressaltando, em especial, os serviços de radioterapia como os de melhor qualidade entre os países latino-americanos.

A idade média em que as mulheres cubanas desenvolvem a doença é 50 anos, período em que comumente ingressam na menopausa. Segundo Núñes Sarmiento (2013, p.3, tradução nossa),

> as experiências de vida, as mudanças econômicas e educacionais, a "bagagem" cultural e social combinada com a mudança do papel das mulheres na sociedade cubana, os conceitos de sexualidade e o uso por parte das mulheres dos serviços de saúde no país, todos esses fatores atuam em conjunto, na sensibilidade e na reação da geração atual de mulheres cubanas ao câncer de mama.

Hoje a maior parte das mulheres cubanas, com idade entre 18 e 55 anos, está inserida no mercado de trabalho ou são estudantes, enquanto que a proporção de donas de casa tem diminuído nos últimos 50 anos. As mulheres compreendem 57% de todos os técnicos e profissionais cubanos e em relação aos homens possuem mais anos de estudo (12 anos). Atualmente passam a maior parte do dia fora de casa, sendo a única responsável ou contribuindo para o orçamento familiar com todos os encargos e benefícios que esta conquista pode proporcionar (NÚÑES

SARMIENTO, 2013). Não obstante, ainda atuam em uma segunda jornada de trabalho, este não remunerado, quando são as principais responsáveis pelo cuidado com os filhos e adultos ou idosos que dependem de terceiros.

Nesse contexto, podemos observar a centralidade na mulher nessa sociedade, assim como a sua importância no ambiente familiar e os possíveis rebatimentos que o câncer de mama e seu tratamento podem trazer para a realidade destas mulheres. Desta maneira, o debate acerca de toda essa problemática do câncer de mama,em Cuba ou qualquer outro país, não deve se restringir apenas a variáveis relacionadas à clínica médica e seus avanços. Devem-se considerar também as repercussões sociais desencadeadas após o diagnóstico da doença, que requerem ações de saúde pública e políticas sociais que lhes ofereçam suporte nesse momento de fragilização.

4 Metodologia

4.1 Referencial de Análise

O estudo se apoiou nas discussões acerca da análise dos sistemas de saúde, assim como nas contribuições do campo de análise de políticas públicas. De acordo com Lobato e Giovanella (2012, p.90):

> estudar um sistema de saúde é conhecer as características de cada um de seus componentes (organizações, profissionais, redes de serviços, insumos, tecnologias e conhecimentos) e como eles se relacionam entre si (financiamento, gestão, regulação, prestação de serviços.

Além disso, a conformação de cada sistema de saúde está associada a questões históricas, políticas e econômicas que determinam a proteção em saúde em cada país. No caso cubano alguns aspectos foram destacados nas análises do sistema de saúde, sendo elas: a conformação de um sistema de saúde implantado em um país de regime socialista e os impactos provenientes do embargo econômico.

Outra discussão que permeou esse trabalho foi acerca da proteção social. Compreende-se que a construção de um sistema de saúde se relaciona com o padrão de proteção social existente em cada país. Cabe destacar que foi resguardado o entendimento de que há um contexto diferenciado de proteção social nos países latino-americanos e em especial, em Cuba.

Ou seja, mesmo que existam conceitos de proteção social generalistas, existem distinções entre os sistemas de proteção social dos países centrais e dos países periféricos. As condições históricas, políticas e econômicas da América Latina determinaram a construção de uma proteção social mais frágil e fragmentada no bloco. Ainda sobre esse assunto, no presente estudo foi também analisado o contexto social cubano, de modo a compreender qual o cenário que está inserido o sistema de saúde do país.

No que se refere ao câncer de mama, o estudo teve como foco apresentar um panorama geral na doença para a saúde pública mundial. As normatizações internacionais acerca da prevenção, tratamento e reabilitação da doença serviram de parâmetro para as análises das ações voltadas ao controle do câncer de mama. A opção por analisar um sistema de saúde através do olhar focado no controle de uma doença específica, como o câncer de mama, se deu porque o enfrentamento da

referida enfermidade possibilita apreender muito sobre o funcionamento do sistema de saúde.

Sobre esse assunto o INCA (2011) ressalta a importância de integrar os diferentes níveis de atenção - primária, secundária e terciária – que compõem o sistema de saúde, o que pode proporcionar o acesso e a resolutividade, promovendo espaço para que as linhas de cuidado do câncer de mama sejam construídas. Em síntese, o controle do câncer de mama requer ações nos diferentes níveis de atenção e desse modo a análise de como um sistema de saúde se organiza para o seu enfrentamento permite compreender a realidade desse sistema.

Vislumbrando entender a atuação estatal na saúde em Cuba, optou-se por analisar o Estado a partir da abordagem utilizada por Machado (2012) no qual a autora aponta que análise da intervenção do Estado na saúde pode ser feita através de quatro macro funções, sendo elas: planejamento, financiamento, regulação e execução direta de serviços.

Segundo a autora "*a análise das mudanças observadas em cada uma delas e na sua articulação é importante para a compreensão das transformações no papel do Estado na política nacional de saúde*" (MACHADO, 2012, p.48). Tal abordagem juntamente com a análise dos sistemas de saúde e a aproximação com a realidade do câncer de mama ofereceu o material teórico utilizado nessa dissertação.

4.2 Estratégias Metodológicas

A pesquisa foi de natureza exploratória e descritiva, priorizando a análise do sistema de saúde cubano no que tange ao controle do câncer de mama feminina a partir dos anos 2000.

A definição do tempo histórico a ser analisado se deve ao fato de que Cuba vivenciou um importante período de crise econômica nos anos 1990 com a dissolução do Bloco Socialista (URSS). A crise econômica atingiu seriamente a efetivação das políticas sociais cubanas, impulsionando significativas mudanças políticas e econômicas na atuação do Estado na década seguinte.

No bojo desta pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica que permitiu a identificação de assuntos centrais relacionados a sistemas de saúde, câncer de mama, o contexto político, econômico e social de Cuba e em especial seu próprio sistema de saúde. Outra estratégia utilizada foi análise documental.

O processo de pesquisa foi elaborado através de fontes secundárias de livre acesso. A análise de documentos abarcou as legislações cubanas vigentes que se referiam à saúde (Constituição Federal e Lei de Saúde Pública). Tais legislações foram obtidas no site da Gazeta Oficial da República de Cuba, onde se encontram disponibilizadas todas as legislações do país.

A análise documental envolveu também a coleta de dados sobre saúde, emprego, educação, habitação e também sobre o câncer de mama no país, extraídos de relatórios oficiais. Dados sobre esses mesmos assuntos também foram coletados em documentos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e da OMS. Destaca-se que as fontes governamentais foram analisadas cautelosamente, entendendo que tais documentos estão imersos no projeto de sociedade proposto para o país.

A revisão bibliográfica acerca do contexto político, econômico e social de Cuba a partir dos anos 2000 foi levantada em textos que tratavam sobre esse tema nesse período histórico. Os textos foram coletados e as informações de interesse eram extraídas conforme era realizada a leitura. Tais dados foram arquivados para posterior análise. Os dados recentes sobre o controle do câncer de mama no país foram obtidos através dos relatórios da OMS, da Organização Panamericana de Saúde/OMS (OPAS/OMS) e também de estudos científicos sobre o tema, encontrados em bases de dados de livre acesso.

O estudo foi dividido em 3 dimensões que se referiam ao sistema de saúde cubano, às ações de saúde voltadas ao controle da doença e as macro funções do Estado na saúde. O primeiro eixo foi destinado a descrever a configuração do sistema de saúde cubano enfatizando determinados aspectos do contexto político-institucional do Sistema Nacional de Saúde, incluindo a história, as características gerais e princípios do Estado Cubano na atualidade.

Também foi contemplada nesse item a descrição das condições sociais dos cubanos na atualidade nas seguintes áreas: emprego, educação e habitação. Com isso, pretendeu-se compreender qual o contexto político, econômico e social que está inserido o Sistema Nacional de Saúde cubano. Essa dimensão também envolveu a análise das mudanças políticas e econômicas realizadas por Cuba, em virtude do bloqueio econômico, com enfoque na abertura comercial que vêm ocorrendo no país desde o início da década de 2000.

O segundo eixo almejou identificar as ações e serviços voltados para o controle do câncer de mama feminina em Cuba. Esta parte do estudo pretendeu apresentar a conformação da atenção oncológica, em especial, a prestadora de assistência ao câncer de mama na atenção à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Ressalta-se a dificuldade em coletar dados referentes especificamente ao câncer de mama em Cuba. Dessa forma, alguns dados se referem à Oncologia em geral.

Por último, o terceiro eixo apresenta as macro funções executivas do Estado cubano na saúde, contemplando a formulação de políticas e planejamento, a regulação da atenção à saúde e o financiamento. A coleta das informações sobre essas macro funções foi realizada com destaque para o conteúdo das políticas, seus princípios, ações e serviços direcionados ao controle da neoplasia maligna. No entanto, devido à dificuldade em encontrar informações especificamente nesse âmbito, a discussão foi realizada em âmbito mais geral.

Foi construída uma matriz que serviu de guia para a coleta, processamento e análise de informações. Essa matriz contempla os eixos principais que compõem o estudo. Segue abaixo essa matriz (Quadro 3) no qual estão compiladas as dimensões, subdimensões e variáveis que se configuraram como o referencial de coleta e análise de dados desta pesquisa.

Quadro 3 - Referencial de coleta e análise de dados da pesquisa

Dimensões	Sub-dimensões	Variáveis	Perguntas Orientadoras
Configuração do Sistema Nacional de Saúde (SNS)	Contexto político-institucional do Sistema Nacional de Saúde	História, características gerais e princípios do Estado Cubano na atualidade	Quais os princípios constitucionais e legais que fundamentam o Estado Cubano na atualidade?
		Mudanças políticas e econômicas decorrentes do bloqueio econômico e da abertura comercial	Ocorreram mudanças políticas e econômicas recentes em virtude do bloqueio econômico? Quais foram tais mudanças?
			Como vem se construindo o processo de abertura comercial? Quais as mudanças econômicas e políticas decorrentes desse processo?
		Condições sociais dos cubanos na atualidade: emprego, educação e habitação.	Qual o panorama do emprego na atualidade? Qual a média salarial? Qual a percentual de empregos no setor privado?
			Quais as condições da educação no país? Qual o nível de escolaridade da população? Quais as formas de acesso aos diferentes níveis do sistema educacional?
			Quais as condições da habitação no país?
	Estrutura e Organização do Sistema de Saúde	Marco constitucional e legal/Princípios e valores	O que o marco constitucional e legal estabelece sobre a saúde?
			Existe uma Lei Geral de Saúde? De que ano? Qual é o seu alcance?
			Quais são as responsabilidades do Estado como administrador, regulador e prestador?
		Participação Social	Como se representa a participação social?
			Quais as instâncias que formam a participação social?
			Quais são as formas de participação e como ocorre a participação social?
			Existem instrumentos de escuta da população para informações, reclamações, sugestões, denúncias e monitoramento da avaliação da satisfação relacionada à prestação dos serviços?
		Organização político-administrativa do Sistema de Saúde	Qual é a estrutura do Sistema de Saúde (subsetores)?
			Quais as instituições que conformam o Sistema de Saúde?
			Quais as instituições responsáveis e como organizam a Saúde Pública?

Quadro 3 - Referencial de coleta e análise de dados da pesquisa (cont.)

Dimensões	Sub-dimensões	Variáveis	Perguntas Orientadoras
Ações e serviços de saúde voltados para o controle do câncer de mama	Organização da atenção oncológica	Estrutura político-administrativa voltada para atenção oncológica	Quais as instituições que compõem a rede de atenção oncológica?
			Como se organizam e se articulam estas instituições?
			Quantas instituições voltadas ao tratamento da doença existem no país? Como se dá o acesso a essas instituições?
		Componentes e níveis de atenção no controle do câncer	Estão definidos níveis de complexidade na atenção oncológica? Quais os critérios utilizados para defini-los?
			Qual é o papel de cada nível na prestação de serviços de saúde?
			Qual é a porta de entrada no sistema de atenção oncológica?
			Como se articulam as políticas e programas nacionais com as necessidades em saúde da população?
		Programas de saúde voltados ao controle da doença	Existem políticas, planos e programas voltados ao controle do câncer? Quais são eles?
			Quais as políticas e diretrizes voltadas para o controle do câncer de mama?
			Qual a cobertura do programa de controle do câncer de mama?
			Como o programa de controle do câncer de mama se estabelece no interior dos diferentes níveis de atenção?
	A prevenção no controle do câncer	Ações e os serviços de caráter preventivo relacionados ao câncer	Quais as ações e serviços de caráter coletivo realizados em prol do controle do câncer de mama? (rastreamento, detecção precoce)
		Tecnologias disponíveis, ações e serviços para o diagnóstico da doença	Quais as tecnologias, ações e serviços utilizados para o diagnóstico da doença?
			As tecnologias utilizadas são suficientes para a cobertura da população alvo do rastreamento?
	O tratamento da doença	Tecnologias disponíveis para o tratamento do câncer	Quais as tecnologias utilizadas para o tratamento da doença?
			As tecnologias utilizadas no tratamento do câncer de mama estão de acordo com aquelas utilizadas em âmbito internacional?
			As tecnologias utilizadas são suficientes para o tratamento da população?
		Acesso e cobertura do tratamento	Quais as formas de acesso ao tratamento?
			- Qual a cobertura do tratamento?

Quadro 3 - Referencial de coleta e análise de dados da pesquisa (cont.)

Dimensões	Sub-dimensões	Variáveis	Perguntas Orientadoras
Ações e serviços de saúde voltados para o controle do câncer de mama	O tratamento da doença	Profissionais de saúde que atuam na terapêutica da doença	Quais os profissionais de saúde que trabalham no controle do câncer de mama?
			Qual a formação necessária para esses profissionais?
			Qual o papel de cada um deles no tratamento da doença?
		Serviços oferecidos na reabilitação do câncer	Quais os serviços oferecidos na reabilitação daqueles que passaram pelo tratamento de câncer de mama?
			Quais os níveis responsáveis pela prestação dos serviços de reabilitação?
		Cuidados paliativos de usuários fora de possibilidade de tratamento curativo	Quais os níveis de atenção responsáveis pelos cuidados paliativos de pacientes com câncer de mama?
			Quais as instituições responsáveis pelos cuidados paliativos?
			Quais as premissas de cuidados paliativos utilizada pelos serviços de saúde?

Quadro 3 - Referencial de coleta e análise de dados da pesquisa (cont.)

Dimensões	Sub-dimensões	Variáveis	Perguntas Orientadoras
Macro funções executivas do Estado cubano na saúde	Formulação de políticas e planejamento	Estratégias e planos de saúde	Existem políticas e planos nacionais de saúde?
			Que atores participam da formulação e das políticas e planos de saúde?
	Regulação da atenção à saúde	Regulação sanitária e vigilância epidemiológica	Em que situação se encontra a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no país?
			Como se estrutura a vigilância epidemiológica, incluindo os sistemas de alerta e resposta?
			O país dispõe de um sistema de vigilância epidemiológico dos principais fatores de risco para enfermidades crônicas não transmissíveis, como tabaco, uso excessivo de álcool, sedentarismo e alimentos não saudáveis?
		Regulação da prestação e do acesso aos serviços de saúde	Quem presta os serviços nos diferentes níveis? (esfera governamental responsável / tipos de unidade de saúde)
			Quem presta e regula a oferta de serviços e tecnologia de maior complexidade? (esfera governamental responsável)
			Quem regula o acesso aos serviços de saúde? Como se dá essa regulação?
		Regulação da formação e da força de trabalho em saúde	Quais são os modelos de gestão da força de trabalho? Como se dá a contratação dos profissionais de saúde? Existe um plano de carreira na saúde?
			Quem regula a formação em saúde?
			Como participa o Ministério da Saúde na regulação?
			Quais são as estratégias para a formação de profissionais de saúde?
			Existem problemas de migração da força de trabalho em saúde?
		Regulação da produção e da compra de insumos e incorporação tecnológica	Como se estrutura a vigilância sanitária? Existe uma agência de vigilância sanitária?
			Existem políticas específicas de regulação sanitária para apoiar a tomada de decisões para a incorporação de novas tecnologias e aquisição de produtos e insumos estratégicos?

Quadro 3 - Referencial de coleta e análise de dados da pesquisa (cont.)

Dimensões	Sub-dimensões	Variáveis	Perguntas Orientadoras
Macro funções executivas do Estado cubano na saúde	Financiamento	Principais fontes de recursos	Quais as principais fontes de recursos do SNS?
			Qual é a participação da esfera federal e das demais esferas governamentais no financiamento público?
			Existem normas de co-participação para o gasto em saúde para as esferas subnacionais?
			Qual o aporte financeiro das esferas subnacionais?
		Gastos em Saúde	Qual é o gasto em saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB)?
			Qual a composição do gasto público em saúde: público e privado?
			Existem co-pagamentos?
		Critérios de alocação e distribuição de recursos	Quais são os critérios de alocação de recursos para transferências a níveis subnacionais e por item de gasto/setor de serviços? (atenção primária, secundária, terciária)
			Quais são as formas de distribuição de recursos?

5 Configuração do Sistema Nacional de Saúde (SNS)

5.1 Contexto político-institucional do Sistema Nacional de Saúde

Colônia espanhola, assim como os demais países caribenhos, Cuba teve seus primeiros movimentos de emancipação registrados em 1868, segundo aponta Szulc (1987). A resistência do povo cubano foi organizada em diversos movimentos que duraram décadas e que tinham como objetivo destituir a Espanha do poder no país.

Um fato importante difere a história de Cuba dos países latino-americanos e também colonizados por países europeus. Durante os enfrentamentos entre cubanos e espanhóis pela garantia do poder no país, a intervenção americana nessa disputa fez com que Cuba deixasse de ser colônia espanhola e passasse à condição de subordinação ao governo americano[3] (SZULC, 1987; MORAIS, 2001).

Sendo assim, o fim da dominação espanhola significou o início da dominação americana. A ocupação dos EUA em Cuba permaneceu até 1902 e durante esse período o país foi dirigido por presidentes americanos. Nessa fase, as ações tomadas pelo governo americano privilegiaram demasiadamente o seu país, sendo uma delas a obrigatoriedade de Cuba exportar toda a sua produção apenas para os EUA. Nas décadas seguintes, o país foi liderado por presidentes cubanos, sendo dois deles ditadores e todos indicados pelo governo americano (SZULC, 1987; MORAIS, 2001).

O ano de 1953 foi muito importante na história cubana marcando o início das manifestações do movimento estudantil contra a dominação americana no país. As figuras de Fidel Castro, seu irmão Raul Castro e do médico argentino Ernesto Che Guevara despontaram nesse mesmo ano como lideranças dos movimentos pró-Revolução (SZULC, 1987; MORAIS, 2001) que duraram até 1959, quando após diversos conflitos com o exército do governo do general Fulgêncio Batista, culminaram na fuga do ditador que ocupava o poder do país.

[3] Durante os conflitos entre Cuba e Espanha, a explosão de um navio de guerra americano, que estava ancorado no porto de Havana, fez com que os EUA apontasse a Espanha como possível responsável e declarasse guerra contra o país com a justificativa de livrar o povo cubano do poderio espanhol. A Guerra Hispano – Americana, ocorrida em 1898, terminou com a derrota dos espanhóis e a assinatura do Tratado de Paris no qual Cuba, Porto Rico, Guam e as Filipinas, todos esses ex-colônias espanholas, foram cedidos aos EUA (RAMOS, 2009).

César (2005) coloca que com o advento da Revolução no ano de 1959, a ilha toma um rumo diferente dos demais países latino-americanos. Nesse contexto, Cuba adotou o sistema socialista, baseando-se no conceito de bem estar social que visa à satisfação das necessidades básicas da população e é contrária à base da lucratividade econômica própria do capitalismo. As políticas sociais em Cuba passaram também a se nortear por este princípio de atendimento às necessidades básicas de sua população.

A nova ordem político-econômica trazida com a Revolução resultou em um processo de profunda transformação na realidade social e econômica do país. Segundo Mesa-Lago (2003), Cuba enfrentava graves problemas nesse momento, com a taxa de crescimento econômico reduzida, o setor açucareiro - base da economia agroexportadora no país – estagnado, alto desemprego, uma expressiva diferença nos indicadores socioeconômicos entre as zonas rural e urbana, assim como uma forte dependência da relação econômico-comercial com os Estados Unidos.

As primeiras intervenções do novo governo em Cuba foram a nacionalização das empresas estrangeiras e a dissolução dos latifúndios para dar início à reforma agrária. Tais mudanças acarretaram no imediato descontentamento norte americano que a partir de 1960 passou a impor uma série de ações e medidas restritivas, envolvendo a redução progressiva da cota de importação do açúcar produzido em Cuba pelos EUA, a proibição do investimento privado americano e a extinção de qualquer tipo de apoio financeiro internacional ao país. No ano de 1962, as relações comerciais entre os dois países são totalmente rompidas, configurando-se no denominado “bloqueio econômico, comercial e financeiro” que impede a ilha de realizar negociações comerciais com os EUA. Para uma melhor compreensão sobre esse fato histórico, segue o quadro abaixo elencando as principais ações e medidas que conformaram o bloqueio ao longo dos anos.

Quadro 4 - Ações e medidas que permearam as relações entre Cuba e EUA no período de 1960 a 2014.

Ano	Conteúdo
1960	Promulgação da Lei de Seguridade Mútua que estabelece que não nenhum tipo de assistência à Cuba será fornecido, a não ser que o Presidente americano determine que é de interesse nacional e hemisférico dos EUA.
1960	Promulgação da Lei Pública 86-592 que emendou a Seção 408 da Lei Açucareira de 1948. Tal legislação autorizou o Presidente americano a determinar a cota de açúcar cubano para todo o ano de 1960 e o primeiro trimestre do ano seguinte a partir do interesse nacional americano. O Presidente americano no período, Eisenhower, restringiu a cota de açúcar de Cuba em 1960 em aproximadamente 39 mil toneladas, mais o açúcar que já tinha sido certificado antes de 3 de julho do mesmo ano que ainda não havia entrado ou estava armazenada para o consumo. Tal cifra correspondeu a uma redução de 95% da cota original que seria exportada aos EUA no período.
1961	Rompimento das relações diplomáticas e consulares americanas com o governo cubano.
1962	Imposição do bloqueio econômico, comercial e financeiro à Cuba por parte dos EUA, executado através do decreto presidencial 3447 durante o governo americano de John F. Kennedy.
1979	Redução das restrições para os gastos na ilha em dólares e não renovação da regulamentação que restringia a entrada de cidadãos americanos em Cuba. Tal fato, ocorrido no governo americano de Jimmy Carter, configura-se uma exceção na história do embargo, que ao longo do tempo foi sendo cada vez mais endurecido.
1982	Restauração das restrições relacionadas ao embargo, realizada pelo presidente americano Ronald Reagan.
1983	Promulgação da Lei de Transmissões Radiais à Cuba *(Radio Broadcasting to Cuba Act)* que criou a Radio Martí, localizada em Miami –EUA, com a de conteúdo de responsabilidade americana. O presidente americano no período, Ronald Reagan, desconstruiu as medidas adotadas nas ad anteriores. Cuba voltou a conviver com o controle sobre o seu comércio, assim como foram retomadas as restrições para as viagens à Cuba.
1992	Promulgação da Lei Torricelli, durante o governo George H. W. Bush, cuja proposta principal foi a conversão do bloqueio em lei e o reforço ao conteúdo extraterritorial do bloqueio. Com esta lei a ilha passou a ser impedida de comercializar com empresas americanas localizadas em outros países, assim como os demais países não puderam mais vender nenhum tipo de produto à Cuba que contivesse algum componente de origem americana. Tais países também foram impedidos de vender aos EUA mercadorias que contivessem algum item cubano.
1996	Promulgação da Lei Helms Burton, aprovada no governo Willian Bill Clinton, que estabeleceu sanções às empresas de origem não americana pela manutenção de relações comerciais com Cuba. As medidas envolviam o estabelecimento de sanções legais e o impedimento da entrada de dirigentes de tais empresas no território americano.
2001 - 2009	Endurecimento do bloqueio durante o governo George W. Bush no período entre 2001 e 2009. Em 2004 foi apresentada uma proposta de lei que tinha como foco a Reforma das Sanções a Cuba, ampliando ainda mais as restrições à ilha.
2014	Retomada das relações diplomáticas entre Cuba, liderada por Raul Castro e EUA, nesse momento presidido por Barack Obama. Apesar da retomada das relações diplomáticas, o bloqueio permanece em vigor.

Fonte: MARIMON TORRES; TORRES MARTINEZ (2010a); CUBA (2014).

Ressalta-se que, nos anos 2000, a aplicação rigorosa do bloqueio permaneceu (MARIMON TORRES; TORRES MARTINEZ, 2013a). Desde então não existiram ações com foco no desmantelamento do conjunto de legislações que fundamentaram o bloqueio, nem mesmo foram modificadas as políticas adotadas em prol do embargo, permanecendo em vigor todas as leis mencionadas no quadro.

O país seguiu impossibilitado de fechar negócios com empresas americanas subsidiadas em outros países, assim como empresários de outros países foram sancionados por comercializarem com Cuba. A livre importação e exportação de produtos e serviços que contivessem itens americanos permaneceu proibida. O dólar americano não pôde ser utilizado nas comercializações cubanas e o país também não teve permissão para adquirir e manter contas com esta moeda em outros países (CUBA, 2014).

Cuba também foi impedida de obter crédito em bancos americanos (sediados nos EUA ou não) e instituições internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por exemplo. Sem acesso às fontes de financiamento internacionais, os empréstimos realizados pelo país ficaram mais onerosos e os produtos adquiridos tiveram que ser pagos em dinheiro, limitando as possibilidades de obtenção de itens necessários, mesmo que houvesse desejo político para tal (MARIMON TORRES; TORRES MARTINEZ, 2013a).

A distância entre Havana, capital cubana, e Miami, nos EUA, é de 166 kilômetros. No entanto, apesar da proximidade, com o bloqueio comercial, Cuba foi obrigada a comercializar com países europeus e asiáticos, o que encareceu muito os custos dos produtos devido aos altos preços dos fretes, chegando a representar um gasto para o país de cerca de 3 milhões de dólares por ano. Nessa problemática ainda se insere o risco das transportadoras serem sancionadas por desembarcarem os produtos adquiridos através dos portos cubanos, fazendo com que muitas não prestassem tal serviço (MARIMON TORRES; TORRES MARTINEZ, 2013a).

Frente a esta realidade, em 2014, o governo cubano denunciou à Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) que até o ano de 2013 o bloqueio comercial gerou uma perda de US$ 1,1 trilhão (CUBA, 2014), o que acarretou piora nas condições sociais e de saúde da população.

A grande restrição na aquisição de insumos afetou também a compra de material utilizado nos serviços de saúde, comprometendo a assistência prestada à

população. As instituições cubanas que oferecem atenção médica e desenvolvem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação tiveram seus serviços prejudicados e conviveram com a escassez de alguns medicamentos, exames de diagnóstico, material descartável, peças de reposição de equipamentos muitas vezes fundamentais ao cuidado em saúde (SANTORO, 2010).

Segundo Santoro (2010), entre maio de 2010 a abril de 2012 o déficit no sistema de saúde causado pelo bloqueio foi em torno de 10 milhões de dólares, relacionando-se principalmente a

> distância dos mercados e o aumento de preços de materiais descartáveis e instrumentos de uso médico, assim como medicamentos, reagentes, peças sobressalentes e equipamentos, sendo o montante total acumulado de 2 bilhões de dólares, independentemente da depreciação do dólar em relação ao padrão ouro seria, então, 21 bilhões e 562 milhões de dólares (SANTORO, 2010, p.3, tradução nossa).

Marimon Torres e Torres Martinez (2013a) afirmam que um dos setores da saúde mais afetados pelo bloqueio foi o de material tecnológico. A dificuldade de aquisição de tais produtos e de peças de reposição culminou em muitas perdas econômicas. Empresas que produzem equipamentos para áreas muito específicas como cardiologia, cirurgia cardiovascular, câncer, transplante de órgãos foram impossibilitadas de vender para Cuba, quando seus produtos contivessem material de origem americana, o que fez com que o governo cubano realizasse tais compras em outros países, a preços muito mais altos.

A rigidez do bloqueio e sua ampliação com o passar dos anos, por um lado, impuseram à sociedade cubana uma série de limitações que afetaram diretamente o modo de vida seus habitantes. Por outro, condicionou o governo a adotar estratégias políticas e econômicas que pudessem minimizar os efeitos do embargo.

Até 1989, Cuba pôde contar com a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) como um grande apoiador no enfrentamento dos rebatimentos das medidas colocadas pelo bloqueio. A parceria entre Cuba e o bloco socialista permitiu que a ilha exportasse produtos primários, em especial o tabaco e o açúcar, para os países que compunham a URSS, a melhores preços que os existentes no mercado internacional. Outra medida favorável ao governo cubano era a importação de combustível e industrializados desses países com valores reduzidos (MADUREIRA, 2010).

Além disso, Cuba recebeu um significativo apoio financeiro do bloco, algo em torno de 65.000 milhões de dólares entre os anos de 1960-1990 (dos quais apenas 39% eram empréstimos e 0,6% foram pagos) o que foi fundamental para o crescimento econômico e da produção, assim como para a ampliação dos serviços sociais (MESA-LAGO, 2008). Tal ajuda permitiu que o país melhorasse seus indicadores socioeconômicos, avançando com as propostas da Revolução, em especial no que se refere às políticas públicas mais abrangentes.

Garcia (2011) destaca que nos primeiros 30 anos do governo revolucionário, o país construiu um importante potencial de recursos humanos e materiais e no que se refere à economia, obteve um crescimento na taxa anual do Produto Interno Bruto (PIB) de 4,4%[4]. Além disso, desenvolveu sua infraestrutura básica o que permitiu o crescimento da produção e da oferta de serviços que culminaram na expressiva melhora dos indicadores sociais, tendo como alguns exemplos, o aumento do nível de escolaridade da população, a conformação de um sistema público de saúde comparado ao de países desenvolvidos e a eliminação do desemprego crônico.

No entanto, após a dissolução da URSS, em 1989, Cuba passou a enfrentar enormes desafios de ordem política e econômica, que ampliaram os problemas causados pelo bloqueio comercial. Sem seu principal parceiro econômico, o país ingressou em um período de aguda crise que atingiu significativamente os logros alcançados nas décadas anteriores (MESA-LAGO, 2009). Os reflexos da perda da parceria com a URSS foram imediatos e os anos entre 1990 e 2005 passaram a ser chamados pelo governo cubano como "Período Especial em Tempos de Paz", devido ao forte impacto sofrido.

Desde o início dessa crise até 2013, contabiliza-se uma queda do Produto Interno Bruto (PIB) de quase 35% e um déficit orçamentário de 33% (MARIMON TORRES; TORRES MARTINEZ, 2013a). Pérez-López (2008) acrescenta que uma das primeiras áreas afetadas foi a importação e exportação de produtos, tão necessária à manutenção do sistema social, econômico e político. Este setor foi radicalmente reduzido, contando com uma perda na capacidade importadora em

[4] No ano de 2011, o Produto Interno Bruto (PIB) foi em torno de 69 bilhões de dólares e o rendimento per capita de 6.131 dólares (FMI, 2012).

torno de 75% e exportadora em 73%, o que se refletiu diretamente nos programas sociais e econômicos. O autor aponta que:

> a situação que as estatísticas refletem foi a da perda do poder de compra cubano no mercado internacional, com a consequente escassez de gêneros básicos, como alimentos e combustível, e a adoção de rígidos programas de austeridade e racionamento, originalmente elaborados para serem implementados no caso de guerra" (PÉREZ-LÓPEZ, 2008, p. 170, tradução nossa).

A crise afetou praticamente todos os aspectos relacionados à condição de vida e saúde da população cubana, transformando negativamente os exitosos indicadores sociais conquistados. Doenças erradicadas voltaram a acometer a população, o êxodo escolar aumentou, visto a necessidade dos jovens migrarem para o mercado de trabalho, diante da escassez de bens materiais, alimentos e produtos necessários a sua subsistência, assim como a taxa de desemprego também foi afetada ficando em torno de 7,9% (MESA-LAGO, 2008). Com o setor produtivo em declínio e o número de empregos estatais em redução, a saída encontrada pelos cubanos foi o 'auto-emprego' (trabalhos autônomos), que foi intensamente combatido pelo Estado[5]. Por determinado período tais medidas obtiveram êxito e reduziram o número de empregados autônomos no país.

No entanto, tais desafios aumentaram com o passar dos anos, o que impôs novas posturas do Estado para contornar a situação e garantir a priorização das políticas sociais. Como uma medida de resposta foram lançadas reformas econômicas a fim de minimizar os efeitos gerados pela grave crise que alavancou o déficit da balança comercial cubana, que já era problemático desde o início da Revolução.

A estratégia adotada pelo governo cubano para o enfrentamento da crise foi a opção por uma forte atuação estatal nas condutas a serem tomadas e que todas essas mudanças seriam de maneira gradual. Uma das principais mudanças nesse contexto foi a abertura para iniciativa privada atuar no país, assim como a liberação de instalação de empresas estrangeiras em território cubano. Nesse último caso, a

[5]Mesa-Lago (2003, p. 18) destaca que as ações do Estado no enfrentamento de atividades no setor privado, incluindo o auto-emprego foram: "aumento de 300% nas licenças e 650% nas taxas dos auto-empregados; (b) impostos de US$ 850 mensais para pequenos restaurantes (*paladares*) e US$ 250 para um quarto alugado a turistas (as violações de aluguel acarretam multas de US$ 1.000 a US$ 1.800 por hóspede); (c) suspensão de novas licenças para *paladares*; (d) proibição aos táxis privados de transportar turistas; (e) fechamento de galerias privadas independentes: somente as galerias estatais podem vender obras de arte; e (f) uma taxa de 300 pesos para os "vídeobares" e 800 pesos para o aluguel de roupas."

presença do Estado se realiza quando obrigatoriamente ele assume 50% do controle de cada negócio instalado no país (SANTORO, 2010).

Santoro (2010) ressalta que outra mudança também ocorrida a partir dos anos 2000, com o início do processo de abertura comercial se refere à postura do governo diante do emprego autônomo. Foi autorizada a criação de empresas familiares, como por exemplo, os restaurantes instalados em casas de famílias cubanas, os denominados *paladares* e posteriormente a entrega da administração das barbearias, cabeleireiros e salões de beleza aos trabalhadores. Nesse último caso, o Estado pagava um salário mensal aos funcionários e a partir dessa mudança os trabalhadores podem alugar os espaços para sediarem os estabelecimentos, pagar ao Estado 15% dos rendimentos e podem cobrar o valor que desejarem pelo serviço.

Dados do governo apontam que o setor de turismo foi o que mais recebeu investimento nesse novo modelo de economia cubana e o que mais se expandiu. Em 2013, era a atividade econômica de maior expressividade no país, tendo como base principal as corporações hoteleiras europeias em expansão. Entre os anos de 2008 e 2013 o número de turistas estrangeiros que visitaram o território cubano aumentou de 2 milhões e 348 mil para 2 milhões e 853 mil (ONE, 2014).

Com a autorização para a instalação de empresas familiares que oferecem serviços de restaurantes, a administração de barbearias, cabeleireiros e salões de beleza passando a ser de responsabilidade dos próprios trabalhadores e a expansão do turismo através da introdução das grandes cadeias de hotéis europeias no país, o setor privado se expandiu, aumentando expressivamente seu número de trabalhadores (SANTORO, 2010).

No ano de 2010 a população em idade laboral era de quase 7 milhões (6.829,1) de cubanos e pouco mais de 5 milhões (5.112,5) eram trabalhadores ocupados no país[6]. Destes, aproximadamente 721.000 atuavam no setor privado e 228.000 trabalhavam por conta própria. Esses números vêm aumentando significativamente no decorrer dos anos e em 2013, dos aproximadamente 5 milhões de cubanos ocupados, mais de 1 milhão estavam inseridos no setor privado e

[6]As mulheres em idade laboral, nesse mesmo ano, eram aproximadamente 3 milhões e 200 mil e em torno de 2 milhões ocupavam um posto de trabalho. Ou seja, 60,5% das mulheres cubanas em idade laboral em 2010 eram economicamente ativas (ONE, 2014).

404.000 trabalham por conta própria (ONE, 2014).

As mudanças oriundas da nova condução que o governo cubano deu à sua economia, abrindo mais espaço para o setor privado e mantendo forte presença estatal durante esse processo, revelam um novo cenário do emprego no país. Como ocorre, por exemplo, no setor de turismo que é um ramo considerado privilegiado pelos trabalhadores que nele atuam. São taxistas, trabalhadores de hotéis e restaurantes que diariamente têm acesso aos turistas, o que também possibilita o acesso a moedas mais valorizadas no mercado internacional, como dólares e euros (SANTORO, 2010). Esta realidade trouxe uma contradição aos valores de solidariedade que fundamentam a Revolução. Tais trabalhadores passaram a ter poder aquisitivo maior que a grande a parte da população, o que eleva a cobiça por tais postos de trabalho.

Ainda nesse cenário, as taxas de desemprego se elevaram nos últimos anos no país, passando de 1,7% em 2009, para 2,5% no ano seguinte. Esses números são mais expressivos para o gênero feminino, quando os dados apontam que em 2009 a taxa de desemprego de mulheres cubanas era de 2,0%, elevando-se para 2,7% em 2010, enquanto que o desemprego masculino aumentou de 1,5% para 2,4% (ONE, 2014; CEPAL, 2013).

Os trabalhadores cubanos têm seus salários médios calculados para manutenção de suas necessidades básicas privadas, segundo padrão proposto pelo governo. Os salários são baixos comparados a outros países da América Latina. No bloco, os salários mínimos, variam entre 700 dólares, na Argentina, e aproximadamente 100 dólares nos países que contam com os salários mínimos mais baixos, como México, Nicarágua e Costa Rica, segundo relatório da Cepal (2013). Em Cuba, a média salarial no ano de 2013 foi de 17,77 dólares americanos. Cabe ponderar que os cubanos não possuem gastos com os serviços básicos como saúde e educação que são de responsabilidade do Estado e outros serviços são altamente subsidiados. A tabela abaixo (Tabela 1) mostra a tendência de leve aumento nos salários nos últimos anos, muito impulsionado pelos avanços no setor produtivo o que permitiu um gasto maior no orçamento com o custeio dos trabalhadores.

Tabela 1 - Salário médio mensal nas empresas estatais e mistas segundo classe de atividade econômica (Em dólares americanos) – Cuba, 2008 a 2013.

Setor/Ano	2008	2009	2010	2011	2012
Agricultura, pecuária, silvicultura e pesca	16,75	18,22	18,30	18,90	19,35
Exploração de minas e pedras	21,20	20,26	20,75	20,86	21,35
Indústrias manufatureiras	16,22	16,94	16,33	17,16	17,58
Eletricidade, gás e água	19,50	20	19,54	19,24	19,69
Construção	19,69	20,03	20,41	21,35	21,88
Comércio, restaurantes e hotéis	13,77	13,73	13,81	13,84	14,18
Transporte, armazenamento e comunicações	16,11	16,22	16,49	16,94	17,35
Estabelecimentos financeiros, seguros, imóveis	16,79	18,94	16,18	15,92	16,30
Serviços comunitários, sociais e pessoais	14,52	15,77	16,03	15,66	16,03
Total	15,66	16,18	16,90	17,16	17,58

Fonte: Anuário Estatístico de Cuba, 2013 (ONE, 2014)

Nota: O valor de 1 dólar americano equivale a 26,5 pesos cubanos na cotação de 10 de fevereiro de 2015.

No que se refere à educação, o país erradicou o analfabetismo (0,2% de analfabetos na população com mais de 10 anos de idade) e a população em geral tem uma média de 10 anos de estudo. Com um orçamento da educação em 2010 de 9,6 bilhões de pesos cubanos, atualmente, 99,7% das crianças entre 6 e 10 anos, inicia e finaliza o ensino primário.

No período de 1960 a 2010 foram graduados em nível superior 1 milhão de alunos e no ano de 2011, 66% dos diplomas universitários foram concedidos a mulheres (LOPEZ, 2011). Dados da Cepal (2013) referentes à situação dos países latino-americanos apontam que no bloco existe uma grande discrepância nas taxas de matrículas de nível superior, destacando que Cuba, juntamente com Bahamas e Chile, alcançam as taxas mais altas, em torno de 80%, enquanto que em países como Guatemala, El Salvador e Nicarágua, por volta de 2/3 dos adolescentes estão em situação de atraso ou abandonaram o sistema de ensino.

Segundo Mesa-Lago (2003), entre os anos de 1989 e 2000, as matrículas nas universidades foram reduzidas a 52%, assim como o percentual da população em idade de frequentar universidades passou de 21% no final dos anos 1980 para 12% dez anos mais tarde. O autor aponta duas justificativas para esse declínio: as reduzidas cotas de matrículas nas universidades fixadas pelo governo e o baixo incentivo para os formados que tinham dificuldade de se inserir no mercado de trabalho estatal e eram impedidos de exercer suas profissões de maneira autônoma.

Diante desse quadro, a partir dos anos 2000 o país adotou estratégias para o enfrentamento dessa situação. Foram criados programas com o objetivo de garantir o acesso a formação, qualificação e geração de renda, tendo como foco os jovens trabalhadores, na perspectiva de associar o trabalho ao estudo (LOPES, 2011).

No que tange à habitação, esta se configura como um grave problema social cubano. As necessidades da população nesse setor, acumuladas ao longo dos anos, são significativamente maiores que as casas que vem sendo construídas, muito porque há uma enorme deterioração das construções que já existem (MESA-LAGO apud TRIANA, 2009).

No ano de 2003, o déficit de casas em Cuba era de 1 milhão de residências (MESA-LAGO, 2009). A deterioração e as catástrofes naturais, como os furacões que anualmente atingem o país, pioram ainda mais essa realidade. González Couret (2009) acrescenta que a reabilitação urbana não vem avançando na proporção necessária, em especial porque existem construções que não puderam ser recuperadas em tempo hábil e também vêm sendo perdidas.

O autor coloca também que a construção de novas moradias não tem possibilitado reduzir o déficit. Nesse sentido, um quantitativo expressivo de famílias vive em albergues temporários aguardando uma solução para o seu problema ou em casas com seus familiares em numerosos conglomerados. Ao compreender que as condições de moradia influenciam diretamente as condições de saúde das pessoas, cabe destacar a preocupação com essa problemática.

Outro problema importante e que ainda não teve resposta com o novo modelo de condução do Estado em Cuba, se refere às enormes perdas no setor agrícola, Baseado principalmente na produção de tabaco e açúcar, as reformas econômicas não supriram as necessidades para estabilizar a produção agrícola. Foram introduzidas algumas medidas de privatização, com o objetivo de incentivar os trabalhadores rurais a cultivarem em fazendas coletivas pertencentes ao Estado. O setor mais afetado foi o açucareiro, justamente o que era mais importante na produção agrícola. Metade das usinas açucareiras teve suas atividades encerradas, levando a uma perda de mais de 100 mil postos de trabalho (SANTORO, 2010).

Com a produção em declínio, a segurança alimentar da população entrou em risco, fazendo com que o governo cubano recorresse ao mercado internacional para adquirir alimentos. As estimativas apontam que 60% dos produtos importados por

Cuba na primeira década do século XXI foram do gênero alimentício. A estratégia utilizada pelo governo do presidente Raul Castro foi o aumento dos valores pagos pelo Estado aos alimentos, a descentralização do processo de decisão e o arrendamento de 50% das terras pertencentes ao Estado que estavam sem uso a 100 mil indivíduos, fazendas privadas e cooperativas estatais (MESA-LAGO, 2003).

Apesar do embargo, os EUA são um dos principais exportadores de gêneros alimentícios para Cuba e as vendas, nesse caso, são justificadas como situação de emergência humanitária e devem ser pagas em dinheiro. Pérez-Lopes (2008) aponta que a partir da pressão dos congressistas de estados rurais e do agronegócio americano, esse comércio se expandiu e as exportações de alimentos dos EUA para Cuba subiu de 4 milhões de dólares em 2001 para 432 milhões em 2007. Tais dados demonstram a contradição no que se refere ao bloqueio e o interesse americano em ter Cuba como um mercado consumidor. A retomada das relações diplomáticas entre os países, ocorrida no final de 2014 apontam uma maior aproximação entre os mesmos e possivelmente novas possibilidades de negociações comerciais.

Contudo, mesmo frente aos problemas oriundos da grave crise econômica e as mudanças que o governo cubano realizou no enfrentamento dessa crise, Cuba mantém os princípios de seu modo de produção e segue na liderança do ranking dos indicadores sociais na América Latina. O caráter universal e a gratuidade dos serviços, a redução das desigualdades de acesso e na qualidade das ações entre as zonas rurais e urbanas, tudo isso associado a uma forte atuação do Estado, promoveram respostas positivas nas condições de vida na população. Segundo Mesa-Lago (2009), essas conquistas só foram possíveis devido à prioridade que os serviços sociais ganharam do Estado, mesmo no momento da crise.

Fato importante no contexto político cubano e fonte de críticas ao sistema é imposição das restrições às liberdades individuais no país, em especial o direito de ir e vir e de se expressar. Hilb (2010) coloca que

> a ausência de liberdades civis e públicas ou a proibição de abandonar o país, vigentes em Cuba, [...], formam elementos coerentes com a [...] natureza de um regime do qual não podemos dizer que viola os direitos humanos, mas que, em sua própria forma, não reconhece a existência desses direitos tal como são defendidos nas nossas sociedades liberal-democráticas modernas

Nesse caso, o controle quase que total da destinação dos recursos humanos e materiais acabou por anular significativamente as liberdades civis e políticas, o que

obviamente cabe uma reflexão sobre os moldes de funcionamento do regime político cubano e os possíveis impactos que tais restrições trazem para o âmbito das políticas públicas.

5.2 Estrutura e Organização do Sistema de Saúde

O processo de formação do Sistema Nacional de Saúde Cubano (SNS) se deu juntamente com a construção do modelo de Estado socialista vigente no país. Criado em 1960, no ano seguinte ao início da Revolução, o SNS desde seu início teve como base seu caráter universal, gratuito e com uma direção centralizada (MADUREIRA, 2010).

Anteriormente à Revolução, o modelo de saúde em Cuba possuía uma característica privada, apresentando importantes diferenças entre a área urbana e rural no país no que se refere ao acesso a cuidados médicos. Os serviços de saúde eram concentrados nos grandes centros e cobriam apenas 8% da área rural do país. Mesmo diante disso, Cuba possuía resultados positivos em saúde quando comparado com a maioria das Américas, em especial no que se refere ao número de médicos por mil habitantes, relembrando que tais profissionais atuavam majoritariamente afastados da área rural (MADUREIRA, 2010).

Com a construção do SNS as estruturas que compunham a atenção à saúde foram nacionalizadas e os cuidados em saúde foram regionalizados. O país utilizou a educação como estratégia inicial para aumentar os níveis de saúde da população cubana. No ano de 1961 foi lançada a Campanha Nacional de Alfabetização, possibilitando que a educação sanitária alcançasse as diversas regiões do país (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011). A proposta seria relacionar a educação com a saúde, entendendo que os níveis de educação da população poderiam proporcionar uma mudança na condição de saúde da população.

Tal estratégia veio associada à adoção de uma série de medidas para ampliação do acesso à saúde pública. No caso do SNS cubano a universalidade configura-se como um princípio básico do sistema. Nesse momento, as estruturas públicas, privadas e mutualistas que ofereciam os serviços de saúde foram integradas e os serviços de saúde passaram a ser integralmente fornecidos através do Estado.

Osa (2011, p.4, tradução nossa) acrescenta que no que tange à estrutura do SNS, as estratégias apresentadas anteriormente trouxeram também a ampliação de "*postos médicos rurais, maternidades e policlínicas que iniciaram o atendimento primário no país, para priorizar a assistência aos grupos mais vulneráveis da sociedade*." Ressalta-se a mudança nesse cenário, visto que o modelo assistencial de saúde anterior era focado na cura e nesse período a promoção e prevenção em saúde passaram a figurar dentro a porta de acesso e base do novo sistema em conformação.

Destaca-se que um dos maiores desafios desse período era a escassez de profissionais médicos. Após a Revolução ocorreu o êxodo de 50% de profissionais de medicina para os EUA atraídos pelas políticas de incentivo desse país[7], sendo assim os esforços nesse período se aglutinaram em prol da formação desses profissionais. Ainda no campo da formação, a primeira grande contribuição para a saúde pública cubana foi aplicação da universalização da docência médica em que estudantes de Medicina e Enfermagem passaram a se integrar no decorrer de seus cursos às unidades assistenciais de saúde, o que alavancou os programas de formação de profissionais de saúde das referidas áreas (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011)

Segundo Osa (2010, p.4, tradução nossa), durante a constituição do SNS nos anos seguintes

> determinou-se que era necessário ampliar e aperfeiçoar o sistema nacional de saúde criado, assim como o sistema de atendimento médico e hospitalar; desenvolver a medicina preventiva; continuar a impulsionar a medicina rural; aumentar os estudos de medicina do trabalho e sua aplicação no tratamento de doenças profissionais; elevar o nível da cultura sanitária do povo, e enfatizar a prevenção do meio ambiente e dos bens naturais. Foram ainda formulados os orçamentos metodológicos que configuraram a Escola Cubana de Medicina, estabelecendo a prevenção como conceito primordial do sistema sanitário no cuidado da saúde, com o fim de eliminar os restos da velha medicina que olhava a doença e não o doente.

As décadas seguintes foram de êxito para o SNS e consequentemente para os níveis de saúde da população. Desde a Revolução até os anos 1980 foram muitas as conquistas nessa área, como por exemplo, a erradicação de doenças transmissíveis (como exemplo, difteria, tétano, poliomielite) que até hoje assolam os

[7] Após a Revolução, em torno de 3.000 médicos que atuavam em Cuba emigraram para os EUA, o que correspondia a 50% dos profissionais da área no país (MADUREIRA, 2010).

países em desenvolvimento, redução da mortalidade infantil, a melhora da qualidade dos serviços de saúde e a consequente elevação na expectativa de vida da população.

Esse panorama também se modificou durante o 'Período Especial'. A gravidade da crise se refletiu no funcionamento do SNS e no quadro de saúde dos cubanos, como exemplo, doenças que já tinham sido erradicadas, como tuberculose e hepatite, elevaram sua incidência (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011). Contudo, mesmo diante da grave crise, os escassos recursos que estavam disponíveis foram aplicados com eficiência, novas formas de financiamento foram buscadas, assim como todo o potencial dos médicos foi utilizado, reduzindo os atendimentos em nível hospitalar e os custos do sistema, como afirma relatório da Cepal (2013).

O referido relatório aponta também que devido à alta capacidade resolutiva do sistema, em especial no nível primário, os indicadores de saúde, sobretudo os de morbidade, não foram severamente atingidos, mesmo nos anos mais afetados pela crise. O documento destaca ainda as razões que contribuíram para tal resultado, sendo elas: as ações desempenhadas (foco na prevenção e promoção) e o alto nível cultural da população, o que aumentou a consciência sanitária do povo cubano e a capacidade de respostas aos problemas detectados.

Madureira (2010) afirma que a última década tem sido de reorganização do SNS, com a abertura comercial e a entrada de capital privado no país, em especial através do turismo, o amplo alcance das políticas sociais tem sido retomado e no campo da saúde os índices estão similares ao período pré-crise. Nesse contexto, houve a necessidade da reorganização dos serviços médicos em virtude dos acordos com demais países em troca de insumos e das crescentes missões internacionais[8].

Os pilares fundamentais do sistema estão enunciados na Constituição Federal (1976) do país e nela se alicerçam. A universalidade de acesso, equidade e a saúde entendida como um direito social e inalienável, providas exclusivamente

[8] Um dos princípios do SNS é a colaboração internacional que fornece tanto profissionais para atuarem na assistência, quanto a formação de profissionais de saúde em diversos países do mundo. Nos últimos anos essas missões tem se expandido através de acordos comerciais, como o caso da Venezuela (fornecedor de petróleo ao país) e o Brasil, que com o Programa Mais Médicos, em contrato intermediado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), viabilizou a vinda de 4 mil médicos cubanos para atuarem na atenção primária nas regiões carentes de profissionais de medicina.

pelo Estado, estão dispostas no documento. Segundo a Constituição cubana, o Estado, através de sua função de “servir ao povo”, deve garantir que todos os seus cidadãos, em decorrência de adoecimento, tenham acesso à atenção médica (Artigo 9). A proteção às minorias também é garantida constitucionalmente. Todos os cidadãos cubanos devem receber assistência nas instituições de saúde do SNS segundo o princípio da igualdade, independentemente de suas características ou escolhas pessoais (Artigo 43).

A articulação entre a política de saúde e outras políticas sociais está estabelecida na Constituição. No momento do seu adoecimento o trabalhador que não puder exercer sua atividade laborativa por motivo de doença, será amparado financeiramente pela assistência social (Artigo 47). Nessa perspectiva, o entendimento à saúde é mais amplo do que a mera prestação de serviços assistenciais, buscando em outras políticas a garantia das necessidades da população.

A responsabilidade do Estado na prestação de assistência médica e odontológica aos seus cidadãos está referenciada no texto constitucional, indicando ainda as principais instituições de saúde através das quais esses serviços serão ofertados. O caráter gratuito dos serviços prestados, assim como a importância da promoção e prevenção na produção de saúde, contemplando a participação da população são destacados na Constituição do país (Artigo 50). Nessa perspectiva, as características principais do SNS estão previstas no principal documento do Estado cubano, que assume um compromisso pleno de garantir a saúde a seus cidadãos. Os princípios que regem o SNS também são estabelecidos pela Lei Geral de Saúde Pública e apontam o contorno do SNS e foco de suas ações. O quadro (Quadro 5) abaixo descreve quais são esses princípios e a que cada um deles se refere.

Quadro 5 - Princípios do Sistema Nacional de Saúde Cubano

Princípios	Significado/Alcance
Caráter social e estatal da medicina	Os serviços de saúde de assistência médica são garantidos e prestados pelo Estado, resguardando o caráter social da medicina. (Artigo 4)
Acessibilidade e gratuidade dos serviços	Toda população cubana tem reconhecido e garantido seu direito ao atendimento e proteção da saúde em qualquer lugar do território. O Estado presta os serviços de saúde, que são financiados com os recursos do próprio Estado, sem que haja cobrança da população na utilização desses serviços. (Artigo 4)
Orientação profilática	Nas ações de saúde, a orientação profilática deve ser priorizada. (Artigo 4)
Aplicação adequada dos avanços da ciência e da medicina	Os avanços da ciência e das técnicas médicas mundiais devem ser aplicados adequadamente, resguarando a eficácia e a eficiência dos métodos (Artigo 4)
Participação da comunidade e intersetorialidade	Nos planos e atividades de saúde pública, a participação ativa e organizada da população dever ser contemplada, garantindo os espaços em que as necessidades da população sejam ouvidas (Artigo 4).
Colaboração internacional	A colaboração internacional no campo da saúde, auxiliando o avanço dos demais países no que se refere aos seus serviços e sistemas de saúde. Prevê-se que os avanços conquistados no SNS sejam difundidos e compartilhados com outros países que necessitem de apoio tanto na assistência à saúde, quanto na formação de profissionais para atuarem na área. (Artigo 4)
Centralização normativa	A responsabilidade pela direção metodológica, técnica e científica na prestação dos serviços é do Ministério da Saúde Pública. Cabe ao MINSAP também elaborar um Plano da Saúde Pública, assim como regular o exercício da medicina e suas atividades afins. (Artigo 3)
Descentralização executiva	A execução dos serviços de saúde fica cargo das Direções de Saúde dentro de suas respectivas esferas de competências. Em especial, províncias e municípios são responsáveis por executarem serviços de saúde. (Artigo 2)

Fonte: Lei de Saúde Pública de Cuba – nº41/1983

Como visto, a saúde em Cuba não está amparada legalmente apenas na Constituição Federal, mas também pela Lei Geral de Saúde Pública, promulgada em 1983. A referida lei estabelece quais são os princípios básicos no que se refere à regulação das relações na saúde pública, com o objetivo de contribuir na garantia da promoção da saúde, na prevenção de doenças, no restabelecimento da saúde, na reabilitação social dos pacientes e na assistência social. Refere-se também à

organização do sistema de saúde, assim como dos serviços prestados e os respectivos órgãos responsáveis (CUBA, 1983).

O Ministério da Saúde Pública (MINSAP) é o órgão diretor do SNS e sua principal função é organizar a saúde pública cubana de modo a garantir que seus princípios e valores sejam alcançados. O MINSAP constitui-se como o organismo que dirige, executa e controla a aplicação da política de Estado e de Governo no que se refere à Saúde Pública, ao desenvolvimento das Ciências Médicas e à Indústria Médico-Farmacêutica (CUBA, 2015).

Domínguez-Alonso e Zacea (2011) apontam que o MINSAP tem entre suas funções a elaboração de normas, o papel de coordenação e de controle da política de Estado e de Governo em todos os aspectos relativos à saúde pública, sendo o responsável pela regulação, prestação e financiamento dos serviços de saúde. Tais características coadunam com o que Machado (2007) coloca como funções fundamentais para o direcionamento da política de saúde, que são:

> a formulação de políticas e o planejamento em saúde [...] que envolvem a tomada de decisões e a proposição de intervenções sobre a realidade sanitária, abrangendo: identificação de necessidades, de prioridades e diretrizes de ação, elaboração de estratégias e planos de intervenção, articulação com outros atores, mobilização de recursos necessários para a operacionalização das políticas (MACHADO, 2007, p.3)

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde Pública cubano ocupa um papel de centralidade no SNS e autoridade sanitária, desempenhando atividades, responsabilidades e atribuições, que perpassam o viés político e técnico-administrativo, com foco no funcionamento dos diversos componentes que conformam o sistema. A capacidade de governo do Estado Cubano no setor saúde muito é favorecida por esse poder central que o MINSAP assume nas mais diversas áreas do seu campo de atuação. Para um melhor entendimento das principais funções de direção exercidas pelo MINSAP, segue o quadro abaixo (Quadro 6) com as referidas funções que estão amparadas pela Lei de Saúde Pública nº 41/1983 e uma breve descrição de suas responsabilidades.

Quadro 6 - Principais funções e responsabilidades do Ministério da Saúde de Cuba

Funções	Responsabilidades
Controle e vigilância epidemiológica	As enfermidades que representam risco para a população são determinadas pelo MINSAP. O órgão também é responsável pela adoção de medidas preventivas e de diagnóstico de tais doenças, assim como pelo estabelecimento das condutas relacionadas ao tratamento ambulatorial ou hospitalar obrigatório realizado nas instituições que compõem o SNS (Artigo 20 da Lei Geral de Saúde Pública/1983). Os planos, programas e campanhas epidemiológicas são elaborados, organizados e controlados pelo MINSAP. Tais estratégias têm como objetivo prevenir, controlar e por fim, erradicar as doenças que afetam à população (Artigo 60 da Lei Geral de Saúde Pública/1983).
Controle e vigilância sanitária	O MINSAP é o órgão responsável por determinar as disposições sobre o que se refere ao controle e a vigilância sanitária. Responsabiliza-se pelo estado nutricional da população, o controle sanitário dos alimentos e as bebidas de consumo. Também regula as dietas de grupos específicos da população que estão expostos a determinados risco. As disposições sobre controle sanitário dos artigos de uso pessoal, doméstico, brinquedos, cosméticos e outros itens que podem afetar à saúde também são colocadas pelo órgão. (Artigo 66 da Lei Geral de Saúde Pública/1983)
Regulação, execução e avaliação das investigações biomédicas ou que utilizem seres humanos	O Ministério da Saúde Pública é responsável pelas atividades de ciência e técnica na área da saúde, com o propósito de responder as necessidades no setor, adequando-as às necessidades científicas, socioeconômicas e políticas, mediante os planos correspondentes e de conformidade com as regulações estabelecidas pelos órgãos e organismos administrativos (Artigo 96 da Lei Geral de Saúde Pública/1983)
Normatização das condições higiênicas e do saneamento ambiental	As disposições necessárias para a melhor organização e funcionamento do Serviço Higiênico- Epidemiológico são apontadas pelo Ministério da Saúde Pública considerando as situações higiênico-epidemiológicas específicas (Artigo 53 da Lei Geral de Saúde Pública/1983).
Inspeção sanitária estatal	As informações científicas, técnicas e metodológicas referentes ao controle das epidemias,à Inspeção Sanitária Estatal, a profilaxia higiênico- epidemiológica e à educação para a saúde são de responsabilidade do MINSAP, sendo colhidas pelos três níveis de atenção: Ministério da Saúde Pública, os órgãos locais de Poder Popular em províncias e municípios (Artigo 52 da Lei Geral de Saúde Pública/1983).
Organização dos serviços de saúde de atenção médica preventiva e curativa	Os meios preventivos, curativos e de reabilitação utilizados na prática médica do SNS devem ser aprovados pelo Ministério da Saúde Pública (Artigo 18 da Lei Geral de Saúde Pública/1983).
Organização dos serviços de saúde no que se refere à assistência social àqueles a quem dela necessitar	Cabe ao Ministério da Saúde Pública, de acordo com a legislação vigente no que se refere à Seguridade Social, estabelecer as regras metodológicas e os critérios de funcionamento da perícia médica realizada com os trabalhadores e beneficiários da Seguridade Social que deve ser realizada nas unidades assistenciais de saúde do SNS destinadas a este propósito. Assim como, instituir também as normas para a expedição dos documentos válidos para receber os benefícios regulados pelo regime da Seguridade Social e para outros fins. (Artigos 48 e 49 da Lei Geral de Saúde Pública/1983)

Quadro 6 - Principais funções e responsabilidades do Ministério da Saúde de Cuba (cont.)

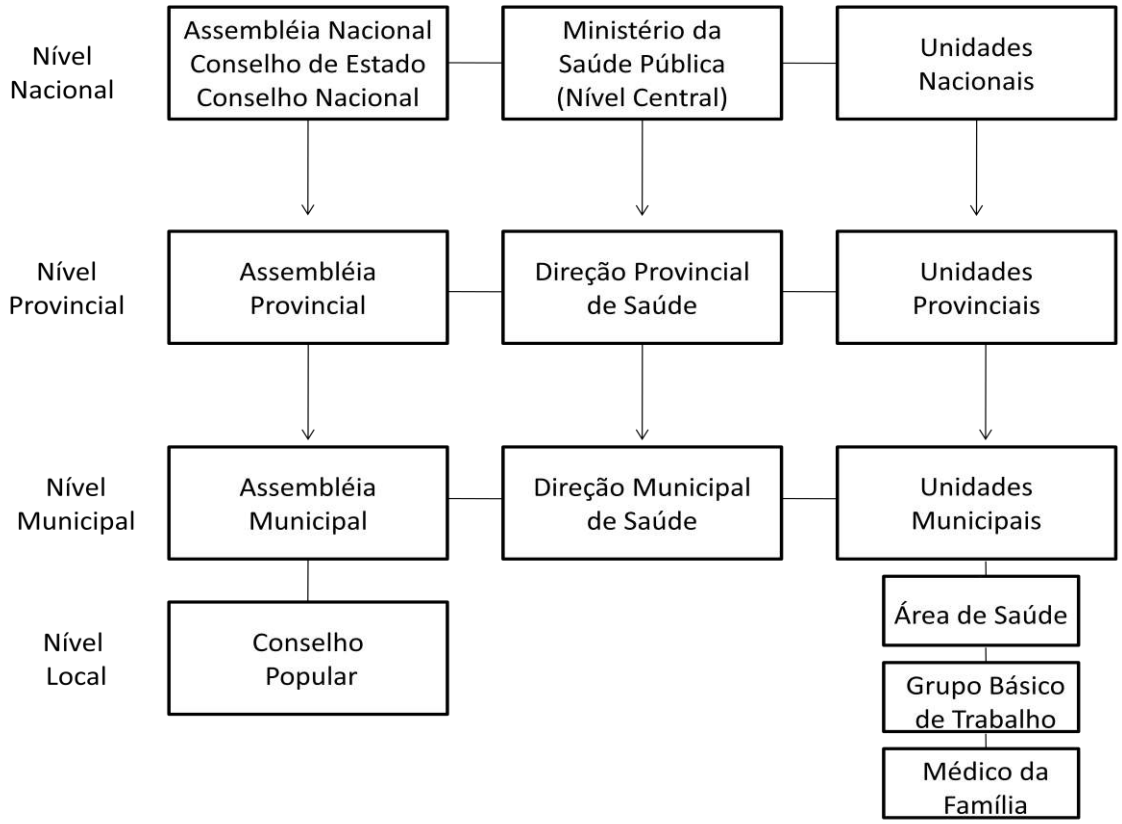
Funções	Responsabilidades
Operação do sistema de informação estatística em matéria de saúde	O sistema de informação estatística sobre a saúde é proposto e elaborado pelo Ministério da Saúde Pública, sendo parte do Sistema de Informação Estatístico Nacional, assim como, para responder as próprias necessidades como organismo responsável pela direção do SNS. (Artigo 6 da Lei Geral de Saúde Pública/1983).
Registro, regulação e controle dos medicamentos de produção nacional e de importação, equipamentos médicos e de material consumível e outros de uso médico.	O planejamento, organização, direção e controle da produção, distribuição e comercialização dos produtos farmacêuticos e biológicos, instrumentos e equipamentos médicos, odontológicos e de laboratório das empresas subordinadas são de responsabilidade do Ministério da Saúde Pública que exerce a direção normativa-metodológica das empresas subordinadas às direções de saúde dos órgãos locais de Poder Popular (Artigo 97 da Lei Geral de Saúde Pública/1983).
Formação de Recursos Humanos da Saúde Pública	Os regulamentos, diretrizes e normas das atividades docentes-educativas na área da saúde, são elaborados pelo MINSAP, em coordenação com os organismos que dirigem a política de educação no país. O MINSAP também é responsável por supervisionar e inspecionar o cumprimento das atividades docentes-educativas nas instituições de ensino pertencentes ao SNS, sendo estas subordinadas diretamente ao MINSAP ou aos orgãos de Poder Popular (Artigos 163 e 164 do Decreto 139/1988).

Fonte: Elaboração própria, baseada nos artigos presentes na Lei de Saúde Pública cubana nº41 de 1983 e no Decreto 139 de 1988 que regulamenta a Lei de Saúde Pública.

Os componentes do SNS são: atenção médica preventiva, curativa e de reabilitação; assistência aos idosos, deficientes físicos e mentais; controle higiênico-epidemiológico; formação, especialização e educação continuada de profissionais e técnicos; investigação e desenvolvimento das ciências médicas; estatísticas de saúde; informação técnico-científica; promoção da saúde; garantia de suprimentos não médicos e manutenção do sistema, garantia de equipamentos tecnológicos, médicos e de eletromedicina; produção, distribuição e comercialização de medicamentos e equipamentos médicos. (CUBA, 2015).

Cada componente é sustentado por uma rede de unidades que compõem o SNS e estão divididos em três níveis administrativos - nacional, provincial e municipal – e quatro tipos de administração jurídica de serviços – nacional, provincial, municipal e local. A figura 1 apresenta a estrutura hierárquica administrativa-territorial do SNS:

Figura 1 - Estrutura hierárquica administrativa-territorial do Sistema Nacional de Saúde de Cuba, 2015



Fonte: Figura elaborada a partir de informações disponibilizadas na INFOMED (2015)

Como visto na figura 1, as direções provinciais e municipais dos organismos de governos locais se subordinam administrativamente às suas respectivas assembleias. Cabe destacar que as funções principais das assembleias provinciais e municipais se referem ao orçamento, abastecimento, recursos humanos e a manutenção das direções provinciais e municipais.

Em Cuba, as províncias se organizam formando sistemas de saúde locais para cada um de seus municípios e o SNS oferece seus serviços de saúde em unidades ambulatoriais e hospitalares que são divididos em níveis de complexidade e de administração. O nível primário está organizado visando atender a 80% dos problemas de saúde da população, sendo a porta de entrada do sistema. Com ampla cobertura e baixa complexidade, oferece ações de promoção e proteção da saúde, seguindo a premissa 'de ser melhor gastar um pouco mais na prevenção, do que posteriormente muito mais no tratamento de doenças em estadiamento avançado' (DOMINGUEZ-ALONSO, ZACEA, 2011; MADUREIRA, 2010). A atenção primária no país ganha um papel primordial, não apenas por ser a principal porta de acesso ao sistema, mas por ter alta resolutividade, algo fundamental para o SNS, visto a escassez de recursos financeiros vivenciada pelo país.

Ainda sobre a atenção primária, atividades de promoção e proteção são fundamentalmente prestadas nas policlínicas e nos consultórios de médico e enfermeira da família (CMEF), subordinadas ao nível municipal de administração. Nos consultórios atuam um médico e um enfermeiro, formando a Equipe Básica de Saúde (EBS) que é a base assistencial do sistema.Cada equipe básica atende em torno de 800 a 1500 habitantes, e geralmente os profissionais que nelas atuam, residem próximo ao consultório, favorecendo a proximidade com a realidade local (MADUREIRA, 2010). Madureira (2010) coloca que:

> o Programa de Médico e Enfermeira da Família (PMEF) tem a responsabilidade de compreender o indivíduo e a seu estado de doença integrando-os num contexto de família, casa e localidade que o influenciam e por quem são influenciados, visando a prevenção de doenças e a promoção de Saúde, utilizando a consulta, a visita domiciliar e assistência educativa para a Saúde como maiores ferramentas para este fim. O PMEF tem também funções de monitoramento e controle epidemiológico, estando em estreita ligação com o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) que determina quais as doenças a monitorizar e define o Programa de Controle de Doenças Transmissíveis, para a prevenção da disseminação na família, amigos e comunidade". (MADUREIRA, 2010, p. 14)

A EBS é assistida pelo Grupo Básico de Trabalho (GBT), que é composto por: médico, enfermeira, obstetra, pediatra, psicólogo e assistente social, que oferecem suporte às demandas de saúde dos consultórios, além de atuarem com a formação e supervisão das EBS. Assim como as EBS, as GTB são organizadas por área de saúde e estão vinculadas a uma Policlínica. As policlínicas são a unidade central de uma área de saúde e, em geral não possuem internação, apenas um pequeno serviço de urgências e são os responsáveis pela integração com o nível secundário.

No que se refere ao nível secundário, a proposta é que atenda em torno de 15% dos problemas de saúde dos cubanos. Nesse nível existe uma maior complexidade e constitui-se dos hospitais regionais, municipais, centros de saúde e bancos de sangue. Tais unidades recebem os usuários encaminhados do nível primário, quando estes não têm seu problema solucionado neste nível de atenção. As instituições que compõem o segundo nível contam também com recursos tecnológicos mais complexos como exames laboratoriais de Anatomia Patológica, Ressonância Nuclear Magnética, Medicina Nuclear, Angiografia, entre outros (MADUREIRA, 2010; DOMINGUEZ-ALONSO, ZACEA, 2011).

Aproximadamente 5% dos problemas de saúde devem ser atendidos pelo nível de atenção terciário do SNS cubano voltado para os atendimentos de alta complexidade. Os problemas atendidos por esse nível são aqueles associados às sequelas ou complicações de determinadas doenças, que exigem internação e a assistência é oferecida em hospitais de subordinação provincial e nacional e também em institutos subordinados ao nível central (MADUREIRA, 2010; DOMINGUEZ-ALONSO, ZACEA, 2011).

No que tange às unidades de saúde, 6,8% são subordinadas ao nível central, ou seja, ao MINSAP e 93,2% são subordinadas aos Conselhos de Administração Provinciais e Municipais. Essa característica se refere ao processo de descentralização administrativa no qual o sistema foi estruturado, passando a responsabilidade da prestação dos serviços para os níveis provincial e municipal. Nessa perspectiva, o que se tem como resposta é uma maior aproximação da gestão dos serviços às necessidades da população.

Um dado relevante é que todas as unidades de saúde que compõem o SNS são administradas por profissionais de saúde, o que não ocorre em sua grande maioria de sistemas de saúde de países desenvolvidos, em que profissionais da Administração ou

Gestão assumem essa tarefa (CUBA, 2015). Tal conduta reforça a ideia que profissionais de saúde atuando na gestão, podem trazer boas contribuições para o funcionamento dessas unidades à medida que possuem um conhecimento específico sobre a realidade da saúde. Para uma melhor compreensão sobre as instituições que compõem o SNS, seguem abaixo 2 quadros (Quadro 7 e Quadro 8). O primeiro se destina a apresentar as diferentes unidades de saúde que estão subordinadas ao nível central (MINSAP), a quantidade existente de cada uma delas, assim como quais são as suas características principais. No segundo quadro estão descritas as unidades geridas pelos níveis provincial e municipal, o número destas em funcionamento e algumas de suas características.

Quadro 7 - Unidades que compõem o Sistema Nacional de Saúde Cubano Subordinadas ao Nível Central, 2015.

Tipo de unidades	Nº	Principais Características
Hospitais	5	Oferecem atenção médica especializada preventiva, curativa e de reabilitação de forma ininterrupta à população cubana e algumas unidades também prestam serviços à comunidade internacional. Todas as unidades hospitalares de subordinação central estão localizadas na capital do país, Havana, sendo elas: Hospital Clínico Cirúrgico Hermanos Ameijeiras; Complexo Científico Ortopédico Internacional Frank País;Clínica Central Cira García; Centro Internacional de Retinose Pigmentar Camilo Cienfuegos; Centro Internacional de Restauração Neurológica.
Institutos	12	Atuam como instituição de investigação, formação docente, assistência médica, de serviço e de desenvolvimento da especialidade no Sistema Nacional de Saúde. Os Institutos possuem alto desenvolvimento técnico-científico em uma especialidade das Ciências da Saúde, sendo elas: Cardiologia; Oncologia e Radiobiologia; Neurologia e Neurocirurgia; Nefrologia; Angiologia; Endocrinologia; Hematologia; Gastroenterologia; Medicina Tropical; Higiene, Epidemiologia e Microbiologia; Medicina do Trabalho; Nutrição e Higiene dos Alimentos.
Indústria Médico-Farmacêutica (IMEFA)	20	Realizam investigação, produção, distribuição e controle da qualidade de medicamentos. Algumas dessas instituições são: Empresa de Laboratórios MEDSOL; Laboratório Beterá; Laboratório de Medicamentos de Encrucijada; Laboratório de Medicina Verde; Laboratório de Medicina Verde de Manicaragua; Laboratório de Plantas Medicinais; Laboratório de Produção de Medicamentos de Trinidad; Laboratório Farmacêutico Juan R. Franco; Laboratório Farmacêutico Julio Trigo; Laboratório Farmacêutico Roberto Escudero; Laboratório Farmacêutico Saúl Delgado.
Institutos de Ciências Médicas	4	Oferecem cursos de nível superior em saúde nas seguintes áreas de formação: Enfermagem, Psicologia, Medicina, Odontologia e Tecnologia da Saúde.
Faculdades de Ciências Médicas	24	Oferecem cursos de nível superior em saúde nas seguintes áreas de formação: Enfermagem, Psicologia, Medicina, Odontologia e Tecnologia da Saúde.
Faculdades de Odontologia	4	Oferecem cursos de nível superior na área de Odontologia.
Empresas	4	Atuam como responsáveis pelos suprimentos do Sistema Nacional de Saúde. As 4 empresas existentes são as seguintes: Empresa de Materiais Higiênico-Sanitário; Empresa de Produção de Biológicos Carlos J. Finlay; Empresa de Suprimentos Médicos; Empresa Importadora e Exportadora de Medicamentos.
Centros Nacionais	12	Possuem funções técnicas e metodológicas para o controle regulatório, execução de programas e desenvolvimento técnico de atividades específicas do Sistema Nacional de Saúde. Os Centros de Saúde existentes atuam nas seguintes áreas: Controle Estatal de Medicamentos; Controle Estatal de Equipamentos Médicos; Desenvolvimento da Farmacoepidemiologia; Ensaios Clínicos; Química Farmacêutica; Investigações de Bioelementos Naturais; Ortopedia Técnica; Informação de Ciências Médicas; Desenvolvimento Informático para a Saúde Pública; Promoção e Educação para a Saúde; Educação Sexual; Cooperação Médica.

Fonte: Diretório de Instituições, 2015.

Quadro 8 - Unidades que compõem o Sistema Nacional de Saúde Cubano Subordinadas aos Níveis Provincial e Municipal

Unidades	Número	Principais Características
Hospitais	279	Instituições de subordinação provincial que oferecem atenção médica especializada, preventiva e curativa em diversas especialidades. Os hospitais provinciais atuam nas seguintes áreas: Clínico-cirúrgico; Dermatológico, Geral, Ginecologia-obstétrica, Materno-infantil, Militar, Neurológico, Oncológico, Ortopédico, Pediátrico, Psiquiátrico, Reabilitação, Rural e Universitário. .
Centros	108	Instituições de subordinação provincial e municipal que oferecem assessoria e metodologia à área de saúde e fiscalização dos programas a qual os Centros estão vinculados. Presta assistência preventiva e curativa e o controle higiênico e epidemiológico através da aplicação de estratégias e programas priorizados do Sistema Nacional de Saúde. As áreas de atuação dos Centros: Antidiabéticos; Assistência Social; Eletromedicina; Genética Médica; Higiene e Epidemiologia; Informação de Ciências Médicas; Internacional; Investigação; Prevenção de Infecções de Transmissão Sexual; Provincial; Retinose Pigmentar e Saúde Mental.
Bancos de Sangue	27	Instituições de subordinação provincial e municipal que possuem a função principal de receber doações de sangue, de plasma e exames laboratoriais especiais para identificar, armazenar e comprovar a qualidade dos hemoderivados obtidos. Os Bancos de Sangue contam com uma quantidade de profissionais que varia de 88 a 154 trabalhadores, em sua maioria, profissionais qualificados em medicina transfusional e são sempre dirigidos por médicos especialistas em Hematologia ou em Clínica Laboratorial.
Consultórios de Médico e Enfermeira da Família (CMEF)	14.434	Instituições de subordinação municipal que oferecem atendimento de medicina e enfermagem e funcionam como a porta do sistema de saúde. Os CMEF são divididos por área de saúde e atendem de 800 a 1500 habitantes.
Policlínicas	436	Instituições de subordinação municipal que se propõem a oferecer atenção médica através de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação com o objetivo elevar o estado de saúde do indivíduo, da família e seu entorno. Hospital de pequena dimensão, 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. Todos as Policlínicas oferecem cerca de 25 serviços, entre os quais de encontram: Eletrocardiograma de urgência e eletivo, Radiografia, Endoscopia, Ultrassonografia, Exames Oftalmológicos, Laboratório Clínico, Imunização, Atenção Integral ao Diabético e ao Idoso, Traumatologia, entre outros.
Clínicas Odontológicas	166	Instituições de subordinação municipal que oferecem atenção odontológica aos habitantes da localidade onde está situada e dá cumprimento aos programas de odontologia. Tais instituições funcionam geralmente no interior das policlínicas ou próximos a algum deles.
Hogares Maternos	227	Instituições de subordinação municipal que tem como missão hospedar mulheres grávidas com certos riscos durante a gestação, de acordo com o Programa Materno-Infantil.Alguns critérios para hospedagem nos *hogares* maternos são: gestação de gemelares a partir da 27ª semana; grávidas a partir de 30 semanas de gestação com diagnóstico de diabetes, mas que estão com a doença sob controle, entre outros.
Hogares de Idosos	197	Instituições de subordinação municipal que oferecem atenção à saúde e assistência social à idosos sem rede de suporte social. Para ter acesso ao *Hogar* de Idosos, os usuários devem ser encaminhados através dos consultórios ou policlínicas.
Casa de *Abuelos*	76	Instituições de subordinação municipal que oferecem atenção integral diurna aos idosos sem rede de suporte social ou que os familiares não possam oferecer suporte durante o dia. Os idosos que utilizam os serviços da Casa devem ter algumas características, sendo elas: do ponto de vista funcional, que não tenham dificuldades a realização de atividades da vida diária e que mantenham as capacidades funcionais básicas para realizar atividades que incluem recreação e práticas esportivas. Para ter acesso à Casa de *Abuelos*, os idosos devem ser encaminhados através dos consultórios ou policlínicas. Esse serviço é pago pelos usuários e o custo é em torno de 1 dólar mensal.

Fonte: Diretório de Instituições, 2015.

Com vistas a garantir que as necessidades da população no que concerne à saúde fossem ouvidas, a participação da população cubana na Saúde foi incluída como parte importante do SNS. Teve seu início a partir de uma perspectiva de colaboração da sociedade com a consolidação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) já no início da construção do sistema (VASQUEZ et al. 2002). Foi incorporada pelo governo revolucionário cubano em todos os níveis do sistema. Segundo Pereira Colls, Zambrano Vergara, Hernandez Flores (2002, p. 4) "*a promoção da participação responde, por um lado, à necessidade de introduzir mudanças na orientação do sistema de saúde e por outro, pretende alcançar uma extensão na cobertura dos serviços"*.

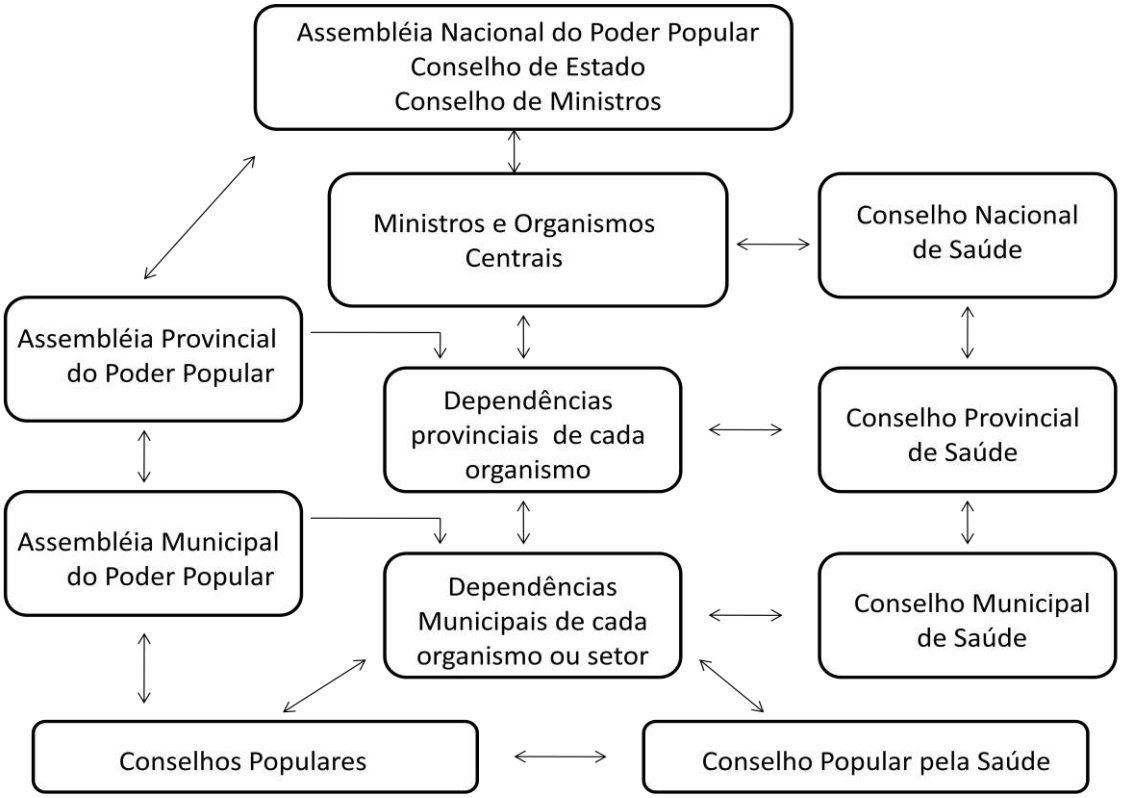
O conceito de participação que emerge no modelo de saúde cubano, começou a ser elaborado a partir dos anos 1990. Desde esse momento a participação em Cuba, não envolvia mais apenas a comunidade organizada em prol de uma política, mas o conjunto da sociedade e assim começou a ser denominada de "participação social". Segundo Sanabria Ramos (2004), na ilha a participação se refere aos

> processos sociais através dos quais, os grupos, as organizações, as instituições, os diferentes setores (todos os atores sociais, incluída a comunidade), intervém na identificação das questões de saúde e outros problemas afins e se unem em uma sólida aliança para desenhar, por em prática e avaliar soluções (SANABRIA RAMOS, 2004, p. 92, tradução nossa).

O autor aponta também que a organização político-administrativa, adotada em Cuba desde 1976, possibilita que a população participe das estruturas de poder através dos Órgãos de Poder Popular. Tal realidade foi facilitada com a criação do Conselho Nacional de Saúde no país, criado muito tempo depois, em 1995, e que tem representações em todos os níveis, fazendo a integração das instituições, autoridades, organizações e organismos que atuam na produção social da saúde. (SANABRIA RAMOS, 2004).

Na figura 2 é apresentada a estrutura político-administrativa do Estado Cubano e como esta se associa aos espaços de participação social:

Figura 2 - Espaços de participação social inseridos na estrutura político-administrativa de Cuba, 2015



Fonte: Figura extraída de SANABRIA RAMOS (2004)

Como mostra a figura 2, os níveis central, provincial e municipal possuem seus espaços de participação social que são dependentes economicamente das assembléias de poder popular, considerando os níveis a que pertencem. No que se refere à Saúde Pública, o MINSAP representa o nível central e a direção de cada província está subordinada a este nível central. Sendo assim, as policlínicas são subordinadas ao nível municipal, que se subordinam ao nível provincial. A comunicação entre esses níveis vai dos organismos inferiores aos superiores e na ordem inversa também com o objetivo de facilitar a tomada de decisão e também a formulação de políticas. Nessa mesma lógica funciona a comunicação entre as instâncias do Poder Popular.

6 Ações e serviços de saúde voltados para o controle do câncer de mama

Diferentemente dos demais países da América Latina, Cuba completou seu processo de transição epidemiológica. Doenças como difteria, sarampo, coqueluche, poliomielite, rubéola, tétano neonatal e febre amarela foram erradicadas. No país também não se convive com a desnutrição infantil, grande problema dos países vizinhos. Assim como nos países de capitalismo central, o desafio cubano está relacionado ao controle das doenças cardiovasculares e das neoplasias malignas (OSA, 2011).

As neoplasias malignas são a segunda causa de morte em todas as idades da população em Cuba desde os anos 1980 e a primeira quando se analisa o maior agente de anos de vida laborativa perdidos. Dados da OMS acerca da mortalidade em decorrência da doença apontam que Cuba ocupa o 103º lugar entre os 193 países analisados, ficando abaixo da média mundial. No que se refere às Américas, o país ocupa o 15º lugar e em relação aos países caribenhos está na sexta posição[9] (SOBERATS; GALBÁN; VIDAL, 2010).

A expectativa de vida da população cubana é alta, em torno de 76 anos para os homens e 80 anos para as mulheres. O padrão demográfico vem se modificando rapidamente no país. Com o aumento da expectativa de vida e a redução da taxa de fecundidade de 3,7 filhos por mulher na década de 1970 para 1,7 nos dias de hoje, espera-se que em 2030, 25% da população seja idosa (NÚÑEZ SARMIENTO, 2013). Esse é um dos fatores que justifica a tendência de aumento do número de casos de câncer no país (SOBERATS; GALBÁN; VIDAL, 2010).

Com a elevação no tempo de vida dos cubanos o risco de morrer por câncer também se eleva. Com vistas a apresentar um panorama geral sobre a mortalidade por câncer em Cuba, segue abaixo uma tabela (Tabela 2) com dados de 2013 acerca da taxa de mortalidade no país entre 100 mil habitantes.

[9]Cuba ocupa o 15º lugar no que se refere às taxas de mortalidade por câncer nos países das Américas, ficando atrás de Bolívia, Granada, Peru, Uruguai, Jamaica, Antigua e Barbuda, Argentina, Paraguai, Honduras, Canadá, Chile, Barbados, Estados Unidos e República Dominicana (SOBERATS; GALBÁN; VIDAL, 2010).

Tabela 2 - Mortalidade por tumores malignos selecionados. Cuba, 2013

Tumores malignos	Número de óbitos	Taxa de óbitos por 100 mil habitantes
Próstata*	2703	50,1
Traquéia, brônquios e pulmão	5212	46,7
Mama feminina**	1434	25,6
Intestino, exceto reto	2064	18,5
Outras partes do útero e as não especificadas**	682	12,2
Outros tumores do sistema linfático	911	8,2
Laringe	894	8
Colo do útero**	442	7,9
Estômago	840	7,5
Esôfago	758	6,8
Lábio, cavidade bucal e faringe	723	6,5
Leucemia	593	5,3
Pele	388	3,5
Reto, porção retosigmóide e anus	304	2,7
Ossos e cartilagens articulares	173	1,5
Demais localizações	4657	41,7
Total	**22.868**	**204,8**

Fonte: Anuário Estatístico de Cuba, 2013 (ONE, 2014)
* População masculina
** População feminina

O controle do câncer em Cuba envolve estratégias relacionadas à educação e promoção de ações de saúde com o propósito de incentivar atitudes e práticas saudáveis na população, detectar e prevenir fatores de risco a partir da atenção primária e também realizar o monitoramento das principais causas de incidência e mortalidade em decorrência do câncer. Inclui também

> o controle da qualidade, o seguimento e a inter-relação com o nível secundário e/ou terciário para a confirmação diagnóstica e o tratamento oportuno, fazendo uso adequado de produtos biotecnológicos que propiciem o controle prolongado da enfermidade, assim como a execução e condução dos cuidados contínuos prestados, desde o momento do diagnóstico até a morte e o luto. Encerra a atenção nos cuidados paliativos, como um elemento importante para diminuir a mortalidade por câncer e melhorar a qualidade de vida de seus pacientes e familiares (RUIZ LORENTE et al., 2010, p. 5, tradução nossa).

Desde a década de 1960, o MINSAP tem como um de seus alvos o controle do câncer em Cuba. Foram lançados diversos Programas com esse propósito desde

esse período. No ano de 1986 foi lançado o Programa Nacional de Redução da Mortalidade por Câncer que aglutinou os programas na área que já existiam a novos programas. Alguns dos Programas na área de Oncologia lançados desde a década de 1960 são: Programa de Diagnóstico Precoce do Câncer de Colo de Útero (1969),Programa de Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal (1983), Programa Nacional de Redução da Mortalidade por Câncer (1986); Programa de Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama (1990), Programa Nacional de Controle de Câncer (1992) e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (2005).

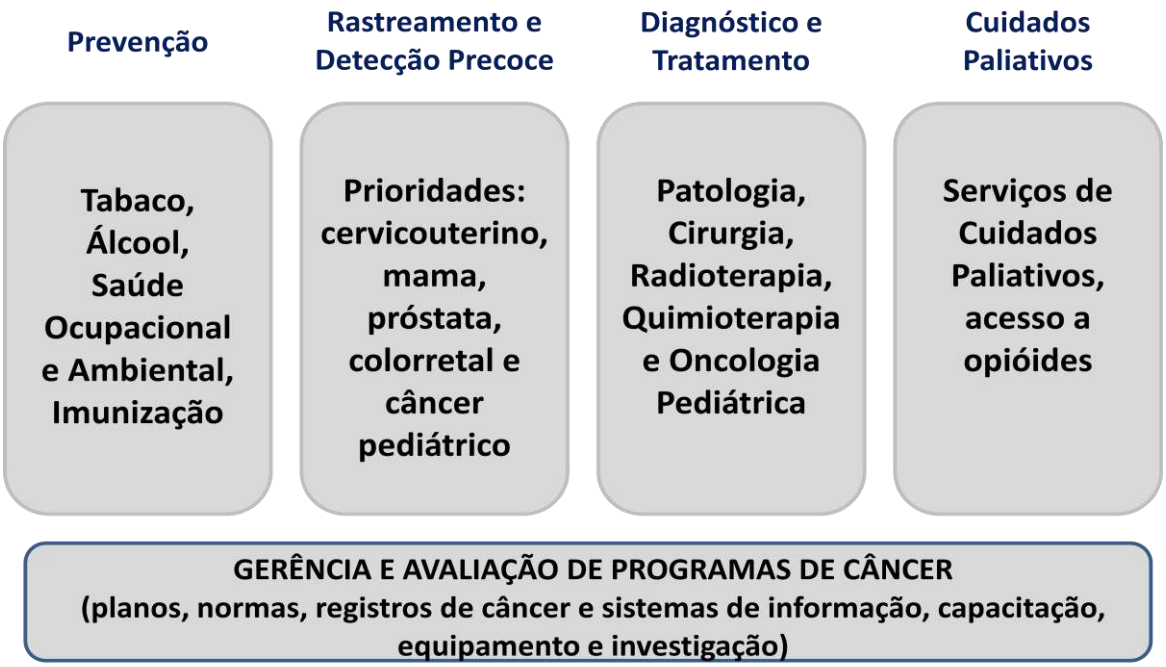
Desde 1992 o controle do câncer no país baseia no Programa Nacional de Controle do Câncer. Os objetivos gerais do programa são: reduzir a mortalidade e morbidade por câncer em Cuba e incrementar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Os específicos são: diminuir a mortalidade por câncer pelo diagnóstico precoce e o tratamento adequado; diminuir a mortalidade por câncer nos tipos que têm fatores de risco previsíveis; aumentar a sobrevivência dos pacientes com câncer; reduzir a mortalidade infantil por câncer e aumentar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

O Programa Nacional de Controle do Câncer agrega diversos outros programas com enfoque mais específico, sendo eles: Programa Nacional de Educação em Câncer, Programa Nacional de Luta Antitabagismo, Programa Nacional de Controle do Câncer Cervicouterino, Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama,Programa Nacional de Controle do Câncer Pediátrico, Programa Nacional de Investigações em Câncer, Programa Nacional de Atenção a Dor e Cuidados Paliativos ao Paciente Oncológico (ainda está em expansão pelo país), Programa Nacional de Garantia da Qualidade da Radioterapia, Programa Nacional de Garantia da Qualidade da Quimioterapia, Programa Nacional Garantia da Qualidade da Cirurgia Oncológica (em processo).

Na multiplicidade de fatores que causam o câncer muitos estão relacionados a hábitos e comportamentos individuais, sendo assim a promoção e prevenção da saúde possuem um papel muito importante no controle da doença. Para alguns tipos de câncer, incluindo o câncer de mama, não existem orientações de prevenção a não ser a prática de hábitos alimentares saudáveis e o combate a obesidade. Deste modo, o rastreamento e a detecção precoce são fundamentais para o controle da doença. Nos casos de confirmação de diagnóstico, o tratamento

oportuno deve ser oferecido, assim como os cuidados paliativos quando não existe mais proposta de tratamento curativo. Sendo assim, seguem abaixo as áreas enfocadas pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Cuba:

Figura 3: Áreas fundamentais do Programa Nacional de Controle do Câncer de Cuba, 2014



Fonte: CUBA (2015)

O Sistema Nacional de Saúde organizou a atenção oncológica oferecida através de diversas instituições dos três níveis de atenção. Com vistas a explicitar melhor a organização da atenção oncológica em Cuba e os setores envolvidos na área, segue uma figura demonstrativa:

Figura 4 - Organização da atenção oncológica em Cuba, 2014

Fonte: CUBA (2015)
Legenda: MNT – Medicina Natural e Tradicional

No SNS a atenção primária é a responsável pela promoção e prevenção da saúde. Em relação ao câncer, consultórios e policlínicas realizam atividades relacionadas à prevenção e detecção precoce da doença, assim como atuam também no atendimento à pacientes com câncer em cuidados paliativos. Na atenção oncológica não é diferente das outras áreas e a porta de acesso aos demais níveis também é através do nível primário. O objetivo da atenção primária em Cuba, segundo Programa Nacional para o Controle do Câncer em Cuba (COLOCAR AQUI 2010, p. 3 tradução nossa),

> é desenvolver a atenção integral mediante a adoção de medidas encaminhadas à promoção e proteção da saúde, a cura e reabilitação do enfermo, a educação sanitária da população e a vigilância do meio que desenvolvemos. Também deve potencializar a participação da comunidade na gestão dos serviços e na responsabilidade e no cuidado com sua própria saúde.

Uma das finalidades das ações no enfrentamento do câncer propostas pelos diferentes programas de controle da doença existentes no país e que são desenvolvidas no âmbito da atenção primária é o aumento no número de casos

diagnosticados precocemente. O Programa de Nacional de Controle de Câncer tem a EBS como o pilar fundamental, na tentativa de alcançar a cobertura real da população através de suas ações e de uma relação mais próxima com os demais níveis.

Nesse contexto, a EBS (médico e enfermeira da família) é o centro da execução dessas ações que são voltadas a mudanças de comportamento e de valores que devem ser realizadas contínua e sistematicamente. O Programa Integral de Controle do Câncer aponta as atividades a serem exercidas pela EBS, assim como o que deve enfocado nas abordagens. O quadro abaixo (Quadro 9) descreve quais são essas ações e de que forma devem ser realizadas são:

Quadro 9 - Objetivos e ações de promoção e prevenção relacionadas ao câncer desenvolvidas pelas Equipes Básicas de Saúde (EBS) .

Objetivos	Ações desenvolvidas pela EBS
Educar sobre os riscos de câncer	Comunicação presencial nas entrevistas tanto no consultório como nas visitas domiciliares
	Atividades em grupo com técnicas de participação e efetividade com grupos específicos (idosos, jovens, hipertensos, tabagistas, entre outros)
	Atividades em grupo com as pessoas que diariamente frequentam os consultórios
	Atividades em audiência com a comunidade em reuniões de conselhos populares e organizações de massa
Estimular a limitação da venda de tabaco e álcool	Atividade realizada através da participação em reuniões do conselho popular, participação em comissões de prevenção social
	Proibição do tabagismo nas unidades de saúde
	Atividades educativas nos diferentes grupos específicos sobre a desestimulação do tabagismo e alcoolismo com ênfase nos que tem esses hábitos e na proteção dos que estão próximos dos usuários dessas drogas.
Promover mudanças no tipo de alimentação e estilo de vida em geral	Promoção de estilos de vida saudáveis através da educação para a saúde do indivíduo, da família e da coletividade enfatizando a adoção de uma dieta saudável e a prática de exercícios físicos
	Participação em atividades recreativas e culturais que ocupem o tempo livre e sirva de relaxamento e redução do estresse.
Educar sobre a importância das medidas a serem tomadas contra as enfermidades transmissíveis	Atividades educativas relacionadas ao controle de doenças transmissíveis, inclusive sexualmente, como a caso da Hepatite B. Vacinação da população geral e de grupos de risco e promoção da prática adequada de higiene e do sexo seguro.
Promoção e educação para a saúde em geral	Estimulação da responsabilidade dos sujeitos com seu autocuidado, no que se refere a evitar a exposição social sem proteção e em horários de maior intensidade; realização do autoexame das mamas nas mulheres, realização do exame bucal em toda população adulta, realização do exame de toque retal em homens a partir dos 50 anos de idade, realização do exame citopatológico em mulheres a partir dos 25 anos de idade.

Fonte: Programa Nacional de Controle do Câncer, 2010

Responsável também pela reabilitação, o nível primário oferece atendimento aos pacientes com sequelas em decorrentes do câncer ou do seu tratamento. O

Serviço de Reabilitação Integral está disponibilizado por área de saúde e geralmente funciona no interior ou em anexo às policlínicas. Os serviços oferecidos nessa unidade são: fisioterapia, podologia, psicologia, fonoaudiologia, tratamento com infravermelho, ultrassom, parafina, calor local, estímulo elétrico, massagem, acupuntura e terapia ocupacional.

O diagnóstico de câncer e o seu tratamento são de responsabilidade do nível secundário de atenção. Este nível envolve também as hospitalizações em decorrência da doença, que são realizadas em centros especializados que seguem normas terapêuticas. Nas consultas realizadas nos hospitais especializados (sob administração provincial) os casos são avaliados pelo Grupo Multidisciplinar (oncologistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos) que atende pacientes com câncer. Os pacientes cuja suspeita diagnóstica não for confirmada são contra referenciados para atenção primária.

No nível terciário são atendidos casos que sejam de interesse institucional, tanto nos hospitais de nível central quanto no Instituto de Oncologia e Radiobiologia. Pesquisas na área também integram esse nível de atenção.

Como já dito, o câncer de mama é considerado um problema de saúde para o mundo, incluindo Cuba. Com o aumento da frequência de diagnósticos da doença devido ao avanço na área de exames de imagens tem se permitido o desenvolvimento de programas de detecção precoce da enfermidade. Nesse sentido, o objetivo principal para o controle do câncer de mama é a “prevenção”, sendo esta resultado da aplicação de programas voltados aos grupos de alto risco, através do rastreamento para o diagnóstico precoce da doença e de lesões pré-cancerosas (PEREZ HECHAVARRIA et al., 2011).

Apesar dos enormes esforços científicos voltados à investigação do câncer de mama, permanecem problemas básicos sem solução. Frente a esta situação se impõe um desafio na política de saúde que é alcançar o controle deste problema de difícil solução. No entanto, pode ter seu panorama modificado caso hajam transformações no estilo de vida da população, envolvendo a vigilância e erradicação de fatores precursores e causadores da enfermidade. (PEREZ HECHAVARRIA et al., 2011).

Para isso estudo de Perez et al. (2010) mostra que é necessário aprimorar o nível de informação das mulheres. A pesquisa realizada com mulheres cubanas,

tentou entender o nível de compreensão das mulheres sobre o câncer de mama. Os resultados do estudo mostraram que 81% das mulheres entrevistas acreditam que mulheres que não tem relações sexuais tem menos risco de desenvolver a doença, 66% destas tinham a crença que câncer de mama é sempre doloroso e 21% compreendiam que a mamografia é necessária apenas quando a mulher sente alterações nas suas mamas.

Toda estratégia educativa em câncer deve centrar-se em desenvolver condutas de promoção e prevenção. Para ser efetiva, Perez et al. (2010, p. 6, tradução nossa) afirmam que essa estratégia

> não pode voltar-se exclusivamente para a transmissão de informação, considerando o papel dos aspectos psicológicos inerentes à comunicação e a assimilação de mensagens de saúde e os que se referem à formação de novas condutas e estilos de vida. Torna-se necessário elaborar processos que propiciem a autoregulação e favoreça o processo de adoção de precauções. Por isso se insiste que devem se buscar novas e mais efetivas formas de transmitir mensagens de saúde que desenvolvam motivações e atitudes de autocuidado e que se concretizem em condutas efetivamente protetoras.

Uma estratégia utilizada pelo MINSAP para enfrentar essa realidade foi a criação do Programa de Diagnóstico Preclínico y Precoce do Câncer de Mama no ano de 1990 com os objetivos de reduzir a mortalidade, elevar as taxas de sobrevivência e melhorar a qualidade de vida das mulheres diagnosticadas, através do uso de tratamentos menos mutilantes. Sendo assim, o Programa teve como bases a divulgação de informações pertinentes ao câncer de mama, o uso de aparatos de diagnóstico e a atenção em saúde. O trabalho de divulgação e educação sanitária constituiu-se no ensino do autoexame mamário (AEM) a todas as mulheres, na tentativa de tornar essa prática um hábito. No âmbito do Programa, para auxiliar o diagnóstico, são utilizados a mamografia, o ultrassom mamário, o autoexame das mamas e o exame clínico (ORTIZ MARTÍNEZ; GONZÁLEZ MARTÍN; RODRÍGUEZ MONTEAGUDO, 2005).

O Programa começou a ser desenvolvido no início da década de 1990, cobrindo todas as mulheres maiores de 30 anos, levando em consideração uma série de fatores de risco como: idade, histórico da doença na família, histórico menstrual, hereditariedade, entre outros. Cada fator de risco correspondia a uma pontuação e as mulheres que alcançavam 200 pontos ou mais eram submetidas a mamografia na unidade móvel onde estava localizado o mamógrafo.

Após a realização do exame, o mesmo era analisado em um Centro de Referência de Mamografia e os casos suspeitos ou positivos passavam por uma consulta do Centro de Referência de Diagnóstico e Tratamento. Neste último local os exames eram analisados por uma equipe multidisciplinar de trabalho composta por Oncologistas, Cirurgiões e/ou Ginecologistas, Patologistas e Radiologistas que a partir de suas avaliações solicitavam outros exames necessários (Ultrassom, uma nova Mamografia e Punção por Aspiração com Agulha Fina), definiam o tratamento oncológico e também o seguimento adequado das pacientes com diagnóstico de câncer de mama confirmado.

A partir de estudos realizados constatou-se que mulheres entre 50 e 64 são as mais atingidas pela doença em Cuba. Sendo assim, o Programa passou orientar que mulheres nessa faixa etária deviam realizar mamografia. Manteve que todas as mulheres devam realizar o autoexame mamário (AEM) e aquelas com mais de 30 anos devem também se submeter ao exame clínico anualmente.

No entanto, as limitações econômicas e materiais vivenciadas pelo país, em especial na década de 1990, dificultaram o cumprimento do Programa, devido principalmente ao insuficiente quantitativo de mamógrafos. Diante deste quadro, no ano de 2005 foi realizada uma reformulação do Programa, com vistas a garantir que seus objetivos fossem de fato alcançados (ORTIZ MARTÍNEZ; GONZÁLEZ MARTÍN; RODRÍGUEZ MONTEAGUDO, 2005).

Segue abaixo um quadro com as características principais do novo programa denominado Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama:

Quadro 10 - Características principais do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.

Base do Programa	Autoexame das mamas mensalmente
	Exame físico das mamas realizado pela EBS anualmente
	Aplicação da mamografia a cada 3 anos
Objetivos principais	Reduzir a mortalidade por câncer de mama em Cuba
	Aumentar a sobrevivência das pacientes com câncer de mama
	Melhorar a qualidade de vida das mulheres enfermas com o uso de tratamentos menos mutilantes
Objetivos específicos	Examinar clinicamente 100% das mulheres a partir dos 30 anos uma vez ao ano
	Instruir todas as mulheres sobre o autoexame das mamas
	Detectar o câncer de mama em estágios pré-clinicos
	Detectar o câncer de mama em estágios iniciais
	Manter um sistema de informação que permita o controle e a avaliação o programa
Objetivo complementar	Contribuir para o aumento da qualidade do tratamento e seguimento das mulheres com câncer de mama

Fonte: CUBA, 2015

O programa possui 4 eixos centrais: 1) Divulgação e educação sanitária – que seria a divulgação do autoexame das mamas a todas as mulheres, assim como que essas mulheres tenham a capacidade de exigir o seu direito so seu exame clínico das mamas, realizado pela EBS, uma vez ao ano; 2) Uso de meios de diagnóstico – utilização da mamografia, do ultrassom e biópsia aspirativa por agulha fina como formas de diagnosticar a doença; 3) Atenção médica oportuna – mulheres com diagnóstico da doença confirmados devem ser atendidas em hospitais que tenham condições mínimas de lhes oferecer o suporte necessário e 4) Diagnóstico pré-clínico e precoce do câncer de mama – realizado através do rastreamento em mulheres sadias com o objetivo de diagnosticar o câncer de mama em estágios iniciais.

Nesse programa o nível primário tem papel fundamental, tanto nas atividades de educação em saúde, quanto nas ações que objetivam o diagnóstico, no caso do

exame clínico anual das mamas, que é realizado pela EBS. As atividades realizadas pela EBS no interior do Programa são:

> . Atender toda a população feminina de 30 anos ou mais
> . Atender toda paciente com diagnostico de câncer de mama
> . A EBS será encarregada de ensinar, promover e controlar a realização do autoexame mamário, mensalmente a toda população feminina com 30 anos ou mais
> . A EBS deve realizar o exame clinico das mamas a toda população feminina com 30 anos ou mais anualmente. Nos casos de pacientes com suspeita da doença pode ser realizada uma interconsulta com o médico gineCOlogista-obstetra que compõe o GBT ou encaminhar a paciente para consulta municipal ou à consulta com a patologia no hospital quando persiste a suspeita.
> . A EBS e os brigadistas sanitários[10] devem convocar as mulheres de 50 a 64 anos para o exame de mamografia (RUIZ LORENTE et al., 2010, p. 7, tradução nossa).

Outra função do nível primário no programa se refere à elaboração de um censo da população feminina a partir dos 30 anos, para o ensino do autoexame mamário e a aplicação do exame clinico das mamas e das mulheres de 50 a 64 anos. A mamografia em Cuba é realizada nos hospitais provinciais ou em ônibus que circulam pelo país. Cada EBS se responsabiliza por contabilizar as mulheres na faixa etária entre 50 a 64 anos para a realização da mamografia. O exame é realizado e em caso de alguma lesão suspeita

> podem ser indicados a realização de ultrassom e para tomar a ultima decisão diagnóstica e terapêutica se pode encaminhar para a Consulta na Central do Programa de Controle da Mama no centro de referência provincial, onde participa uma equipe de médicos: oncologistas, cirurgiões, radioterapeutas, patologistas, ginecologistas e outros profissionais relacionados ao tema e em conjunto se decide o tratamento e seu local de realização (RUIZ LORENTE et al., 2010, p.10, tradução nossa).

No contexto desse programa mais recente Cuba adquiriu novos mamógrafos em uma parceria com uma empresa japonesa, assim como insumos para a realização do exame e aparelhos de interpretação adequadas de mamografia, com a pretensão de expandir a cobertura das mamografias e elevar a qualidade dos exames ofertados (ORTIZ MARTÍNEZ; GONZÁLEZ MARTÍN; RODRÍGUEZ MONTEAGUDO, 2005)

[10] Brigadistas sanitários – profissão similar aos agentes de saúde no Brasil.

Os mamógrafos integram os diferentes Hospitais Provinciais e trabalham em função do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama realizando mamografias em mulheres na faixa etária preconizada (50 – 64 anos), durante 3 dias na semana, com 100 exames diários, totalizando 1200 exames mensais, que devem ser repetidos em um intervalo de exame de mamografia e outro (ORTIZ MARTÍNEZ; GONZÁLEZ MARTÍN; RODRÍGUEZ MONTEAGUDO, 2005).

A recomendação da OMS acerca do rastreamento do câncer de mama é a realização da mamografia para mulheres de 50 a 69 anos bianual e o exame clínico das mamas anualmente. No entanto, essa orientação da OMS se dirige aos países com sistemas de saúde que possuem muitos recursos, visto o alto custo que é inserir o exame do mamografia como estratégia de rastreamento.

A rotina do rastreamento conforme orientada pela OMS foi adotada em grande parte dos países possuem o rastreamento organizado como estratégia para o câncer de mama. Tem como base a evidência científica que afirma que a aplicação do rastreamento nessa faixa etária e com essa periodicidade contribui para a redução da mortalidade neste grupo. Estudos recentes mostram que "*o impacto do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade por câncer de mama pode chegar a 25%* (WHO, 2008).

Os reflexos do rastreamento na redução da mortalidade por câncer de mama apontam que este deve ser adotado nesses moldes como política de saúde pública. No entanto, há uma preocupação com os custos do rastreio mamográfico, pois como já dito este eleva consideravelmente os custos com o sistema de saúde. Este fator prejudica ainda mais os países com recursos financeiros escassos, como o caso de Cuba. Talvez esteja aí a justificativa para o rastreamento mamográfico em Cuba ser indicado com periodicidade trienal e não bienal como recomendado pela OMS (REYES-ORTIZ; FREEMAN; PELAEZ, 2006).

Apesar de Cuba ser um país em desenvolvimento (CEPAL, 2013) os níveis de saúde de sua população são similares aos de países desenvolvidos. Isso se demonstra também no panorama do câncer de mama no país que é similar ao dos países ricos em que a doença é o tipo de câncer que mais atinge a população feminina e a que mais mata mulheres (RUIZ LORENTE, 2011).

Nos países de renda alta, as taxas de sobrevivência em cinco anos no ano de 2011 para a doença em estágio I foi entre 92 a 100 %, na etapa II de 73 a 92 %, na

etapa III 50 a 67% e na etapa IV de 13 a 20%. No caso de Cuba as taxas de sobrevivência no estágio I foram de 73,8%, no estágio II de 66,1%, estágio III 35,9% e estágio IV, 27,1%, segundo o Registro Nacional de Câncer (2011). Apesar das taxas cubanas estarem abaixo da dos países desenvolvidos nos estágio I, II e III, a taxa de sobrevida no país está em crescimento[11]. Ou seja, mesmo com altas taxas de incidência e também de mortalidade,

> a taxa de morbidade tem crescido mais rapidamente do que a mortalidade, o que indica uma maior taxa de sobrevivência de pacientes com esta doença, muitos dos quais alcançam um resultado favorável após o tratamento de escolha de acordo com cada caso. Portanto, coloca-se um desafio para o sistema de saúde no que se refere à reabilitação física, psicológica e social das mulheres e suas famílias [...] (IZQUIERDO-GONZALEZ et al., 2008, p. 4, tradução nossa)

Nesse contexto torna-se fundamental a atenção ao tratamento do câncer de mama no país. Realizado nos hospitais, onde as mulheres são encaminhadas após o diagnóstico, o tratamento da doença prevê cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e utilização anticorpos monoclonais[12]. Os diagnósticos têm sido cada vez mais de tumores em fase inicial o que implica em tratamentos menos mutilantes e com maior possibilidade de cura. Cirurgias conservadoras são utilizadas nesses casos, que associadas "*a tratamentos complementares (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia), em câncer de mama em estágios I e II, constituem uma boa opção de tratamento, com resultados de sobrevida positivos e uma melhor qualidade de vida*" (MORENO-DE-MIGUEL et al. 1998, p. 4).

O relatório publicado na Lancet (ALLEMANI et al., 2014) aponta que os serviços de radioterapia cubanos são os mais modernos da América Latina. Outro setor que tem alcançado resultados positivos em Cuba é a área de medicamentos de alto custo, o que inclui a quimioterapia, hormonioterapia e anticorpos monoclonais.

A produção da indústria farmacêutica no país foca no desenvolvimento de medicamentos genéricos fabricados com matéria prima importada e a substituição das importações de medicamentos por produção local. Segundo a OPAS (2009, p. 4,

---

[11] Em relação ao câncer em geral, Cuba tem uma das mais altas taxas de sobrevivência no mundo, segundo relatório Concord 2, publicado na Lancet (ALLEMANI et al., 2014).

[12]Anticorpos monoclonais – terapia alvo utilizada no tratamento de várias doenças, incluindo o câncer.

tradução nossa) "*é importante destacar que no período 1992-2006 foram introduzidos 362 medicamentos, com um impacto econômico de 84 milhões de dólares, dos quais 296 substituíram importações".*

Cabe relembrar que os efeitos do bloqueio comercial afetam incisivamente a aquisição de matéria prima e de medicamentos. Essa realidade ao mesmo tempo em que criou obstáculos importantes para aquisição de medicamentos, impulsionou que Cuba criasse suas próprias estratégias para garantir o fornecimento de medicamentos a sua população. Temos como exemplo o caso dos anticorpos monoclonais. Das cinco principais drogas utilizadas no tratamento de tumores malignos, quatro delas são anticorpos monoclonais. Dados do INCA (2014) apontam que do total de anticorpos monoclonais produzidos no mundo, 80% são consumidos apenas nos Estados Unidos, na Europa são 15% e nos demais países do mundo somente 5%. Nesse cenário de iniquidade de acesso ao tratamento, Cuba é o único país da América Latina a produzir anticorpos monoclonais.

O tratamento do câncer nas etapas iniciais, em geral é agressivo e objetiva a cura ou o controle da doença. Nos casos em que a enfermidade já é diagnosticada em estágio avançado ou que no decorrer do tratamento com proposta curativa continua a evoluir, deve se considerar a proposta paliativa para a assistência aos sintomas de difícil controle e também dos aspectos psicossociais relacionados à doença e seu avanço. Na fase final de vida, os cuidados paliativos são aplicados para garantir qualidade de vida ao paciente (INCA, 2014).

Segundo a OMS (WHO, 2002),

> Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Grau Abalo et al. (2010) coloca os Cuidados Paliativos como um modelo assistencial, pois considera a intervenção de uma equipe interdisciplinar, incorporando o trabalho integrado de médicos e outros profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, entre outros. Deste modo, um dos aspectos fundamentais do modelo assistencial de Cuidados Paliativos é o trabalho em equipe interdisciplinar que deve ser capaz de cumprir diferentes funções, onde se destacam:

1) Manejo da dor e de outros sintomas;
2) Otimizar a autonomia do paciente;
3) Apoiar psicologicamente e espiritualmente o paciente e sua rede de apoio;
4) Colaborar com as equipes de tratamento nos planos terapêuticos centrados no paciente;
5) Facilitar no que for possível e desejável na compreensão do paciente acerca do diagnóstico de sua doença de base, assim como no seu prognóstico, com a finalidade de promover uma tomada de decisões informada e a definição de condutas antecipada;
6) Assistir ativamente o paciente no seu momento de morte a apoiar sua família;
7) Promover um ambiente que seja o mais confortável possível para o paciente e sua família;
8) Apoiar no processo de luto (GRAU ABALO et al., 2010, p.4, tradução nossa).

Cabe destacar que a finalização de um tratamento curativo de câncer não se refere ao término dos investimentos terapêuticos e sim a mudança do objetivo do tratamento. Outro apontamento da OMS é que o tratamento curativo não exclui o tratamento paliativo, sendo este último inserido conjuntamente na medida que os agravos da doença vão se acentuando e são aumentados conforme o curso da doença até a morte do paciente. Sendo assim, "*a transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente*" (INCA, 2014, p. 1).

Os Cuidados Paliativos em Cuba surgiram como uma especialidade da Oncologia. Suas primeiras ações práticas se deram no âmbito do Programa de Atenção à Dor e aos Cuidados Paliativos ao paciente oncológico, parte do Programa Nacional de Controle do Câncer em 1996. Seus antecedentes foram realizados no Instituto Nacional de Oncologia e Radiobiologia entre os anos de 1992 e 1994. As primeiras ações propostas foram implementadas em quatro províncias do país, sendo elas: Santiago de Cuba, Camaguey, Villa Clara e Havana (FIGUEREDO VILLA, 2011).

O Programa foi concebido inicialmente com a pretensão de alcançar a cobertura nacional de forma contínua. Nesse período, segundo Grau Abalo et al. (2010), foram realizados aproximadamente 70 cursos onde se capacitaram mais de 2000 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos. O autor coloca também que foram atendidos sob esse enfoque em torno de 12.500 pacientes e familiares que atuavam como cuidadores. O autor segue destacando que a forma de morrer nesses municípios se modificou

significativamente. Anteriormente ao Programa 29% morria em casa, após essas ações esse número subiu para 66%, o que ainda trouxe uma redução nos custos com hospitalização.

No entanto, devido à complexidade geográfica e demográfica que dificultam a organização dos serviços, foram criadas novas formas de organização da atenção em Cuidados Paliativos. Tais mudanças organizativas e metodológicas vêm sendo introduzidas desde 2006, incorporando não apenas pacientes em fim de vida, mas também pacientes com câncer em estágio avançado, independentes de serem terminais ou não, sob o enfoque os Cuidados Contínuos, aumentando a cobertura de pacientes que recebem e receberão este serviço (FIGUEREDO VILLA, 2011).

Esse novo modelo teve início através de um projeto-piloto implantado no município Plaza de la Revolución na cidade de Havana. Foi criada uma Clínica de Referência Municipal para Cuidados Paliativos que faz a articulação entre o nível primário e o secundário (hospitais). No caso do município Plaza de la Revolución, as sete policlínicas do município e a Unidade Funcional de Cuidados Paliativos passaram a ter essa atribuição (FIGUEREDO VILLA, 2011).

As atividades realizadas pelas instituições destinadas a essa finalidade são: consultas externas para atendimento ambulatorial em todas as policlínicas, interconsulta especializada na Clínica de Referência Municipal, visitas domiciliares e hospitalização transitória. Além de Havana, o modelo passou a ser implementado também nas demais cidades (Santiago de Cuba, Camaguey e Villa Clara) que tiveram as primeiras ações de Cuidados Paliativos e vem sendo expandido pelo país.

No ano de 2007 os serviços passaram a ser ofertados. No mesmo ano, se iniciou a inter-relação entre a atenção primária/hospital como um novo serviço de saúde. Nesse contexto passaram a atuar também as equipes multidisciplinares básicas que são formadas por um especialista em Medicina Geral Integral (chefe da equipe), equipe de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social trabalhando coordenadamente nas modalidades básicas: visita domiciliar e consulta.

Quando a equipe básica de Cuidados Paliativos não alcança o controle dos sintomas de determinado paciente, é realizada uma interconsulta com especialistas do segundo e terceiro nível de atenção (hospitais e institutos). Nesse caso, a interconsulta tem a finalidade de avaliar a situação do paciente, da família e realizar as adequações no plano de tratamento e cuidados. Todo o plano de cuidado deve

levar em consideração o trabalho do psicólogo, a assessoria do oncologista e o apoio do assistente social.

As funções do médico e do enfermeiro de família que trabalham nos consultórios é atuar juntamente com os demais membros da equipe, com o objetivo final de manter o controle sistemático dos sistemas. Nesse sentido, o médico e enfermeiro de família realizam visitas domiciliares regularmente com a proposta de acompanhar com maior proximidade o contexto de vida do paciente e como está o controle de sintomas. Os médicos e enfermeiro da família residem na área de saúde em que atuam e estão disponíveis para atendimento a urgências, inclusive nos horários noturnos.

Grau Abalo et. al. (2010) ressaltam que os limitados recursos obrigam que o enfoque nessa atenção seja a obtenção de maior qualidade e efetividades possíveis nestas ações com custos razoáveis. O câncer é uma doença crônica, em grande parte dos casos, de longa duração e que necessita de cuidados em vários aspectos (físicos, sociais e psicológicos). Tais necessidades vão se tornando cada vez mais complexas conforme o agravamento da doença, colocando o desafio de se realizar um atendimento integral de qualidade de acordo com os recursos disponíveis tanto nas instituições de saúde destinadas a oferecer esse serviço, quanto nas residências dos pacientes.

Contudo, cabe ponderar que a prestação de Cuidados Paliativos não necessita das muitas e caras tecnologias que são utilizadas no tratamento curativo do câncer, sendo utilizadas nessa modalidade de tratamento basicamente o uso de medicamentos para controle dos sintomas e a expertise dos profissionais na abordagem adequada a pacientes e familiares.

Em suma, a estrutura organizativa dos Cuidados Paliativos em Cuba se alicerça na rede de atenção primária existente, se integrando com os demais níveis conforme a necessidade. Deste modo, consultórios, policlínicas, hospitais provinciais, institutos e instituições de ensino são envolvidos nessa proposta. A literatura aponta que esse novo modelo de Cuidados Paliativos é recente em Cuba e não existem ainda estudos para mostrar como essa proposta vêm sendo desenvolvida nas demais províncias do país.

7 Macro funções executivas do Estado cubano na saúde

Como mencionado anteriormente, Machado (2007) sugere que para compreender o modelo de intervenção do Estado na saúde podem ser consideradas quatro macro funções gestoras: planejamento, financiamento, regulação e execução direta de serviços. Vislumbrando os objetivos desse estudo optamos por apresentar de que forma o Estado atua nesses diferentes âmbitos, priorizando-se alguns campos da atenção à saúde.

No que se refere à regulação, Machado (2007) coloca que,

> o termo regulação é usado para designar a função federal de modulação do sistema nacional de saúde, no sentido de controlar procedimentos e processos ou buscar uma maior homogeneidade de características ou de resultados no território, por ação federal direta ou por meio da indução de práticas de gestores de outras esferas, prestadores de serviços e agentes privados (MACHADO, 2007, p. 53).

Uma das áreas que passam pela regulação estatal e que é fundamental para o funcionamento do sistema é a formação de profissionais para atuarem na saúde. Em Cuba os profissionais de saúde são formados através das instituições docentes do Sistema Nacional de Saúde, subordinadas diretamente ao MINSAP ou aos órgãos do Poder Popular. Nesse contexto da formação em saúde o MINSAP possui papel central, se articulando quando necessário com o setor da Educação. No Artigo 73 da Lei Geral de Saúde Pública nº41/1983 é estabelecido que

> o MINSAP planeja, organiza, dirige e controla o processo de formação dos profissionais da saúde, determinando as especialidades, as especializações profissionais e técnicas, qualificação dos trabalhadores e outros trabalhadores próprios da saúde que requerem o país de acordo com o desenvolvimento socioeconômico e os avanços técnico-científicos no campo da saúde e em conformidade com as normas governamentais que ditam a respeito dos órgãos e organismos correspondentes.

O quadro abaixo apresenta as principais estratégias para a formação em saúde em Cuba, destacadas na Lei Geral de Saúde Pública, nº41/1983.

Quadro 11 - Principais estratégias para a formação em saúde em Cuba

Estratégias	Formas de realização
Novos ingressos aos centros de formação de estudos	O MINSAP elabora a proposta global de novos ingressos aos centros de formação de estudos superiores, do ensino técnico, das especializações e outros trabalhadores próprios da saúde, dentro das normas metodológicas e da aprovação dos organismos responsáveis por esta atividade. O MINSAP coordena com os organismos governamentais a atividade educacional, o estabelecimento de requisitos básicos de ingresso e os requisitos adicionais para cursar as especialidades e as especializações da saúde. (Artigo 75)
Planos globais para o desenvolvimento da formação	O MINSAP, dentro do contexto das cifras aprovadas para a educação, estabelece os planos globais para o desenvolvimento da formação de profissionais de saúde, o pessoal docente e quadros científicos docentes próprios da saúde, assim como das especializações e da educação continuada em todas as suas formas e modalidades. (Artigo 76)
Planos de estudo e programas para a formação	O MINSAP, em coordenação com os organismos governamentais da Educação, elabora os planos de estudo e programas para a formação, especialização e educação continuada dos profissionais da saúde, assim como dirige e controla a execução dos novos planos de estudo, como seu perfeccionismo permanente e melhora as distintas formas de trabalho docente metodológico, suas normas, atividades e conteúdos. (Artigo 77)
Material educativo	O material educativo utilizado na formação em saúde é organizado pelo MINSAP. (Artigo 79)
Estrutura de matrícula	O MINSAP normatiza e estabelece a estrutura de matrículas para cada província ou território, de acordo com as necessidades globais do país e ademais dirige metodologicamente os centros de formação dos profissionais de saúde. (Artigo 80)

Fonte: Lei de Saúde Pública cubana nº 41/1983.

Cabe destacar que a formação de profissionais deve atender a demanda do Sistema e também das cooperações internacionais. Cuba envia anualmente milhares de profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, em missões em diversas partes do mundo, sobretudo na África. Em decorrência de recentes acordos comerciais, o país tem elevado o quantitativo de profissionais enviados a outros países. Brasil e Venezuela são alguns dos países que realizaram acordos comerciais com Cuba em troca de mão de obra de profissionais de saúde.

Fatores ambientais e agentes químicos são causas de muitas doenças nas populações em geral, incluindo o câncer e deste modo são também a causa de

morte de inúmeras pessoas ao redor do mundo. Nesse sentido a vigilância epidemiológica torna-se fundamental para o controle dos efeitos adversos gerados por tais fatores e agentes. Esta é uma área também regulada pelo Estado.

O sistema de vigilância epidemiológica em Cuba ainda está em implementação e tem como principal objetivo

> contribuir para a melhoria sistemática da situação da saúde dos trabalhadores cubanos através da coleta, processamento, análise e interpretação da informação necessária para a tomada de decisão oportuna e adequada e abordagem de medidas de intervenção, principalmente de prevenção e controle a curto, médio e (ou) a longo prazo, dependendo das possibilidades em cada tempo real (IBARRA FERNANDEZ DE LA VEGA; GONZALEZ SALSO; LINARES FERNANDEZ, 2001, p.3, tradução nossa).

Com vistas a alcançar tal objetivo o sistema de vigilância epidemiológica em Cuba se estabelece através de dois componentes básicos: tático e estratégico. O componente que se refere ao alerta de ação é o responsável por coletar informações de maneira rápida dos problemas e eventos de saúde que necessitam de ações de urgência, como acidentes e surtos de doença.

Nesse caso, os eventos agudos relacionados ao componente tático da vigilância epidemiológica cubana são: doenças agudas provocadas por agentes biológicos; intoxicações agudas por produtos químicos; surtos de qualquer etiologia; acidentes e/ou danos aos processos de trabalho que causam emissões significativas de poluentes para ambiente de trabalho e/ou a comunidade que possam afetar a população, comunidade e meio ambiente; materiais tecnológicos ou matérias que promovem ou poderiam promover uma deterioração das condições higiênico sanitárias em mudanças de trabalho podendo causar possíveis danos à saúde dos trabalhadores e demais eventos não que também podem gerar problemas de saúde na ocupação e exigem ação imediata.

No componente tático as informações coletadas iniciam seu fluxo na base até o nível nacional, ou seja, dos consultórios médicos até o Instituto Nacional dos Trabalhadores da Saúde (INSAT) e este passa as informações à Unidade Nacional de Saúde Ambiental (UNSAT) pertencente ao Vice-Ministério de Higiene e Epidemiologia.

Já o componente estratégico possibilita a definição de ações de longo prazo baseadas em pesquisas, no controle, no acompanhamento e em outros aspectos que não são de emergência. São cinco os subsistemas que compõem o componente

estratégico: subsistema de perícia médico-laboral, subsistema de doenças, subsistema de acidentes, subsistema de perigos ocupacionais e subsistema de morbidade ocupacional. Nesse componente o fluxo de informação é realizado semelhantemente ao componente tático, diferindo que os níveis mais altos (INSAT e UNSAT) recebem informações diretas do Departamento Nacional de Estatísticas (DNE).

Outra área de regulação estatal e que se apresenta como muito importante no estudo da situação de saúde das populações é a regulação sanitária, também chamada de vigilância sanitária. A vigilância sanitária "*envolve ações relacionadas aos medicamentos, alimentos, cosméticos, materiais de limpeza, entre outros* (MACHADO, 2012, p.55). No sistema de saúde cubano, cujo enfoque principal é promoção e prevenção da saúde, a vigilância sanitária é essencial para a tomada de decisões em saúde. A vigilância sanitária em Cuba está estruturada em um Sistema de Vigilância Sanitária composto de outros 3 subsistemas, sendo estes: sistema de vigilância em saúde no nível da atenção primária, sistema de vigilância ambiental e farmacovigilância.

Reformulado a partir de 1994, o sistema de vigilância epidemiológica em Cuba passou por mudanças significativas no seu modelo. Desde esse período foram criadas as Unidades de Saúde e Tendências em Saúde o que facilitou na proximidade de vários profissionais que atuavam junto à temática da vigilância. O uso de sistemas de informação passou também a ser incorporado e as equipes de médico e enfermeira da família são os principais alimentadores dessas bases de dados. Ou seja, a atenção primária também é o pilar da vigilância em saúde (FARINAS REINOSO; COUTIN MARIE; RODRIGUEZ MILORD, 2009).

Uma segunda macro função do Estado na saúde e que merece destaque é o financiamento. Segundo Marrero Araujo, Galvez Gonzalez e Garcia Farinas (2013), o orçamento estatal é o principal instrumento da política fiscal, funcionando como o regulador dos aportes financeiros e também dos gastos públicos. Os autores destacam que em Cuba o orçamento do Estado é composto por um orçamento em nível central, um da seguridade social e de orçamentos locais, totalizando 201 orçamentos. Estes são a base para que o Estado assegure a prestação dos serviços básicos à população (MARRERO ARAUJO; GALVEZ GONZALEZ; GARCIA FARINAS, 2013).

Devido às recentes mudanças econômicas e políticas no país, teve a necessidade de um modelo de orçamento que estivesse em conformidade com esse processo e seus princípios. Sendo assim,

> nesse novo cenário segue sendo obrigação e política central do Estado cubano assegurar determinados bens públicos vitais como a seguridade social, a assistência social, a educação, o esporte, a cultura e a saúde de forma equitativa em todo o território. Em correspondência com a com o qual estão hierarquizados dentro do orçamento (MARRERO ARAUJO; GALVEZ GONZALEZ; GARCIA FARINAS, 2013, p. tradução nossa).

Mudanças nos moldes do orçamento cubano vêm ocorrendo desde a década 1980. Nesse período o orçamento era baseado na quantidade de procedimentos realizados (consultas médicas e odontológicas, hospitalização e cirurgias). Na década seguinte, 1990, com os efeitos dos acontecimentos históricos ocorridos no período (fim do bloco socialista e endurecimento do bloqueio comercial) que culminaram na profunda crise, os recursos se tornaram ainda mais escassos, impondo ao país a redução de serviços de saúde e a adoção de uma política orçamentária de curto prazo.

A partir de 2009 retoma-se a prática orçamentária e esta é "*justificada em cada uma de suas seções, de modo a permitir a seguir a política macroeconômica para melhorar o desempenho fiscal, reduzindo os níveis de despesas orçamentais* e déficit fiscal. (MARRERO ARAUJO; GALVEZ GONZALEZ; GARCIA FARINAS, 2013, p.3)" Nesses moldes a ideia é elevar a eficácia e eficiência, alcançando os objetivos a que se propõe a saúde pública cubana.

O financiamento do sistema de saúde cubano, que oferece acesso universal, é quase todo através de recurso do Estado (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011). Os fundos de saúde se reúnem no MINSAP que por sua vez o distribui entre os distintos níveis e unidades de atenção através das assembleias provinciais e municipais. No entanto, o gasto em saúde é altamente descentralizado, com os orçamentos municipais financiando mais de 90% das despesas de saúde pública.

O país tem aumentado significativamente o investimento na saúde ao longo das décadas. O quadro abaixo (Quadro 12) mostra o aumento no gasto em saúde em Cuba ao longo das décadas.

Quadro 12 - Execução do orçamento em saúde e gasto em saúde por habitante, 1960-2013

Ano	Execução do orçamento em saúde
1960	51.279.900
1970	215.443.200
1980	440.147.800
1990	104.5094.100
2000	185.7035.500
2010	4.792.212.100
2013	7.901.622.700

Fonte: CUBA, 2014
Moeda: dólares americanos

Esses dados são similares aos divulgados no anuário estatístico da OMS em 2013. O relatório também aponta outras modalidades de gasto em saúde no país como, por exemplo, os gastos com desembolso direto que tiveram uma queda de quase 100% na última década e são a única forma de gasto privado em saúde no país. Miguez (2010, p.5, tradução nossa) coloca que

> os custos assumidos pelas famílias incluem medicamentos prescritos para pacientes ambulatoriais, aparelhos auditivos, odontológicos e ortopédicos, cadeiras de rodas, muletas e artigos semelhantes e lentes. Em todos os casos, os valores pagos pela população são baixos e subsidiados pelo Estado.

O quadro abaixo (Quadro 13) apresenta os gastos cubanos em saúde nos anos de 2000 e 2010 nas suas diferentes modalidades.

Quadro 13 - Gastos em saúde em Cuba, 2000 e 2010

Modalidade de Gasto em saúde	2000
Gasto total em saúde como percentual (%) do PIB	6,1
Gasto público em saúde como percentual (%) do gasto total em saúde	90,8
Gasto privado em saúde como percentual (%) do gasto total em saúde	9,2
Gasto público em saúde como percentual (%) do gasto público total	10,8
Gasto de desembolso direto como percentual (%) do gasto privado total	100
Gasto em saúde per capita total	147
Gasto público em saúde per capita	134

Fonte: Anuário Estatístico de Saúde da OMS, 2014

No quadro 13 podemos perceber o aumento gasto público em saúde entre na década de 2000 a 2010, assim como a redução do gasto privado o que demonstra a ampliação da participação do Estado no financiamento setorial. Marimon Torres e Martinez Cruz (2010) apontam que nesse mesmo período os custos dos cuidados hospitalares caíram de 487,8 para 480 milhões de pesos e o da Atenção Primária

em Saúde foi elevado de 299,8 para 383,5 milhões de pesos. Os autores destacam também a elevação da quantidade de serviços oferecidos e o aumento no número de trabalhadores na saúde. As justificativas apontadas para essas mudanças são que elas fazem parte da

> estratégia de descentralização dos serviços de saúde e aumento da acessibilidade aos serviços de reabilitação, mas acima de tudo, uma nova abordagem e dimensão assistência médica, com ênfase na promoção e prevenção de uma relação maior e mais estreita com a comunidade e outros setores (MARIMON TORRES; MARTINEZ CRUZ, 2010, p. 4).

Esses dados demonstram a priorização do investimento na atenção primária na tentativa de aumentar a sua resolutividade e reafirmá-la como modelo essencial no sistema de saúde cubano.

A terceira macro função é a prestação dos serviços de saúde em Cuba, como já abordado, é de responsabilidade total do Estado. As unidades da atenção primária (policlínicas, consultórios, etc.) são de subordinação municipal, hospitais subordinam-se às províncias e os de maior complexidade ao nível central. No caso do tratamento de câncer, este é prestado pelos hospitais subordinados às províncias e em casos específicos, que sejam de interesse institucional, são tratados no Instituto de Oncologia e Radiobiologia, de responsabilidade do nível central. Apesar disso, em todos os casos a porta de entrada é a atenção primária e é a partir dela que são regulados os serviços a serem oferecidos nos níveis seguintes (CUBA, 2013).[13]

O planejamento é a quarta macro função apresentada. O planejamento em Cuba se alicerça na seguinte definição:

> processo que envolve a concepção inicial das ações que se deseja realizar para a saúde pública. Compatibiliza as necessidades previsíveis com os recursos disponíveis e garante o desenvolvimento proporcional dos diferentes componentes da saúde pública" (CUBA, 1986, p.3 tradução nossa).

Ressalta-se que o planejamento em saúde cubano é implementado no SNS que tem como características principais do sistema ser universal, público, acessível e gratuito. De maneira que tais características sejam resguardadas o Estado se alicerça na Constituição da República de Cuba, na Lei de Saúde Pública (nº 41/1983)

[13]A prestação dos serviços no sistema de saúde cubano foi trabalhada no capítulo 6.

e em outros documentos oficiais do país. A formulação dessas legislações passa pelo MINSAP, assim como pela participação da comunidade e são aprovados pelas Assembleia Nacional.

Considerações Finais

A análise do sistema de saúde cubano impressa nas páginas desse trabalho procurou destacar de que maneira se conforma a Saúde em um país latino americano que enfrenta grandes dificuldades de ordem econômica devido a sua inserção periférica no cenário político mundial. Além disso, ressaltam-se as peculiaridades do regime político adotado no país, de forte intervenção Estatal na área econômica e social, condicionado pelas restrições comerciais e financeiras associadas ao contexto de embargo econômico promovido pelos Estados Unidos.

A elaboração desse estudo teve como foco compreender o sistema de saúde priorizando-se a atenção ao câncer de mama, entendendo que uma doença com tamanha dificuldade de controle e que requer oferta de serviços em todos os diferentes níveis de atenção torna-se um bom exemplo da realidade do sistema. No entanto, no decorrer da construção do estudo algumas dificuldades foram vivenciadas. Dados do sistema de saúde relacionados diretamente ao câncer de mama foram escassos, em alguns momentos fugiu-se dos objetivos propostos e teve-se que redobrar o cuidado na análise dos dados governamentais. Contudo enfrentar esses obstáculos permitiu um enorme aprendizado para uma pesquisadora ainda em formação.

Um dado relevante encontrado nesse estudo é que os moldes do sistema de saúde estão de acordo com o modelo de proteção social no país e também reflete os princípios do Estado cubano. Cuba se difere dos demais países latino-americanos que construíram modelos de proteção social fragmentados, em especial no que se refere à saúde. No bloco apenas Cuba, Brasil e Costa Rica possuem sistemas de saúde de acesso universal, porém o modelo brasileiro conta com um forte setor privado de saúde. A ilha, no entanto, mantém seu sistema único e com uma parcela privada bem restrita, basicamente relacionada aos co-pagamentos.

No decorrer do estudo percebeu-se que a forte atuação do Estado cubano nas suas mais diferentes frentes torna-se um diferencial no controle do desenvolvimento da política de saúde. Percebeu-se com esse estudo a intensa participação do Estado em todos os aspectos observados nesse trabalho. Tal realidade permite um maior controle do funcionamento do sistema, garantindo ao Estado alta governabilidade. Temos como exemplo o alto controle do MINSAP na

produção de insumos e na formação de recursos humanos, que mesmo quando há articulação com outras instâncias, estas também são de responsabilidade do Estado.

As ações de caráter coletivo destacam-se no âmbito do sistema de saúde cubano. Esse fato possivelmente está associado à ênfase que o sistema dá a Atenção Primária. A promoção e a prevenção são priorizadas e ofertadas através de uma gama de instituições e ações. Esse cenário se dá muito pelo foco na alta resolutividade dos problemas no nível primário, de maneira a garantir bons níveis de saúde na população, assim como também para reduzir os custos do sistema. Os custos na utilização de níveis mais complexos são mais elevados.

O sistema de saúde cubano, mesmo inserido em um cenário econômico precário e um quadro político que limita significativamente suas possibilidades de expansão, presta seus serviços para toda a sua população, em um sistema altamente financiado com recursos fiscais. No que se refere ao câncer de mama, esse fato produz um efeito positivo visto que todas as mulheres diagnosticadas têm acesso aos serviços de tratamento e reabilitação. Analisando a partir dos impactos produzidos pela doença, isso pode reduzir os danos causados pela enfermidade e seu tratamento, visto que o tratamento oportuno pode reduzir as chances de que essas mulheres sejam submetidas a terapêuticas mais mutilantes, agressivas e tenham mais sequelas do que seria necessário.

No entanto, a problemática do câncer de mama e a dificuldade de controle da doença em Cuba demonstram que mesmo com um sistema de saúde público, universal e de qualidade, a escassez de recursos financeiros e a dificuldade em obter insumos e tecnologias impactam diretamente na política de enfrentamento do câncer de mama. A utilização do método de mamografia como principal atividade do rastreamento, sendo orientada sua realização em intervalo de tempo menor que 3 anos em mulheres na faixa etária de maior risco, poderia facilitar o controle da doença no país.

Com um novo cenário político sendo desenhado para o país, em decorrência da aproximação com os EUA, podemos pensar em mudanças importantes no contexto cubano nos próximos anos. Nesse sentido, estudos futuros poderão avaliar as condições do sistema de saúde da ilha nessa nova realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: Analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) (2015) The Lancet, p. 977-1010.

ANJOS, A. C.Y.; ZAGO, M. M. F. "A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente." Revista Latino-Americana de Enfermagem 14.1 (2006): 33-40.

BUSS, P.; Labra, E. 1995. Sistema de Saúde: continuidades e mudanças. São Paulo/ Rio de Janeiro, Editoras Hucitec/ Fiocruz

CEBALLOS-GARCIA, G. Y.; GIRALDO-MORA, C. V. "Autobarreras" de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. Aquichán, Bogotá ,2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:11 Jan 2015

CESAR, M. A. Mulher e política social em Cuba: o contraponto socialista ao bem estar capitalista. Brasília: Editoras Alba, 2005.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). Panorama Social da América Latina 2013. Santiago, 2013.

CUBA. Constitución de la Republica de Cuba. La Habana, 1976. Disponível em: www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm. Acesso em: 12 Mar. 2014

_____. Ley de la Salud Publica. Ley nº 41. La Habana, 1983. Disponível em: http://www.cubanet.org/htdocs/ref/dis/41_salud_publica.htm Acesso em: 12 Mar. 2014

_____. Glosario de Términos, Conceptos y Definiciones empleados en Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba. La Habana: MINSAP; 1986.

_____. Relatório Necessidade de pôr fim ao bloqueio econômico, comercial e financeiro imposto pelos Estados Unidos contra Cuba. La Habana, 2014

_____.Infomed – Rede de la Salud Publica de Cuba. 2015

DOMINGUEZ-ALONSO, E.; ZACEA, E. Sistema de salud de Cuba. Salud pública Méx, Cuernavaca, 2011. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:11 Jan 2015

DRAIBE, S. Estado de Bem- Estar, Desenvolvimento Economico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. Artigo apresentado no 30º Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, 2006 Disponível em: http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3416&Itemid=232 Acesso em: 12 Dez. 2013

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A.N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estudos de Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, 2003.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. Lua Nova, São Paulo, 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 Fev 2015.

FARINAS REINOSO, A. T.; COUTIN MARIE, G.; RODRIGUEZ MILORD, D. Una reflexión histórica sobre la vigilancia en salud en Cuba. Rev. cub. salud pública, La Habana, 2009. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Fev 2015.

FIGUEREDO VILLA, K. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba. Enferm. glob., Murcia, v. 10, n. 21,enero 2011 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100017&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 Fev 2015.

FLEURY, S. Estados Sem Cidadãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FOLGUEIRA, M. A. A. K. *et al*. Perfil transcricional e resposta à quimioterapia neoadjuvante em câncer de mama. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000300021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 Jul. 2013

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L.; Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs). 2ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

GARCIA, José Luis Rodríguez. A economia cubana: experiências e perspectivas (1989-2010). Estud. av., São Paulo , v. 25, n. 72, p. 29-44, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 Jan. 2015.

GLOBOCAN 2008. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Estimated cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-adjusted life. Lyon, 2008.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002.

GONZÁLEZ COURET, D. Medio siglo de vivienda social en Cuba. Revista INVI, Norteamérica, 24, ene. 2010. Disponível em: <http://www.revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/466/443>. Fecha de acceso: Acesso em: 10 Dez 2014

GOZZO, T. O. et al . Ocorrência de neutropenia em mulheres com câncer de mama durante tratamento quimioterápico. Acta paul. Enferm., São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 Dez 2014

GRAU ABALO, J.A.; ROMERO PÉREZ, T.; CHACÓN ROGER, M; REYES MÉNDEZ, M.C. In: ROMERO PÉREZ, T.; ABREU RUIZ, G.; MONZÓN FERNÁNDEZ, A.B.; BERNEJO BENCOMO, W. Control del Cáncer en la Atención Primaria de Salud . Experiencias Cubanas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 51-3

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005.

HILB, C. Silêncio, Cuba. A esquerda democrática diante do regime da Revolução Cubana; tradução Miriam Xavier. São Paulo: Paz e Terra, 2010, 112 p.

IBARRA FERNANDEZ DE LA VEGA, E. ; GONZÁLEZ SALSO, A., LINARES FERNANDES, T.M. Vigilancia epidemiológica e indicadores de salud y seguridad en el trabajo en Cuba. Rev Cub Hig y Epid 2001;39(1): 52-60.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Controle do câncer de mama. Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____.
Programa Nacional de Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA 2010.

_____.
Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil 2010. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____.Cu
idados Paliativos Oncológicos – Controle de sintomas. Manual do Instituto Nacional de Câncer e do Ministério da Saúde; 2001.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (ISAGS). Giovanella, L.; Feo, O., Faria, M.; Tobar, S. (orgs.). Sistemas de Saúde na América do Sul: desafios para a universalidade, a integralidade e a equidade. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

IZQUIERDO-GONZALEZ, M.; GONZALEZ-PEREZ, U.; ALERM-GONZALEZ, A.; JAUREGUI-HAZA, U. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cancer de mama. Rev haban cienc méd [online]. 2008, vol.7, n.2, pp. 0-0.

FREITAS JUNIOR, R. et al. Linfedema em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 205-208,May 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Fev. 2015.

KLIGERMAN, J. A assistência oncológica no SUS. Rev Bras Cancerol 1999; 44(4). http://www.inca.gov.br/ rbc/n_44/v04/editorial.html

KOIFMAN, S. Câncer ambiental e ocupacional na América Latina. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000700001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Set. 2014.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Dez 2015.

LAURELL, A. C. Para um novo estado de bem estar na América Latina. *Lua Nova 1*998, n.45, pp. 187-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451998000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Set. 2014.

_____. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas Universales de Salud: retos y desafios. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.

LUGONES BOTELL, M.; RAMIREZ BERMUDEZ, M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, 2009. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300020&lng=es&nrm=isoAcesso em: 3 Dez. 2015.

LOPEZ, M. Q. A educação em Cuba: seus fundamentos e desafios. Estud. av., São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Dez. 2013

MACHADO, C.V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. 35-70 pp.

MADUREIRA, P.S.P. O sistema de saúde cubano. 2010 Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19944/1/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Cubano%20-%20final.pdf Acesso em: 12 Jul. 2013

MARIMON TORRES, N; MARTINEZ CRUZ, E. Protección de las conquistas de la salud pública cubana ante la crisis financiera y económica mundial. Rev. cub. salud pública, La Habana, 2010a. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2014

_____. Atención primaria de salud, vía para enfrentar los efectos de la crisis económica en salud. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, 2010b. Disponível em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jan. 2015.

MARIMON TORRES, N.; TORRES MARTINEZ, E. Efectos del bloqueo económico, financiero y comercial de Estados Unidos en el Sistema Nacional de Salud. Revista Cubana de Salud Pública, La Habana, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2014

MARRERO ARAUJO, M; GALVEZ GONZALEZ, A. M.; GARCIA FARINAS, A. Tendencia del presupuesto cubano en salud en el periodo 2004-2010. Rev Cubana Salud Pública. Ciudad de La Habana, 2013. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov 2014.

MARZIONA, F. et al. Quimioterapia neoadjuvante com o esquema TAC em câncer de mama localmente avançado. Apresentação e discussão de nove casos. Disponível em: *www.sbmastologia.com.br/.../19.../pag%2063.pdf* Acesso em: 22 Jun. 2013

MEJIA-ORTEGA, L. M.; FRANCO-GIRALDO, A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. Rev. salud pública, Bogotá, 2007. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2014

MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS (Tomo I). ISC/Casa da Saúde, Salvador, 2001.

_____. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Escola de saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

MESA-LAGO, C. A economia cubana no início do século XXI: avaliação do desempenho e debate sobre o futuro.Opin. Publica, Campinas, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762003000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2013

_____. Envejecimiento e Pensiones em Cuba: la carga creciente. Nueva Sociedad. Buenos Aires, 2008. Disponível em: www.nuso.org/upload/articulos/3538_1.pdf Acesso em: 06 Nov. 2013

_____. Cincuenta años de servicios sociales em Cuba. La Habana: Revista Temas, n. 64, 2009, pp. 45-56.

MORAES, A. B. et al. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n10/21.pdf Acesso em: 1 Jul. 2013

MORAIS, F. A ilha. Um repórter brasileiro na ilha de Fidel Castro. Companhia das Letras, São Paulo: 2001

MORENO-DE-MIGUEL, L.F. et al. Cirurgía conservadora más radioterapia en el cáncer temprano de mama en el INOR. Rev Cuba Oncol 1998; 14:143-8

NORONHA, J. C.; UGÁ, M. A. D., 1995. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: *Sistemas de Saúde. Continuidades e Mudanças* (P. M. Buss & M. E. Labra, orgs.), pp. 177-218, São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

NÚÑEZ SARMIENTO, M. Hablando desde la experiencia: las mujeres cubanas de hoy y el cáncer de mama. Revista Cubana de Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 39, 2013. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200018&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 29 Set. 2014

OFICINA NACIONAL DE ESTADíSTICAS DE CUBA – ONE. Anuário Estadístico de Cuba 2012. Disponível em: http://www.one.cu/aec2012.htm Acesso em: 10 Set. 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Genebra, 2013a.

_____. Cáncer de mama: prevención y control. s.l. 2013b Disponível em: http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html Acesso em: 22 Out. 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación. Proyecto de Medicamentos Esenciales y Productos Biológicos. *El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas*. Washington, DC: OPS, 2009.

ORTIZ MARTÍNEZ, A.; GONZÁLEZ MARTÍN, A.; RODRÍGUEZ MONTEAGUDO, J. L. Revitalización del Programa de detección preclínica y precoz del cáncer de mama. Gac Méd Espirituana, v.7, n.3, 2005. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.(3)_08/p8.html Acesso em: 22 Out. 2013.

OSA, J. A. Um olhar para a saúde pública cubana. Estud. av., São Paulo, v. 25, n. 72, p. 89-96, Aug. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Abr. 2015.

PANOBIANCO, M. S. et al. Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: significado do sofrimento vivido. Psicol. estud. [online]. 2008, vol.13, n.4

PAUL, E. G. et al. Planejamento do controle de câncer na América Latina e no Caribe. Nova York: Lancet Oncology, p. 391-436, 2013.

PEREIRA COLLS, A. C.; ZAMBRANO VERGARA, R.; HERNANDEZ FLORES, M. Social Participation in Healtth and Quality of Life. *Rev. Vzlana. de Soc. y Ant.* [online]. 2002, vol.12, n.35, pp. 567-585.

PÉREZ, V. et al. El trabajo por cuenta propia en Cuba. In: Cuba Investigación Económica, n.2, 2008.

PEREZ HECHAVARRIA, G. Á. et al . Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. MEDISAN, Santiago de Cuba, v. 15, n. 6, jun. 2011. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 Fev. 2015.

PÉREZ-LÓPEZ, J. "Tiempos de Cambio: tendencias del comercio exterior cubano." Publicada na Revista Nueva Sociedad. Edição n. 216. 2008. Disponível em: Publicado em: [http://www.nuso.org/upload/articulos/3541_1.pdf]. Acesso em: 22 Out. 2014.

RAMOS, R. Medo e expectativas: Portugal e a Guerra Hispano-Americana de 1898. Relações Internacionais, Lisboa , n. 24, p. 29-46, dez. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-91992009000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jan. 2015.

REYES-ORTIZ, C.A. et. al Mammography use among older women of seven Latin American and the Caribbean cities. Preventive Medicine. 2006;42(5):375–380

ROBLES, C. La protección social, la cuidadanía y la igualdad em La America Latina. Um projecto em claro oscuro. *In*: Persistencias de la pobreza y esquemas de protección social en América Latina y el Caribe. ROBLES, C. *et al* (Orgs.). Buenos Aires: Clacso, 2013, p.33-64.

RUIZ LORENTE, R. et al . Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. Rev Cubana Obstet Ginecol, Ciudad de la Habana, 2011. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2015

SAENZ, M. R. et al . Sistema de salud de Costa Rica. Salud pública Méx, CuernavacA, v. 53, supl. 2,p. s156-s167,Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Fev. 2015.

SANABRIA RAMOS, G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, 2004. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 18 Fev. 2015

SANTORO, M. Cuba após a Guerra Fria: mudanças econômicas, nova agenda diplomática e o limitado diálogo com os EUA. Rev. bras. polít. int., Brasília, 2010.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2015

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Cancerologia, v.56, n.2, p. 65-78, 2010.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev. bras. Enferm. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18 Fev. 2015,

SOBERATS, F. J. S.; GALBAN, P. A.; VIDAL, R. M. T. Mortalidad por cáncer en Cuba. Rev. cub. salud pública, La Habana , v. 36, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan 2015.

SZULC, T. Fidel-*um Retrato Crítico (3a. Edição). Editora: Best Seller,* 1987*.*

TEIXEIRA, S. M. F. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4,p. 400-417, 1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jan 2015.

TORRES, P. et al . Incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer cubana: Trienio 2000-2002. Revista Cubana de Medicina, Ciudad de la Habana, v. 46, n. 2, 2007. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000200007&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 12 Jul 2013.

VAZQUEZ, M. L. et al . Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit, Barcelona, 2002. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es&nrm=iso Acesso em: 12 Dez 2014

VIANA, A. L. D. Modelos de Proteção Social e a Regulação dos Mercados de Saúde - Artigo elaborado como documento de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

_____. World Cancer Report 2008. Lyon: 2008.