

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Rosane Machado Rollo

**DE JANELA EM JANELA
CONTA-ME AGORA...**

**Um pouco das histórias do
Sistema Nacional de Saúde de Cuba**

**Porto Alegre
2017**

Rosane Machado Rollo

**DE JANELA EM JANELA CONTA-ME AGORA...
Um pouco das histórias do Sistema Nacional de Saúde de Cuba**

Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Roese
Ramos

**Porto Alegre
2017**

CIP - Catalogação na Publicação

Rollo, Rosane Machado

De janela em janela conta-me agora... Um pouco das histórias do Sistema Nacional de Saúde de Cuba / Rosane Machado Rollo. -- 2017.

186 f.

Orientadora: Adriana Roese Ramos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Cuba. 2. Sistemas de saúde. 3. Narrativa. 4. Governamentalidade. 5. Biopolítica. I. Ramos, Adriana Roese, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rosane Machado Rollo

**DE JANELA EM JANELA CONTA-ME AGORA...
Um pouco das histórias do Sistema Nacional de Saúde de Cuba**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 28 de agosto de 2017.

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza
Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Prof.^a Dr.^a Camila Giugliani
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Adriana Roese Ramos
(*Orientadora*)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

“A maior riqueza do homem é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou – eu não aceito.

Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas,
que puxa válvulas, que olha o relógio,
que compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva, etc. etc.

Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas”.

(BARROS, 2002, p. 79)

Sempre achei este um dos momentos mais difíceis da escrita. A alegria da completude do trabalho une-se ao medo de cometer a injustiça do esquecimento. Então, peço de imediato licença a Galeano, que tanto *me ajudou a ver a imensidão do mar*, para, neste momento, refletir sobre minhas *incompletudes tão abastadas*, ao lado do poeta dos *aprendimentos e dos deslimites da palavra*.

Assim, como o poeta, as palavras, depois desta caminhada, me chegam/sentem diferentes. Nestes mundos que embarquei – interior e exterior – ao longo deste percurso narrativo, que me propus a fazer, já não me permitem mais *ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio*, minhas incompletudes pedem mais. Lembro-me das tantas vezes que ouvi a professora Cristianne dizer no Grupo Ampliado de Orientação (GAO) que o Mestrado já teria valido a pena se fôssemos pessoas diferentes ao seu término. E, no meu caso, como valeu a pena!

Incompletudes mil, inquietudes tantas, aprendendo e desaprendendo, eis-me aqui precisando ser *outros! Outros, que não aguenta mais comprar pão às 6 horas da tarde, que vai lá fora, que aponta um lápis, que vê a uva! Outros, que ri e que chora, que vive, e que longe de aceitar verdades prontos, busca o questionamento, onde é possível se permitir! Outros, que gosta do braço que acolhe, que abre janelas, e que por isso agradece àqueles/as que me possibilitaram renovar o homem com borboletas e colocar floreiras nas janelas!*

Obrigada, Nely, pelo apoio incondicional e pela presença constante e paciente. Agradeço, mãe, pelas tantas vezes que, vendo-me completamente absorvida pela escrita, viestes fazer aquela comidinha especial. Estás sempre comigo, és meu amparo e meu

refúgio. Ri e chora ao meu lado. És minha mãe e minha menina. Tu, juntamente com meu pai (Jose, *in memorium*), ensinaram-me o verdadeiro sentido do amor. Para vocês dois, todas as palavras do mundo não seriam suficientes. Então, verbalizo essa gratidão com o que vocês me trouxeram de mais caro, o amor. Amo vocês (tu e o pai), mãe!

Àqueles que me mostraram o significado da palavra incondicional! Incondicional o amor! Incondicional a paciência! Incondicional o carinho! Incondicional a vida! Amados filhos, Juliana e Marhcus Vinicius, obrigada por estarem sempre por perto, mesmo na Austrália, não é? Ju – minha menina –, já tão cansada de não conseguir chegar perto do computador, ainda assim não se furtou de tantas vezes trazer aquele chazinho de erva-doce para me aquecer nas noites de frio. Marhcus – meu menino –, longe fisicamente, mas tão próximo do coração. Por vezes, chorei escrevendo, ao lembrar de ti. Dei-me conta que estava sofrendo de *lonjuras* da tua ausência. Perto ou longo, razão maior da minha vida, amo vocês incondicionalmente! E, sim, vocês dois são as minhas narrativas preferidas!

À minha irmã Elaine, agradeço por estar sempre disponível para conversas – mesmo que, por vezes, silenciosas – e afetos. E, ao meu sobrinho Pedro, que já não monta mais os legos da tia Rô, mas ainda continua atualizando o antivírus do computador. Obrigada, amo vocês!

Meu agradecimento especial ao Luciano Coelho, meu amigo de alquimia, na vida e na profissão. Não foram poucas as vezes desde que ingressei na Saúde Coletiva – primeiro na Graduação, e agora no Mestrado – em que estivestes ao meu lado, como verdadeiro irmão, tanto nas questões profissionais quanto nas acadêmicas. Por isso, a ti, meu carinho e meu amor. Percorrer a vida ao teu lado foi/é uma bênção!

Às amigas Márcia Fernanda Mendes, Mariana Marchioro, e Daniela Tozzi, que prontamente, acolheram minha solicitação de ajuda, e, de forma direta, colaboraram para que esta Dissertação chegasse a bom termo. Muito obrigada de coração!

À amiga Deia e Silvinha, que nos momentos mais difíceis desta escrita estiveram ao meu lado, sempre com palavras de carinho e de esperança. Obrigada!

À Rivia, minha amiga de todas as horas, sempre tão presente com sua escutatória e paciência mineira. Obrigada por não desistir, por me despertar para tantas janelas, e, mesmo à distância, estar sempre muito perto.

Às gurias das quintas – que às vezes foram quartas, e outras tantas, nem sei bem dizer o dia – Simone, Margot, Mara, Monica, Vivian, Jussara: obrigada por entenderem minhas ausências. O *miau*, agora, retorna à agenda.

Aos(às) colegas do Grupo Ampliado de Orientação. Em especial, à Liara Saldanha Brites (amiga, ouvinte e socorrista de última/de todas as horas), Camila Luzia Mallmann, Jose Camilo Botero Suaza, Malviluci Campos Pereira, Mariana da Rosa Martins, Luísa Horn de Castro Silveira, Roberta de Pinho Silveira, Talita Abi Rios, Carla Bottega, Neuza Raupp, Priscila Wolff, Vivian Costa, Anderson Machado. Pelas boas risadas, e também algumas lágrimas. Pela parceria de todas as horas, principalmente na construção coletiva desta escrita. Trabalho bonito, criativo, coletivo, sem o qual esta Dissertação teria tomado outros rumos. Muito obrigada, de coração, pelo carinho, pela paciência e pelo acolhimento de todas as horas.

Aos meus *Amigos* e às minhas *Amigas*, que não foram citados aqui, mas com quem compartilho a vida, o trabalho, a esperança, as conquistas, as perdas, as gargalhadas e as angústias. Tenho convicção de que não seria feliz sem poder contar com eles e elas o tempo todo! Afinal, a vida é feita de amigos.

À UFRGS, lugar que fez/faz toda diferença na minha vida. Que me acolhe, com qualidade, desde 2011. E, na figura da instituição, agradeço também a todos os professores que ao longo desta jornada estiveram ao meu lado, me apoiando com suas aulas, seus conselhos, ou simplesmente com suas mais (in)formais conversas.

Aos integrantes da Banca, professores Roger dos Santos Rosa, Camila Giugliani e Camilo Darsie de Souza, partícipes tão importantes nesta escrita desde a Qualificação. Professor Roger, com sua elegância singular e olhar atento e acolhedor, me ensinou, com sua prática, que nossas formações são importantes, mas sensibilidade é fundamental. Professora Camila, que, além de me fazer acompanhar por Silvio Rodriguez ao longo destes dois anos, ainda me mostrou – a partir do seu trabalho tão bonito, no Movimento de Saúde pelos Povos – que, apesar de difícil, outros mundos são possíveis. Professor Camilo, meu companheiro de viagens – desta e de outras viagens oportunizadas pelo Projeto de Análise Comparativa de Sistemas de Saúde – que me apontou os caminhos geográficos, mas, também, os (des)caminhos da escrita, com sua alegria contagiante e seu trabalho de educador afetuoso. Professores que me fizeram perceber e compreender o significado das palavras *acolhimento* e *coletividade*! Mais que professores, educadores! A vocês, meu muito obrigada!

À Cristianne Maria Famer Rocha, que me ensinou o sentido da resistência em Foucault, quando, para além dos formalismos da vida e da “gincana acadêmica”, decidiu, independentemente das nomenclaturas, seguir ao meu lado nesta escrita. Nenhuma palavra é suficiente... Minha Co(des)orientadora – como sei que a ti própria te chamas –

que me fez rir e chorar tantas vezes, ao longo desta caminhada. Que foi minha conselheira, minha confidente. Que foi sensível a ponto de endurecer, sem nunca perder a ternura. Que, inteligente e perspicaz, soube por onde me provocar, a fim de me fazer criar/voar. Que me exigiu muito, sem, entretanto, nunca largar minha mão. Que, com sua maneira positiva e descomplicada de encarar a vida, me fez seguir em frente. Que, com seu riso fácil e ironia fina, me fez abrir janelas para a escrita e para a vida. Que oportunizou que eu me permitisse. Professora Cristianne, ou melhor, Cris, teu carinho e escuta fizeram revolução em mim. Hoje sei; não me permito mais voltar. Então, minha amiga, meu eterno agradecimento.

À Adriana Roese Ramos, minha orientadora, te agradeço de coração pelo que fizestes por mim ao longo desta caminhada. Sensível, afetuosa, me mostrou que, em certos momentos, orientar é simplesmente abraçar, acolher, ouvir, sem nada dizer. Sei que os caminhos que escolhi para a escrita desta Dissertação também te desafiaram. Mas tu não hesitaste! Seguiu firme, forte ao meu lado. E, por isso, contigo tanto aprendi. Contigo, aprendi o significado da palavra *parceria*. Contigo, aprendi que fidelidade é imprescindível. Contigo, aprendi que, apesar das vaidades estarem tão presentes na academia, podemos fazer trabalhos conjuntos, solidários e generosos, sem suscetibilidades. Contigo, aprendi que orientar também é compor. Contigo, aprendi que para criar sem enlouquecer, precisamos de tempo e liberdade. Mas, contigo, o que mais aprendi foi que, para dividir aprendizado, precisamos estar abertos ao aprendizado, e isso tu fizeste com maestria. Professora Adriana, ou melhor, Adri, teu acolhimento me fez gente que faz, e que faz com amor. Então, minha amiga, meu eterno agradecimento.

Por fim, *dedico* esta Dissertação a vocês, Adri e Cris! Obrigada pela companhia neste caminho, por vezes estressante, escorregadio e misterioso da escrita. Obrigada pela confiança depositada desde a seleção do Mestrado. Em alguns momentos – quando, muito cansada, pensei em desistir – foi por esta confiança que não o fiz. Obrigada por terem se permitido entregar-se às incertezas, e topado me acompanhar nessa viagem errante e sem volta. Guardarei com carinho e com ternura todas as observações que fizeram em meus escritos, e em especial aquele que me disse: *basta deixar sair, abrir as janelas, e terá uma pessoa inteira, cheia de coisas boas para contar!*

Os homens são como estrelas, alguns geram a sua própria luz enquanto outros refletem o brilho que elas recebem.

Jose Martí

RESUMO

Esta Dissertação constitui-se de uma produção de narrativas de viagem pelos serviços, estratégias e políticas do Sistema Nacional de Saúde de Cuba, a partir das experiências da narradora, vivenciadas durante a realização do “Curso de Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar”, em *La Habana*, Cuba. Valendo-se das experiências possibilitadas no Curso, da aproximação com o sistema de saúde cubano e inspirada em Eduardo Galeano, a autora problematiza, através das *narrativas-relatos de experiência*, algumas experiências lá vividas, com particular enfoque nos *Hogares Maternos* e na Participação Popular. Utiliza, para analisar estes serviços-temas-experiências, os conceitos foucaultianos de biopolítica, governamentalidade e panóptico, a partir de um olhar curioso sobre o funcionamento destas duas estratégias de governo – para além das questões técnico-científicas – a fim de problematizar e colocar em evidência o exercício do controle micropolítico utilizado no cotidiano da sociedade cubana.

Palavras-Chave: Cuba. Sistemas de saúde. Narrativa. Governamentalidade. Biopolítica.

ABSTRACT

This dissertation consists in a series of travel narratives through the services, strategies and policies of the National Health System of Cuba, based on the experiences that the narrator got during the “Primary Care Course in Health and Family Medicine”, in *La Habana*, Cuba. Taking advantage of the experiences this Course has made possible and of the approach to the Cuban Health System, also under the inspiration of Eduardo Galeano, the author problematizes, through the narratives-reports of experience, some experiences she lived there, with a particular focus on the *Hogares Maternos* (Maternity Homes) and on the Popular Participation. In order to analyze these services-themes-experiences, the Foucaultian concepts of biopolitics, governmentality and panoptism are used, through a curious look at the functioning of these two strategies of government - going beyond the technical and scientific questions - in order to problematize and to put in evidence the exercise of micropolitical control used in the daily life of Cuban society.

Keywords: Cuba. Health systems. Narrative. Governmentality. Biopolitics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Muro de uma instituição visitada em Havana.....	24
Figura 2: Cuba e suas imagens	35
Figura 3: Serviço de saúde cubano com a frase de Che Guevara.....	38
Figura 4: Pintura de José Martí na parede de um hospital em Havana	46
Figura 5: Visita a um Consultório de Médico e Enfermeira de Família.	61
Figura 6: Mapa geográfico de Cuba com suas Províncias.....	69
Figura 7: Contando sobre as alegrias pelos muros de Cuba	81
Figura 8: O Ministério da Saúde Pública– MINSAP	83
Figura 9: A biotecnologia.....	83
Figura 10: A Universidade de Medicina.....	83
Figura 11: A Escola Nacional de Saúde Pública – ENSAP	84
Figura 12: O Policlínico	84
Figura 13: O Consultório de Médico e Enfermeira de Família	84
Figura 14: O hospital	85
Figura 15: Veículo utilizado nas ações de prevenção de HIV/AIDS	85
Figura 16: A farmácia.....	85
Figura 17: O Capitólio.....	86
Figura 18: <i>La Bodeguita del Medio</i>	86
Figura 19: O poder.....	86
Figura 20: <i>Malecon</i> – O sofá de Havana	86
Figura 21: Os muros da cidade	87
Figura 22: A irreverência cubana	87
Figura 23: <i>La Floredita</i>	87
Figura 24: O presente e o passado se encontram.....	88
Figura 25: O contraste dos prédios	88
Figura 26: O Mc Cubano	88
Figura 27: O transporte de massa	89
Figura 28: O grito pela liberdade sempre presente.....	89
Figura 29: <i>La Cabana</i> – Patrimônio da Humanidade.....	89
Figura 30: O ginásio	90
Figura 31: O hotel e suas histórias	90
Figura 32: A marca nas paredes de Cuba	90

Figura 33: As praças	91
Figura 34: A catedral	91
Figura 35: O amor	92
Figura 36: O ritmo	92
Figura 37: As tochas	92
Figura 38: O ufanismo.....	93
Figura 39: O sabor típico	93
Figura 40: O contraste dos carros novos e antigos	93
Figura 41: As docuras de Cuba.....	94
Figura 42: O rum	94
Figura 43: Os cartões de crédito	94
Figura 44: A diversidade cubana	95
Figura 45: O povo.....	95
Figura 46: Os vários olhares	95
Figura 47: As ruas	96
Figura 48: <i>Mojito</i>	96
Figura 49: O orgulho	96
Figura 50: O encontro do mar cubano com o chimarrão gaúcho	96
Figura 51: A exposição ao estilo cubano	97
Figura 52: Respeito aos idosos – Mensagem em uma Casa de Abuelos de Havana ...	102
Figura 53: “ <i>Tu servicio de salud es gratuito... pero cuesta</i> ”	106
Figura 54: Sistema de saúde de Cuba.....	107
Figura 55: Organização do SNS cubano, segundo níveis de atenção.....	113
Figura 56: Mural com as bonecas de pano confeccionadas pelos idosos.....	115
Figura 57: Evolução histórica da Cooperação Médica Internacional por décadas.....	121
Figura 58: Imagem da Universidade de Havana	126
Figura 59: “ <i>Casa Bonita</i> ”, primeiro <i>Hogar Materno</i> fundado em Cuba.....	130
Figura 60: <i>Hogar Materno</i> e a Rede Integrada.....	Erro! Indicador não definido.
Figura 61: Mural sobre as regras do <i>Hogar Materno</i>	143
Figura 62: Organização administrativa-territorial cubana.....	16060
Figura 63: Fotos do Comitê de Defesa da Revolução visitado	162
Figura 64: Cartaz exposto em uma casa comunitária visitada.....	171

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AMPP	Assembleias Municipais de Poder Popular
ANAP	Associação Nacional de Pequenos Agricultores
ANPA	Associação Nacional dos Pequenos Agricultores
ANPP	Assembleia Nacional do Poder Popular
APPP	Assembleias Provinciais de Poder Popular
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BPN	Baixo peso ao nascer
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCSM	Centros Comunitários de Saúde Mental
CDR	Comitês de Defesa da Revolução
CIUR	Crescimento uterino retardado
CMEF	Consultórios de Médico e Enfermeira da Família
CMNT	Centros de Medicina Natural e Tradicional
CMP	Centros Médicos Psicopedagógicos
CRC	Constituição da República de Cuba
CSVC	Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes
CTC	Central de Trabalhadores de Cuba
DRE	Diretório Revolucionário Estudantil
EBS	Equipe Básica de Saúde
ENSAP	Escola Nacional de Saúde Pública
FEEM	Federação dos Estudantes de Ensino Médio
FEU	Federação dos Estudantes Universitários
FMC	Federação das Mulheres Cubanas
GAO	Grupo Ampliado de Orientação
GBT	Grupos Básicos de Trabalhadores
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPS	Hospital de Pronto Socorro
IST	Infecção sexualmente transmitida
JUCERGS	Junta Comercial do Rio Grande do Sul

Lilacs	Biblioteca de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MINSAP	Ministério de Saúde Pública
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ORI	Organizações Revolucionárias Integradas
PACS	Pronto Atendimento da Vila Cruzeiro Sul
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PAMI	Programa de Atenção Materno-Infantil
PCC	Partido Comunista Cubano
PIB	Produto Interno Bruto
PMEF	Programa Médico e Enfermeira de Família
PPGCol	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PRC	Partido Revolucionário Cubano
PSP	Partido Socialista Popular
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PURSC	Partido Unido da Revolução Socialista de Cuba
SciELO	Scientific Library Eletronic On line
SMF	Secretaria Municipal da Fazenda
SMIC	Secretaria Municipal da Produção, Indústria e Comércio
SMSR	Serviço Médico Social-Rural
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPP	Sistema do Poder Popular
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UJC	União de Jovens Comunistas
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

DE ONDE VÊM AS BRECHAS NAS JANELAS?	18
JANELA 1: O NASCIMENTO DA DISSERTAÇÃO	21
1. Conto histórias e nelas continuo a viver	25
1.1 Com a palavra achei meu espaço no mundo	25
1.2 Pelo caminho, as palavras me despertam: não me permito mais voltar	29
JANELA 2: DO QUE MESMO QUERO FALAR	32
2. Enquanto houver questionamento, continuarei a escrever	36
JANELA 3: NARRATIVAS-RELATOS DE EXPERIÊNCIA	43
3. Andei de um lado para o outro e perder-me foi o caminho: voos possíveis	47
3.1 Palavras para melhorar os olhos: enfim uma brecha	48
3.2 Ajuda-me a olhar: afinando os sentidos	51
3.3 Narrativa, para que te quero?	54
JANELA 4: HISTÓRIAS SOBRE APS E O SISTEMA DE SAÚDE CUBANO	59
4. Um contador me contou um conto: um pouco da história da APS e do Sistema Nacional de Saúde Cubano	62
4.1 Quero contar a vocês sobre a saúde e a APS	62
4.2 Condenem-me, não importa, a liberdade me contará: sobre Cuba	68
JANELA 5: QUANDO O CONTAR FALA PELOS OLHOS	79
5. Cuba e seu sistema de saúde em imagens e cores	82
5.1 A saúde	83
5.2 A cidade	86
5.3 Cores e sabores	92
5.4 Um convite ao voo	98
JANELA 6: O DESENHO DO SISTEMA DE SAÚDE CUBANO	100
6. Agora vou te contar umas histórias... Sobre a organização do sistema de saúde em Cuba	103
6.1 Histórias para serem contadas... Recorrido pelos serviços de saúde cubanos	113
6.2 Histórias que abraçam o mundo... As cooperações e as missões internacionais	119
JANELA 7: ABRINDO JANELAS PARA O INESPERADO	124
7. Para finalizar, uma confissão: preciso abrir janelas, algo me (des)acomoda	127
7.1 <i>Hogar Materno</i> : embalando a vida	128

7.1.1 <i>Hogar Materno</i> : o lado oficial da história.....	128
7.1.2 <i>Hogar Materno</i> : (des)acomodação para além do oficial.....	135
7.2 Histórias da Participação Popular cubana	150
7.2.1 Participação Popular cubana: nada fora do controle	150
7.2.2 O panoptismo da cidadania em Cuba	161
JANELA 8: IN(CONCLUSÕES).....	169
8. No porta-retratos um tempo transpira até que novas histórias sejam contadas	172
REFERÊNCIAS	176

DE ONDE VÊM AS BRECHAS NAS JANELAS?

A vida está em um permanente acontecendo!

A história do meu Mestrado, bem como o processo desta Dissertação, não foge a essa máxima.

Este trabalho é fruto da minha viagem a Cuba, que ocorreu em janeiro de 2015, a partir do projeto de pesquisa “Análise Comparativa de Sistemas Nacionais de Saúde Baseados em Atenção Primária”¹, no qual me inseri como pesquisadora voluntária. O Projeto tinha, dentre suas estratégias para a coleta de dados, a visita aos países analisados.

Não foi um processo que aconteceu de forma cronológica linear. Foram tempos diferentes – e concomitantes – entre a ida e a volta. Tempo de ir a Cuba, de voltar ao Brasil, de pensar sobre a viagem, de fazer a seleção para o mestrado – em julho de 2015 – e de descobrir que o que foi vivido nessa experiência poderia ser a matéria de uma Dissertação. Era como se eu tivesse vivenciado duas viagens: uma ao conhecer Cuba e seu Sistema Nacional de Saúde, e outra ao meu interior, refletindo sobre todo esse processo.

Mas essa descoberta não se deu por acaso!

Apesar de eu nem saber que a viagem me serviria como tema desta Dissertação, pois nem havia ingressado no Mestrado quando fui a Cuba, os materiais que obtive eram tão ricos que aquela produção de informações não poderia se esgotar ali. Então, quando passei no processo seletivo para o Mestrado, optei por narrar minhas experiências, a partir das memórias e dos materiais capturados na viagem – imagens, diário de campo, dentre outros – e no curso².

Para narrar/contar as minhas histórias, escolhi – inspirada em Eduardo Galeano – as *narrativas-relatos de experiência*, que são os objetos de pesquisa. Dessa maneira, a

¹ O Projeto “Análise Comparativa de Sistemas Nacionais de Saúde Baseados em Atenção Primária” teve início em 2014 – ainda está vigente – e tem como objetivo descrever e analisar, comparativamente, sistemas nacionais de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de identificar as melhores práticas de organização dos sistemas de saúde para melhoria e ampliação da atenção à saúde. Sua base metodológica é de uma investigação de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa. Possui diferentes estratégias de coleta de dados (pesquisa documental, visita aos países pesquisados, diário de campo e sistematização da experiência). Enquanto pesquisadora do referido projeto, por ocasião da viagem a Cuba (janeiro de 2015) – um dos países que fizeram parte da pesquisa –, produzi muitos materiais de informações, dentre eles, fotografias e um diário de campo.

² Curso de Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar (explicarei mais detalhadamente no capítulo 2).

partir da minha própria trajetória, ligo-me com outras e com o mundo. Elas (narrativas) não têm o compromisso com a cronologia linear. São narrativas onde o caminho está entrecortado de teorias e recheado de histórias. Histórias de rostos, situações, lugares, olhares, cores e sabores, que vi/vivi/senti. As narrativas (em itálico) estarão presentes após as *janelas* que dividem os capítulos, e também ao longo do texto, em pequenas porções, em meio à escrita.

As *janelas* são recursos estilísticos utilizados como divisor físico de cada capítulo da Dissertação – mas não apenas como divisor físico – e servem para apresentar os capítulos de uma forma mais lúdica, ligando, a partir da imagem, um capítulo ao outro. Elas apresentam-se fechadas, inicialmente, mas no decorrer de cada capítulo – e da Dissertação como um todo – irão se abrir em horizontes entrecortados pelas *narrativas-relatos de experiências* e pelas brechas que delas surgirem.

Seguindo na contextualização dos elementos que compõem a construção da Dissertação, utilizarei também pequenos textos extraídos dos livros de Eduardo Galeano – os *fragmentos* – que ao longo do caminho irão se conectando com minha pesquisa, a fim de tecer minha colcha de retalhos em leve tessitura. São citações que, por terem sentido – tanto na sensação quanto na direção –, conversarão com as temáticas escolhidas.

Os *fragmentos*, juntamente com os *mosaicos* (materiais como músicas, poesias, fotografias, frases, citações, textos de livres associações, dentre outros), que são produtos da criação de outros, foram escolhidos com a função de fazer parte da (des)composição estética desta escrita, uma vez que ensejam as mais finas sensações inspiradoras.

Finalmente, mas não menos importante, trago para elucidação mais dois elementos – que também estão inspirados em Galeano – para atravessar o trabalho em toda sua extensão: *as notas sentipensantes* – um neologismo utilizado para nomear as notas de rodapé, que são breves explicações deixadas ao fim da página, com o objetivo de esclarecer mais profundamente algumas questões. Não se encerram em uma dada verdade, apenas; servem de instrumento de informações complementares para ajudar na compreensão do percurso. E, *os títulos* do trabalho, que foram pensados de forma a trazer fluidez e leveza à escrita. Neste sentido, foram constituídas metáforas entre os assuntos abordados e a produção do autor, em um impulso para trazer movimento e musicalidade às palavras.

Assim, o que você verá a seguir são as memórias de uma viagem em que me lanço, compondo narrativas de minha própria experiência, a partir das ruas, do povo, da cultura, das cores e sabores de Cuba e do seu sistema de saúde.

Janela 1

O nascimento da Dissertação

Está vendo aquele mundo lá fora? Vai lá e conta

E finalmente chegou!

Era 17 de janeiro de 2015, um sábado, e o dia estava lindo. O sol brilhava e trazia consigo a brisa leve, aquela que nos faz refletir sobre as delícias e as dores que carregamos na alma ao longo da vida.

No aeroporto, a inquietação me consumia, mal conseguia disfarçar a ansiedade para a chamada do voo que nos levaria a Cuba.

Estávamos num grande grupo. Professores, estudantes, trabalhadores da saúde, mas, principalmente, idealistas que voavam em busca de um sonho há muito esperado. Rumo ao desconhecido e, inebriados em nossos pensamentos, logo nos perdermos uns dos outros dentro do avião.

Os lugares estavam todos ocupados, e ao acaso meu assento foi marcado ao lado da Professora Cristianne Rocha³. Na mesma fileira de bancos, próximo à janela, ao nosso lado estava um senhor com mais de oitenta anos. Elegantemente vestido – num terno alinhado e escuro e com uma boina preta, dessas que soldados usam – de barba bem-apanhada e de bigode, a única coisa que lembrava sua idade eram os poucos cabelos brancos que apareciam abaixo da boina. E a boina foi o que mais me chamou atenção! Era simples, sem ser simplória, e trazia consigo, por meio de tantos bótons apresentados com muito ufanismo, a história de Cuba.

O senhor, muito falante, não se conteve e, quando reparei, ele já estava num belo diálogo em espanhol com a Cris. Das palavras que entendi, porque falavam demasiadamente rápido para meu espanhol colegial, achei o assunto interessante, e perguntei: Cris, do que falam?

Ela, num curto espaço de tempo que o senhor lhe concedeu – porque queria falar (e como falava!), me explicou gentilmente: Rosane, trata-se de um senhor que participou do processo revolucionário, e hoje, apesar da idade, é militante numa organização social rural em Cuba.

Era inacreditável, nem havia chegado ao destino tão sonhado, e já me deparava com resquícios da sua história. Claro, com seus mais de 80 anos, o senhor havia vivido

³ Refiro-me à Professora Cristianne Maria Famer Rocha, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

em Cuba antes e depois da Revolução de 1959⁴, e era um dos tantos revolucionários que participaram da luta pela liberdade. Trazia em seus relatos as memórias dos momentos vividos, mas principalmente, o orgulho e a responsabilidade de ter sido protagonista do processo revolucionário. Era a lenda viva da história, mas também o cidadão em sua cidadania plena, demonstrando o amor pela pátria. Nele, percebi que o verdadeiro revolucionário é sim movido pelo amor.

O avião pousou e logo o senhor se perdeu entre os demais passageiros. Assim que coloquei os pés no aeroporto, comecei uma nova viagem. A partir dali, um misto de sentimentos tomou conta de mim! Meu olhar brilhava e cada detalhe me absorvia! Queria ver, saber e ouvir sobre tudo!

Tinha ouvido muitas histórias a respeito de Cuba, principalmente aquelas que trazem narrativas tendenciosas de forma negativa, como se as “verdades” fossem feitas de apenas um ponto de vista, ou fossem vistas apenas de um ponto. Então, a curiosidade era natural, afinal Cuba é um país singular!

Passamos pela alfândega, fiquei esperando os soldados, e nada. Passamos pela vigilância: mais uma vez, esperei por práticas conservadoras, diferente das dos demais países que visitei, e nada. Quando dei por mim, estava aguardando as malas e então me perguntei: Onde está aquela Cuba ameaçadora, sem liberdade, sem brilho que ouvimos nos discursos de tantos?

O som das malas rolando na esteira soava como música para meus ouvidos, de modo que o mundo lá fora já não era suficiente. Percebia que as pessoas falavam ao longe, e dentro de mim ecoavam meus questionamentos. Estava muito emocionada e, não por acaso, lembro-me de uma frase sobre a utopia: “Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a Utopia? Serve para isso: para continuar caminhando” (GALEANO, 1994, p. 310).

Minha mala chegou e, quando me dobrei para buscá-la, percebi que algo havia se modificado em mim.

Hoje sei: ali nasceu esta Dissertação!

⁴ A Revolução Cubana de 1959 será abordada com mais profundidade no capítulo 4 desta Dissertação.

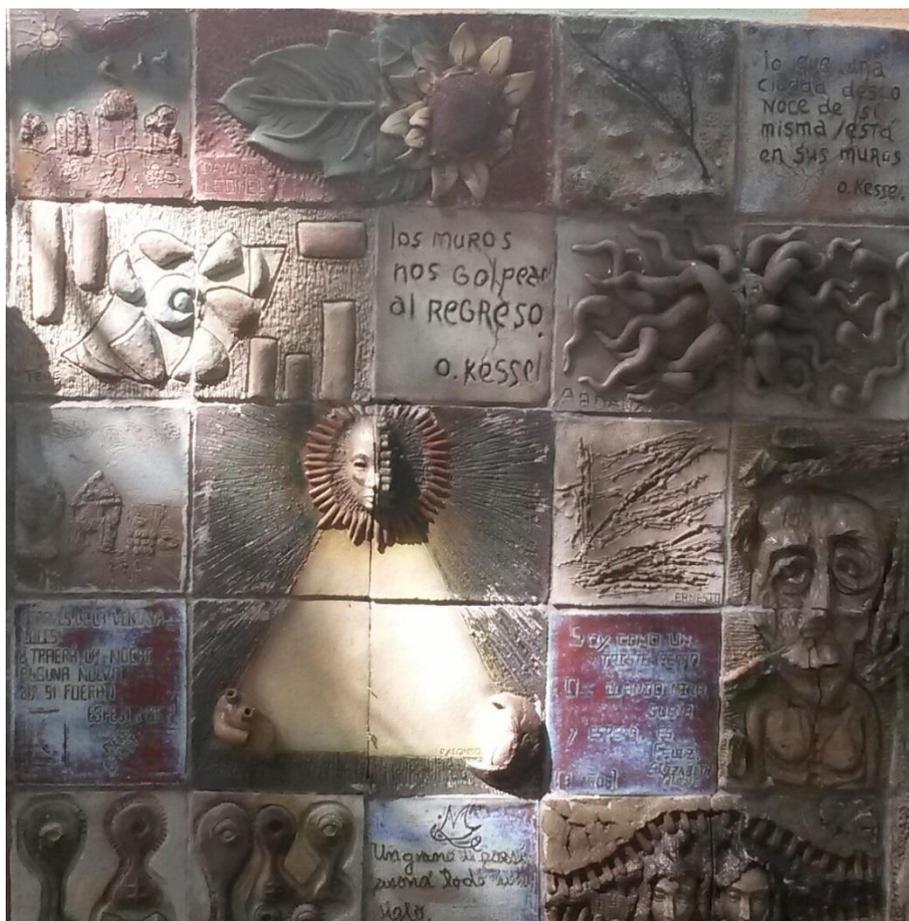


Figura 1: Muro de uma instituição visitada em Havana.
Fonte: Autora (2015).

Janela sobre a palavra (I)

Os contadores de história, os cantadores de história, só podem contar enquanto a neve cai. A tradição manda que seja assim. Os índios do norte da América têm muito cuidado com essa questão de contos. Dizem que quando os contos soam, as plantas não se preocupam em crescer e os pássaros esquecem a comida de seus filhotes.

(GALEANO, 1994, p. 9)

1. Conto histórias e nelas continuo a viver

Para que a gente escreve, se não é para juntar nossos pedacinhos? Desde que encontramos na escola ou na igreja, a educação nos esarteja: nos ensina a divorciar a alma do corpo e a razão do coração. Sábios doutores de Ética e Moral serão os pescadores das costas colombianas, que inventaram a palavra sentipensador para definir a linguagem que diz a verdade.
(GALEANO, 2015a, p. 119)

1.1 Com a palavra achei meu espaço no mundo

De repente estava eu ali, fazendo o inventário (da minha vida). Nele, registrava textos verbais e visuais – não meras comprovações do vivido, mas reproduções de memórias que evidenciam minhas criações de vida e produções de sentidos. Fotografias para além de meras descrições, lembranças de infância e canções que me fazem brincar com sua poesia, coisas que, em conjunto, me transformaram como na música *Caçador de Mim*⁵:

Por tanto amor, por tanta emoção
A vida me fez assim
Doce ou atroz, manso ou feroz
Eu, caçador de mim
Preso a canções
Entregue a paixões que nunca
Tiveram fim
Vou me encontrar longe do meu lugar
Eu, caçador de mim
Nada a temer
Senão o correr da luta
Nada a fazer
Senão esquecer o medo
Abrir o peito à força
Numa procura
Fugir às armadilhas da mata escura
Longe se vai sonhando demais
Mas onde se chega assim
Vou descobrir o que me faz sentir
Eu, caçador de mim

A vida me fez assim como?

Doce ou atroz, mansa ou feroz, filha de pais servidores públicos, nasci em Porto Alegre, onde estudei (do jardim de infância ao Ensino Médio) sempre em escolas

⁵ Letra de Sérgio Magrão e Luiz Carlos Sá (1981) e música de Milton Nascimento.

públicas. Vivi uma infância austera, mas feliz, vendo meus pais, apesar de pouca instrução formal, participarem ativamente dos problemas da comunidade em que estavam inseridos. Desde muito cedo, tive que assumir inúmeras responsabilidades, e tudo em minha vida sempre aconteceu de maneira muito precoce e intensa. Assim, em 1984, aos dezenove anos de idade, pelas mais diversas contingências da caminhada, ingressei, por concurso público, na Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Nesse mesmo período, já trabalhando, veio o casamento, e um novo modo de enfrentar as realidades.

Não obstante ter começado minha carreira profissional muito cedo, já tinha indícios do rumo que queria trilhar. E, então, o ingresso no serviço público não se apresentava como uma escolha meramente burocrática e de subsistência, era uma ponte para meus sonhos, uma missão. Assim, apesar do medo inerente à minha pouca idade, o ato de buscar espaços que me proporcionassem a possibilidade de ajudar as pessoas, além do cenário prático de aprendizagem, configurava-se como uma perspectiva muito positiva de futuro profissional.

Presa a canções e entregue a paixões que nunca tiveram fim, fui amadurecendo, técnica e psicologicamente, passando por vários projetos, setores e cargos de coordenação, onde vivenciei de maneira profunda a gestão financeira, orçamentária, de pessoas, de processos, de fluxos e de rotinas administrativas. Todos esses conhecimentos técnicos, experimentações e trocas ampliaram meus conceitos e fortaleceram minhas convicções de que a área pública havia me capturado. Portanto, fazer dessa descoberta uma escada para meu projeto de vida profissional seria o desafio da jornada. Nesse sentido, concomitantemente às descobertas e aprendizados, também entendi que para concretizar de maneira satisfatória o caminho, conseguindo maiores e melhores oportunidades, teria que procurar meios de me aperfeiçoar. Então, a fim de qualificar minha atuação como servidora pública, concomitantemente à caminhada de trabalho fui buscando qualificação acadêmica e, em 1989, estava formada em Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), o que me proporcionou a ocupação do cargo de diretora de licenciamento da Secretaria Municipal da Produção, Indústria e Comércio (SMIC). O posto era importante, mas não era suficiente e, em 1993, realizei novo concurso público, sendo então aprovada para o cargo de administradora. Em virtude do trabalho que desempenharia, e por solicitação do Secretário, fiquei lotada na própria SMIC.

Ainda insatisfeita, e já com dois filhos, que me motivavam a continuar pelo caminho do conhecimento, novamente busquei outra graduação, no intuito de complementar minhas práticas, visto que nesse momento eu representava a Secretaria em comissões, grupos de trabalho e projetos, inclusive nacionais. Então, em 1999, concluí o Bacharelado em Ciências Contábeis.

Com o tempo, fui percebendo que o trabalho que fazia na SMIC já não me bastava. Sabia que tinha mais a aprender, então *fui me encontrar longe do meu lugar* e aceitei o convite para ir trabalhar na Junta Comercial do Rio Grande do Sul (JUCERGS), no cargo de Secretária-Geral. Era um cargo de grande importância na hierarquia governamental, e, como tal, repleto de muitas responsabilidades; estava sob meu encargo toda a gestão financeiro-orçamentária, contábil, de pessoal, de material, de informática, bem como todas as tarefas inerentes ao registro mercantil. Foi um período instigante e desafiador, de muitas viagens de representação institucional, onde pude aprimorar muito meus conhecimentos de política, gestão e planejamento, mas, principalmente, tive a real percepção da ação dos atores e de sua articulação com os cenários políticos e econômicos, que constituíam – e ainda constituem – verdadeiros jogos de poder.

Ao retornar à Prefeitura, em 2003, passei a desempenhar as funções de diretora administrativa do Pronto Atendimento da Vila Cruzeiro Sul (PACS) e do Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes (CSVC). Com mais de oitocentos servidores sob minha responsabilidade, e em uma área totalmente nova, conheci o peso de gerir um setor tão crucial e provocador como o da saúde. Apesar do peso, fui seguindo, compreendendo que não havia *nada a temer senão o correr da luta*. Por mais paradoxal que pareça, naquela circunstância não havia nada *a fazer senão esquecer o medo*, e avançar.

O local era imenso, degradado, tanto pelas condições estruturais do prédio e dos equipamentos quanto pela desesperança que transbordava nos olhos das pessoas que lá transitavam. O equipamento de saúde, apesar de interligado, era dividido em dois ambientes: um que localizava o PACS e outro onde estava instalado o CSVC. A comunidade era muito pobre, as condições de trabalho dos funcionários, especialmente as do serviço de emergência, eram precárias em todos os sentidos. Faltavam insumos, materiais e equipamentos tecnológicos, mas, principalmente, humanização, tanto do sistema para com os profissionais, quanto de alguns profissionais para com os usuários. O vínculo entre usuários e equipe de saúde raramente existia, e a prestação de serviços à população, mesmo os mais elementares, tinha sérias deficiências. Era um contexto que quase não estabelecia laços interpessoais entre pacientes e profissionais. Em uma das minhas tantas visitas pelas dependências do serviço, fiquei observando a sala de espera do pronto atendimento. Ali avistei um usuário que já havia visto muitas vezes pelos corredores. Curiosa, perguntei ao pessoal da recepção: este usuário tem alguma doença crônica, ou algum problema que justifique seu retorno constante ao PACS? Ao que o

recepcionista me respondeu: não, ele vem sistematicamente aqui para comer o lanche, pois é muito carente.

Eram as produções de vida e os modos de estar no mundo (des)praticando normas!⁶

No decorrer do desempenho desta atividade, aprendi muitas coisas, e dentre elas (talvez uma das mais importantes) que, por mais que tenhamos boa vontade, empatia, e por mais que sejamos bem-intencionados, conhecer as técnicas e ferramentas, bem como dominar os saberes e os cenários que envolvem a área em que estamos trabalhando, é fundamental para atingirmos resultados satisfatórios. Nem só atributos pessoais, nem só o domínio de conhecimentos e técnicas de uma única área de conhecimento: o mundo do trabalho na saúde mobilizava capacidades profissionais transversais à formação.

Percebi que trabalhar com a gestão é uma tarefa complexa. É estar permanentemente em um “entres”, tensionando os colegas a fim de que o trabalho seja efetuado e, ao mesmo tempo, pressionando a gestão municipal para melhorar as condições de trabalho e de atenção à saúde. Mas, também percebi, que a grande vantagem de estar nesse “entres” é que os encontros produzidos com os tantos atores envolvidos me desacomodaram, causando um “desmanchamento” nunca sentido antes. As histórias/estórias de vida das pessoas que encontrei na jornada se entrelaçam com a minha, e quando me dei conta já não era a mesma.

Todos os dias, durante o tempo em que estive à frente da coordenação daquele serviço, usava minhas manhãs para caminhar pelos corredores do PACS e do CSVC. O PACS, dentre tantos serviços, fazia atendimento de emergência psiquiátrica, sendo, à época (2005), o único local de entrada (porta aberta, com atendimento 24 horas) para este tipo de serviço na Região Metropolitana de Porto Alegre. Tendo condições físicas limitadas a nove leitos, por vezes tinha pacientes excedentes, em precárias condições de atendimento (inclusive, por demanda judicial). Em uma destas visitas, entrei na sala de pré-atendimento, quando fui interpelada por uma médica psiquiátrica, que em um tom rude me questionou: quem é a senhora? Ao que respondi: sou a administradora do posto e estou fazendo uma vistoria de rotina, conhecendo os espaços do serviço. Ela, em um tom de surpresa e meio sem jeito, me disse: trabalho neste posto há mais de vinte anos e nunca tinha visto uma administradora na área da assistência!

Refleti: Como podemos fazer um trabalho multidisciplinar se não conhecemos o cenário em que trabalhamos e as características que o compõem?

⁶ Estas narrativas são de autoria da pesquisadora e serão utilizadas ao longo desta Dissertação com o objetivo de me/nos ajudar a melhor compreender as realidades vivenciadas.

Passados dois anos do início daquela viagem nova, inusitada e instigadora, onde algo já começava a me desassossegá-lo, recebi a notícia da morte do meu esposo. Era a vida me trazendo notícias de que não havia outro caminho; precisava, necessariamente, olhar com novas lentes para o mundo que agora se apresentava.

A dor da perda, aquela instituição, a vulnerabilidade daquela comunidade, as pessoas e o território vivo⁷ que experimentei me sensibilizaram de tal forma que compreendi: apesar de estar fazendo o meu melhor, e apesar das minhas boas intenções, dos muitos anos de experiência no serviço público e das várias funções que já havia desempenhado ao longo de minha vida profissional, ainda faltava algo que pudesse potencializar mais o trabalho.

Ao sair do PACS, fiquei mais um tempo coordenando a higienização do Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre e, durante esse período, fiz o Curso de Especialização em Gestão de Saúde Pública. Quando retornei à Secretaria Municipal da Fazenda (SMF), minha Secretaria de origem, trabalhei no Setor de Licitações, onde inclusive intensifiquei a interface com a saúde, através da compra de materiais e serviços para a área. Atualmente, ainda desempenho minhas funções na SMF, em uma área financeiro-tributária.

1.2 Pelo caminho, as palavras me despertam: não me permito mais voltar

Desde então, a saúde insistiu em me acompanhar, pois era evidente que a desconstrução e ressignificação, acontecidas nas vivências do PACS, por *tanto amor, por tanta emoção*, tinham modificado a minha maneira de enxergar a vida e os modos de produzir saúde. Agora não existiam mais certezas, e, aquela fórmula de senso comum onde perguntas são seguidas de respostas, já não mais me preenchiam. Portanto, era urgente ir em busca de caminhos que fizessem meu coração bater mais forte. Assim, depois de mais de trinta anos trabalhando com gestão pública, e, próxima de minha aposentadoria, percebi que o importante era dar vazão às dúvidas e não ao saber, e que as inquietudes seriam alavancas para colocar em prática a vontade desmedida e incessante de crescer e compartilhar com o outro.

⁷ O conceito de território mais adotado pelas abordagens da Saúde Coletiva é aquele derivado do pensamento de Milton Santos (1996), que o entende como um conjunto indissociável de objetos e ações, em permanente interação, possibilitando aos atores sociais a construção diferenciada de significados, isto é, as emanações sociais moldam o território (SANTOS, 1996).

Nesse contexto, a experiência adquirida no PACS apontava o caminho, e a saúde, em sua visão mais ampla e integral, era o campo que realmente me instigava a começar essa nova etapa da minha vida.

Com essas muitas dúvidas, decidi *abrir o peito à força numa procura* em busca de cursos na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que estivessem inseridos nesta área. E foi assim que cheguei ao processo seletivo de reingresso de diplomado do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva.

Após um processo seletivo muito disputado, onde tive a oportunidade de mostrar de forma simples e direta sonhos, anseios e “desacomodações”, adquiridos ao longo das tantas práticas profissionais, embarquei na “nau” da Saúde Coletiva, em busca de suas riquezas e conhecimentos, rumo a uma viagem sem volta. Agora, as palavras de ordem eram/são “transgressão”, “assumir riscos”, “permitir-se”, me fazer partir, pois nesse momento da minha caminhada a construção do saber não podia mais ser burocrático. Segundo Nóvoa (2015a), sem transgressão não há descoberta, não há criação, não há ciência, eu acrescentaria, sem viagem não há conhecimento.

Não foi por acaso que o tempo de exercício de trabalho foi consolidando minha escolha; tampouco era a expectativa de um contato com algo absolutamente novo. A Saúde Coletiva foi pipocando à minha volta durante o tempo de exercício profissional. O convite do novo Curso colocava minha experiência em diálogo com outros conhecimentos, com outras formas de produzir conhecimento. Nesse momento (2011), além da gestão, eu me ocupava também das inquietudes de estudante, ou seja, não mais apenas da necessidade de saber, mas também da oportunidade de perguntar.

O começo foi muito difícil, e precisei *fugir às armadilhas da mata escura*, pois, egressa de duas graduações de “escolas tradicionais” e duras, onde o modelo de ensino se apresenta teórico e fragmentado, conheci um Curso dinâmico, onde os conceitos são trabalhados de maneira transversal, e o conhecimento não está pronto: está em constante movimento, e é construído entre todos os atores envolvidos no processo de aprendizado. Mas não desisti. Como foi uma viagem escolhida, querida, percebi que mais que olhar para fora, para as dificuldades, precisava escutar meu coração, pois sabia que a resposta estava dentro de mim.

Como bem o disse Nóvoa (2015a, p. 14), “sem coragem não há conhecimento”. Acredito que comigo foi – e tem sido – assim. Desde os primeiros dias da graduação,

dediquei-me totalmente ao Curso, participei de atividades extracurriculares, extra-acadêmicas e extramuros que contribuíram e enriqueceram muitíssimo a minha formação.

Isso, é claro, sem contar a base para o voo, a sala de aula, onde aprendi tanta coisa, vivi tantos sentimentos, e onde efetivamente entendi, através das várias metodologias, que por mais que dominemos muitas técnicas, se não tocarmos as almas humanas, a caminhada terá sido vazia, sem sentido.

Todas essas experiências foram fundamentais na minha trajetória, mesmo tendo mais apreço por umas do que por outras, não sei pesar se alguma foi mais significativa. O fato é que andaram juntas ao longo de toda a minha formação, e que sem elas a viagem não teria sido completa e especial como foi até o momento.

No final da graduação, com uma bagagem mais consistente, adquirida ao longo do Curso e de minha caminhada profissional, já tendo experimentado um estágio curricular intenso, minha mente fervilhava, permitindo-me rever muitos valores. Mas também me fez olhar para a vida como um todo, e entender que a saúde e a doença estão inseridas em um contexto social, psíquico, político, antropológico, que vai para muito além do biológico; fez-me compreender, a partir das vivências, que diversidade deve ser respeitada; fez-me perceber que cada ser humano (que é único) precisa ter seu lugar garantido no sistema de saúde, mas também no mundo; fez-me acreditar que o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de todos os seus desafios, é valioso.

Contudo, fez-me refletir que, se *longe se vai sonhando demais*, só a graduação na área da saúde não seria o suficiente, pois para viver a saúde e a vida, ter minha cidadania plena e ser um sujeito implicado com a sociedade, precisava continuar minha viagem pela Saúde Coletiva. *Mas aonde se chega assim?* Foi assim que cheguei à decisão de participar do processo seletivo para o Mestrado, *onde vou descobrir o que me faz sentir Eu, Caçador de mim.*

Janela 2

Do que mesmo quero falar

A memória guardará o que valer a pena

O sonho se tornou realidade!

Chegamos a Cuba quando já era noite, mas apesar do cansaço e da escuridão nada escapava aos meus olhos atentos. Já com as malas na mão, começamos a perceber as singularidades do país.

Do lado externo ao Aeroporto de Havana fomos trocar nossos dólares pela moeda nacional. Mas qual delas? Afinal, Cuba possui duas moedas⁸! Depois de entendermos que os turistas só transitam pelo país com pesos conversíveis (CUC), fomos ao pátio aguardar o transporte que nos levaria à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSAP), local onde faríamos o “Curso de Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar”.

Acomodada na velha Van, veículo que nos conduziria até a ENSAP, e tomando uma coca light, comprada no saguão do aeroporto, pus-me a observar as ruas. Entre um outdoor e outro, as mensagens ufanistas sobre a liberdade e os triunfos trazidos pela Revolução. Naquele momento, ainda não sabia, mas os cubanos defendem com unhas e dentes as suas conquistas sociais, que em suas conversas cotidianas chamam de “logros” (da Revolução). Então me peguei a refletir: que Cuba é esta?

Aos poucos, fui me apropriando desses contrastes entre coisas muito modernas e outras mais antigas; entre a escassez de alguns produtos, dentre eles, a comida, e a fartura de outros, como os charutos cubanos, oferecidos por muitos nos mais diversos locais; entre os luxos para alguns poucos, como nos restaurantes e grandes e modernos hotéis, e a falta do básico para muitos. Eram visíveis os sinais de mudança – como comprar coca light – mas também notório o estrago causado pelo embargo econômico dos Estados Unidos.

Entretanto, apesar das limitações econômicas vivenciadas pelos cidadãos cubanos, e talvez justamente em função disso, aprendi muito sobre os modos de “inventar a vida” em Cuba.

Finalmente, depois de algum tempo transcorrendo as ruas de La Habana, chegamos à ENSAP, local onde ficaríamos hospedados pelo período de realização do Curso.

⁸ Em Cuba, existem duas moedas: o peso cubano (CUP), que seria o dinheiro do “povo” cubano, e o peso conversível (CUC), que seria a moeda dos turistas e que tem valor equivalente ao do dólar americano (informação extraída das visitas e conversas com os funcionários e usuários das casas de câmbios).

No início, foi um curso como tantos outros; contudo, à medida que as visitas se sucediam, que o sistema ia sendo descortinado e que interagíamos com a população, mais eu me cativava. Impossível não se sensibilizar com a forma segura, detalhada e implicada com que cada cidadão descrevia a história, a cultura e a saúde do seu país. Logo, percebi que aquele universo havia me capturado.

Os locais visitados eram os mais diversos – de saúde, socio sanitários, de participação popular –; entretanto, o olhar de corresponsabilidade que o povo cubano tem para si ao falar da organização do sistema e do lugar que cada um ocupa na sociedade era idêntico para todos.

Em Cuba, ouvi idosos dizendo que desenvolver qualquer trabalho carece de tempo e de amor. Jovens estudantes falando de sua missão, motoristas de táxi descrevendo suas comunidades e instituições, como o quintal de sua casa, artistas de rua orgulhosos de sua terra.

Todas essas impressões/sensações me encantaram! O país me instigou! Como não querer conhecê-lo mais profundamente?

Cuba está para além das lindas praias Caribenhas. É um país a se desbravar em sua essência, não só por suas peculiaridades, mas também pela forma de se relacionar com “os mundos”, o interno e o externo. Essas e outras tantas interrogações me levaram a refletir sobre como e por que isso poderia ser relevante para um projeto de pesquisa.

Voltando ao Brasil, perguntei-me: Que temos aqui que não vi por lá? Que temos por lá que não vejo aqui? O que temos aqui e lá? Como o de lá se junta com o daqui? E em que isso me desassossega?

Assim, contaminada por essas questões, pensei: por que escrevo e o que quero escrever? E me dei conta de que quando optei por escrever, assumi a responsabilidade de dividir com as pessoas o meu melhor e de encontrar palavras que sejam capazes de levar os tantos “brilhos de olhares” encontrados/encantados pelo caminho, para que os que quiserem (ou que tiverem contato com este texto) tenham a possibilidade de conhecer.

Então, falar/descrever/narrar sobre o serviço de saúde cubano, bem como das (in)singularidades que tecem as suas redes, foi a maneira que encontrei para (re)viver aquele turbilhão de informações/sensações, a partir da certeza de que escrever serve para alguma coisa!



Figura 2: Cuba e suas imagens.
Fonte: Autora (2015).

Janela sobre a cidade (II)

Estou sozinho na cidade estrangeira, e não conheço ninguém, e não entendo a língua que falam. Mas alguém brilha, de repente, no meio da multidão, como de repente brilha uma palavra perdida na página ou uma graminha qualquer na cabeleira da terra.

(GALEANO, 1994, p. 299)

2. Enquanto houver questionamento, continuarei a escrever

Caminho e dentro de mim também caminham as palavras, à procura de outras palavras, para contar histórias que elas querem contar.
(GALEANO, 2016, p. 211)

O ingresso no Mestrado, em julho de 2015, a participação como pesquisadora voluntária no projeto de pesquisa denominado “Análise Comparativa de Sistemas Nacionais de Saúde Baseados em Atenção Primária”⁹ e, principalmente, a oportunidade de conhecer serviços, estratégias e políticas do sistema de saúde cubano através da participação no “Curso de Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar”, em La Habana, Cuba, no período de 19 a 30 de janeiro de 2015, permitiram-me refletir criticamente sobre a premissa de que apenas trabalhadores da área da saúde podem promover ações e realizar atividades sanitárias.

O Curso, organizado e oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSAP), do Ministério de Saúde de Cuba (MINSAP), teve como objetivos: identificar a aplicação dos princípios e metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) no sistema de saúde cubano, além de fortalecer as habilidades e práticas interdisciplinares no Programa de Atenção Primária em Saúde, para a atuação nas Estratégias de Saúde da Família e da Comunidade. E, ainda, abordar o reconhecimento do modelo de atenção primária cubano, assim como promover as vivências e contribuições interdisciplinares nas suas respectivas esferas.

A ENSAP, mesmo sendo um grande centro de referência para a formação na área da saúde, era um local simples. Os dormitórios eram compartilhados e os móveis muito antigos. Alguns destes quartos possuíam banheiros em seu interior. Em outros, contudo, os banheiros se localizavam no corredor e eram compartilhados a cada dois ou três quartos. Às vezes, faltava água. A dieta era muito diferente da nossa, não só pela cultura, mas principalmente pela escassez de alimentos, visível tanto na quantidade, quanto pela qualidade. Entretanto, o que mais nos chamou atenção foi a dificuldade de acesso à internet, o que limitava muito a nossa comunicação com o mundo.

Quando ingressamos na ENSAP, recebemos senhas individuais para utilizar a internet. A Escola possuía um limitador de capacidade e de tempo, que logo percebi ao aguardar por mais de duas horas para que a conexão se efetuasse (em algumas ocasiões,

⁹ O Projeto já foi referido no Prefácio (*De onde vêm as brechas nas janelas?*).

nem conseguia). Então, me perguntei: como será que uma instituição tão reconhecida na área de formação se constitui sem possuir ferramentas essenciais para a pesquisa-ensino neste mundo onde a tecnologia se faz tão presente? Os indícios para a resposta a essa pergunta viriam ao final do Curso, sendo inclusive um dos fatores que me levaram a escolher o objetivo desta Dissertação.

O primeiro dia de Curso já foi decisivo para perceber a intensidade do mesmo. As aulas iniciavam às 8h, e como “bons brasileiros”, alguns de nós – eu, inclusive – chegaram cerca de cinco ou dez minutos atrasados. Foi o que bastou para conhecermos como se daria o Curso, assim como nossa estada em Cuba. A direção da ENSAP estava toda presente, de maneira muito formal, sem, entretanto, deixar de ser agradável – aliás, como aconteceu ao longo do Curso – recebeu-nos de maneira contundente: aqui somos pontuais, trabalhamos com organização e nossa palavra de ordem é a disciplina, portanto, a partir de hoje nossas aulas começarão pontualmente no horário determinado. Mais uma vez, a maneira de agir do povo cubano estava presente nas minhas reflexões e este episódio também serviu como embasamento para minhas escolhas.

O Curso, com particular enfoque à promoção da saúde, participação social, saúde materno-infantil, saúde ambiental, saúde mental, gestão e planejamento da atenção à saúde, formação e gestão do trabalho em saúde, desenvolveu-se com uma dinâmica bastante heterogênea, que mesclava atividades em sala de aula (algumas mais gerais sobre a Revolução Cubana, o Sistema Nacional de Saúde, e outras mais específicas, sobre as políticas de saúde mental ou de cuidados com a “maior idade ou adultos maiores”) e outras com visitas aos serviços de saúde ou espaços/equipamentos de promoção, educação e participação social, tais como: Consultórios de Médicos e Enfermeiras de Família (CMEF), Policlínicos Universitários, casa dos avós, lar materno, unidade de promoção de saúde e promoção de enfermidades (HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmitidas – ISTs), centros especializados (diabetes, saúde mental), dentre outros.

As aulas, tanto as teóricas quanto as práticas, apresentavam-se por meio de um fio condutor muito forte: o “brilho no olhar”¹⁰! Aqui, uma dentre outras respostas para alguns dos meus questionamentos! “Brilho no olhar” que os profissionais deixavam transparecer ao falar de seu trabalho, do seu sistema de saúde, mas, principalmente, do seu país, e da forma como a Revolução foi um divisor de águas na vida dos cubanos.

¹⁰ Quando os/as cubanos(as) descreviam o sistema de saúde e a forma como o mesmo está associado à estrutura organizacional do país como um todo, percebia-se que seus olhos emanavam uma expressão muito profunda de orgulho e de amorosidade pelo seu fazer.

O ponto alto do Curso, para mim, foi a visita aos serviços de saúde.

Chamou-me atenção o funcionamento articulado entre os serviços especializados e as Equipes de Médico e Enfermeiras de Família. São profissionais que estão muito próximos das comunidades e, ao mesmo tempo em que têm seu trabalho reconhecido pelo povo, primam por defender de maneira enfática e, por vezes, ufanista o modelo de atenção baseado em Atenção Primária à Saúde (APS), considerado fundamental para a garantia da melhor qualidade do cuidado oferecido. Também foi importante conhecer as estratégias que os serviços utilizam para obter os indicadores de saúde que têm e, ainda, intercambiar com os próprios cubanos (sejam trabalhadores, professores, usuários ou a população em geral).

Nessas visitas aos serviços e outros equipamentos socio sanitários, percebemos que a redução da mortalidade e o aumento da expectativa de vida estão fortemente assentados no processo de descentralização dos serviços de saúde, ainda que, conforme Lorenço e Ruiz (2014), Cuba tenha experimentado, nos últimos cinquenta anos, muitas tensões relativas ao baixo crescimento econômico.

O Curso foi rico de muito aprendizado. Nesse período, percebi que a saúde é um bem muito caro em Cuba, não apenas por sua qualidade, mas pela amplitude da qualidade. Esse sentimento ficou mais franco quando entrei em um serviço de saúde e, na parede com a tinta já desbotada pelo tempo, eu vi a seguinte frase: “mais vale a vida de um ser humano do que todo o ouro do homem mais rico do mundo: Che”! Encantei-me!



Figura 3: Serviço de saúde cubano com a frase de Che Guevara.
Fonte: Viomundo, 2013.

As atividades desenvolvidas junto à ENSAP e aos profissionais dos serviços visitados aproximaram-nos do contexto do Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano e proporcionaram a conversa entre as duas realidades, a brasileira e a cubana. Assim, ao final do Curso, os participantes foram divididos em três grupos, a fim de que, a partir de temáticas indicadas pelos professores e pela Coordenação do Curso, pudessem comparar a realidade do Brasil com a cobertura do direito universal, das políticas públicas e dos programas priorizados em Cuba, considerando a realidade conhecida e a experiência obtida no país.

O Seminário de fechamento do Curso despertou em mim questões que dialogaram com a provocação trazida por Nóvoa (2015b), de que “a escolha do tema de uma investigação não deve se dar por catálogo ou mera conveniência, deve ser procurada dentro do pesquisador e através dos problemas que o inquietam” (p. 24). Assim, mesmo tendo efetuado a viagem a Cuba sem sequer pensar que um dia ela pudesse resultar na minha própria Dissertação – já que, naquele momento (janeiro de 2015), eu não havia ainda ingressado no Mestrado – a perspectiva de falar/descrever/narrar e analisar o SNS cubano – baseado na APS – tomou corpo. Era como se o meu desejo, por meio do problema de pesquisa, operasse como síntese da minha própria trajetória, não como uma história de vida, mas como potência para aprender sobre saúde.

Nesse sentido, a partir dos sistemas nacionais universais com foco na APS, e com o intuito de contribuir para a proposição de políticas que favoreçam a criação de estratégias inovadoras, com vistas à melhoria, ampliação e qualificação do acesso da população à atenção à saúde, considerei pertinente narrar a experiência vivida junto ao sistema de saúde cubano, a fim de analisar os processos vigentes e problematizar as maneiras pelas quais lidam com as fragilidades, potencialidades e desafios.

Entretanto, elaborar uma Dissertação onde o objeto está imbricado com sua experiência é um grande desafio teórico-metodológico, pois estar o autor implicado na própria pesquisa não se constituiu como algo que tranquiliza – pelo contrário, inquieta, uma vez que nos vemos também imersos dentro das formações discursivas que interrogamos. Isso gera enorme responsabilidade, pois compreender que minha pesquisa é implicada levou-me a admitir que “o saber não é feito para consolar”, sendo algo que “decepciona, inquieta, secciona, fere” (FOUCAULT, 2000, p. 255).

Contudo, por ocasião da Banca de Qualificação, quando saí do universo de pesquisadora implicada que, por vezes, não me permitia perceber coisas óbvias da

condução da pesquisa, e me coloquei como recebedora dos novos, colaborativos e necessários olhares, dispostos a ajudar na ampliação do meu campo de visão, percebi “que quando a gente abre os olhos, abrem-se as janelas do corpo e o mundo aparece refletido dentro da gente” (ALVES, 2008a, p. 121). Cada membro da Banca, como se esperava, apareceu com o olhar mais direcionado para uma determinada área, a partir das suas experiências e conhecimentos; entretanto, todos tinham algo em comum: potencializaram meu “desassossego”, sem deixar, todavia, de reconhecer ou recomendar cuidados às possíveis limitações, visto que todo saber sempre está em vias de se fazer.

As afetuosas sugestões de caminhos, os sinceros convites a novos olhares e reflexões, com indicativos de leituras e suaves caixas de ferramentas, bem como a disponibilidade para a “escutatória” em comunhão (“quando a beleza do outro e a beleza da gente se juntam num contraponto” (ALVES, 2008b, p. 65) – da Banca de Qualificação), adjetivaram positivamente esta pesquisa, a tal ponto que ela se reformulou completamente.

Então, partindo do projeto e da ajuda inestimável da Banca, quando comecei a escrever as *narrativas-relatos de experiência*, percebi que, à medida que refletia, descrevia e narrava sentia os efeitos que cada espaço causou em mim. Novamente, acessei aqueles territórios, aqueles atores e a organização daqueles serviços, a partir das recordações. Isso me trouxe pistas de como prosseguir e do que me acompanharia na viagem. Como será visto/lido ao longo deste trabalho, meu olhar se abriu em *janelas*, a partir dos impactos e dos estranhamentos que algumas micropolíticas do cuidado/cotidiano causaram ao transitar por aqueles serviços/equipamentos.

Assim, esta Dissertação tem como recorte o Sistema Nacional de Saúde de Cuba e, como objetivo, analisar, por meio das *narrativas-relatos de experiência*, os *Hogares Maternos*, e a Participação Popular em Cuba. Para fazer esta análise, fiz-me acompanhar pela reflexão de alguns conceitos de Michel Foucault, especialmente daqueles ligados à biopolítica, à governamentalidade e ao panóptico.

Outro fator a ser destacado é que não busquei narrar unicamente a organização dos *Hogares Maternos*, da Participação Social e das estruturas que os compõem, uma vez que esses elementos são apenas parte do conjunto dos fenômenos que integram o SNS cubano. Para que essas estruturas possam adquirir relevância, têm que estar inseridas na dinâmica do sistema de saúde analisado como um todo. Dessa forma, outros elementos -

tais como, a história, a geografia, a cultura – da conjuntura cubana também foram considerados.

O texto, além do prefácio, intitulado *De onde vêm as brechas nas janelas?* - onde faço a apresentação desta Dissertação, e seus elementos estruturantes - foi subdividido em oito capítulos.

O capítulo 1 tem como título *Conto histórias e nelas continuo a viver*, e é composto por duas seções: Em *Com a palavra achei meu espaço no mundo*, apresento alguns aspectos da minha trajetória de vida, pessoal e profissional. Na seção nomeada *Pelo caminho, as palavras me despertam: não me permito mais voltar*, abordo alguns aspectos da minha vida acadêmica e a forma como cheguei à Saúde Coletiva e ao Mestrado.

Enquanto houver questionamento, continuarei a escrever é o título do capítulo 2, que destaca os motivos que me levaram a escolher o Sistema Nacional de Saúde Cubano como o tema desta Dissertação, bem como os objetivos propostos para a pesquisa.

No capítulo 3, que tem como título *Andei de um lado para outro e perder-me foi o caminho: voos possíveis*, conto como descobri minhas ferramentas de pesquisa e os caminhos que percorri para desenvolver esta Dissertação, a partir de três seções: *Palavras para melhorar os olhos: enfim uma brecha*, falo da metodologia da pesquisa e da minha implicação enquanto pesquisadora. Em *Ajuda-me a olhar: afinando os sentidos*, relato como os livros de Eduardo Galeano me capturaram e por que o utilizo como disparador da minha escrita narrativa. Em *Narrativa, para que te quero*, apresento um pouco da arte do narrar, e por que escolhi as *narrativas-relatos de experiência* como meu objeto principal de análise.

O capítulo 4, *Um contador me contou um conto: um pouco da história da APS e do Sistema Nacional de Saúde Cubano*, é desenvolvido em duas seções: *Quero contar a vocês a saúde e a APS*, onde faço uma contextualização histórica da atenção primária à saúde e da saúde. Em *Condenem-me, não importa, a liberdade me contará: sobre Cuba*, apresento como o sistema de saúde cubano foi sendo construído ao longo do tempo.

Na sequência está o capítulo 5, que tem como título *Cuba e seu sistema de saúde em imagens e cores*. Ele retrata, a partir de fotografias, os diversos contextos das ruas, cores e sabores de Cuba e do seu sistema de saúde. Este capítulo está dividido em 4 seções: *A saúde*, onde mostro um pouco do sistema de saúde cubano, *A cidade*, em que apresento um pouco do espaço urbano e da história cubana. Em *Cores e Sabores*, descortino um pouco da essência, da cultura e do povo de Cuba. E, por fim, a seção onde faço *Um convite ao voo*

e um chamado a reflexão sobre a possibilidade de outros mundos, a partir do poema de Eduardo Galeano.

Depois de apresentar a história cubana e viajar por suas ruas, no capítulo 6, de nome, *Agora vou te contar umas histórias... Sobre a organização do sistema de saúde em Cuba*, aponto a organização do sistema de saúde cubano. Esse capítulo é composto por duas seções: *Histórias para serem contadas... Recorrido pelos serviços de saúde cubanos*, onde relato, por meio de narrativas, as visitas feitas a alguns serviços de saúde cubanos; e *Histórias que abraçam o mundo... As cooperações e as missões internacionais*, onde conto um pouco da história do internacionalismo cubano pelo mundo.

No capítulo 7, intitulado *Para finalizar, uma confissão: preciso abrir janelas, algo me (des)acomoda*, apresento minhas reflexões e análises sobre os *Hogares Maternos* – um serviço do sistema de saúde cubano – e sobre a Participação Popular em Cuba. Esse capítulo está dividido em duas seções, que, por sua vez, desmembram-se em duas subseções. A seção *Hogar Materno: embalando a vida* apresenta a subseção *Hogar Materno: o lado oficial da história*, que descreve o equipamento sob a ótica oficial, de acordo com os documentos governamentais; e a subseção *Hogar Materno: (des)acomodação para além do oficial*, onde narro a visita efetuada, e analiso o serviço a partir dos conceitos foucaultianos das relações de saber-poder e da biopolítica. Já a seção *Histórias da Participação Popular cubana* é composta pela subseção *Participação Popular cubana: nada fora do controle*, onde faço uma breve retrospectiva sobre o sistema eleitoral cubano e suas formas de participação; e pela subseção *O panoptismo da cidadania em Cuba*, onde analiso o controle do Estado sobre os mecanismos de Participação Popular, com auxílio dos conceitos foucaultianos de governamentalidade e panóptico.

Para finalizar, apresento o capítulo 8, sob o título *No porta-retratos um tempo transpira até que novas histórias sejam contadas*, onde apresento minhas (in)conclusões sobre esta Dissertação.

Janela 3

**Narrativas-relatos de
experiência**

O vento me contou: somos feitos de histórias

Quando penso no processo de construção desta viagem, em busca de pistas metodológicas, a primeira palavra que me vem à mente é: TECER.

Tecer, “retecê”, voltar a tecer! Os tipos de fios que fizeram minha “colcha de retalhos” foi o que menos importou.

A arte de criar cada um dos textos, compor as narrativas da própria experiência e depois tecê-las com a leveza e suavidade que os encontros e desencontros desencadearam ao longo do processo foi o que trouxe a magia da escrita, já que o passado veio ao presente, e este, imbricado com o passado, foi seguindo seu curso.

As cores e os sonhos gerados da escrita – e do resultado que a leitura da mesma gerou em mim – foi encantador. Fez-me compreender que, apesar do resultado ser importante, o que realmente merece cuidado e olhar de ver é o caminho.

Em cada exercício da procura das pistas metodológicas, a viagem para muitos mundos! Não existia a procura por respostas, mas pontes entre a busca e a intercessão, entre a ação e a imagin(a)ção.

O ver-se, o ouvir-se, o sentir-se, mas principalmente o mais genuíno dos sentimentos, o habitar na sutileza das emoções e dos afetos. Porque a viagem da escrita, feita de forma sentida e vivida, é viagem sem volta. Afinal, como diria Mia Couto: “o escritor não é apenas aquele que escreve. É aquele que produz pensamento, aquele que é capaz de engravidar os outros de sentimento e de encantamento”¹¹.

E o encantamento foi o que me fez seguir!

Ao recordar, percebi que minhas memórias passavam novamente pelo coração. Não era só a arte do contar que apenas organiza os sentidos em retrospectivas, mas o movimento duplo de quem conta com o coração. Ao procurar as pistas de como dizer da minha caminhada percebi que “a vida não é a que a gente viveu, e sim a que a gente recorda, e como recorda para contá-la” (MARQUEZ, 2003, p. 5).

Assim, a escrita tornou-se tão leve! Os livros inter(agiam) comigo como verdadeiros confidentes. Precisava deles, e senti que eles já não eram letras mortas,

¹¹ Trecho da intervenção na cerimônia de atribuição do Prêmio Internacional dos 12 Melhores Romances de África, Cape Town, julho de 2002, publicada sob o título “Que África escreve o escritor africano?” COUTO, Mia. **Pensatempos**. Textos de opinião. 2. ed. Lisboa: Caminhos, 2005. p. 59-63. Disponível em: <<http://mia-coutiando.blogspot.com.br/2011/10/palavras-de-mia-couto.html>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

criavam vida a partir de mim. Por isso, como os bons contadores de histórias, que procuram vestígios, fui à busca de pegadas “da memória perdida, do amor e da dor, que não são vistas, mas que não se apagam” (GALEANO, 2015b, p. 13).

Das narrativas nascidas dos encantos e desse engravidamento de afetos e palavras, percebi que, a cada dia, mais e mais, sinto necessidade de lutar contra os mundos pequenos e finitos, onde não existe espaço para sonhos, porque o mundo da escrita que hoje habito só tem sentido se me ajuda a ver o mundo com cores diferentes, sem pretender prontas verdades.

Nesse estado de inquietude, e como que guiada pelo vento, que em seu sopro espalha sementes, conduz as nuvens, desafia navegantes, às vezes limpa, mas outra tantas suja o mar, sem, entretanto, perder a ternura, acariciando a vida, me questionei: por que não usar a alquimia das palavras e meus sentimentos para conduzir o processo de escrita da minha Dissertação?

Dessa pergunta, surgiram as narrativas-relatos de experiência!



Figura 4: Pintura de Jose Marí na parede de um hospital em Havana.
Fonte: Autora (2015).

Janela sobre a palavra (IV)

Magda Lemonnier recorta palavras nos jornais, palavras de todos os tamanhos, e as guarda em caixas. Numa caixa vermelha guarda as palavras furiosas. Numa verde, as palavras amantes. Em caixa azul, as neutras. Numa caixa amarela, as tristes. E numa caixa transparente guardas as palavras que têm magia.

Às vezes, ela abre e vira as caixas sobre a mesa, para que as palavras se misturem do jeito que quiserem. Então, as palavras contam para Magda o que acontece e anunciam o que acontecerá.

(GALEANO, 1994, p. 69)

3. Andei de um lado para o outro e perder-me foi o caminho: voos possíveis

A gente escreve sem saber muito bem por que ou para que, mas supõe-se que escrever tem a ver com as coisas nas quais a gente acredita da maneira mais profunda, tem a ver com os temas que nos desvelam.
(GALEANO, 2016, p. 240)

Ao longo do Mestrado, muitas vezes sentei para trabalhar, mas o silêncio me consumia. Para mim, o primeiro parágrafo sempre é o mais difícil, pois dele surge um texto que ora anda, ora desanda. Em muitos desses momentos, contei os minutos e as horas, mas a tela do computador, reflexo do meu desconforto interior, permanecia inerte, branca, vazia. Mas, como “um bom escritor é mais apreciado pelo que rasga do que pelo que publica” (MARQUEZ, 1992, p. 4), continuei e continuarei!

As orientações se sucediam, conversava com as pessoas, participava com os colegas do Grupo de Orientação/Discussão “Aberto”¹², buscando dentro de mim o processo que me constituiu enquanto profissional, acadêmica, mas principalmente como uma pessoa que se coloca sempre na condição de aprendiz, para a escrita e para a vida. Era como se algo me dissesse: “quando as palavras não são tão dignas quanto o silêncio, é melhor calar e esperar” (GALEANO, 2016, p. 242).

Foram meses nessa espera! Contudo, era uma angústia que não me paralisava, ao contrário, impulsionava-me a buscar alternativas. Com o entendimento de que a primeira condição para modificar a realidade é conhecê-la, saí atrás dos bons ventos. Aliás, ventos esses que só podem ser utilizados se compreendermos o rumo que queremos seguir. E não foi fácil! Apesar da dedicação e excesso de vontade, sentia-me como a ventania narrada por Galeano: “Assovia o vento dentro de mim. Estou despido. Dono de nada, dono de ninguém, nem mesmo dono de minhas certezas, sou minha cara contra o vento, a contravento, e sou o vento que bate na minha cara” (GALEANO, 2015a, p. 270).

Procurava fora o que estava dentro. Tudo estava ali, à minha frente, mas a cegueira, de quem está muito implicado com o trabalho, não me permitia enxergar o óbvio: para escrever com leveza, é preciso interagir com o que te faz levitar.

A primeira ideia me ocorreu quando, por acaso, entre tantas referências pesquisadas, veio parar em minhas mãos o artigo *Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde* (MEYER et al., 2013). Era o

¹² Proposta organizada pela professora Cristianne Maria Famer Rocha do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da UFRGS.

destino em sua mais fina ironia inundando minhas ideias e me encaminhando para marés com as quais conduziria minha escrita. O texto era lindo, leve e, mesmo propondo reflexões sobre as práticas de cuidado e de gestão em saúde, o que não se configurava como o objeto central da minha Dissertação, foi fundamental para a construção das pistas metodológicas.

O mais bonito desse processo foi a forma como aconteceu. Na busca, permiti-me, vibrei, voei, vivi! Quando abri a segunda página do artigo mencionado, e me deparei com o título *Da imensidão do mar das práticas de saúde* e com o conto de Eduardo Galeano *A função da arte/1* (GALEANO, 2015a), entendi que a escrita pode(ria) ser feita de maneira suave. E me emocionei! Agora já não mais a ventania de Galeano, mas a brisa leve que traz a sensação de paz e que desperta desejos.

E foi assim, a partir dos meus desejos, que fui descobrindo o prazer de escrever.

Desenhar a metodologia foi um dos momentos mais sublimes, pois, para além da busca por pistas metodológicas, o voo era uma nova experiência, onde vivi/o um processo de “desmanchamento” que me fez refletir sobre a vida e seus múltiplos sentidos.

Na (des)construção metodológica, inspirada nas palavras de Merhy (2004), percebi que todo processo de conhecimento é inacabado e desejante, e está sempre em um “acontecendo”. Mas percebi, sobretudo, que o caminho é tão ou mais importante que a chegada! Estava absorvida, capturada e tão feliz que “às vezes me sentia escrevendo pelo puro prazer de narrar, que é talvez o estado humano que mais se parece com a levitação” (MARQUEZ, 1992, p. 5). Nesse período, não precisei perguntar onde terminava e vida e onde começava a imaginação, porque me fiz parte do cenário.

3.1 Palavras para melhorar os olhos: enfim uma brecha

Passada a euforia de quem inicia a “nova viagem”, percebi a intensidade e a implicação que transborda do Mestrado. Durante a escrita do projeto, e principalmente da metodologia, li e senti textos, e vivi momentos intensos de encontro, (des)encontros e reencontros que me tomaram por inteiro.

Sabia que a viagem a Cuba – que fiz sem ao menos imaginar que se transformaria no meu Mestrado –, bem como a participação no Curso, haviam me capturado, e me sentia desafiada a buscar um olhar atento e diferenciado para a temática que se apresentava. Entretanto, a trajetória e os meios ainda se mostravam distantes, confusos e nada

organizados. Nessa fase, em que já sabia o rumo, uma questão me desassossegava: de que forma conduzir o voo em direção aos “bons ventos”?

À medida que vivi o Mestrado, apesar de obter mais perguntas que respostas, percebi que andar sobre caminhos andados e (des)andados me trouxe pistas. Todavia, o que realmente me seduziu e ampliou o cenário para a proposição metodológica foi a procura. Ao me deparar com a imensidão do mundo que se abria à minha frente, entre os livros de Eduardo Galeano, Walter Benjamin, Antônio Nóvoa, Michel Foucault, e outros tantos, e das mais diversas leituras percorridas – onde um escrito puxa o outro –, dei-me conta de que “estava perdida” e extasiada com a beleza dos descobrimentos que fazia.

Mas perder-se faz parte! E, assim como o pescador, “que se encanta mais com a rede do que com o mar”,¹³ ao me perder, percebi que havia me encontrado/encantado com o que achei pelo caminho. E ideias sobre o “contar” me contaminaram.

Nas buscas, tive a clareza de que as vivências da viagem a Cuba – aqui relatadas – tinham se tornado tão ricas que não poderiam se esgotar na própria viagem, então, tornaram-se minha própria metodologia. Assim, a metodologia desta pesquisa – de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa – constituiu-se das memórias das minhas experiências em Cuba, contadas a partir das *narrativas-relatos de experiência*. Para Minayo (2013), a pesquisa qualitativa visa a aprofundar o significado e a intencionalidade que, a rigor, qualquer investigação social deveria contemplar, uma vez que traz para o interior da análise o subjetivo, o objetivo, os atores sociais, os fatos e seus significados.

Contudo, só compreender que queria falar de Cuba – e sobre o que lá vivi – através do olhar dos mais diversos autores e da minha experiência ainda não era o suficiente. Para mim, o mais importante neste processo era fazer o percurso com leveza, dividindo o encantamento produzido pela/com/na viagem através da construção/desconstrução das minhas experiências com o outro, pois não acredito que seja possível pesquisar “fora de si”, tomando o mundo e o outro como meros objetos de estudo que nada têm a ver com quem pesquisa.

A implicação foi completa! Sim, senti-me implicada tal como pesquisador de Foucault (1984) quando nos diz: “de que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece”? (p. 13)

¹³ Frase retirada da música *Lua e Flor* de Oswaldo Montenegro (1997).

Nesse sentido, e partindo do pressuposto de que as “ideias novas estão na fronteira, porque esse é o lugar do diálogo e dos encontros” (NOVOA, 2015b, p. 29), sabia que precisava fazer uso de ferramentas que contemplassem meu entusiasmo, meus (des)caminhos, mas que também proporcionassem suporte para minhas questões de pesquisa, como um espaço científico para aprofundamento das reflexões, proposições teóricas e organização da experiência vivida, sem, entretanto, cercear a criatividade e a sutileza de que as “asas da imaginação” prescindem para acontecer o voo.

Para Larrosa (2002), “experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca” (p. 20). Segundo o autor, no mundo atual onde temos acesso a muitas informações, e onde trabalhamos tanto, estamos tão preocupados em sermos informados que estamos ficando pobres de experiências. Já Foucault (2010, p. 289) define experiência como “qualquer coisa de que se sai transformado”.

Inspirada nesses dois autores – onde o saber se constitui a partir das experiências, onde o saber é singular e relaciona-se com a bagagem de vida de cada um –, cheia de ideias na cabeça, com vontade de escrever com/pela liberdade, e sensibilizada pela retórica “sê oportunista e não te deixes fechar em esquemas metodológicos rígidos, em ortodoxias; abre-te a todas as possibilidades, construindo interpretações originais; alarga os repertórios temáticos metodológicos; abre novos caminhos” (NÓVOA, 2015b, p. 26-27), parti para a construção de um investigador que aceitasse trabalhar com o que sinto, vejo, toco, manuseio e escuto.

Apoiando-me numa perspectiva pós-estruturalista¹⁴, explorando métodos alternativos, sai em busca de diferentes lentes e modos de pesquisar. Pesquisar. Inventar. Interrogar. Problematizar. Suspeitar. Operar com diferentes ferramentas de pesquisa. Compor, decompor e recompor. Descrever e analisar. Construir metodologias, com a compreensão que na perspectiva pós-estruturalista não existe receita a ser seguida ou jeito certo de pesquisar, e que, mais interessante do que ditar certos modos de fazer e refazer pesquisa na saúde é permitir a ascensão da diferença, do novo, da invenção.

Segundo Paraíso (2012), quando optamos por inventar nossas metodologias, estabelecemos objetos e traçamos nós mesmos nossa trajetória de pesquisa inspirados em diferentes textos, autores/as, linguagens, materiais, artefatos. Enfim, “construímos nossas

¹⁴ O pós-estruturalismo pode ser reconhecido como um movimento de pensamento, assim como uma forma de escrita, que permite pensar o mundo e o sujeito como dependentes dos sistemas linguísticos e, portanto, como sendo construídos discursivamente. Não se reduz a um conjunto de pressupostos compartilhados, a um método ou a uma teoria. (PETERS, 2000)

interrogações, definimos nossos procedimentos, articulamos teorias e conceitos” (p. 32-33). Para a autora, “como estamos permanentemente à espreita de uma inspiração, aceitamos experimentar, fazer bricolagens e transformar o recebido (p. 33).

Na reflexão sobre o “que-fazer”, resolvi me inspirar nas estratégias descritivo-analíticas utilizadas por Paraíso (2012) e propus minha pesquisa baseada nas minhas histórias, em teias possíveis entre as próprias narrativas experimentadas, vividas, (re)significadas, e na produção de informações obtidas em pesquisa bibliográfica e documental.

Colocar em diálogo esse caminho permeado de teorias e rico em histórias, com as bricolagens de Paraíso (2012), que utiliza na pesquisa tudo que acreditamos e tudo que nos serve das diferentes disciplinas, dos diferentes campos teóricos, das diferentes metodologias, também tem o objetivo de tecer saberes, fazeres e traçar pontes entre essas experiências e alguns conceitos.

Aqui, o método é cavado, fabricado, produzido, feito da desconstrução, e, como disse Galeano (2012b): um “rico mosaico”.

Não existe procura por respostas ou maneiras precisas sobre como fazer uma pesquisa, de como criar métodos, de como narrar experiências ou de contar histórias, e nem mesmo a intenção de apontar para uma direção de como fazê-lo. Proponho-me, apenas, a contar essas experiências, traçar pontes entre essas vivências e alguns conceitos foucaultianos (como biopolítica, governamentalidade e panóptico) – problematizando-as a fim de contribuir com um olhar/fazer sensível, que produza reflexão sobre nossas práticas, bem como o que usamos, ou não, em Saúde Coletiva.

3.2 Ajuda-me a olhar: afinando os sentidos

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto o seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: – Me ajude a olhar! (GALEANO, 2015a, p. 15)

Segundo Meyer *et al.* (2013), dentre tantas outras possibilidades, o texto de Galeano permite pensar acerca dos processos da educação do olhar. Ao me deparar com o texto, entendi o pedido de Diego – “Ajuda-me a olhar” – como divisor de águas.

Percebi que, apesar da expressão ter grande amplitude, soava como desafio neste processo de escrita inacabado e desejanste. Assim como Diego, eu também queria/quero ver e pensar o Mestrado como uma possibilidade de encantamento e produção de novos sentidos.

Para isso, utilizei-me de uma caixa de ferramentas leves, constituída de todos os tipos de estética e das mais diversas linguagens. Estéticas das coisas, das ideias, das pessoas e das imagens que mobilizam o olhar-sentir-pensar. Linguagens escritas e visuais, como as imagens linguísticas oferecidas por Eduardo Galeano, que me afinaram os sentidos e me despertaram a enxergar de várias maneiras, e não só a do olhar.

Quando escolhi minha caixa de ferramentas percebi que para além da bricolagem de Paraíso (2012), “que cava, produz e articula saberes, que desloca linhas que separam ciência e literatura, conhecimento e ficção, arte e ciência, filosofia e comunicação” (p. 33), que queria *brincolar*¹⁵. Mais que um método inventado, que recorta de lá e cola aqui, queria que o caminho fosse poético, alegre, divertido. Nesse contexto, dentre outros autores, optei também por trabalhar com Galeano.

Galeano, autor eclético, preocupado com as questões do mundo em todos os seus espaços e temas, percebia que “a realidade é complexa exatamente porque a condição humana é diversa”¹⁶, portanto, não existem nem fronteiras geográficas, nem fronteiras ideológicas, mas sim possibilidades de mudanças a partir do conhecimento da própria história, da nossa história.

Aos 73 anos, enquanto homenageado pelos 43 aniversários da publicação do livro *As Veias Abertas da América Latina*, na Bienal do Livro e da Literatura, em Brasília, em abril de 2014, Galeano deu uma declaração corajosa na sua fala de abertura: “Veias Abertas pretendia ser um livro de economia política, mas eu não tinha treinamento e o preparo necessários”¹⁷. Segundo o autor, o mundo havia mudado e seus espaços de penetração da realidade cresceram tanto para fora quanto para dentro. Isso o fazia mudar de opinião, e revisar aquilo que um dia disse. Coragem de mudar, revisar, pensar

¹⁵ Termo criado pela autora para mostrar que podemos fazer pesquisa com rigor mesmo a partir de elementos leves e criativos.

¹⁶ Revista SERÁ? **O legado de Eduardo Galeano – Editorial**. 17 abr. 2015. Disponível em: <<http://revistasera.ne10.uol.com.br/o-legado-de-eduardo-galeano-editorial/>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

¹⁷ ROHTER, Larry. Eduardo Galeano muda de ideia sobre “As Veias Abertas da América Latina”. 26 maio 2014. In: FOLHA DE S. PAULO. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2014/05/1460235-eduardo-galeano-muda-de-ideia-sobre-as-veias-abertas-da-america-latina.shtml>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

criticamente, talvez esse o maior legado do autor. Entretanto, apesar da reflexão crítica, para ele o livro, infelizmente, ainda continuava muito atual.

Seus livros, escritos preferencialmente em fragmentos, de certa forma expressam meu processo de escrita, ou seja, são como se fossem um “rico mosaico, onde cada parte minúscula existe como parte de um conjunto, e existe por si própria” (GALEANO, 2012a). Revelando uma forma de contar a história da América Latina, pouco contada, Galeano também se refere a seus fragmentos, como tijolinhos que aos poucos vão formando casas, seus livros: “uma casa tem que ser com muitas janelas, com janelas muito grandes e com muitas portas para que o leitor possa entrar e sair por onde quiser todas as vezes que desejar” (GALEANO, 2012b).

Segundo Araujo (2013), o autor se recusa a ideia de sacralização da literatura, e abandona a ideia de um escritor ou um pesquisador solitário que retira do seu “gênio” tudo que escreve: “buscamos interlocutores, não admiradores; oferecemos diálogo, não espetáculo. Escrevemos a partir de uma tentativa de encontro – para que o leitor comungue com as palavras que nos vieram dele e que a ele regressam como impulso e profecia” (GALEANO, 2000, p. 130). Minha escrita é um pouco isso: tentativa de “encontros” com o outro, mas principalmente comigo.

Galeano viola as regras da erudição acadêmica. Seus escritos têm linguagem metafórica, que tudo questiona. Os textos brincam com as “verdades”, problematizando o caráter autoritário da história oficial. Em suas obras, as palavras têm vida. Tudo isso resulta em textos literários que contemplam desde o popular e o massivo até outros códigos de arte, artefatos que julguei importantes para continuar dando vazão às minhas desinquietações.

Depois de percorrer várias de suas obras, onde o autor rejeita e tensiona a especialização entre gêneros e formas literárias, burla fronteiras e trabalha a multiplicidade da literatura, vi mundos ainda inexistentes quando encontrei *As Palavras Andantes* (GALEANO, 1994).

Nesse livro, um belo exemplo das tentativas de Eduardo Galeano de profanar a mania de classificação que obriga a pôr uma etiqueta na frente de cada pessoa, a escrita se associa a José Francisco Borges, um humilde cordelista do interior do nordeste brasileiro. A mistura de gêneros, estilos e linguagens, onde a capa é ilustrada por gravuras de um cordelista, traz contos que interagem ao longo do livro por meio de *janelas*, e o

prefácio alerta que “visto de perto, ninguém é normal”. Foi a inspiração maior para tecer esta minha escrita com os fios da delicadeza que me são possíveis/permitidos.

Como no livro, entre tantas palavras andantes e janelas possíveis, percebi que, no decorrer da pesquisa, queria borrar fronteiras, escrever histórias, contar realidades, ainda que “deliradas”¹⁸. Segundo Rolnik (1993 p. 9), “escrever traz notícias das marcas e tem o poder de ampliar escuta a suas reverberações: é como um escafandro que possibilita mergulhar no estranhamento com mais coragem e rigor”. Para a autora, a escrita “trata”, desassossega, move e faz criar.

Então, assim fiz.

3.3 Narrativa, para que te quero?

Eu queria recuperar tudo o que foi divorciado, tudo o que foi separado por uma cultura dominante que divide tudo o que toca. Por exemplo, divide o passado do presente, divide a emoção da razão. Quero falar e escrever uma linguagem que seja sentipensante, que estabeleça a perdida unidade entre as emoções e as ideias. E assim com tudo mais, a alma e o corpo, e tantas coisas mais. (GALEANO, 2012a)

Na perspectiva de que a pesquisa não se faz apenas com métodos e técnicas, já que estas são combinadas com o que produzem, na aproximação com o campo, utilizo as memórias das minhas experiências e as teorias de maneira complementar, e invento minhas próprias pistas a partir de narrativas sobre os “espantos, encantos e vozes, que recolhi no caminho e sonhos meus” (GALEANO, 1994, p. 2). A opção pelas narrativas busca o diálogo, de forma criativa, entre as vivências e os bons encontros com novos conceitos, e, destes, com o objeto da pesquisa. Nesse sentido, narrar as experiências é um exercício que reporta ao que diz Clarice Lispector sobre o ato de escrever:

É que, ao escrever, eu me dou as mais inesperadas surpresas. É na hora de escrever que muitas vezes fico consciente de coisas, das quais, sendo inconsciente, eu antes não sabia que sabia. (LISPECTOR, 1999, p. 254)

Narrar é uma ação que acompanha o homem desde sua origem. Narrar é ação. Narrar é uma das formas de trazer o passado ao presente, e possibilitar novas interpretações do vivido (VIEIRA; FAVORETO, 2016), ou seja, (re)significação da

¹⁸ Refiro-me aqui a trazer as histórias contadas a partir do sentimento, com leveza, deixando fluir todo encantamento que a viagem a Cuba me proporcionou.

experiência/existência. Para Galeano (2000), “narrar é dar-se” (p. 126). A narrativa não é uma lembrança/memória acabada de uma experiência, pois, para além de se reconstruir, à medida que é narrada, quem a lê reinterpreta a história a seu modo.

Walter Benjamin (1994) tinha como conceito central de sua filosofia a experiência, e, como expressão desta, a narrativa. Segundo Oliveira (2009), Benjamin escreve sobre a narração e o compartilhar de experiências, como metodologia de troca, que usa para narrar os acontecimentos e vivências, de modo a aproximar o autor do leitor. Para Benjamin (1994), a narrativa é uma forma de comunicação das mais adequadas, uma vez que reflete a experiência humana.

Benjamin (1994) considerava que “o acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois” (p. 37), ou seja, a arte de contar histórias é um acontecimento infinito. Por outro lado, em muitos momentos, experiência e narrativa se imbricam e se tornam parte da expressão de vida do sujeito. Nesse sentido, Ferrer (1995, p. 188) afirma que a “vida se vive para poder contá-la (alguns povos a cantam), ao mesmo tempo em que criamos nossos contos para dar sentido à vida”.

Cunha (1997) diz que trabalhar com narrativas é profundamente formativo, pois ao mesmo tempo em que o sujeito organiza suas ideias para o relato, reconstrói sua experiência de forma reflexiva e, portanto, faz uma autoanálise que lhe cria novas bases de compreensão de sua própria prática.

Por sua vez, Nóvoa (2001) fala das narrativas não como uma mera descrição dos fatos, mas como um esforço de construção (e reconstrução) dos itinerários passados. Para ele, a narrativa é uma história que nós contamos a nós mesmos e aos outros. O que se diz é tão importante como o que fica por dizer. A maneira como se diz revela uma escolha, sem inocência, do que se quer falar e do que se quer calar. Essa posição reforça a ideia de Cunha (1997) de que a narrativa provoca mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros, pois é possível, ao “ouvir” a si mesmo ou ao “ler” seu escrito, que o produtor da narrativa seja capaz, inclusive, de ir teorizando a própria experiência.

Baseada nisso, a forma que escolhi para contar minhas histórias é a das *narrativas-relatos de experiência*, em que, a partir da minha própria trajetória, ligo-me com outras e com o mundo. Mesmo que minha viagem a Cuba tenha sido feita sem a intenção do Mestrado – já que em janeiro de 2015 ainda nem era mestranda de Saúde Coletiva –,

quando penso nessa estratégia metodológica, logo visualizo a possibilidade de ressignificação da própria vivência. Portanto, o que pretendo narrar aqui é um caminho entrecortado de teorias e recheado de histórias, no qual questionamentos surgirão, tanto sobre o processo criativo quanto sobre a própria experiência.

Outra questão a ser ressaltada quanto às *narrativas-relatos de experiência* é que, a partir delas, pretendo abrir *janelas* para cada capítulo da Dissertação. Minhas *janelas* se abrirão em horizontes compostos por minhas *narrativas-relatos de experiência*. São *janelas* que, para além de um divisor físico entre cada parte da escrita, irão se constituir como recurso estilístico semelhante ao do livro *As palavras andantes* (1994), em que Galeano introduz seus textos por meio de janelas. Mas as *narrativas-relatos de experiência* não estarão presentes somente após as *janelas* que dividem os capítulos. Far-se-ão sentir ao longo do texto, em pequenas porções, entrecortando a escrita, e tecendo saberes e fazeres com os *fragmentos* das obras de Galeano. Também me inspirei nas obras de Galeano para dar os *títulos* dos capítulos desta Dissertação.

Além da minha experiência, trazida pelas *narrativas-relatos de experiência*, disparadas a partir da inventividade de Galeano, que caminhou comigo ao longo da pesquisa, através de seus textos, imagens, metáforas e recursos linguísticos, visitei outras fontes, não de coleta de dados apenas, mas da produção de informações, de algo que já estava lá e se atualiza (KASTRUP, 2012). Então, dentre outras fontes, utilizei o diário de campo, que foi um dos registros primordiais das *narrativas-relatos de experiência*.

O diário de campo¹⁹, que está sendo escrito desde janeiro de 2015, quando realizamos o Curso em Cuba, não foi utilizado para entrevistas. Foi instrumento constituído, entre outras coisas, por textos, poemas, observações realizadas em campo, anotações de encontros com os gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de Cuba.

Neste trabalho, apesar da importância dos detalhes, os registros não são um mero exercício descritivo, pois funcionam como multiplicadores de sentidos na busca de linguagens diversas, “na luta para que algo [toque] amorosamente e [ajude] a encontrar um caminho para a invenção” (PARAÍSO, 2012, p. 40). Quando trabalhamos dessa

¹⁹ O diário de campo, bem como as fotografias – como já foi referido no Prefácio (*De onde vêm as brechas nas janelas?*) –, foi construído a partir da minha inserção como pesquisadora voluntária no projeto “Análise Comparativa de Sistemas Nacionais de Saúde Baseados em Atenção Primária”, que tinha, dentro de suas estratégias de coleta de dados, a visitação, o diário de campo e a sistematização das experiências vividas. Portanto, essas ferramentas começaram a ser produzidas em janeiro de 2015, por ocasião da viagem a Cuba. Ressalta-se ainda, que naquele momento eu não havia ingressado no Mestrado, portanto, não tinha a mínima ideia de que os materiais lá produzidos serviriam de base para esta Dissertação.

forma, sob a ótica de Paraíso (2012), multiplicamos as possibilidades de descrição analítica, de análise descritiva, de olhos, olhares, contra a prática de mostrar uma única perspectiva.

Os registros do diário ainda carregaram uma função de dispositivo e de disparador de desdobramentos da pesquisa. Mas, como todo instrumento, o diário também tem limitações. Por conter as impressões do percurso, os silêncios, as solidões e os impactos dos acontecimentos vividos, em alguns momentos se tornam tão intensos e minuciosos que se tornam viscerais demais para serem apresentados neste trabalho.

Assim, também utilizei a fotografia, por ser um elemento que, juntamente com as *narrativas-relatos de experiência*, conectou-me novamente ao campo de pesquisa e às experiências lá vividas.

Segundo Pommer (2014), existem no mínimo três maneiras de utilizar o registro fotográfico:

[...] tirar fotografias, que é parecido com “possuir o que se vê”, e é extremamente comum nestes tempos em que todos têm máquinas em seus bolsos e bolsas. Você tira a foto, mas nem vê o que está enquadrando. Fotografar (às vezes até sem máquina) exige uma parada, foco, olhar atento. Já ser fotografado é sempre um risco, pois podemos não gostar do resultado, podemos nem saber que estamos na mira de alguma lente, mas também podemos posar para a foto, podemos nos surpreender com o olhar do fotógrafo. (p. 34-35).

Nesta pesquisa, empreguei as três formas descritas acima. Entretanto, o fotografar, seguindo a autora, foi o que orientou mais intensamente minha forma de narrar a viagem e o Curso. Mas, o mais importante no processo foi que as lentes deste fotografar se apresentaram como um fio condutor entre as imagens e a maneira de elaboração das *narrativas-relatos de experiência*. A partir das imagens, da mente e/ou da câmera foi que acessei minhas memórias e as infinitas sensações encontradas no caminho.

Completando as ferramentas utilizadas na produção de informações, foram realizadas técnicas de pesquisas bibliográficas, documentais e de dados secundários. Para Gil (2008), a diferença entre pesquisa bibliográfica e documental refere-se à fonte de dados analisada. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A documental é uma pesquisa cujas fontes não possuem tratamento analítico (documentos oficiais, reportagens de jornais, cartas, filmes, fotografias, gravações, etc.) ou que já tiveram alguma análise (tabelas estatísticas, relatórios de pesquisa, de empresas, etc.). Nesse sentido, a pesquisa

foi desenvolvida a partir da análise de documentos institucionais produzidos a respeito da organização de serviços, programas e políticas que constituem o SNS cubano.

Para pesquisa dos documentos, utilizei a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Ministério da Saúde, a base de dados do Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), a *Scientific Library Eletronic On line* (SciELO), a Biblioteca de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), o site do Ministério de Saúde Pública de Cuba, bem como o material disponível nas bibliotecas físicas e virtuais da UFRGS, para revisar a literatura a respeito da construção do Sistema Nacional de Saúde de Cuba.

Itinerário de pesquisa apresentado, caixa de ferramentas escolhida, ponho-me a contar uma versão da história – uma das tantas possíveis – sem, entretanto, a pretensão de determinar verdade sobre o objeto. Isto, porque, seguindo Foucault (2000), também creio que não há uma verdade a ser descoberta, mas discursos que funcionam como verdadeiros em um dado momento, numa determinada sociedade.

Janela 4

**Histórias sobre APS e o
sistema de saúde cubano**

Conto a história de uma história

Este, sem dúvida alguma, foi o capítulo mais difícil de escrever.

Ao longo de toda a Dissertação, a seção se fez presente nos meus olhos, na minha mente e no meu coração. Mas não entendia muito bem o porquê. Afinal, imaginava que era a partir da história cubana – linda história, aliás – que tudo tomaria corpo.

Não foi assim!

Escrevi, reescrevi, apaguei, voltei a escrever, mas a forma como o texto se configurava parecia não fazer muito sentido. A escrita não me parecia ruim, entretanto, estava descontextualizada das demais partes da minha Dissertação. Era como se corpo e alma, naquele momento, não conversassem. Havia um desconforto muito grande.

Por vezes, levei este texto ao GAO, e ali também era perceptível esse desassossego. O grupo me questionava: “O que houve com a Rosane? Onde está a leveza, a essência das narrativas? Por que, apesar de ser uma história contada de forma tão profunda, objetiva e numa linha cronológica coerente, parece descontextualizado do corpus das demais partes da escrita? ”

Enfim, foram questionamentos que em muitos momentos me fizeram refletir, sair da zona de conforto das narrativas-relatos de experiências, mas, como tantas outras questões da nossa vida, não obtive respostas. Foi um processo intenso, parecia que às vezes conseguia entender, mas logo vinha a nova escrita e o processo se repetia. Mais perguntas seguidas de respostas, e a assim por diante.

Percorri muitos trabalhos acadêmicos na mesma lógica que o meu, na tentativa de ver-i-ficar onde estava o problema. Foram muitas idas e vindas, entradas e saídas, e, ziguezagueando – aliás, como foi o processo inteiro desta Dissertação –, finalmente, entendi! Essa inquietude era a minha desconstrução – não só da escrita, mas da vida – com todas minhas levezas, durezas e condições de possibilidades.

Assim, mais que lutar contra essa escrita que me desassossejava, resolvi usá-la para mostrar que quando minhas “duas [ou muitas] metades se encontraram e riram” (GALEANO, 2015b, p. 11) foi que percebi que não importava a busca da resposta, mas o caminho da procura.

Então entendi: contar a história dessa história ajudaria a suavizar a escrita deste capítulo.



Figura 5: Visita a um Consultório de Médico e Enfermeira de Família.
Fonte: Autora (2015).

Janela sobre o corpo

A Igreja diz: o corpo é uma culpa
A ciência diz: o corpo é uma máquina
A publicidade diz: o corpo é um negócio
O corpo diz: eu sou uma festa

(GALEANO, 1994, p. 138)

4. Um contador me contou um conto: um pouco da história da APS e do Sistema Nacional de Saúde Cubano

Em 1492, os nativos descobriram que eram índios, descobriram que viviam na América, descobriram que estavam nus, descobriram que deviam obediência a um rei e a uma rainha de outro mundo e a deus de outro céu, e que esse deus havia inventado a culpa e o vestido e havia mandado que fosse queimado vivo quem adorasse o Sol e a Lua e a terra e a chuva que molha essa terra. (GALEANO, 2014, p. 324)

4.1 Quero contar a vocês sobre a saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS)

A saúde tem passado por marcantes transformações em seus conceitos e práticas. É no momento da consolidação dos Estados nacionais modernos, com o mercantilismo e o absolutismo²⁰, que as populações passam a ser consideradas em si mesmas uma riqueza a ser preservadas e multiplicadas. Coube ao Poder Público, então, contar o número de súditos, conhecer suas condições de vida, inclusive as taxas de natalidade e de mortalidade. O Estado capitalista, de olho no aumento da produtividade, no acúmulo de riqueza e na criação de exércitos, passou a agir para promover o crescimento e a saúde da população (DE SOUZA, 2014).

Analisando a Modernidade e seus movimentos, Foucault (1992) identifica nesse período o nascimento da Medicina Social e sua articulação com o Estado Moderno, enquanto estratégia de biopoder²¹. Essa estratégia assume características particulares nos três países então mais avançados na industrialização: a Medicina da força de trabalho, que recomenda mudanças nas condições ambientais, particularmente das fabris, na Inglaterra; a Medicina urbana, que orienta o planejamento urbanístico, na França; e a Medicina de Estado, que impõe o controle estatal do comportamento dos indivíduos, na Alemanha (DE SOUZA, 2014).

Um pouco mais tarde, já no final do século XIX, os Estados Unidos adotaram medidas inspiradas na saúde pública inglesa e criaram, em 1879, o Departamento Nacional de Saúde, que desenvolvia ações de saneamento voltadas fundamentalmente

²⁰ O absolutismo era um sistema político da Idade Moderna. Suas principais características são: ausência de divisão dos Poderes; poder concentrado no Estado; e política econômica mercantilista. O mercantilismo tem três características centrais: intervenção do Estado, metalismo e colonialismo. Para maiores informações, consultar Lima; Pedro (2005).

²¹ Para Foucault, o biopoder é uma estratégia de domínio sobre os indivíduos, por meio do controle dos corpos humanos. Este conceito será aprofundado no capítulo 7 desta Dissertação.

para o controle de doenças infecciosas de acordo com as recomendações oriundas da nascente bacteriologia (FOUCAULT, 1992; DE SOUZA, 2014). As características destes modelos de Medicina influenciaram e inspiraram a criação de outros modelos de medicina, dentre eles o “hospitalocêntrico”.

O modelo médico-“hospitalocêntrico”, por vezes também definido como modelo flexneriano, por encontrar forte referência no relatório publicado por Abraham Flexner²², em 1910, nos Estados Unidos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008), desenvolveu-se tendo como características principais o foco na cura de doenças, a utilização de conhecimentos médicos complexos e a organização da execução destes conhecimentos em grandes instituições que reuniam diferentes especialidades, as quais deveriam ser buscadas por aqueles que se julgassem doentes. O trato da saúde passa a ser o combate à doença através da ação do médico (PEREIRA, 2013). Segundo Pereira (2013), esses fatores, aliados a certa noção de corpo, viriam acompanhados de potencial desconsideração com os aspectos sociais, culturais. Nesse cenário, existe pouca preocupação com o estabelecimento de vínculos/relações mais profundas entre profissionais e usuários, bem como pouca atenção para com a produção da saúde. De acordo com essa perspectiva, as condições corporais diriam respeito apenas às relações mecânicas ocorridas nos organismos individuais (FOUCAULT, 2001).

Apesar de ser um modelo que tenha alcançado certa hegemonia, ao longo dos últimos anos, o mesmo conviveu com críticas e disputou espaços com propostas alternativas. O principal contraponto teve origem em 1920, quando Bertrand Dawson, Ministro da Saúde do Reino Unido, redigiu um documento conhecido atualmente como Relatório Dawson (DAWSON, 1920). O Relatório é considerado um dos primeiros documentos a difundir a noção de atenção primária à saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011). Sob esse enfoque, a intervenção médica deveria ser praticada também nas comunidades, a partir de abordagens generalistas. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema de saúde britânico em 1948 e esse, por sua vez, influenciou a reorganização dos sistemas de saúde de vários países do mundo, como Cuba, após a Revolução Socialista

²² O Relatório Flexner serviu de referência para a modelagem da Medicina americana e se faz um marco histórico importante no que tange ao padrão de organização de Saúde Pública que se desenvolveu nas décadas seguintes (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

de 1959, e Canadá, no final dos anos 1960. Esses países podem ser considerados berços de experiências de Medicina de Família no mundo (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Assim, ao longo do tempo, assistimos a uma ampliação dos limites evocados pelo significado do termo “saúde”. Segundo Conill (2008), na década de 1960

a crise surgida pela expansão de serviços cada vez mais especializados dá origem, nos Estados Unidos, a um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária, com duas vertentes principais, de um lado os Departamentos de Medicina Social Preventiva de centros universitários, e de outro o contexto da “guerra à pobreza” desencadeada pelo Governo Federal. (p. 58)

Na prática, contudo, segundo De Souza (2014), nem a Medicina Preventiva nem a Saúde Comunitária realizam o que anunciam, ou seja, não promovem mudanças na assistência à saúde e nem na atitude do médico, por conta da introdução de novas disciplinas na sua formação. Assim, de acordo com o autor, antes que o insucesso ficasse perceptível, “ambos os movimentos são ativamente disseminados para a América Latina, por meio de atividades de fundações privadas norte-americanas (Kellog, Rockefeller, Milbank e Ford) e da OPAS” (DE SOUZA, 2014, p. 10). Entretanto, apesar do revés dessas iniciativas, elas introduziram a questão social na compreensão de saúde e medicina.

Somente na década de 1970, quando as críticas ao modelo médico-“hospitalocêntrico” cresceram e se refinaram, foi que a proposta da APS ganhou força internacionalmente. As críticas afirmavam que o modelo médico-“hospitalocêntrico”, mesmo sem nunca ter deixado de estar presente na maioria dos países, inclusive Brasil e Cuba, seria demasiadamente dispendioso, excludente e pouco eficiente no melhoramento global dos níveis de saúde populacionais (ILLICH, 1975).

Nessa perspectiva, conferências de saúde foram promovidas no mundo com o intuito de debater o que se entende por saúde e em que implicam as diferentes concepções, trazendo diretrizes mundiais para as práticas nesse campo.

Organizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, ocorre, na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, com a participação de mais de 130 países. Essa conferência ainda hoje é considerada como importante marco histórico sobre a APS, pela produção de referências para debates posteriores e para a ampliação do conceito de saúde (WHO, 1978). A concepção de atenção primária na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera APS como

função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento econômico das comunidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Segundo Conill (2008), o conceito estabelecido como consenso mundial, em 1978, destacou elementos que a OMS estava empenhada em difundir, tais como: integração dos serviços locais em um sistema nacional; participação; necessidades de ações intersetoriais; e a relação da saúde como desenvolvimento econômico e social.

Apesar dos avanços trazidos por Alma-Ata, a Declaração foi muito criticada por agências internacionais, com o argumento de ser muito abrangente e pouco propositiva. Assim, em 1979, um ano após a Conferência de Alma-Ata, a Fundação Rockefeller promoveu uma reunião na Itália, com a colaboração de diversas instituições internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para Pesquisa e Desenvolvimento e a estadunidense Agência para o Desenvolvimento, onde foi discutida a atenção primária sob uma nova perspectiva: a da saúde seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (CUETO, 2004). Segundo Giovanella e Mendonça (2012), um dos problemas desse enfoque seletivo é que ele desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-doença e busca intervir sobre problemas específicos e de forma paralela. Afinal, como diz Galeano (2014) na crítica que faz às “guerras caladas”:

[...] A pobreza não explode como as bombas, nem ecoa como os tiros. Dos pobres, sabemos tudo: em que não trabalham, o que não comem, quanto não pesam, em quem não votam, em que não creem. Só nos falta saber por que são pobres. Será por que sua nudez nos veste e sua fome nos dá de comer? (p. 329)

Após Alma-Ata, o que predominou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva, contudo a discussão da saúde se ampliou. Movimentos sociais em âmbito internacional, como o Movimento de Saúde dos Povos²³, passaram a enfatizar a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes da saúde de maneira ampla e inclusiva, apoiando-se nos compromissos financeiros e de legislação a fim de reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

²³ O Movimento para Saúde dos Povos (*People's Health Movement*) reúne ativistas de Saúde de todas as partes do mundo para compartilhar experiências e fomentar a ação de organização da sociedade civil na luta pelo direito universal à saúde. A primeira Assembleia de Saúde dos Povos, realizada em Bangladesh, no ano de 2000, com 92 países, lançou a *Carta dos Povos pela Saúde*, conclamando um movimento internacional de cidadãos comprometidos com a realização do sonho de Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Outro aspecto que também incrementou o debate da saúde foram as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, cujo primeiro encontro foi realizado em 1986, em Ottawa, no Canadá. Essas conferências colocaram em evidência, também, a importância de se aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la. Na definição da Promoção da Saúde, houve a inclusão de objetivos distintos da clássica meta da prevenção de doenças, tais como paz, educação, justiça social, alimentação, equidade, entre outros, o que ampliou os sentidos atribuídos ao termo “saúde”, que passou a ser compreendido, desde então, como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (WHO, 1986).

Desde então, no Brasil e no mundo, legitimamente – mas de distintas maneiras e com diferentes graus de intensidade –, passamos a considerar que saúde envolve desenvolvimento econômico e social, participação popular, intersetorialidade, e que APS é a base para a qualificação do cuidado em saúde da população. De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), ainda observa-se recentemente um movimento de renovação da atenção primária, impulsionado pelas agências internacionais de saúde como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana (OPAS), como forma de alcançar os Objetivos do Milênio (ODM)²⁴, acordados nas Nações Unidas.

A necessidade de promover mudanças nas formas de conceber o cuidado em saúde e a consequente reforma dos modelos de organização dos sistemas vigentes passam a ocorrer concomitantemente em várias partes do mundo. Segundo Mendes (2009), desde o lançamento da meta de Saúde para Todos, em 1978, pela OMS, a APS mudou radicalmente. Em 2005, a OPAS divulgou o documento de posicionamento *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* com o propósito de revitalizar a capacidade dos países de construir uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável, para enfrentar os problemas de saúde existentes, preparar-se para novos desafios sanitários e melhorar equidade (OPAS, 2005). Por sua vez, o Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca*, deu novo impulso e revitalização à APS. Na medida em que o documento aponta a APS como coordenadora de uma

²⁴ Em setembro de 2000, os 192 Estados-membros das Nações Unidas assumiram os compromissos expressos como objetivos do milênio (ODM), estabelecendo metas a serem cumpridas em torno de oito grandes grupos de objetivos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Porém, desde 2015 já estamos com os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se baseiam nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

resposta integral em todos os níveis de atenção, não é mais um programa “pobres para pobres”.

Nesse sentido, várias tendências sociodemográficas estão promovendo mudanças nos sistemas de saúde. A carência global de profissionais de saúde, a maior complexidade das necessidades de saúde e a importância da garantia ao acesso e à cobertura universal exigem estratégias inovadoras de organização do trabalho e da prestação dos serviços de saúde. Uma das estratégias de organização de trabalho, advogada internacionalmente para o fortalecimento dos sistemas de saúde, baseada nos princípios de cuidados de saúde primários, é o trabalho em equipe, do tipo que estimule uma prática colaborativa interprofissional entre os profissionais da saúde procurando aproveitar melhor suas competências (OMS, 2008).

Os sistemas de saúde foram se desenvolvendo na medida em que os Estados aumentavam sua participação no controle de mecanismos (planos nacionais de saúde, entidades reguladoras, sistemas de contratualização, etc.) que afetam a saúde e o bem-estar de populações, além do comprometimento de seu desenvolvimento.

Entende-se por sistema de saúde de um país o conjunto de atividades cujo objetivo é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Os sistemas de saúde possuem elementos semelhantes; entretanto, buscam deliberadamente, através de suas estruturas, responder de forma social e organizada às necessidades, demandas e representações de sua população, em determinado tempo. Isso se dá pelo fato de os sistemas não estarem desconectados da sociedade, pois fazem parte de sua dinâmica, inclusive sendo influenciados por esta e influenciando-a também (OMS, 2008).

Para Mendes (2009), um sistema de atenção à saúde baseado na APS compõe-se de um conjunto de elementos funcionais e estruturais que garantem cobertura universal e acesso aos serviços aceitáveis para a população e equitativos. Segundo Lobato e Giovanella (2012), para se compreender a dinâmica de um sistema de saúde é necessário conhecer as características de seus componentes (organizações, profissionais, rede de serviços, insumos, tecnologias e conhecimentos) e como se relacionam entre si (financiamento, gestão, regulação, prestação de serviços). As características dos componentes podem mudar de acordo com o tempo ou podem ser diferentes entre os países, então não existe um padrão ótimo de sistema de saúde que possa ser aplicado em todos os países.

Entretanto, segundo Starfield (2002), os modelos universais de proteção à saúde são defendidos pela OMS e considerados mais eficazes e equânimes e, por consequência, impactam positivamente nas condições de saúde da população. A autora desenvolveu uma abordagem para caracterizar a APS abrangente, definindo, para tanto, quatro atributos: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia da integralidade nos âmbitos físico, psíquico e social da saúde; e a coordenação das diversas ações de serviço. Os quatro são fundamentais nessa concepção de APS, que deve estar orientada para a comunidade, para a família e para o indivíduo, a fim de conhecer as necessidades de saúde, bem como avaliar como responder às mesmas. Além disso, os serviços da atenção primária ainda deverão ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

Países como Brasil e Cuba construíram ao longo da sua recente história sistemas universais de saúde. Em que pese suas origens estarem centradas em noções de direitos sociais e humanistas à saúde, as estratégias implementadas – decorrentes das grandes diferenças demográficas, territoriais, culturais, econômicas e sociais, dentre outras – foram distintas em cada país.

4.2 Condenem-me, não importa, a liberdade me contará: sobre Cuba

Em sintonia com as demais histórias dos países da América Latina e do Caribe, Cuba também serviu de colônia de exploração orientada para o fortalecimento dos mercados centrais do sistema mundial. Além disso, as populações nativas desses territórios foram bruscamente dizimadas e, quando não foram exterminadas, aculturadas e/ou escravizadas. Com a ilha cubana não foi diferente e, pior, a colonização espanhola na ilha de Cuba foi a mais duradoura (1492-1898) de toda a história do continente (FROTA, 2012). Segundo Frota (2012), Cuba foi uma colônia explorada e dominada pela Espanha e, posteriormente, pelos Estados Unidos, permanecendo como protetorado destes até 1933. Talvez por esse período tão longo de colonização, tenha sido palco da primeira experiência revolucionária exitosa da América Latina (em 1959).

A República Socialista de Cuba é a maior das ilhas do Caribe e está localizada entre Estados Unidos e Bahamas (ao norte), México (a oeste), Ilhas Cayman e Jamaica (a sul) e Haiti (a sudeste), em uma área geográfica que compreende um território de 110.861

km². Tem uma população de 11.239.114 habitantes distribuídos em 15 províncias e 168 municípios. A província de Havana é formada por 15 municípios. O país tem uma alta e concentrada densidade populacional de 102,1 habitantes por km², dos quais 76,9% residem nas cidades (CUBA, 2017). No mapa a seguir (Figura 6), podemos ver onde e como se dá a divisão geográfica e político-administrativa sob a qual a estrutura do Estado é montada.



Figura 6: Mapa geográfico de Cuba com suas Províncias
Fonte: Cómo llegar.

No campo da saúde, o país atravessa uma avançada transição demográfica que se caracteriza por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade infantil e um aumento da expectativa de vida “que chegou a 77 anos em 2009” (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011, p. 169). No ano de 2016, as pessoas com 60 anos ou mais eram 19,8% da população total.

Atualmente, o país detém taxas de saúde e de educação igualadas às dos países desenvolvidos, como é o caso da taxa de mortalidade infantil, de 4,2 por mil nascidos vivos, e de alfabetização de 99,8% (CUBA, 2017).

Esses indicadores foram alcançados no período pós-Revolução de 1959, quando, por meio da vontade política do governo revolucionário, passou a ser oferecido atendimento sanitário gratuito a todos os cidadãos; investiu-se na alfabetização da população, gerando um alto grau de escolaridade, e criou-se um Sistema Nacional de

Saúde que passou a ser a única forma de prestação de serviços de saúde em Cuba (OSA, 2011).

Basta repassar a história da saúde pública cubana para entendermos a importância da APS para o desenvolvimento e para as transformações no quadro epidemiológico do país. A história da saúde pública em Cuba vem acompanhada dos contextos sociais e políticos pelos quais passou o país nos últimos séculos e pode ser dividida, segundo García (1998), em três períodos: colonial, republicano burguês e revolucionário socialista.

O período colonial, compreendido entre 1492 e meados de 1902, foi permeado, entre tantas outras coisas, por muitas invasões, guerras e epidemias. Segundo Calvo (1997), em 1825, no episódio mais importante do período, surgem os *Facultativos de Semana*²⁵. Considerado o primeiro modelo estatal de APS em Cuba, esses médicos permaneceram até 1871, quando foram parcialmente substituídos pelas *Casas de Socorro*²⁶. Segundo Ochoa (2003), durante este período, a atenção à saúde estatal prestada em Cuba poderia ser entendida como uma *medicina para pobres*.

Em 1902, juntamente com a primeira intervenção militar norte americana, tem início um novo período, a partir da instauração da República Cubana. No decorrer das seis primeiras décadas, a saúde pública cubana se caracteriza por possuir três sistemas: estatal, privado e mutualista (Santos e Cano, 2008). Segundo os autores, este sistema de saúde baseada, principalmente, na compra de serviços, impedia o acesso da maioria da população a eles. Assim, os serviços privados eram mais acessados pela elite do país, e o estatal, oferecido principalmente aos trabalhadores urbanos.

Em 1953, Fidel Castro, em seu discurso de autodefesa – perante os magistrados do Tribunal de Exceção do Governo de Fulgêncio Batista, por ocasião do julgamento a que foi submetido, após ter liderado o levante ao Quartel de Moncada²⁷ –, retrata os seis principais problemas de Cuba: terra, industrialização, moradia, desemprego, educação e saúde (RUIZ, 2011). Na célebre alegação onde diz: *condenem-me, não importa*, e conclui,

²⁵ Os *facultativos de semana* eram médicos que prestavam serviços diversos de forma gratuita (cura de doentes, auxílio a acidentados, atenção domiciliar, encaminhamento para hospitais de caridade, etc.), atendendo, semanalmente, parte da população de Havana (PEREIRA, 2013).

²⁶ Estas Casas de Socorro possuíam funções diversas, mas se centravam na oferta de serviços às pessoas pobres que careciam de atendimentos imediatos (GARCÍA, 2005).

²⁷ Da praça central de Santiago, a distância até a fortaleza de Moncada é pequena. Na década de 1950, o forte se situava nas cercanias da cidade, sendo o segundo maior quartel do país, menor apenas do que Camp Columbia em Havana (GOTT, 2006).

*la historia me absolverá*²⁸, a saúde é apontada como um dos principais problemas que afetavam o país e são assinaladas as causas da miséria do povo cubano: o difícil acesso aos hospitais do Estado, a falta de atenção odontológica, a carência de assistência à saúde das crianças – destacando que 90% das crianças possuíam doenças parasitárias –, as aglomerações e as condições de renda (RUIZ, 2011).

Castro também anuncia que, para resolver tais problemas, juntamente com a conquista das liberdades civis e democracia política, leis revolucionárias deveriam ser efetivadas, citando, inclusive, a reforma agrária e a reforma abrangente da educação. Tais leis foram proclamadas imediatamente após a tomada de Moncada (OSA, 2011).

Assim, Cuba, que até 1958 apresentava serviços de saúde totalmente insuficientes (praticamente não existia medicina na área rural; a mortalidade infantil era superior a 60 por mil nascidos vivos e a expectativa de vida ao nascer era em torno de 65 anos) (GÓNZÁLEZ, 1998), veria essa situação ser modificada radicalmente com o advento da Revolução de 1959.

A Revolução produziu transformações em praticamente todas as esferas sociais e políticas do país e trouxe uma nova concepção de saúde pública, referendada e assegurada pela Constituição da República (CUBA, 2014), que estabeleceu, entre outras coisas, a redução do preço de medicamentos, a assistência médica acessível e qualificada dos moradores das áreas rurais pelo Serviço Médico Social Rural (SMSR)²⁹, a gratuidade de todos os serviços de saúde e a criação de um Ministério de Saúde Pública (MINSAP) – que se estabelece como órgão encarregado do estudo dos problemas de saúde da população –, bem como a criação de normas relativas às atividades de assistência hospitalar em nível nacional (SANTOS; CANO, 2008).

Depois da Revolução, a saúde passou a ser uma das prioridades do governo, e suas ações foram voltadas, em sua quase totalidade, para o controle dos danos causados pelo processo de adoecimento produzido ao longo do período anterior. Assim, os indicadores

²⁸ “La historia me absolverá” é a frase final e posterior título do discurso de autodefesa (que se transformou em livro) de Fidel Castro, diante de um júri militar que o julgou em outubro de 1953, pelos assaltos acontecidos nos quartéis de Moncada e Carlos Manuel de Céspedes, em Santiago de Cuba e Bayamo, respectivamente, em 26 de julho do mesmo ano. Os movimentos destinavam-se a tomar armas do arsenal, mas seu propósito subjacente era derrubar o governo Batista, estabelecido após o golpe de Estado do ano anterior. Ante este juízo, Fidel Castro, formado em Direito, decidiu assumir sua própria defesa. Mais tarde, as palavras de Fidel foram reconstruídas para sua publicação como o manifesto do Movimento de 26 de julho (RUIZ, 2011).

²⁹ O Serviço Médico Social-Rural (SMSR) abriu a possibilidade de médicos recém-graduados prestarem serviços em zonas rurais durante um ano (OCHOA, 2003). Esta ação, que se tornou paradigma do modelo cubano na APS, marcou o nascimento da atenção primária no interior (PEREIRA, 2013).

sociais do país nessa área tiveram um considerável avanço, a partir do modelo de atenção integral e de programas de medicina preventiva e de orientação à prática de medidas de higiene (MADUREIRA, 2010), que visavam a minimizar o quadro sanitário de saúde existente, caracterizado por tétano, difteria, poliomielite, tuberculose e outras doenças (OSA, 2011).

Como vimos, se internacionalmente a década de 1970 pode ser apontada como o período no qual a APS se mostrou como alternativa para a organização da saúde em Cuba, esse indício se apresenta ainda na década de 1960, com a gratuidade dos serviços, a nacionalização de grandes farmácias e dos laboratórios farmacêuticos estadunidenses, mas, principalmente, com a criação do SNS cubano. Considerado o primeiro SNS único e integral das Américas (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011), ele é dirigido centralmente, é gratuito e de cobertura universal e sua concepção reflete o imperativo de atender às necessidades de saúde da população, sem discriminação ou exclusão social (CUBA, 2014).

Foi fundamental para consolidar o SNS cubano a aplicação, desde 1960, de uma política social que permitisse estabelecer a equidade no acesso aos serviços (que foram progressivamente ampliados com postos médicos rurais, maternidades e policlínicas, cujo atendimento primário iniciou-se no país para priorizar a assistência aos grupos mais vulneráveis da sociedade). Nesse contexto, outro aspecto importante a ser ressaltado é a Campanha Nacional de Alfabetização, iniciada em 1961 com o objetivo de elevar os níveis de saúde da população e que abriu caminho para a educação sanitária (OSA, 2011).

Mas a forte ligação de Cuba com a saúde não se restringe ao país. Nesse momento da história cubana, tem início a saída de trabalhadores da saúde em missões internacionalistas. Mesmo que, formalmente, o internacionalismo só tenha sido implementado em 1963, a primeira destas missões aconteceu em 1960, no Chile, após a ocorrência de um terremoto (TORRES, 2006). Devido à importância que a colaboração internacional tem dentro do SNS cubano, este tópico será tratado, mais detalhadamente, no item 6.2 desta Dissertação.

Finalizando essas medidas iniciais pós-Revolução em agosto de 1961, a lei nº 959 declarou o caráter socialista da saúde pública cubana, tornando o MINSAP o gestor exclusivo de todas as atividades de saúde do país, o que incluía as unidades privadas e mutualistas. No ano seguinte, por decreto ministerial de dezembro de 1962, as unidades privadas foram unificadas com as unidades mutualistas na Empresa Mutualista,

organização dependente do MINSAP. Posteriormente, com o incremento da oferta pública de serviços de saúde, estas unidades da Empresa Mutualista passaram a ser hospitais e outros tipos de instituições estatais. Em 1969, incorporaram-se quase em sua totalidade ao MINSAP. (SANTOS; CANO, 2008)

Até 1964, os serviços de saúde eram voltados a ações curativas, e a principal causa de morte eram infecções bacterianas e parasitárias. Segundo Pereira (2013), no ano de 1964, a partir da substituição das Casas de Socorro pelo do modelo de Policlínico Integral, executado por instituições de mesmo nome, iniciou-se a orientação do Sistema em direção ao que mais tarde iríamos reconhecer internacionalmente como os princípios da APS, conforme a Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978). O modelo de Policlínico Integral Preventivo Curativo apontava para uma ancoragem territorial (cada Policlínico estaria responsável por uma área de 9 km² de extensão), para uma distribuição populacional dos serviços (onde deveria residir uma população de 45.000), para uma abordagem familiar, com estímulo à participação popular (OCHOA, 2005; PEREIRA, 2013). Tais inovações obrigaram (e, ao mesmo tempo, proporcionaram) um aumento da formação médica voltada para a Medicina de Família e Comunidade e um incremento gradual no número de Consultórios de Médico e Enfermeira da Família (CMEF), inclusive em zonas rurais, onde o atendimento médico, até 1960, conforme já dito, era praticamente inexistente.

Além das muitas estruturas de saúde criadas nessa época, a participação ativa da comunidade, através dos setoristas voluntários procedentes das organizações de massa, como os Responsáveis de Saúde, dos Comitês de Defesa da Revolução (CDR), e as Brigadas Sanitárias, da Federação de Mulheres Cubanas (FMC), tiveram um papel destacado nas campanhas de vacinação, na educação para a saúde, na higiene ambiental, o que determinou uma vinculação tão estreita que, a partir desses trabalhos iniciais, não havia tarefa alguma na saúde onde não existisse a presença da população organizada (GARCÍA, 1996; PEREIRA, 2013).

Ao longo do ano de 1968 foram nacionalizadas as últimas instituições que ainda estavam fora do sistema de saúde, e em 1969 foram incorporadas quase todas ao MINSAP (GARCÍA, 1996). A última unidade assistencial da empresa mutualista, o histórico *Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba*, foi integrada ao Sistema Nacional Único de Saúde em cinco de setembro de 1970. Segundo García (1996), essas medidas estabeleciam a plena implementação do *primer Sistema Nacional de Salud único e integral en la historia de [Cuba] y del continente americano* (p. 21-22). Na esteira da

implantação do SNS cubano e da planificação estatal, ainda em 1969, aconteceu o primeiro planejamento de longo prazo, na esfera da saúde, o Plano de Saúde 1970 e 1980 (GARCÍA, 1996), que consolidou os processos de descentralização executiva e de centralização normativa da saúde. Processos que transcendiam o campo da saúde pública, abarcando a política nacional do país (PEREIRA, 2013).

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

Mais especificamente, em 1974, segundo Pereira (2013), no âmbito da APS, o modelo de Policlínico Integral foi substituído pelo de Policlínico Comunitário, tendo como uma de suas inovações a adoção dos conceitos de trabalho em equipe e de Medicina Comunitária. Entretanto, a modificação dos modelos não trazia consigo a transformação imediata dos serviços em operação, apenas no âmbito da proposta conceitual, uma vez que, em grande parte, esses serviços eram prestados pelos mesmos profissionais e nas mesmas instituições. Também é importante ressaltar que, embora se alinhassem com os ideais da APS, “os modelos criados visavam, sobretudo, à resolução de problemas diversos que dificultavam a melhoria das condições de saúde da população” (PEREIRA, 2013, p. 47).

Nessa ocasião, também se implantou uma proposta experimental no Policlínico Docente Comunitário de Alamar, que funcionava como centro de saúde para assistência, mas também para formação dos profissionais de saúde (particularmente médicos e enfermeiras), que operam como referência para os CMEF, com ambulatórios de especialidades, serviços de reabilitação e urgência/emergência (SANTOS; CANO, 2008). Ao introduzir o conceito de universalização da docência médica (integrar os estudantes de Medicina e Enfermagem durante seu processo de aprendizagem com as unidades assistenciais docentes) e vincular o MINSAP às universidades, o governo conseguiu a massificação dos programas de formação dos recursos humanos na esfera sanitária, talvez o primeiro grande aporte da Revolução para a Saúde Pública (OSA, 2011).

A Constituição da República de Cuba (CRC), de 1976, revisada em 1992, tal como previsto em seu artigo 50, legitima a relevância político-ideológica dada ao conceito e organização do SNS cubano, definindo a saúde como um direito fundamental do homem e dever inalienável do Estado, que garantirá à população o direito aos serviços de saúde pública em todos os níveis de atenção, com desenvolvimento de ações de divulgação sanitária e educação para a saúde (CUBA, 2014). Refere, ainda, que os serviços serão orientados através de seus princípios humanistas e de solidariedade que caracterizam a saúde pública cubana, que são: o caráter estatal e social da medicina, a acessibilidade e gratuidade dos serviços, a orientação na promoção e prevenção, a aplicação adequada dos avanços da ciência e da tecnologia, a participação comunitária e intersetorial, a colaboração internacional, a centralização normativa e a descentralização executiva (MEJIAS, 2015).

Ao começar a década de 1980, os avanços progressivos, em extensão e qualidade, percorridos pelo SNS cubano permitiram uma trajetória de consolidação da proposta da APS, principalmente através dos modelos de Policlínicos Integral e Comunitário. Entretanto, passados mais de 15 anos de implantação dessas políticas, foram observadas muitas limitações, dentre elas a insatisfação da população, que motivaram uma nova avaliação integral da situação da saúde e da APS no país, o que conduziu à formulação de um novo modelo chamado de Medicina Familiar, ou de médico e enfermeira de família (OCHOA, 2003; PEREIRA, 2013). Idealizado inicialmente como um experimento, a fim de ser avaliado, o projeto denominado *Médico de las 120 Familias* foi instituído em quatro de janeiro de 1984, no Policlínico Lawton, situado em Havana, e contava com a atuação de 10 médicas e 10 enfermeiras. A aprovação do desempenho, decorrente de uma boa avaliação, fez expandir o programa para todo país, a partir de 1985 (MORALES, 2010).

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

Devido à necessidade de buscar uma ferramenta metodológica que garantisse a aplicação e o aperfeiçoamento dos princípios da atenção médica integral, do modelo existente, em 1987, foi implementado o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF). (LABRADOR, 2006)

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

Esse contexto mudaria drasticamente no início da década de 1990, quando a situação nacional cubana entrou em profunda crise econômica, com impacto praticamente em todas as esferas da vida no país. Para se ter uma ideia da gravidade da crise, entre 1989 e 1993 o PIB cubano caiu em 30% e as exportações 70%. Tal crise, também conhecida como Período Especial³⁰, deu-se por dois principais motivos: como efeito do processo do desaparecimento da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e do campo socialista, com quem Cuba mantinha 80% de suas relações comerciais até 1989; e pelo acirramento do bloqueio econômico imposto pelos Estados Unidos da América a Cuba, desde 1960, a partir da aprovação das Leis Torricelli, em 1992, e Helms-Burton, em 1996, dirigidas a impedir os investimentos estrangeiros em Cuba e, também, limitar fortemente o intercâmbio comercial com o exterior (JIMÉNEZ, 1997). O bloqueio tem sido condenado desde 1992 na Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU).³¹

A crise econômica repercutiu no desenvolvimento do SNS cubano, principalmente com relação às dificuldades em obter equipamentos, materiais médicos e

³⁰ Período em que se estabeleceu profunda crise econômica em Cuba, decorrente do processo de dissolução da URSS e do acirramento do bloqueio econômico dos Estados Unidos, iniciado em 1960. Não existe consenso quanto aos limites temporais do período especial; geralmente, aponta-se que ele durou de 1991 a 1994, ou que, pelo menos, teriam sido estes os anos em que existiu de forma mais aguda (PEREIRA, 2013).

³¹ De 1992 a 2014, a comunidade internacional, através da ONU, vem condenando o bloqueio. Em 2014, 188 países votaram pelo fim do embargo, 2 votaram contra e houve 3 abstenções (CUBA, 2014; PEREIRA, 2013).

medicamentos do exterior; além disso, gerou muitas limitações para a construção de novas instituições e para a manutenção das já existentes (SANTOS; CANO, 2008). No entanto, nesse período nenhuma unidade do sistema de saúde deixou de funcionar; novos médicos, enfermeiras, dentistas e outros profissionais foram incorporados ao sistema de saúde, expandindo o modelo do médico e da enfermeira de família (SANTOS; CANO, 2008; GARCÍA, 1996). De acordo com Lourenço e Ruiz (2014), apesar das condições desfavoráveis, o país garantiu, ao longo desses anos, a universalidade do acesso à saúde e tem igualmente subsidiado ações tanto no campo da atenção em saúde como no da formação de profissionais de saúde; também tem desenvolvido a indústria de saúde, sendo que a pesquisa tem possibilitado a expansão da biotecnologia e a comercialização de produtos médicos para outros países. Nesse sentido, segundo a autora, a gratuidade dos serviços de saúde e a cultura de políticas de subsídios (alimentação, habitação, etc.) durante os anos de 1990 a 2010, período do endurecimento do bloqueio econômico, mostraram-se essenciais para garantir os bons indicadores de saúde da população cubana (LORENCO; RUIZ, 2014).

Em 1995, o país inicia um processo de transformação econômica – o PIB cubano começou a se recuperar (GÓNZÁLEZ, 2003) – e, desde então, Cuba vem tentando se adaptar ao novo contexto político global e encontrar soluções internas de aperfeiçoamento para as questões econômicas, sem a perda dos ganhos sociais e políticos obtidos a partir da Revolução (PEREIRA, 2013). Uma delas foi a criação, desde o final dos anos 1990, de serviços de cuidados de saúde para os estrangeiros, que aportam ao sistema moeda nacional conversível (chamado de CUC, conforme explicação na nota de rodapé nº 4, desta Dissertação). Mais recentemente, outra iniciativa tem sido o intercâmbio de profissionais de saúde que oferecem seus serviços para a população de outros países, sendo que aproximadamente 50 mil profissionais de saúde estão trabalhando em ações de cooperação internacional e, nos últimos 50 anos, estiveram presentes em 158 países (MEJIAS, 2015).

Partindo das definições políticas e do diagnóstico setorial, o MINSAP empreendeu um novo planejamento para o período de 1996 até 2000 e, a partir dos problemas prioritários, destacou cinco estratégias e quatro programas: “Atenção Materno-Infantil”, “Controle de Enfermidades Transmissíveis”, “Controle de Enfermidades não Transmissíveis” e “Atenção ao *Adulto Mayor*” (SANTOS; CANO, 2008). Contudo, entre os anos de 1995 e 2002 aparecem 39 novos programas, sendo 18 nos dois últimos anos.

No ano de 2002, iniciaram-se os Programas de Revolução em Saúde, que visavam a reformular a estrutura organizativa dos serviços de saúde, em particular a APS, aprofundando o trabalho do médico e da enfermeira de família. Tinha como premissas básicas aproximar os serviços às populações, adequando-se à saúde de cada lugar a partir da formação, capacitação e aperfeiçoamento contínuo dos recursos humanos, do melhoramento das instituições de saúde, da ampliação e da modernização dos serviços e, também, da introdução de novas tecnologias (MADUREIRA, 2010). Alguns serviços, tais como os de Optometria, Odontologia, Medicina Natural e Tradicional, foram expandidos para um número maior de Policlínicos, e outros, anteriormente presentes apenas em hospitais, como a ultrassonográfica, passaram a ser ofertados (LABRADOR, 2006).

Nesse contexto, em 2004, implantou-se inovação na carreira médica conhecida como prática pré-profissional.³² A partir dessa transformação, decidiu-se, em 2005, iniciar uma nova experiência que define o Policlínico e o CMEF como os cenários principais para a formação nas carreiras de Medicina, de Odontologia, de Psicologia, de Enfermagem e dos diversos cursos de Tecnologias da Saúde. Essa concepção traz uma formação integral desde a comunidade, fundindo a educação com a prática, treinamento e trabalho, além da aprendizagem com a investigação, como elementos indissolúveis do processo. Atualmente, a formação do primeiro ao quarto anos do internato profissionalizante de Medicina é feita nos Policlínicos Universitários (CANTO et al., 2010).

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

³² A nova abordagem (em regime de internato) na carreira médica, conhecida como a prática pré-profissional, é aquela onde o interno conduz suas atividades em um consultório que não está ocupado por nenhum médico. Neste local, procede a atenção da população, com os conhecimentos adquiridos ao longo da carreira, sob a supervisão de um tutor (CANTO et al., 2010).

Janela 5

**Quando o contar fala pelos
olhos**

Será que a imagem vale mais que mil palavras?

Esta é uma narrativa um pouco estranha até mesmo para mim.

O que vemos dia a dia nas cidades? Sabemos ver? Sabemos reconhecer os códigos da cidade? Estamos abertos a jogar com suas múltiplas possibilidades? Para Hissa e Nogueira (2013), as imagens urbanas são construídas do olhar.

Neste sentido, reconhecer os códigos urbanos é algo que passa por olhar – com olhos de ver – a rua e a cidades, já que é lá que a vida acontece (SANTOS, 1996). Começo minha narrativa com o olhar desses autores, a fim de apresentar meu caminhar pelas ruas de Cuba e pelo seu sistema de saúde.

Ao perceber meu corpo e seu caminhar atravessando as cidades cubanas, de certa forma, me transformei. De acordo Hissa e Nogueira (2013), ao caminhar pela cidade os corpos percorrem e perfazem diversos feixes de caminhos urbanos e, de forma mais ou menos invisível, elaboram novos textos; reescrevem o discurso urbano – e eu acrescentaria –, novos discursos nos sujeitos. Ao andar pelas ruas de Cuba e percorrer seu sistema de saúde, observando cada detalhe, cada imagem, cada cheiro, cada sabor, cada olhar, cada brilho, encantando-me ou não, com seus (des)encantos, escrevi, li, signifiquei, reescrevi, a partir dos meus olhos.

Mas o caminhar, é apenas um meio (dos tantos possíveis), que nos provoca o desejo de buscar novos sentidos, não só dos espaços – urbanos ou não – mas também das suas histórias escritas, contadas, vistas, vividas. Caminhando pelas ruas de Cuba, viajei na sua história, mas também vivi o seu povo, a sua cultura, alegre e musical, e as suas cores, sempre tão calientes. Caminhando pelas ruas de Cuba, refleti sobre questões internas da ilha, do seu sistema de saúde, mas também dos vários moradores de tantas ruas latino-americanas que vivem a partir das suas próprias fronteiras – reais ou imaginárias –, um cotidiano de militarização urbana e da indústria do medo e da sua banalização. Caminhando pelas ruas de Cuba, vi sua estética e sua poética, mas também lembrei de Galeano (2015a) e seus “ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada” (p. 71). Caminhando pelas ruas de Cuba, percebi que, a cada dia, seu cotidiano é lido e reescrito pelos sujeitos do mundo. Caminhando pelas ruas de Cuba, entendi por que Pelbart (2008) diz que não sabemos quando podemos afetar ou ser afetados. É preciso vivenciar/sentir a cidade!

Nunca foi tão difícil responder à clássica pergunta: como foi a viagem? Porque Cuba me desconcertou.

O corpo olhou, sentiu, pensou, viveu e voltou com o sentimento de que era preciso guardar todas aquelas sensações. Mas, de que forma? Não no sentido de retê-las, mas de “olhá-la, fitá-la, mirá-la por admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado” (CICERO, 2008, p. 11).

Então, assim, o fiz!

O capítulo que vocês verão a seguir é mais que uma narrativa visual. É um convite para uma viagem pela cidade de Havana, seu povo, sua cultura e seu sistema de saúde. Mas, também, um convite para você, que é o leitor, veja Cuba pelos meus olhos, mas a partir da sua visualidade.

Se você se sentir confuso, não dê importância, a confusão faz parte do convite. Mas, não desista! Viajar por essas ruas, pode ser bem mais fácil do que se imagina...

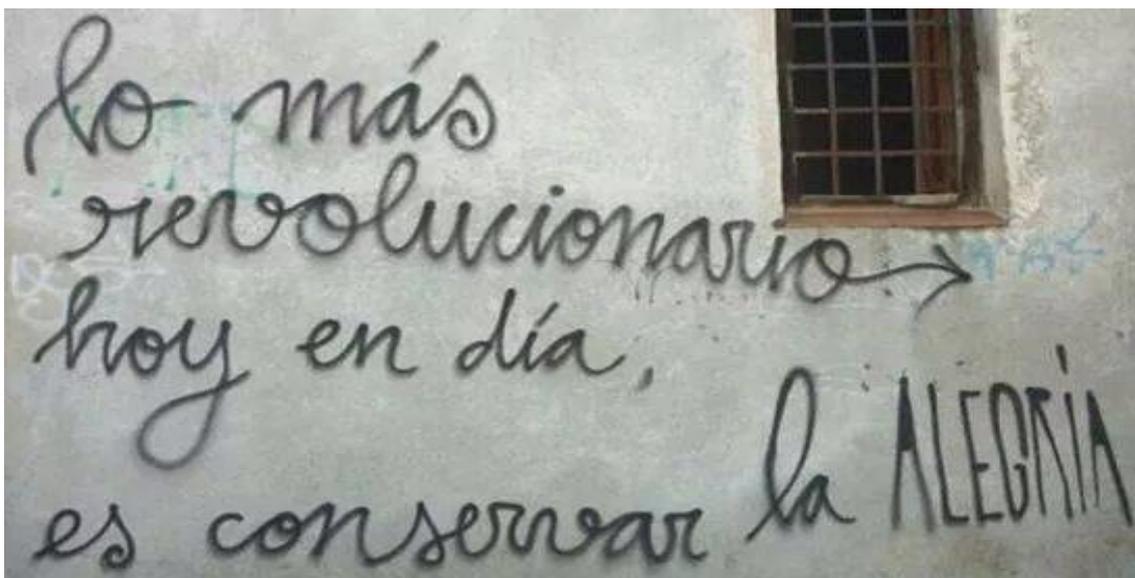


Figura 7: Contando sobre as alegrias, pelos muros de Cuba.
Fonte: Mendes (2015b).

Janela sobre a cidade (II)

Estou sozinho na cidade estrangeira, e não conheço ninguém, e não entendo a língua que falam. Mas alguém brilha, de repente, no meio da multidão, como de repente brilha uma palavra perdida na página ou uma graminha qualquer na cabeleira da terra.

(GALEANO, 1994, p. 299)

5. Cuba e seu sistema de saúde em imagens e cores

Se Alice voltasse: Há cento e trinta anos, depois de visitar o País das Maravilhas, Alice entrou num espelho para descobrir o mundo ao avesso. Se Alice renascesse em nossos dias, não precisaria atravessar nenhum espelho: bastaria que chegasse à janela.
(GALEANO, 2011, p. 9)

Vão passando, senhoras e senhores!

Vão passando!

Entrem na escola do mundo ao avesso!

Que se alce a lanterna mágica!

Imagem e som! A ilusão da vida!

Em prol do comum estamos oferecendo!

Para ilustração do público presente e bom exemplo
das gerações vindouras!

Venham ver o rio que cospe fogo!

O Senhor Sol iluminando a noite!

A Senhora Lua em pleno dia!

As Senhoritas Estrelas expulsas do céu!

O bufão sentado no trono do rei!

O bafo de Lúcifer toldando o universo!

Os mortos passeando com um espelho na mão!

Bruxos! Saltimbancos!

Dragões e vampiros!

A varinha mágica que transforma um menino numa
moeda!

O mundo perdido num jogo de dados!

Não confundir com grosseiras imitações!

Deus bendiga quem vir! Deus perdoe quem não!

Pessoas sensíveis e menores, abster-se.

(Baseado nos pregões da lanterna mágica, do século
XVIII)

(GALEANO, 2011, p. 6-7)

5.1 A saúde



Figura 8: O Ministério da Saúde Pública – MINSAP.
Fonte: Autora (2015).



Figura 9: A biotecnologia.
Fonte: Autora (2015).



Figura 10: A Universidade de Medicina.
Fonte: Autora (2015).

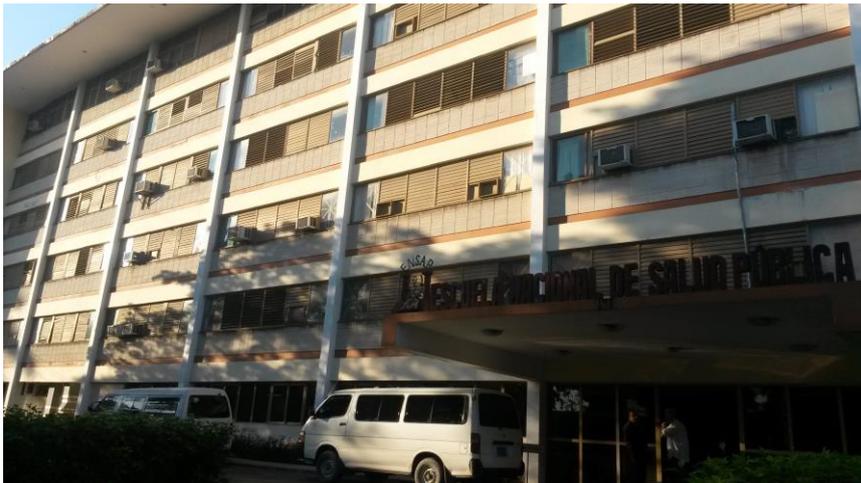


Figura 11: A Escola Nacional de Saúde Pública – ENSAP.
Fonte: Autora (2015).



Figura 12: O Policlínico.
Fonte: Autora (2015).



Figura 13: O Consultório de Médico e Enfermeira de Família.
Fonte: Autora (2015).



Figura 14: O hospital.
Fonte: Autora (2015).



Figura 15: Veículo utilizado nas ações de prevenção de HIV/AIDS.
Fonte: Autora (2015).



Figura 16: A farmácia.
Fonte: Autora (2015).

5.2 A cidade



Figura 17: O Capitólio.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 18: *La Bodeguita del Medio*.
Fonte: Autora (2015).



Figura 19: O poder.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 20: *Malecon* – O sofá de Havana.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 21: Os muros da cidade.
Fonte: Autora (2015).

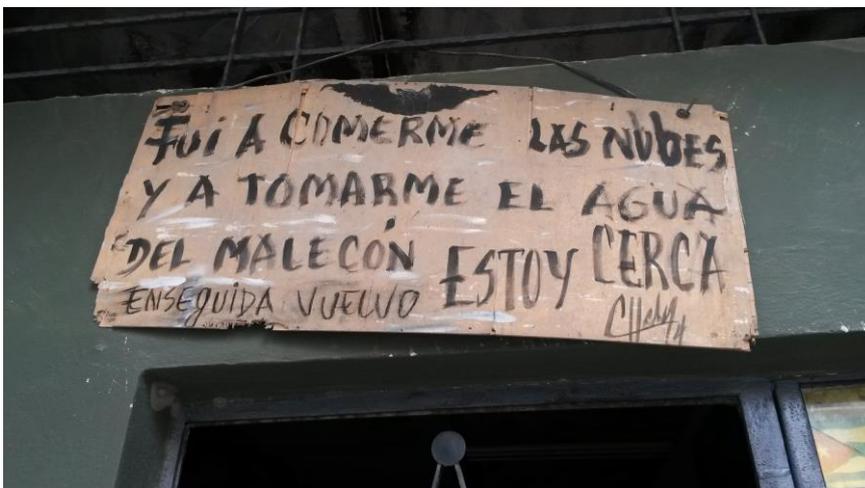


Figura 22: A irreverência cubana.
Fonte: Autora (2015).



Figura 23: La Floridita.
Fonte: Autora (2015).



Figura 24: O presente e o passado se encontram.
Fonte: Autora (2015).



Figura 25: O contraste dos prédios.
Fonte: Autora (2015).



Figura 26: O Mc Cubano.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 27: O transporte de massa.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 28: O grito pela liberdade sempre presente.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 29: *La Cabana* – Patrimônio da Humanidade.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 30: O ginásio.
Fonte: Autora (2015).



Figura 31: O hotel e suas histórias.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 32: A marca nas paredes de cubanas.
Fonte: Autora (2015).



Figura 33: As praças.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 34: A catedral.
Fonte: Mendes (2015b).

5.3 Cores e sabores



Figura 35: O amor.
Fonte: Autora (2015).



Figura 36: O ritmo.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 37: As tochas.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 38: O ufanismo.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 39: O sabor típico.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 40: O contraste dos carros novos e antigos.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 41: As doçuras de Cuba.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 42: O rum.
Fonte: Autora (2015b).



Figura 43: Os cartões de crédito.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 44: A diversidade cubana.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 45: O povo.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 46: Os vários olhares.
Fonte: Autora (2015).



Figura 47: As ruas.
Fonte: Autora (2015).



Figura 48: Mojito.
Fonte: Autora (2015).



Figura 49: O orgulho.
Fonte: Mendes (2015b).



Figura 50: O encontro do mar cubano com o chimarrão gaúcho.
Fonte: Mendes (2015).



Figura 51: A exposição ao estilo cubano.
Fonte: Mendes (2015b).

5.4 Um convite ao voo

Milênio vai, milênio vem, a ocasião é propícia para que os oradores de inflamado verbo discurssem sobre os destinos da humanidade e para que os porta-vozes da ira de Deus anunciem o fim do mundo e o aniquilamento geral, enquanto o tempo, de boca fechada, continua sua caminhada ao longo da eternidade e do mistério.

Verdade seja dita, não há quem resista: numa data assim, por mais arbitrária que seja, qualquer um sente a tentação de perguntar-se como será o tempo que será. E vá-se lá saber como será. Temos uma única certeza: no século XXI, se ainda estivermos aqui, todos nós seremos gente do século passado e, pior ainda, do milênio passado.

Embora não possamos adivinhar o tempo que será, temos, sim, o direito de imaginar o que queremos que seja. Em 1948 e em 1976 as Nações Unidas proclamaram extensas listas de direitos humanos, mas a imensa maioria da humanidade só tem o direito de ver, ouvir e calar. Que tal começarmos a exercer o jamais proclamado direito de sonhar? Que tal delirarmos um pouquinho? Vamos fixar o olhar num ponto além da infâmia para adivinhar outro mundo possível:

o ar estará livre de todo veneno que não vier dos medos humanos e das humanas paixões; nas ruas, os automóveis serão esmagados pelos cães; as pessoas não serão dirigidas pelos automóveis, nem programadas pelo computador, nem compradas pelo supermercado e nem olhadas pelo televisor; o televisor deixará de ser o membro mais importante da família e será tratado como o ferro de passar e a máquina de lavar roupa;

as pessoas trabalharão para viver, ao invés de viver para trabalhar; será incorporado aos códigos penais o delito da estupidez, cometido por aqueles que vivem para ter e para ganhar, ao invés de viver apenas por viver, como canta o pássaro sem saber que canta e como brinca a criança sem saber que brinca;

em nenhum país serão presos os jovens que se negarem a prestar o serviço militar, mas irão para a cadeia os que desejarem prestá-lo; os economistas não chamarão nível de vida ao nível de consumo, nem chamarão qualidade de vida à quantidade de coisas;

os cozinheiros não acreditarão que as lagostas gostam de ser fervidas vivas; os historiadores não acreditarão que os países gostam de ser invadidos; os políticos não acreditarão que os pobres gostam de comer promessas;

ninguém acreditará que a solenidade é uma virtude e ninguém levará a sério aquele que não for capaz de rir de ele mesmo; a morte e o dinheiro perderão seus mágicos poderes e nem por falecimento nem por fortuna o canalha será transformado em virtuoso cavaleiro; ninguém será considerado herói ou pascácio por fazer o que acha justo em lugar de fazer o que mais lhe convém;

o mundo já não estará em guerra contra os pobres, mas contra a pobreza, e a indústria militar não terá outro remédio senão declarar-se em falência; a comida não será uma mercadoria e nem a comunicação um negócio, porque a comida e a comunicação são direitos humanos; ninguém morrerá de fome, porque ninguém morrerá de indigestão;

os meninos de rua não serão tratados como lixo, porque não haverá meninos de rua; os meninos ricos não serão tratados como se fossem dinheiro, porque não haverá meninos ricos; a educação não será um privilégio de quem possa pagá-la; a polícia não será o terror de quem não possa comprá-la; a justiça e a liberdade, irmãs siamesas condenadas a viver separadas, tornarão a unir-se, bem juntinhas pelas costas;

uma mulher, negra, será presidente do Brasil, e outra mulher, negra, será presidente dos Estados Unidos da América; e uma mulher índia governará a Guatemala e outra o Peru; na Argentina, as loucas da Praça de Maio serão um exemplo de saúde mental, porque se negaram a esquecer nos tempos da amnésia obrigatória;

a Santa Madre Igreja corrigirá os erros das tábuas de Moisés e o sexto mandamento ordenará que se festeje o corpo; a Igreja também ditará outro mandamento, do qual Deus se esqueceu: “Amarás a natureza, da qual fazes parte”; serão reflorestados os desertos do mundo e os desertos da alma; os desesperados serão esperados e os perdidos serão encontrados, porque eles são os que se desesperaram de tanto esperar e os que se perderam de tanto procurar;

seremos compatriotas e contemporâneos de todos os que tenham vontade de justiça e vontade de beleza, tenham nascido onde tenham nascido e tenham vivido quando tenham vivido, sem que importem nem um pouco as fronteiras do mapa ou do tempo;

a perfeição continuará sendo um aborrecido privilégio dos deuses; mas neste mundo fodido e trapalhão, cada noite será vivida como se fosse a última e cada dia como se fosse o primeiro.

(GALEANO, 2011, p. 284-287)

Janela 6

**O desenho do sistema de
saúde cubano**

Histórias de um sistema de saúde de cabeça para baixo

Todo mundo tem médico de família. Tudo é de graça. O povo conhece “par e passo” como acessar a saúde. A prioridade absoluta é a prevenção. Os profissionais de saúde conhecem os usuários pelo nome – mais que um nome, estes usuários são parte de uma família, vivem numa comunidade – e sabem detalhadamente sobre a vida destas pessoas.

Enfim, tudo, aparentemente, muito organizado, às vezes, inclusive, com a sensação de irreal. Então, me pergunto: Como um sistema onde o paciente leva sua ficha clínica numa folha de papel amarelado, com milhões de informações (em alguns casos, escritas a lápis), em mãos, para o próximo nível/profissional de saúde, pode funcionar? Como esta engrenagem, apesar de tantas carências tecnológicas – desde equipamentos de informática, até equipamentos médicos e hospitalares –, dá conta das suas tantas demandas? Como a rede de serviços conversa entre si, e, apesar da baixa informatização, produz um sistema de informações, que rapidamente alimenta os bancos de dados e as estatísticas governamentais? Meu objetivo aqui, não é apresentar respostas, é apenas trazer a reflexão, de que, apesar dos seus tantos desafios diários, a saúde funciona.

Mas, claro, nem tudo pode ser romantizado.

Cuba apresenta vários problemas em seu sistema de saúde, e nem poderia ser diferente. Verificando rapidamente sua história, é compreensível entender que um país que há pouco mais de cinco décadas passou por uma Revolução armada, e que até hoje sofre com os desdobramentos do embargo econômico, apresente fragilidades.

Os recursos econômicos, apesar de serem amplamente investidos na própria população – por conta da contrapartida da prestação de serviços –, são limitados. Ainda assim, o SNS cubano resolveu alguns problemas que muitos países, inclusive o Brasil, ainda não enfrentaram, tais como: o atendimento em áreas remotas, o número e a formação dos profissionais, o número de usuários para cada área adstrita, a regionalização da saúde, a comunicação da rede, a efetiva participação popular – na saúde, e na sociedade como um todo - dentre tantos outros exemplos passíveis de serem elencados.

A cada visita que fiz aos serviços do sistema de saúde, tais constatações ficavam mais evidentes. O sistema de saúde cubano, por certo, não é desenhado para escolhas da população, afinal, saúde paga é só para estrangeiros. Mas, é um desenho que permite

acolhimento, em qualquer porta que se bata. Mesmo o cubano entendendo que a porta inicial deva ser o Consultório do Médico e Enfermeira de Família.

Mas então, por que a metáfora “de cabeça para baixo”?

Quando penso na organização do SNS cubano, esta é a imagem que me vem à mente. Não no sentido (tanto de direção, quanto de sentimento) pejorativo da palavra - como se o mundo estivesse às avessas, ou mesmo que a engrenagem da máquina que faz girar a saúde esteja invertida -, mas como uma saúde que se inicia e funciona da base ao topo, e onde a APS, muito mais que ordenadora, se faz estratégica, na vida da população.



Figura 52: Respeito aos idosos – Mensagem afixada na parede de uma *Casa de Abuelos* em Havana. Fonte: Autora (2015).

Janela sobre o corpo

Guarda alguns jornais velhos, velhos como ele, embrulhados em panos velhos, cuidadosamente amarrados. Ele tem medo que as palavras escapem.

(GALEANO, 1994, p. 99)

6. Agora vou te contar umas histórias... Sobre a organização do sistema de saúde em Cuba

[...] O mundo é isso – revelou. – Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chega perto pega fogo.

(GALEANO, 2015a, p. 13)

Quando iniciei este capítulo, de imediato minhas reflexões foram ao encontro do povo cubano. Impossível não fazer relação entre o SNS cubano, que por vezes parece irreal – afinal, é um sistema onde há muitos médicos (boa parte, médicos de família), tudo é de graça e prima pela prevenção – e seu povo, extremamente solidário.

O povo cubano é alegre e generoso, gosta de se vestir bem, dançar, fazer festa e enfeitar a casa. Mas também é corajoso, extremamente ufanista e orgulhoso de si, de suas atividades e do quanto as mesmas são importantes para o país como um todo. Chamou-me atenção, entretanto, o fato de que todo cidadão cubano conhece seu sistema de saúde de maneira profunda, com riqueza de detalhes. Em Cuba não se tenta burlar o sistema, pois, apesar dos problemas, a população tem convicção de que o fluxo está organizado, que funciona e que é o melhor caminho a ser percorrido pelo usuário. Portanto, o cidadão não só conhece e compreende, mas, sobretudo, é protagonista desse processo.

Conversando com um taxista, pedi para que me falasse sobre a saúde em seu país. O taxista, em detalhes, com uma conversa fluida de quem não foge ao debate, me respondeu didaticamente sobre o sistema, os serviços que o compõem, seus fluxos, como fazer para acessar os serviços e, mais, sobre os seus direitos enquanto cidadãos. Sim, conhecem seus direitos! A viagem seguiu, a mente voou a pensar de como este olhar impacta não só a saúde, mas a vida das pessoas. Este encontro me sensibilizou!

Relatos como esse e a incursão pelos serviços do SNS cubano me mostraram que o Sistema está profundamente marcado pelas conquistas obtidas na Revolução Socialista, que operaram mudanças importantes no sistema de saúde local.

Entretanto, conhecer *in loco*, através das conversas com trabalhadores, usuários, professores e/ou profissionais da saúde, o porquê de o SNS cubano ser referência para a

organização dos serviços de saúde pública para diversos países é algo que está para além da aprendizagem pelos livros e dados estatísticos. Apesar das condições materiais precárias que verificamos em alguns serviços de saúde, o mesmo não se pode dizer da disponibilidade e sentido humanitário dos profissionais de saúde, elemento fundamental para dar sustentabilidade ao sistema de saúde.

Em Cuba, onde a política social define o Estado como responsável pela provisão dos serviços de saúde e onde todos os cidadãos são considerados beneficiários, opera um sistema de saúde que alcançou altos níveis de equidade na distribuição dos serviços, com total cobertura da população (OMS, 2017). São índices alcançados a partir de uma forte legislação e de marcadores estruturantes do SNS cubano.

O primeiro que destaco é a formação de recursos humanos. Se, quando da Revolução Cubana, o país somente contava com uma Escola Médica e com aproximadamente 6.000 médicos (em média, 1.070 hab/med) concentrados em Havana e nas grandes cidades do país, hoje Cuba conta com 90.161 médicos (125 hab/med), dos quais 12.883 são médicos de família (CUBA, 2016). Para atingir esse objetivo, o SNS cubano necessitou realizar um conjunto de reformas e investimentos, tendo priorizado a formação de recursos humanos, em quantidade e qualidade, e a criação de uma rede de Institutos e Faculdades (MADUREIRA, 2010).

Naquele dia, a visita não era em um equipamento de saúde. Entramos na Universidade, onde um grande grupo (composto por professores, médicos, profissionais de saúde e estudantes) nos aguardava. A curiosidade era enorme. No pátio, estudantes praticavam esporte, mas o que mais chamou-me a atenção foram os muitos chineses que por lá circulavam. Tivemos uma conversa mais formal com aquele grupo, mas o que realmente sensibilizou-me foi o encontro casual com um estudante de Medicina, de dezesseis anos, na hora do lanche. Conversamos sobre muitas coisas, entretanto, o que me encantou foi ver o brilho singular em seu olhar, ao me dizer que estudava Medicina por acreditar ser a vida humana o bem de mais valia que existe, e como tal, sua missão era estudar e lutar para garantir esse direito a todos que a vida colocasse em seu caminho.

Foi o olhar mais cativante que meus olhos cruzaram por Cuba!

Outro fator importante é o suporte de medicamentos e insumos clínicos e não clínicos fornecidos à população. Apesar do embargo econômico – e da dificuldade de obter os insumos – Cuba desenvolveu sua própria indústria farmacêutica e de biotecnologia e agora fabrica a maior parte das drogas de sua farmacopeia básica. Também são fatores estruturantes: a gestão; o planejamento gigantesco do SNS cubano; o apoio logístico de uma rede muito bem organizada; o sistema de informação em saúde

(pouquíssimo informatizado, porém, surpreendentemente, rico em informação e muito eficiente no acompanhamento dos indicadores); uma participação popular muito forte; e, é claro, o suporte financeiro que subsidia todo o sistema.

Como em Cuba a saúde é um direito social inalienável – como já referenciado no capítulo anterior –, a oferta de serviços privados está proibida. Por esse motivo, a oferta de serviços de saúde aos cidadãos cubanos é totalmente gratuita, e somente para os cidadãos estrangeiros são cobradas taxas. Entretanto, é importante ressaltar, o sistema não é desenhado para escolhas ou iniciativas individuais, já que não existe sistema de saúde privado, pago como alternativa. O Estado Cubano utiliza o modelo de financiamento de monopólio estatal, através do subsídio à oferta, onde, ao mesmo tempo, regula, financia e presta integralmente os serviços de saúde. Em Cuba, o suporte financeiro tem a garantia de aproximadamente 11% do PIB cubano. Todavia, o que mais se destaca é o percentual dos gastos financeiros do governo na saúde: aproximadamente 93% do gasto total é com a saúde. Através desse dado, é possível identificar uma predominância do financiamento público à saúde (OMS, 2017).

Contudo, o custo da oferta gratuita dos serviços de saúde aos usuários é continuamente apresentado aos usuários através de cartazes que indicam os valores de cada procedimento de saúde que têm como título: *Teu serviço de saúde é gratuito... mas custa*. Esta iniciativa visa a conscientizar a população sobre o custo dos procedimentos de saúde e incentivar a valorização dos serviços. A Figura 53, apresenta um modelo - dos diversos existentes – destas mensagens.

**Tu servicio de salud es gratuito
... pero cuesta**

Atención Primaria de Salud



■ Consultas:	36,55 pesos
■ Consulta de rehabilitación:	36,60 pesos
■ Examen de laboratorio clínico:	18,67 pesos
■ Consulta de oftalmología:	46,15 pesos
■ Ultrasonido:	148,50 pesos
■ Rayos X:	99,39 pesos
■ Consulta de genética especializada:	34,95 pesos
■ Prueba citológica especializada:	23,95 pesos



Policlínicos

Figura 53: “Tu servicio de salud es gratuito... pero cuesta”.
Fonte: Autora (2015).

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

O MINSAP é órgão central de gerenciamento do Sistema e está encarregado de dirigir, executar e controlar a aplicação da política do Estado e do governo no que diz respeito à saúde pública, desenvolvimento das Ciências Médicas e da Indústria Médico-Farmacêutica (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). Segundo Madureira (2010), o

MINSAP também é responsável por garantir a acessibilidade, a gratuidade, a participação comunitária, a intersectorialidade, a colaboração internacional e a centralização normativa e descentralização executiva, bem como o controle e a vigilância epidemiológica e dos produtos e substâncias, as investigações biomédicas, a produção, a exportação de fármacos e equipamentos médicos.

As medidas adotadas para organizar o SNS cubano e regionalizar os serviços dividiu o país em áreas geográficas, facilitando o planejamento racional e o ordenamento das instalações. Assim, o sistema conta com três níveis administrativos (nacional, provincial e municipal) e quatro níveis de gestão de serviços. E as províncias abrigam em seus municípios os sistemas locais de saúde, que realizam assembleias, às quais a direção do Sistema está subordinada (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011; MORAIS; SANTOS, 2015). A Figura 54 apresenta a organização do sistema de saúde cubano.

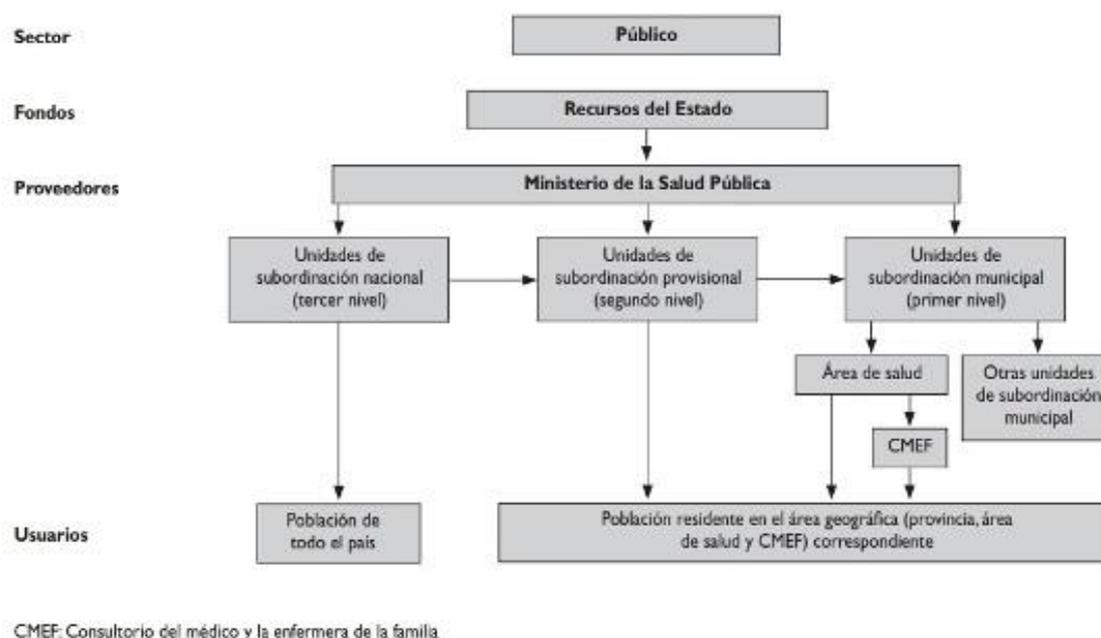


Figura 54: Sistema de saúde de Cuba.
Fonte: Domínguez-Alonso; Zacca, 2011, p. S169.

Outro aspecto importante a ser ressaltado, e que é claramente identificado nos *recorridos*³³, é que a concepção do sistema de saúde cubano parte do princípio de que se deve gastar um pouco mais de recurso na prevenção do que no tratamento de doenças

³³ Maneira como os profissionais de saúde da ENSAP denominavam as visitas às instituições, equipamentos socio-sanitários, serviços e unidades de saúde.

avançadas. Na lógica dessa premissa, todo paciente deve passar primeiramente pelo médico de família; assim, temos um nível de Atenção Primário à Saúde, com ampla cobertura e baixa complexidade, que deve garantir a resolubilidade de aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população, além de oferecer ações de promoção e prevenção da saúde (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). Em Cuba, todos os pacientes são categorizados de acordo com o nível de risco de saúde, de I a IV, sendo que o nível I apresenta menos riscos, e o IV, mais riscos. Fumantes, por exemplo, estão na categoria de risco II, e pacientes com doença pulmonar crônica, mas estável, ficam na categoria III.

O nível primário, constituído por Equipes Básicas de Saúde (EBS), é o responsável por executar o Programa de Médico e Enfermeira de Família (PMEF). As EBS são compostas por um médico e uma enfermeira, que trabalham em um consultório (CMEF) responsável por até de 1.500 pessoas residentes nos quarteirões vizinhos. Entretanto, a população adscrita de cada EBS sofre variações dependendo da localização do consultório, podendo possuir menos do que 700 pessoas, em áreas rurais, e mais do que 1.500, em áreas urbanas mais populosas (MADUREIRA, 2010). É responsabilidade das EBS à análise da situação de saúde da comunidade a qual estão vinculadas, o diagnóstico social com participação comunitária, a identificação de situações e sua priorização visando a solucionar os problemas detectados. Os CMEF informam regularmente o distrito sobre o número de pacientes para cada categoria de risco e sobre o número de pacientes com doenças como hipertensão, diabetes, asma, assim como sobre o status de imunização, data dos exames preventivos de câncer, e casos de gravidez/cuidado pré-natal. Segundo Dal Prá *et al.* (2015), as EBS realizam duas ações principais, que são: as consultas individuais; e as atividades no território, incluindo visitas domiciliares com o objetivo de levantar informações sobre as condições de vida da comunidade, conhecer as famílias, observar a rede familiar em situações cotidianas e situações de crise, inclusive por questões econômicas e sociais. Assim, todo paciente é visitado em casa, ao menos uma vez por ano, e aqueles com doenças crônicas recebem visitas mais frequentes. Hoje, existem 10.782 CMEF em Cuba (CUBA, 2016).

Para evitar que a população seja encaminhada ao segundo nível desnecessariamente, e para fortalecer o trabalho da APS, as EBS trabalham conjuntamente com os Grupos Básicos de Trabalhadores (GBT), que são compostos por até 20 EBS (cada uma com seu médico e enfermeiro de família) e uma equipe de

especialistas que é integrada por: medicina interna, pediatria, ginecologia e obstetrícia, psicólogo, odontólogo, supervisão de enfermagem, assistente social, estatístico e técnico de higiene e epidemiologia (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). O GBT é uma das unidades organizativas dos Policlínicos e oferece atividades de apoio, formação e supervisão as EBS.

Os GBT podem realizar suas ações no Policlínico, nos consultórios (CMEF) ou no território, dependendo da necessidade das EBS e da população adstrita. Nesse sentido, interconsultas e avaliações técnicas de um usuário por dois especialistas são rotineiras e consideradas um processo docente-assistencial. O sistema de referência e contrarreferência prioriza o contato pessoal entre o médico de família e o especialista. (DAL PRÁ et al., 2015).

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

Chegamos ao CMEF, onde trabalhava uma médica e uma enfermeira, responsáveis por 1.048 pessoas, adstritos a um território de dois quarteirões (informações que obtivemos antes mesmo de falar com a responsável, através da Pancarta). Na porta do consultório a Pancarta Informativa³⁴ avisava, entre outras coisas, sobre as condições de funcionamento e normatizações do equipamento. Na sala de espera havia apenas uma pessoa, a quem gentilmente a enfermeira solicitou que retornasse mais tarde, devido à nossa visita – ao que prontamente ela atendeu, já que o consultório funciona 24h. Nas paredes, pôsteres informativos sobre o HIV/AIDS e sobre a importância do aleitamento materno traziam-me à lembrança as UBS brasileiras, guardadas as diferenças quanto à estrutura física, ao número de pacientes e ao acolhimento. Em relação à infraestrutura em si, o consultório que visitei é a imagem dos demais serviços de saúde, principalmente com a relação ao mau estado dos prédios e dos equipamentos. Nada parecia faltar para o exercício da Medicina Familiar, se não atentarmos ao estado do material. Porque, se a condições materiais eram precárias, o mesmo não se poderá dizer da conduta cuidadosa e atenta

³⁴ A *Pancarta Informativa* é uma placa que fica afixado à porta de entrada de cada CMEF, com várias informações, tais como: a população adstrita; o mapa com os quarteirões que abrangem o Consultório; número de CDRs do território; nomes dos profissionais responsáveis; indicativo dos CMEF mais próximos; horário de funcionamento.

dos profissionais de saúde. Enquanto a médica finalizava a consulta, a enfermeira nos explicava sobre os procedimentos administrativos do local. Os documentos dos pacientes, todos em papéis – amarelados pelo tempo – em nada desabonavam as informações, que, orgulhosamente, a enfermeira nos apresentava. É simplesmente incrível como um país com pouquíssima informatização possui uma produção de informações tão substancial. Assim que terminou a consulta, fomos convidados a entrar (pela médica), e conversamos longamente sobre vários assuntos. Do território ao Policlínico. Da cooperação internacional ao seu salário - que, apesar de achar insuficiente e demasiado baixo para o seu grau de responsabilidade -, ela não considerava injusto, em face do salário da maioria da população cubana. Era visível o amor que tinham pela profissão, bem como a interação que tinham com aquela comunidade. Tanta interação que a enfermeira do CMEF, terminada nossa visita, nos levou caminhando até o CDR mais próximo. Todo mundo tem um médico de família e, apesar das dificuldades materiais, tudo é muito organizado. Naquele CMEF, tive a sensação de que o SNS cubano parece estar de cabeça para baixo! Claro, esta é uma metáfora para dizer que a APS, em Cuba, estrategicamente, ordena!

Os Policlínicos, que também compõem a APS, são unidades coordenadoras dos programas prioritários do SNS cubano, e oferecem à população serviço de urgências, consultas de especialidade e vários equipamentos para a realização de exames complementares de diagnóstico. Entre esses serviços (em torno de 25), encontram-se: eletrocardiograma de urgência, radiografia, endoscopia, ultrassonografia, optometria, laboratório clínico, imunização, atenção integral ao diabético e ao idoso e traumatologia. Eles visam a qualificar a atenção e o diagnóstico de saúde (NOVÁS, 1989). Nos Policlínicos também estão presentes as clínicas odontológicas, que efetuam o tratamento de cuidados mais convencionais (obturações, extrações, entre outros), e as confecções de próteses. No consultório odontológico que visitamos funcionava – na sala ao lado – um laboratório onde as próteses eram moldadas e confeccionadas. Assim como as próteses odontológicas, as de outra natureza – como as ortopédicas – fazem parte da assistência de saúde. Caso a prótese seja muito cara e/ou necessite de material importado, o Estado paga 90% e a família o restante. Entretanto, se a família não pode pagar, a equipe de saúde faz um relatório ao governo, que paga integralmente.

São equipamentos que estão localizados tanto na área urbana como na rural, e normalmente ocupam todo um edifício, pequenos prédios ou antigas *vivendas*, assemelhando-se a pequenos hospitais – entretanto, usualmente sem realizar internações. No espaço rural, possuem as mesmas características de estruturação e funcionamento dos da área urbana, exceto com relação a algumas especialidades e ações prioritizadas, pois, de acordo com o cenário social, as demandas regulares podem ser diferenciadas (DAL PRÁ et al., 2015). O que me pareceu interessante, quando percorrermos as instalações deste

equipamento, foi o trabalho em equipe. A sensação de uma hierarquização pouco marcada e o ambiente relaxado tornou algo complexo distinguir a formação de cada profissional da saúde. Naquele cenário, o importante era o indivíduo.

Atualmente, existem 451 Policlínicos por toda a ilha e, sendo eles o centro de determinadas áreas de saúde, são os responsáveis por fazer a ligação com o nível secundário (MADUREIRA, 2010).

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

Já o nível terciário do SNS caracteriza-se por mínima cobertura e complexidade máxima, e ocorre quando há necessidade de internamento. É composto por hospitais especializados ou Institutos de Investigação, de subordinação nacional, e deve atender cerca de 5% dos problemas relacionados às sequelas e complicações de doenças (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). Atualmente, em Cuba, existem 12 Institutos e 150 hospitais (gerais: 54; clínico-cirúrgicos: 29; pediátricos: 22; especializados: 29; ginecobstétricos: 12; materno-infantis: 4), sendo que, destes, 17,3% possuem menos de 100 camas; 64% possuem entre 100 e 399 camas; e 18,7% possuem 400 camas ou mais (CUBA, 2016).

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

de permanecer junto aos seus filhos recém-nascidos, em um lugar que conseguia conciliar a seriedade de um tratamento duro, com aconchego. Pareceu-me extremamente humanizado.

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

Mas toda essa lógica de referência³⁵, contrarreferência³⁶ e regionalização, com remissão de um nível de cuidado ao seguinte, não se dá de maneira meramente burocrática. Esse vínculo entre os diferentes níveis de atenção tem como objetivo que o atendimento à saúde seja feito no local com menor grau de especialização, sem, entretanto, deixar de oferecer uma atenção de qualidade ao usuário.

Lembro-me de um relato de uma enfermeira, quando visitamos um CMEF, quanto à forma de se fazer o encaminhamento do paciente de um nível ao outro, já que não existe sistema eletrônico de informações. Disse ela:

Quando o paciente precisa se dirigir ao Policlínico, encaminhado pelo médico de família, entregamos o prontuário médico a ele – que, tendo-o em mãos, leva-o até a equipe de segundo nível para que a mesma tenha acesso às informações do parecer do médico de família e possa dar prosseguimento ao seu tratamento. Quando tem seu problema sanado, retorna com o prontuário “debaixo do braço” e o devolve ao seu CMEF de referência.

Minha primeira reação ao relato foi imaginar tal situação aqui no Brasil, e o quanto desses documentos, em nosso país, extraviar-se-iam. Então, questioneei a enfermeira sobre os possíveis extravios, ao que ela me respondeu: “conhecemos nossos pacientes e eles sabem da importância dos prontuários para sua saúde”.

³⁵ Referência é o sistema de encaminhamento interníveis de atenção que, geralmente, dá-se de modo crescente, isto é, do nível primário para o secundário e deste para o terciário.

³⁶ A contrarreferência é o retorno do usuário para um nível mais abaixo e pode se dar tanto em ordem imediatamente decrescente quanto, às vezes, do terciário diretamente ao primário.

6.1 Histórias para serem contadas... Recorrido pelos serviços de saúde cubanos

Sem dúvida, não foi difícil compreender que as duas principais unidades da APS do SNS cubano, pela resolubilidade e pela forma como concentram os programas prioritizados de saúde, são os Policlínicos e os Consultórios de Médico e Enfermeira de Família (CMEF). Entretanto, de acordo com os eixos estabelecidos na Lei da Saúde Pública nº 41 de 1983, o Sistema também é composto por outros serviços, como a *Casa de Abuelos*, *Hogares de Ancianos*, os Centros Médico-Psicopedagógicos (CMP), os Centros Comunitários de Saúde Mental (CCSM), os Centros de Medicina Natural e Tradicional (CMNT), os *Hogares Maternos*³⁷, entre outros, que dão suporte a esses equipamentos e aos programas prioritários de saúde (CUBA, 1983), conforme a Figura 55. Como todos os equipamentos foram conhecidos, julguei importante, para a compreensão mais apurada do sistema de saúde cubano, fazer uma rápida descrição, em conjunto com minhas impressões dos mesmos.

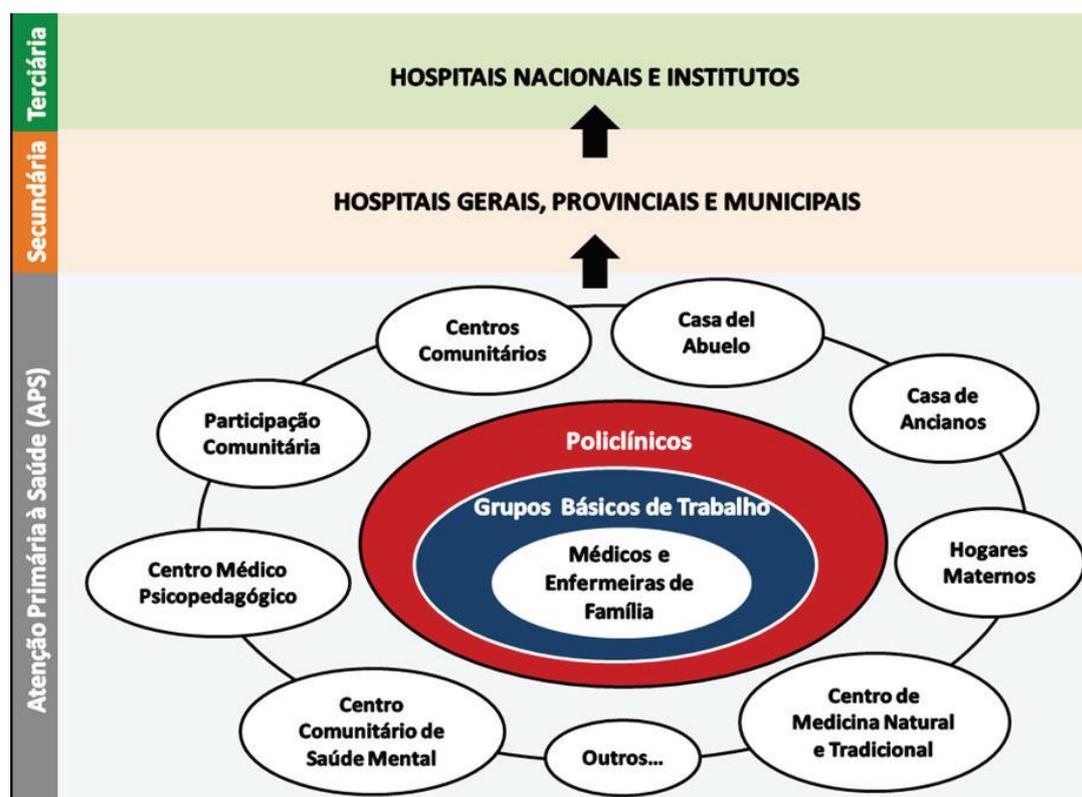


Figura 55: Organização do SNS cubano, segundo níveis de atenção.
Fonte: Dal Prá *et al.*, 2015, p. 95.

³⁷ Os *Hogares Maternos* serão apresentados de forma detalhada no capítulo 7 desta Dissertação.

Na atenção aos idosos, um dos lugares que mais me sensibilizaram, por sua alegria e acolhimento, foi a *Casa de Abuelos*. É uma instituição de caráter social que presta atenção e assistência diurna para idosos de 60 anos ou mais, independentes para a vida diária, que residem sozinhos ou que não possuem amparo familiar em função de suas famílias trabalharem durante o dia. Os idosos ingressam após avaliação social e médica com geriatra ou médico da família. São atendidos por uma equipe composta por assistente social, psicólogo, geriatra e profissional de educação física (DAL PRÁ et al., 2015).

Em geral, essas instituições oferecem atenção médica, reabilitação e serviços domésticos, mas o que mais me sensibilizou foi ver a felicidade dos idosos que ali permaneciam. A casa era simples, mas possuía os cômodos necessários para desenvolver todas as atividades propostas e para um cuidado adequado.

Fomos recebidos com festa! Houve música cantada por eles, dança, apresentação dos trabalhos que faziam na casa, mas, principalmente, o entendimento de que tinham pertencimento àquele espaço. “Ali eles se sentem em casa”, como foi verbalizado por muitos. Quando recorro dos lindos momentos vividos ao lado daqueles anciãos sensíveis e orgulhosos de si, de sua cultura e do seu trabalho, logo me vem à cabeça a imagem de um *adulto maior*³⁸ ao falar de uma obra artesanal, desenvolvida naquele espaço de convivência.

Apesar de ser um local de idosos, era cheio de vida. Eles adoravam contar histórias e, de fato, tinham muitas histórias para contar, pois a maioria tinha mais de 80 anos. Tinha cantoria de ritmos latinos – pois muitos foram cantores de rádio e dos clubes cubanos – e muita dança. Tinha trabalho nas hortas. Tinha jogo de dominó. Mas tinha, sobretudo, olhar atento, amor no coração, vontade de viver e falar das suas experiências. Fomos levados a um espaço onde um painel, cheio de bonequinhos de pano confeccionados por eles, se fazia imponente ao centro da sala. Orgulhoso do seu feito, o adulto maior (como são chamadas as pessoas acima de 60 anos) comentou sobre a obra artesanal: este é um trabalho que demanda mais que tempo! Para ele, o tempo estava para muito além do relógio, estava representado em cada detalhe, estava inscrito na alma. Esse senhor, que era responsável pelas oficinas de confecção de bonecas – e que teve a honra de conhecer –, lutou na Revolução Cubana e trabalhou junto com Che numa indústria de confecção de brinquedos de Cuba.

A figura 56, apresenta o painel onde estavam afixadas as bonecas feitas nas oficinas. Todas eram um trabalho de “tempo”!

³⁸ Como são chamadas as pessoas acima de 60 anos em Cuba.

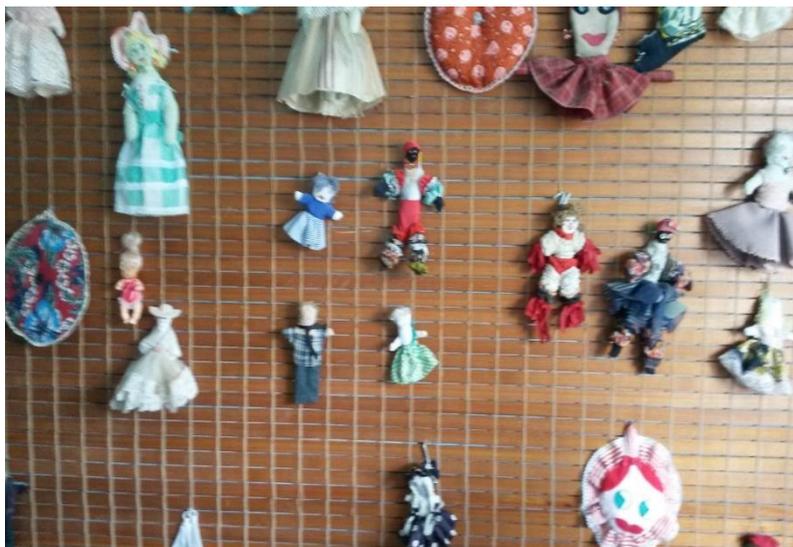


Figura 56: Mural com as bonecas de pano confeccionadas pelos idosos da *Casa de Abuelos*.
Fonte: Autora (2015).

A organização do SNS cubano prevê uma *Casa de Abuelos* para cada Policlínico, no entanto, essas instituições podem ser referência para mais de um Policlínico. Também compõem a estrutura de atenção aos idosos os *Hogares de Ancianos*, que são instituições asilares mantidas e gerenciadas pelo Estado, e os *Círculos de Abuelos*, que são espaços onde os idosos desenvolvem exercícios físicos, atividades cognitivas e de convivência social (DAL PRÁ et al., 2015).

No campo da atenção à saúde mental, apesar dos princípios orientadores do cuidado serem bastante próximos dos defendidos pela atual Política de Saúde Mental no Brasil, especialmente no que se refere à des-hospitalização e à desinstitucionalização do cuidado da loucura, ainda são poucos os serviços oferecidos na lógica da atenção psicossocial e alguns serviços visitados trabalham na perspectiva do cuidado especializado por patologia, como os Centros Comunitários de Saúde Mental – CCSM (que se equivalem à proposta dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil), ou do problema de aprendizagem, buscando trabalhar no sentido de produzir um cidadão “socialmente útil”, como os Centros Médicos Psicopedagógicos (CMP).

Atualmente, o primeiro contato dos usuários se dá nos consultórios do médico e enfermeira de família, que realizam o acompanhamento domiciliar e ambulatorial e, em caso de necessidade clínica ou psicossocial, podem encaminhá-los aos outros serviços de saúde, tais como: os ambulatórios de psiquiatria (que podem estar dentro dos Policlínicos); os CCSM; os CMP; os leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou os

hospitais psiquiátricos, para onde são encaminhadas as situações de surto agudo e onde os pacientes permanecem internados durante um tempo médio de três meses (ROCHA, 2016).

O CCSM é um componente da APS; porém, caracteriza-se por prestar serviços ambulatoriais especializados, a fim de fazer com que os serviços de saúde mental mais próximos dos usuários minimizem o ingresso destes pacientes no nível secundário. Nesse sentido, o atendimento contempla desde as crianças até os idosos.

Segundo Dal Prá *et al.* (2015), é um serviço que atende situações relacionadas à promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de pacientes com enfermidades mentais graves (depressão, tentativas de suicídio, demência, epilepsia, etc.); às dificuldades de aprendizagem, déficit de atenção, hiperatividade e autismo; à atenção às pessoas com problemas com álcool, tabaco, psicotrópicos e outras drogas; e à atenção às vítimas de violência, inclusive crianças.

A psicoterapia individual não foi identificada como uma intervenção prioritária, devido às características socioeconômicas do país e à necessidade de oferecer modalidades de atendimento que permitam o acesso de todos os pacientes que necessitem. Assim, são privilegiadas ações que observem atividades internas, como dinâmicas familiares, artesanato, recreação, atividade física e atividades externas, como visitas a museus e integração social com outros centros de saúde mental. Durante a visita, observamos alguns pacientes que participavam de uma atividade recreativa em uma sala de televisão.

A forma de ingresso na instituição ocorre por encaminhamento dos médicos e/ou enfermeiras da família, dos profissionais dos hospitais (para pacientes egressos da internação psiquiátrica) ou pela demanda espontânea. O acompanhamento dos pacientes acontece na instituição de saúde mental ou ainda em visitas domiciliares quando há dificuldades por parte do paciente de deslocar-se até o CCSM. Destaca-se que os níveis secundários e terciários possuem leitos psiquiátricos voltados para o atendimento de urgência. (DAL PRÁ *et al.*, 2015)

Já os CMP, que têm por objetivo ofertar atenção integral aos pacientes, a fim de possibilitar-lhes inserção laboral e social e autonomia funcional, estão voltados para pessoas com limitações intelectuais significativas, geralmente associadas a outras patologias. Tais necessidades especiais, para além da educação especial para seu desenvolvimento motor, cognitivo e social, também dependem de serviços médicos. Em

virtude da sua especificidade, os CMP contam com equipes multiprofissionais integradas, nas quais todos os professores e auxiliares de sala são licenciados em educação especial.

Em Cuba, todas as pessoas com esse tipo de deficiência são atendidas pelo Ministério da Educação, que conta com uma rede de escolas, instituições e classes especiais que visam a sua inclusão e integração. No entanto, independentemente do apoio psicopedagógico, a ação inicialmente priorizada está atrelada à garantia do bom estado de saúde, por isso todos os serviços são gratuitos e vinculados ao SNS cubano (medicamentos, transporte, alimentação e moradia). A organização dos CMPs é similar à de uma escola regular, mas com número reduzido de alunos em cada sala, visando a garantir atenção personalizada, e o ensino é organizado por níveis psicopedagógicos. As equipes trabalham 24 horas e são oferecidas duas modalidades de atenção: internato e semi-internato. (DAL PRÁ et al., 2015)

Os CMPs, foram os locais que mais me impactaram durante as visitas ao SNS cubano. Desde a palestra inicial, com a ênfase trazida pelo profissional responsável ao nos apresentar o local e o trabalho ali desenvolvido, tive certo desassossego, pois o mesmo tinha muita dificuldade em ouvir os questionamentos, principalmente se as questões trazidas levantavam dúvidas a respeito do cuidado. Entretanto, quando recorri às mais diversas salas onde os pacientes desenvolviam suas atividades, em muitas tive muita dificuldade de compreender a maneira com que trabalhavam as limitações individuais de alguns. Muitas cenas me remeteram à desagradável sensação de que a grande maioria, mesmo apresentando necessidades diferentes, era tratada de maneira uniforme. Dentre essas imagens e as conversas com os responsáveis por cada sala, uma em especial, contextualiza bem esse sentimento, conforme relato abaixo:

Chegamos a um local que externamente me parecia uma oficina. Quando adentrei o espaço percebi que era enorme, tinha muitos materiais para desenvolver atividades manuais, tipo artesanatos, das mais diversas ordens (colagem, pintura, cerâmica, costura, etc.). As pessoas faziam suas atividades com afinco, e os trabalhos eram bem interessantes. Havia várias mesas, tipo ilhas, onde os pacientes eram separados por tipos de ofícios e/ou limitações. Para a maioria das funções havia supervisores, e alguns eram os próprios pacientes, que, com limitações menores, desempenhavam essas incumbências. Depois de percorrer todas as ilhas e interagir com aqueles que se sentiam à vontade para o contato, chamou-me a atenção que alguns faziam seus trabalhos de maneira isolada. Alguns, pela especificidade da atividade, ou por suas habilidades manuais; mas um em especial fazia sozinho um trabalho que muitos outros também faziam. Perguntei à responsável: por que aquele paciente se encontrava excluído do grupo? Respondeu-me: ele incomoda os outros, não os deixa trabalhar, então o colocamos numa mesa separada. Não satisfeita com a resposta, voltei a questionar: mas como ele se socializará com

os outros se sempre for excluído? Desta vez, não obtive resposta direta. O silêncio “gritou” mais alto!

Apesar dessa narrativa, Cuba vem experimentando, mesmo a passos lentos, a ampliação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, e vem-se buscando investir na construção de serviços substitutivos ao modelo asilar. Foi relatado que há uma Equipe de Saúde Mental para cada município, que atende aos casos que não respondem ao proposto pelo médico de família e pelos especialistas de referência dos Policlínicos (ROCHA, 2016).

Outro equipamento, que apesar de não ser muito divulgado também potencializa bastante os programas prioritários, são os Centros de Medicina Natural e Tradicional (CMNT), que visam a integrar a medicina tradicional chinesa e a medicina ocidental. A medicina tradicional chinesa é prática aprovada e aplicada em todo SNS cubano, desde a década de 1990. Segundo Dal Prá *et al.* (2015), as técnicas utilizadas são a fitoterapia, os fitofármacos, a apiterapia, a acupuntura, a moxabustão, as ventosas, as massagens, a eletroacupuntura, a homeopatia e as terapias manuais.

A população pode acessar os CMNTs por encaminhamento do médico de família, por profissionais de outros níveis de complexidade do sistema ou por demanda espontânea. As principais demandas relacionam-se a problemas do sistema osteomioarticular. Cada município deve ter pelo menos um CMNT, sendo que os Policlínicos também podem absorver essa demanda nas ações relacionadas à reabilitação (DAL PRÁ *et al.*, 2015).

Além das características e equipamentos anteriormente descritos, o SNS cubano tem como forte aliado ao seu modelo de atenção integral, a singular Participação Popular³⁹, na sua gestão e a administração dos recursos e serviços, de acordo com as necessidades sociais de saúde da população. A administração de todas as estruturas de saúde, desde os consultórios até o MINSAP, é realizada pelos próprios profissionais de saúde em conjunto com os usuários que, de forma organizada, estão inseridos no sistema (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011). Nesse sentido, é possível afirmar que a cooperação da sociedade civil cubana é fundamental para o desenvolvimento e a manutenção dos bons resultados alcançados pelo SNS cubano. Assim, o modelo de

³⁹ A Participação Popular, em virtude do papel essencial que tem exercido na construção da sociedade cubana, ao longo da história, será abordada de forma detalhada na seção 7.2 desta Dissertação.

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

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

6.2 Histórias que abraçam o mundo... As cooperações e as missões internacionais

Enviar médicos pelo mundo é tradição em Cuba, afinal, a solidariedade internacional em saúde é um dos princípios do SNS cubano, conforme já foi dito anteriormente, no capítulo 4, desta Dissertação.

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

Entretanto, o princípio da solidariedade internacional só foi declarado oficialmente em 17 de outubro de 1962, quando Fidel Castro⁴⁰ anunciou a decisão do governo cubano de prestar assistência em matéria de saúde. (CRUZ; TORRES, 2012)

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

O desenvolvimento da colaboração internacional ocorreu *pari passu* com a evolução do próprio SNS cubano, marcada pela conjuntura nacional e internacional. Entre as décadas de 1960 a 1980, o contexto se manifestou por movimentos de liberação na África (Argélia, Angola, Etiópia, entre outros) e na América Central (Nicarágua, em 1972, e Honduras, em 1974), e a missão internacionalista focou em ajuda solidária e

⁴⁰ Em 17 de outubro de 1962, o princípio da solidariedade internacional é oficialmente declarada, quando o Comandante-em-Chefe Fidel Castro Ruiz, na cerimônia do Instituto de Ciências Básicas para a abertura da pré-clínica *Victoria de Girón*, anuncia a decisão do governo de Cuba para prestar assistência no campo da saúde.

gratuita nesses países. Entretanto, também houve ajuda em catástrofes naturais na América do Sul, como Peru (1970) e Chile, novamente (1971). (CRUZ; TORRES, 2012)

Na década de 1990, a desintegração da URSS, principal parceira de Cuba, e o agravamento do bloqueio econômico dos Estados Unidos fizeram iniciar o Período Especial⁴¹. Juntamente com esse contexto e com a criação do Programa de Saúde Integral, em 3 de novembro de 1998, houve graves desastres naturais na América Central, o que resultou em uma mudança e reorientação da ajuda, inicialmente na América Latina (Brasil e Caribe – quando enviada, em 1998, a primeira brigada emergente para Honduras, por conta do furacão Mitch, e para o Haiti, por conta do furacão Georges) e, mais tarde, na África e no Pacífico. Também ocorreu nesse período, a criação da Escola Latino-Americana de Medicina, em 15 de novembro de 1999, como um elemento básico da continuidade e sustentabilidade desse programa. (CRUZ; TORRES, 2012)

Com a chegada do novo milênio, a promoção e o desenvolvimento da Revolução Bolivariana, na Venezuela, surgiu como fator externo que propiciou uma nova espécie de cooperação internacional, por meio dos Programas Especiais. Nessa esteira, em 16 de abril de 2003, surgiu o *Barrio Adentro*, modalidade mais avançada e completa (em termos de serviços prestados dentro de um país) – que é, atualmente, uma expressão da Alternativa Bolivariana para as Américas -ALBA (TORRES, 2006).

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

Outro importante movimento relacionado ao internacionalismo de Cuba aconteceu em 19 de setembro de 2005, após o desastre provocado pelo Furacão Katrina, em agosto desse mesmo ano, em New Orleans. Foi constituído o Contingente Internacionalista Henry Reeve⁴², para atender a situações de catástrofe natural e de grandes epidemias. Integrado por 10.000 médicos, enfermeiros e finalistas do curso de Medicina, já interveio em várias situações de catástrofe natural, como o terremoto devastador em janeiro de 2010 no Haiti (CRUZ; TORRES, 2012). Nestes 11 anos de trabalho, 7.491 profissionais da saúde capacitados para esse tipo de missão atenderam a

⁴¹ O Período Especial foi detalhadamente explicado no capítulo 4 desta Dissertação.

⁴² Henry Reeve foi um norte-americano que lutou pela independência de Cuba.

mais de 3.500.000 pessoas, salvando a vida de mais de 80.000. O Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde decidiu, por unanimidade, atribuir o prêmio Saúde Pública Memorial Dr. Lee Jong-Wook ao Contingente Henry Reeve, pelo trabalho feito em muitos países do mundo, afetados por desastres naturais, e, pelo trabalho de 250 especialistas em nações africanas, durante a epidemia perigosa de Ebola – prêmio entregue em 27 de maio de 2017⁴³, durante a 70ª Assembleia Mundial da OMS.

Desde 1963 até setembro de 2010, um total 134.849 colaboradores ofereceram ajuda em 108 países, agrupados por continentes da seguinte forma: África, com 38 países e 45.488 colaboradores; Américas, com 39 países e 79.717 colaboradores; e Euro-Ásia e Oriente Médio, com 31 países e 9.644 colaboradores. (TORRES; CRUZ, 2010) . A figura 57, apresenta a evolução histórica da cooperação internacional cubana, por décadas.

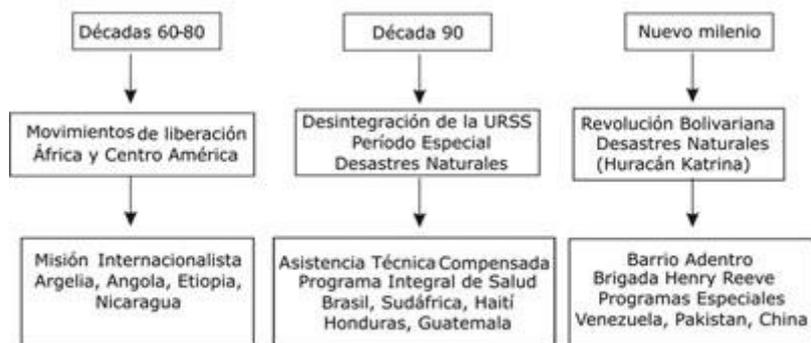


Fig. Evolución histórica de la Cooperación por décadas.

Figura 57: Evolução histórica da Cooperação Médica Internacional cubana por décadas.

Fonte: Torres; Cruz, 2010.

Apesar de profissionais médicos cubanos trabalharem em tantos países, e, em vários continentes, levando atendimento médico profissional para milhões de pessoas que carecem dele, inclusive em locais de difícil acesso, onde desenvolveram uma medicina preventiva e trabalharam em campanhas epidemiológicas; apesar de terem participado de inúmeras situações perigosas e desastres naturais, fornecendo sua assistência desde os primeiros momentos, há quem sublinhe uma tensão entre as motivações humanitárias e

⁴³ GRANMA. Prensa Latina. **OMS entrega Prêmio de Salud Pública a contingente cubano Henry Reeve**. 26 maio 2017. Disponível em: <<http://www.granma.cu/mundo/2017-05-26/oms-entrega-premio-de-salud-publica-a-contingente-cubano-henry-reeve-26-05-2017-13-05-05>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

outras de caráter econômico e político, como, por exemplo, a recente matéria publicada em 19 de abril de 2017 pela Folha de São Paulo⁴⁴.

Em contraposição a essa afirmativa, John Kirk⁴⁵, em entrevista ao Viomundo⁴⁶, está convencido de que o espírito humanitário, a noção de que é um dever ajudar quem precisa, está sedimentado na cultura cubana, além de fazer parte da Constituição do país. Diz ele:

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

Segundo Kirk - na entrevista (VIAMUNDO, 2013) - esse é um processo que já tem mais de 50 anos, e o país sempre investiu muito no programa nesse tempo todo, e, continua investindo. Só que agora, no mundo capitalista globalizado, onde os interesses econômicos determinam as ações governamentais, pode soar irreal e ingênuo acreditar na solidariedade internacionalista de Cuba. Entretanto, para o autor, apesar de, mais recentemente, estar utilizando esse programa como forma de manter a economia cubana em dia, Cuba, no começo, envolveu-se em cooperações internacionais principalmente por razões humanitárias, o que ainda é o fator essencial.

Em que pese as divergências teóricas/ideológicas, presentes ao debate, é inegável a relevância das missões e cooperações internacionais cubanas – como no exemplo do

⁴⁴ FOLHA DE SÃO PAULO. **Exportar médicos está se tornando a maior fonte de renda de Cuba**. 18 abr. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2017/04/1876523-exportar-medicos-esta-se-tornando-a-maior-fonte-de-renda-de-cuba.shtml>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

⁴⁵ Professor de Estudos Latino-Americanos na Universidade de Dalhousie em Halifax, província de Nova Escócia, Canadá, que em 19 de janeiro de 2015 enviou uma carta de indicação ao Comitê Norueguês do Nobel em favor do Programa de Internacionalismo Médicos Cubanos para o Prêmio Nobel da Paz.

PRAVDA.RU. **Programa Internacionalista Médicos Cubanos é indicado ao Nobel da Paz**. 09 ago. 2015. Disponível em: <http://port.pravda.ru/news/mundo/09-08-2015/39224-medicos_cubanos-0/>. Acesso em: 19 ago. 2017.

⁴⁶ VIOMUNDO. **John Kirk**: “Brasil e Cuba estão fazendo uma troca sensata de serviços”. 10 set. 2013. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/john-kirk-brasil-e-cuba-estao-fazendo-uma-troca-sensata-de-produtos-e-servicos.html>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

John Kirk, nesta mesma entrevista ao Viomundo, explica: “vou a Cuba desde 1976. Escrevi 13 livros sobre Cuba. Conheço bem o país e, recentemente, quase todo o meu trabalho tem sido sobre a política externa de Cuba”.

prêmio concedido pela OMS, ao contingente Henry Reeve - reconhecidas, inclusive, pelos organismos internacionais.

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

Janela 7

**Abrindo janelas para o
inesperado**

Perder-se também faz parte do caminho

Tem um ditado que diz: para quem está perdido, qualquer caminho serve. Mas será?

Comigo, essa máxima não funcionou bem assim. À medida que me sentia mais e mais perdida, fui entendendo que aquele caminho não tinha como ser diferente. Perder-se era o próprio caminho. Perder-se, achar-se, voltar a se perder, até que percebamos que o caminho se faz é caminhando. Claro, tudo isso inquieta, incomoda, desassossega. Mas não tem outro jeito.

Galeano foi quem me ajudou a olhar, a iniciar o caminho, e por isso foi/é fundamental na escrita desta Dissertação. Mas, ainda assim, parecia que faltava algo.

Minhas (des)acomodações prescindiam mais que narrar, precisavam de escolhas que me trouxessem ferramentas teóricas no sentido de perguntar, no âmbito do meu estudo, como algumas práticas acabam por objetivar e nomear, de uma determinada forma, os sujeitos, os grupos, suas ações, gestos, vidas (FISCHER, 2003). Foi difícil a escolha; por vezes, me senti insegura, mas sabia que era caminho sem volta. A desconstrução vivida nestes dois anos de escrita não me permitia mais regressar. Então, além de Galeano e os demais que se apresentaram, escolhi Foucault, e alguns de seus conceitos para compor comigo, a análise desta Dissertação.

Muitos foram os motivos que me fizeram optar pela escolha desse autor, mas, o principal objetivo de me deixar subjetivar pelo pensamento foucaultiano, foi o de buscar problematizar minhas questões, a fim de investir em pensar e ver de outra forma, ou seja, “o trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento” (FOUCAULT, 1999b, p. 13).

E, assim o fiz.

Abri janelas e narrei, com Galeano, e problematizei com Foucault, percebendo que me desconhecer, manter atitude de dúvida e abertura para o inesperado é o melhor meio de ultrapassar-me.

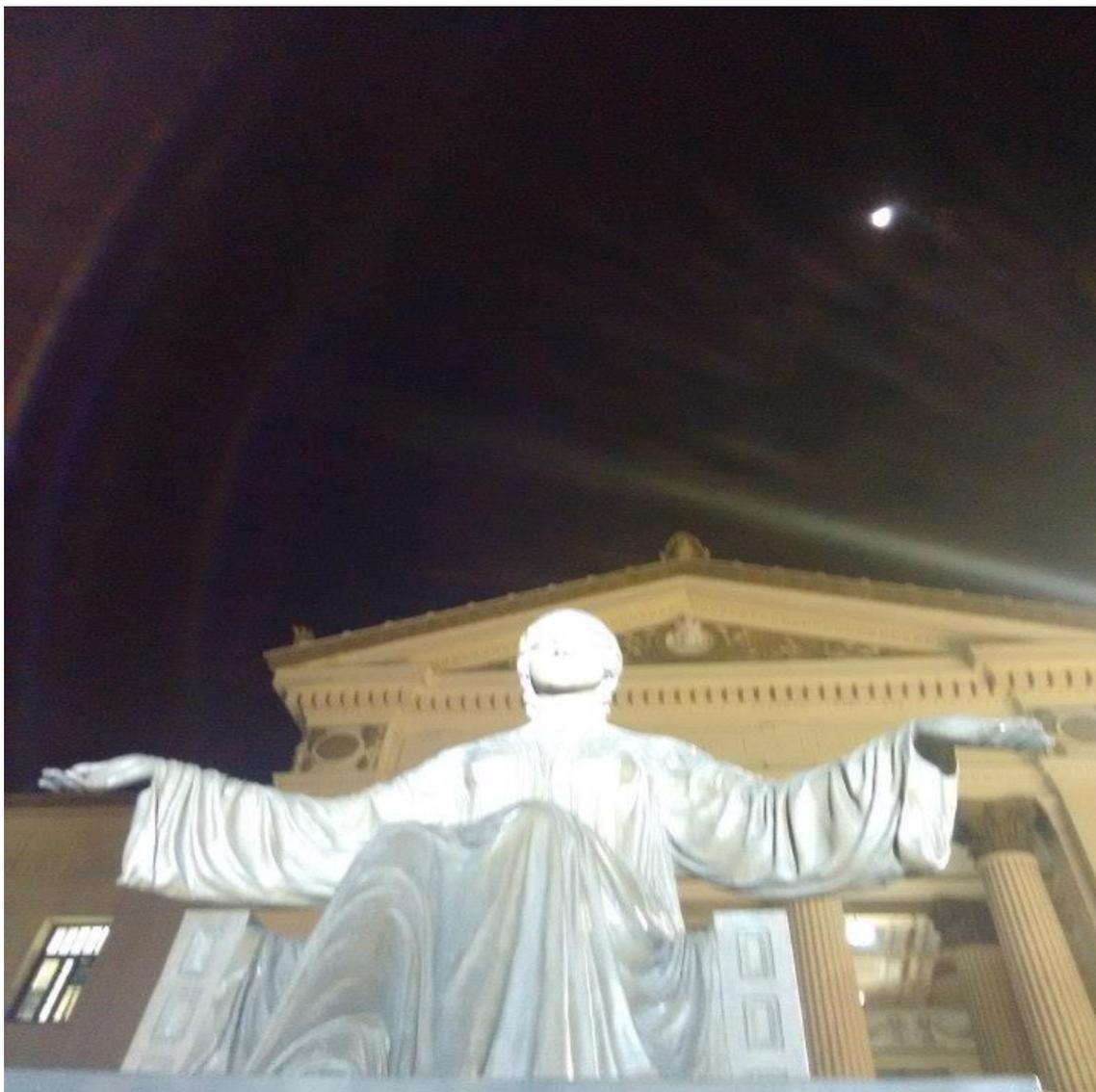


Figura 58: Imagem da Universidade de Havana.
Fonte: Mendes (2015b).

Janela sobre a palavra (V)

Javier Villafane busca em vão a palavra que deixou escapar bem quando ia pronunciá-la. Onde terá ido essa palavra, que ele tinha na ponta da língua?

Haverá algum lugar onde se juntem as palavras que não quiseram ficar? Um reino das palavras perdidas? As palavras que você deixou escapar, onde estarão à sua espera?

(GALEANO, 1994, p. 222)

7. Para finalizar, uma confissão: preciso abrir janelas, algo me (des)acomoda

[...] Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for. Porque todos, todos, temos algo a dizer aos outros, alguma coisa, alguma palavra que merece ser celebrada ou perdoada pelos demais.
(GALEANO, 2015a, p. 23)

Quando apresentei meu Projeto à Banca de Qualificação, no recorte do meu objetivo estava especificado que se falaria do Sistema Nacional de Saúde cubano, mas que se optava por não definir – naquele momento – em quais serviços, temáticas ou programas minhas análises seriam efetuadas. Tal premissa, deu-se em virtude de ter escolhido analisar meus objetos por meio das *narrativas-relatos de experiência*; portanto, seriam as memórias e a escrita que conduziriam o processo. Hoje, tenho certeza, foi o caminho mais prudente.

À medida que refleti, descrevi e narrei sobre os serviços, novamente acessei aqueles territórios, os atores e a organização daqueles serviços – e fui sendo produzida e atravessada pelos textos com os quais convivi. Só então, tive mais clareza dos serviços que me acompanhariam nesta reflexão final. As (des)acomodações eram muitas, e outros temas também me instigaram, mas, como em tudo na vida, tive que fazer escolhas. Assim, optei por trabalhar, nesta seção analítica, com os *Hogares Maternos* e a Participação Popular, as duas instituições que mais me impactaram, devido a vários aspectos, que serão abordados mais detalhadamente, no decorrer deste capítulo.

Para analisar esses serviços/temas/experiências, fiz-me acompanhar dos conceitos foucaultianos de biopolítica, governamentalidade e panóptico, a partir de um olhar curioso sobre o funcionamento dessas duas estratégias de governo. O objetivo aqui, não é trazer juízo de valor, a favor ou contra, nem tampouco apresentar verdades prontas ou encerradas sobre as questões. O que busco, é apenas, problematizar e colocar em evidência o exercício do controle micropolítico utilizado no cotidiano da sociedade cubana. Mas, qual o fio condutor que une essas duas seções? Provavelmente, a (des)acomodação e o olhar curioso; entretanto, as páginas que se seguem, poderão dizer mais sobre isso.

7.1 Hogar Materno: embalando a vida

Falar sobre o *Hogar Materno* não se constituiu em uma tarefa fácil. Afinal, (des)acomodar-se com um equipamento que possui bons indicadores, e onde as próprias mulheres – a partir dos regimes de verdades constituídos – não só aceitam, como também entendem necessária a intervenção, pode causar estranhamento. É, como se eu estivesse na contramão do caminho. Mas, as sensações que me tomaram ao visitar esse equipamento e, também, ao trabalhar nesta narrativa, não se fizeram imperceptíveis, e, logo o tema tomou corpo. Era como se eu enxergasse dois equipamentos: o *Hogar* formal (dos documentos e dos discursos) e o *Hogar* que embala a vida e suas subjetividades (que de pronto me capturou). Assim, utilizei-me do olhar curioso e desse duplo viés – formal/informal -, para compor, juntamente com os conceitos foucaultianos de biopolítica e governamentalidade, a estratégia das minhas análises sobre o *Hogar Materno*.

7.1.1 Hogar Materno: o lado oficial da história

A saúde materno-infantil é uma das áreas prioritárias na atenção à saúde em Cuba e é referida com muita frequência pelos profissionais no sistema de saúde cubano. Percebe-se que há um grande investimento de todos os profissionais e usuários, e que a implementação e consolidação do Programa de Atenção Materno-Infantil (PAMI) são permeadas de ações no cuidado da mãe e da criança. Tanto é assim que a taxa de mortalidade infantil diminuiu de valores de cerca de 60 por mil nascidos vivos nos anos cinquenta para 4,2 nascidos vivos ao final 2014. Outro indicador que também aponta para o fortalecimento do Programa, e que se encontra em franca queda, é o do baixo peso ao nascer (BPN). Os indicadores colocam Cuba em destaque internacional em relação à mortalidade infantil (RODRIGUEZ; CARRION, 2000).

Segundo Osa (2011), durante a gravidez, como média, realizam-se doze controles de saúde para as mulheres grávidas e exames de diagnósticos para verificar enfermidades graves e malformações congênitas. Na primeira consulta, já são indicados exames laboratoriais (incluindo sorologia de sífilis e HIV para o casal). Dos partos realizados, 99,99% dão à luz em maternidade.

Um dos pilares fundamentais do PAMI foi a criação do *Hogar Materno*, equipamento que, conforme artigo 23 da lei nº 41 de 1983, é uma instituição vinculada à APS e que garante a prestação de cuidados de saúde a todas as grávidas, mediante as

consultas pré-natais em ambulatório, consultas especializadas na gravidez de risco, lares maternos, hospitais e outros serviços especializados. (CUBA, 1983)

O *Hogar Materno* tem sua origem em Cuba no século XVIII, mais precisamente em 1711, com a inauguração da *Casa de Niños Expósitos*, também conhecida como *Casa Cuna*. Nela, cria-se uma sala de partos secretos com a finalidade de assistir as mães solteiras que, sem contar com recursos econômicos suficientes para ocultar sua “desonra”, tinham que entrar nesse estabelecimento de maneira oculta para parir seus filhos, permanecendo ali o tempo mais breve possível e, ao final, deixando o recém-nascido na instituição.

Em 1852, essa instituição foi fundida com a *Real Casa de Maternidade e Beneficencia* (que havia sido criada em 1792) e, a partir daí, passou-se a chamar *Real Casa de Maternidad y Beneficencia de La Habana*. Nesta Casa, encontravam-se albergados os “infelizes infantes abandonados” e também as “mulheres que secretamente iam dar à luz”. (GARCÍA, 2007)

Só muito tempo depois, no final da década de 1940, criou-se uma sala com quatro camas no Hospital Maternidade Municipal “América Arias”, em Havana, com o nome de *Hogar Materno* (HERNANDEZ et al., 1998). Para García (2007), esse era um local destinado a mães solteiras que, usualmente, depois de parir na maternidade, não tinham casa para regressar com seus filhos. Em sua maioria, eram trabalhadoras domésticas que perdiam seus empregos nos últimos meses de gravidez e permaneciam na sala até conseguir novo local para ficar com seu filho.

De acordo com García (2007), o desenvolvimento histórico dos *Hogares Maternos* em Cuba posteriormente à Revolução constituiu-se em três etapas bem definidas: a primeira, de 1962-1969; a segunda, de 1970-1989; e a terceira com início em 1990.

Na primeira etapa, observou-se que, em áreas mais afastadas dos centros urbanos, o difícil acesso das gestantes a hospitais com serviços obstétricos criava um problema de ordem social, basicamente por causa geográfica. Da necessidade de resolver essa questão, que impactava de maneira significativa a morbimortalidade materna e infantil, surgiu, em 1962, a fundação do primeiro *Hogar Materno* na cidade de Camaguey, chamado de “Casa Bonita”. Em 1966, existiam apenas três *Hogares Maternos* e, nos anos que se seguiram, o número aumentou progressivamente, até atingir 15 em 1969. (GARCÍA, 2007)



Figura 59. “Casa Bonita”, primeiro *Hogar Materno* fundado em Cuba.
Fonte: El escenario, 2007.

O objetivo fundamental da criação dos *Hogares Maternos*, nessa primeira fase, foi o de incrementar o indicador do parto institucional nos municípios onde as condições geográficas eram desfavoráveis, mediante o alojamento de gestantes que se encontravam nas últimas semanas de sua gestação. Tal medida visava a facilitar o traslado ao hospital durante o começo do trabalho de parto, a fim de evitar complicações (HERNANDEZ et al., 1998). O critério de ingresso nessa primeira fase era exclusivamente o de viver em lugares de difícil acesso geográfico e, portanto, um mesmo equipamento servia a vários municípios.

A segunda etapa é caracterizada principalmente pelo desenvolvimento numérico e de extensão territorial. Nesse contexto, os *Hogares Maternos*, em 1975, já somavam a cifra de 56 e, em 1988 – quase ao final dessa segunda etapa –, chegaram a um número de 142, estendendo-se não só às zonas rurais, mas também às áreas urbanas, em diferentes cidades, incluindo a capital e a Ilha da Juventude⁴⁷. Com o passar do tempo, com a melhora da comunicação e com quase 100% dos partos institucionalizados, os *Hogares* se consolidam como instituição, ganham em qualidade científica e ampliam seus objetivos originais. O fator geográfico, antes critério único de ingresso, foi perdendo a

⁴⁷ Atualmente, Cuba está distribuída em 15 províncias e 168 municípios. Um desses municípios é a Ilha da Juventude que, por seu caráter de Município Especial, mantém vínculo direto com o governo Central, funcionando, na prática, como mais uma província (OLIVEIRA, 2007).

importância e agora também acessam os serviços gestantes por critérios de prevenção, de complicação da gravidez e do parto. (GARCÍA, 2007)

A terceira fase começou juntamente com a crise econômica que assolou o país em 1990. Em face disso, o crescimento numérico de instituições e camas foi muito discreto. Em todos os *Hogares Maternos*, mantém-se atividades assistenciais, de promoção e de educação em saúde que se consolidaram nas outras etapas. Entretanto, para se manter o desenvolvimento alcançado nessa etapa em especial, foram feitos muitos esforços, com medidas locais (como incremento de camas para ingressos de gestante/dia) a fim de garantir pelo menos a adequada alimentação das gestantes que residissem próximo aos *Hogares*. (DESARROLLO, 2007)

Ao longo de todo esse período, desde a sua criação, os *Hogares Maternos* não adquiriram um modelo arquitetônico que os caracterizasse. Ao contrário, por estarem em quase sua totalidade funcionando em prédios adaptados⁴⁸, os mesmos se apresentam de diversas formas, locais e tamanhos. Para se ter uma ideia dessa diversidade, os 182 *Hogares* existentes em 1994 possuíam 2.956 camas, para uma média de 16,2 camas por estabelecimento, sendo que o menor contava com seis e o maior com 120 camas. (MODALIDADES, 2007)

Os *Hogares Maternos* continuam com a responsabilidade de hospedar e fornecer cuidados para mulheres que apresentam algum risco durante a gravidez, especialmente aquelas que vivem em áreas inacessíveis ou que têm problemas nutricionais ou sociais em sua própria casa. Têm como principal objetivo minimizar e/ou prevenir as complicações decorrentes de uma gestação com evidentes e potenciais fatores de risco, evitando a mortalidade infantil (VERDE et al., 1999). Entretanto, desde o início da terceira etapa, novos centros obstétricos foram criados e ocorreram importantes transformações nas condições de comunicação e de acesso às áreas mais remotas do país, fatores que produziram mudanças significativas na saúde materno-infantil (GARCÍA, 2007).

Essas características evolutivas dos *Hogares Maternos* desde a terceira etapa até os dias de hoje geraram a necessidade de adicionar novas metas aos objetivos iniciais, consolidando a assistência e a promoção e potencializando consideravelmente as questões de prevenção em saúde. Nesse sentido, as transformações decorrentes dessas novas metas

⁴⁸ O primeiro *Hogar Materno* foi fundado em 1962. Após a Revolução, os equipamentos foram alocados em edifícios, casas e prédios desapropriados/abandonados.

deram origem a uma quarta etapa, na qual o número de *Hogares* diminuiu em mais de 50% (entre 2010 e 2011).

Entretanto, apesar da diminuição drástica de equipamentos, os ingressos não caíram na mesma proporção – houve um decréscimo em torno de 15% de ingressos de gestantes – em virtude da otimização de processos, como o índice ocupacional, rotação de camas e integração com as redes vinculadas ao trabalho da instituição (OPAS, 2015). Note-se, ainda, conforme o Gráfico 1, que depois dessa enorme variação, o número de *Hogares* permanece praticamente estável nos anos que se sucedem.

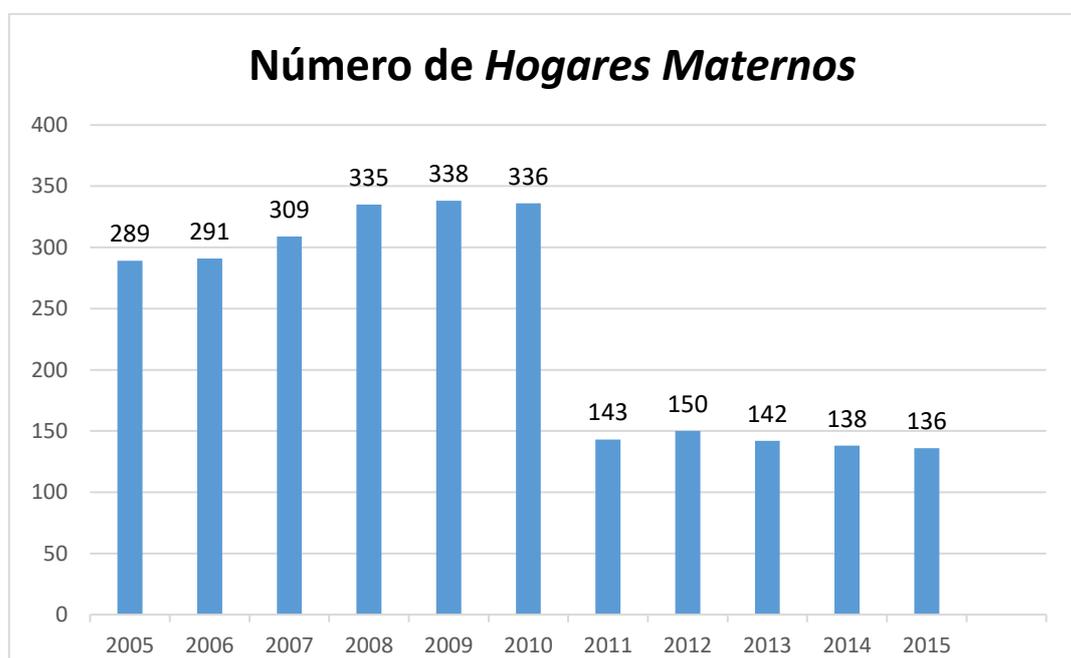


Gráfico 1: Número de *Hogares Maternos* de 2005 a 2015.
Fonte: OPAS, 2015.

Atualmente, os *Hogares Maternos* recebem gestantes que passaram por avaliação da equipe de profissionais de saúde e tiveram constatada a existência de algum fator de risco gestacional – tanto biológico, quanto social – como: a) prematuridade; b) gestação gemelar e múltipla de mais de 20 semanas; c) crescimento uterino retardado (CIUR); d) desnutrição e obesidade materna; f) baixo ou alto peso fetal; e) hipertensão e problemas endócrinos (diabetes e tireoide); e) anemia; f) mulheres com mais de 35 anos ou adolescentes; g) dificuldade de acesso aos hospitais e consultórios médicos (questões geográficas); h) problemas sociais e familiares (condições que põem em risco a saúde materno-infantil); e i) gestantes expostas à intensa carga de trabalho e responsabilidades

e/ou sintomas evidentes de estresse, dentre outros. (VERDE et al., 1999; GONZALEZ et al., 2012)

A avaliação dos fatores de risco das gestantes orienta a organização do trabalho e a sua permanência (ou não) na instituição e, se esses fatores forem mais graves, a estadia da gestante é prolongada – na maioria das vezes – até o momento do parto (HERNANDEZ et al., 1998). Contudo, de acordo com García (2007), mais recentemente já existe uma tendência para que a gestante permaneça na instituição apenas durante o dia (regime de semi-internato)⁴⁹. A gestante/dia que, em 1990, pelo contexto da crise, foi incluída como alternativa pontual (a fim de manter o atendimento), no período atual vem como uma medida clínica para os casos em que isso seja possível. Usualmente, essa modalidade é utilizada quando a gestante está exposta, em sua residência e/ou trabalho, a algumas situações de risco social, tais como estresse, cansaço por falta de repouso ou acúmulo de atividades, que possam comprometer a evolução normal da gravidez.

Para os casos em que não é possível o cuidado domiciliar ou acompanhamento/dia, a gestante permanece 24 horas na instituição (GONZALEZ et al., 2012) e, para minimizar a mudança de habitação e evitar desequilíbrios emocionais, podem receber a visita da família. No *Hogar Materno*, o cuidado às gestantes acontece cotidianamente, por meio de algumas ações educativas, preventivas e assistenciais.

Os *Hogares Maternos* devem estar localizados perto de algum hospital ou serviço hospitalar que tenha atendimento ginecológico e obstétrico, a fim de possibilitar um rápido traslado da gestante, em caso de urgência e/ou necessidade. Este hospital se responsabilizará por parte de seu funcionamento e supervisão. Os *Hogares* são considerados instituições de baixa complexidade, que têm em média de 25 a 30 camas e devem ser de baixo custo operacional e de manutenção.

Entretanto, mesmo estando classificados como de baixa complexidade, o *Hogar* tem se constituído, não só como uma importante instituição da APS, mas também como equipamento que tem relação significativa entre a APS e os demais níveis de complexidade, no que tange à Saúde Materno-Infantil.

⁴⁹ Regime de semi-internato é quando as gestantes estão vinculadas ao *Hogar Materno*, mas permanecem em seus domicílios, ou seja, passam o dia na instituição, em regime de semi-internato, a fim de amenizar fatores de riscos sociais (como estresse, falta de repouso, etc.), mas não permanecem internadas.

A Figura 60, abaixo, aponta de forma sistematizada como acontece o fluxo intersetorial de atenção às gestantes, entre o *Hogar Materno* e a Rede Integrada:

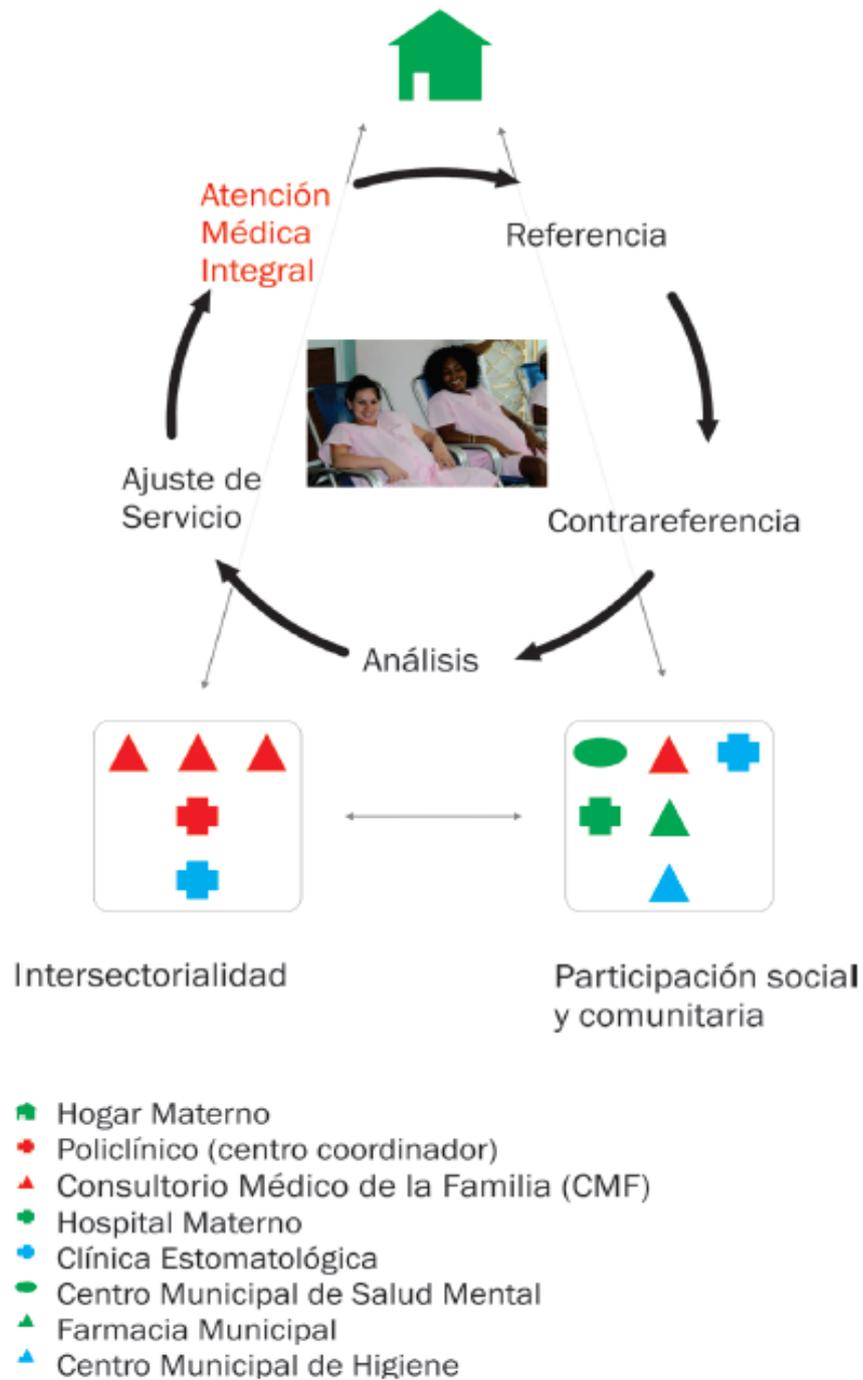


Figura 60: *Hogar Materno* e a Rede Integrada.
Fonte: OPAS, 2015.

Ainda no âmbito da abordagem intersetorial – assim como todo o sistema de saúde cubano –, os *Hogares Maternos*, a partir de uma concepção que transcende a atenção médica, para além de enviarem suas demandas e discussões para os Conselhos de Saúde, também produzem interface com vários setores da comunidade, tais como: a Associação Nacional de Pequenos Agricultores (ANAP), os Comitês de Defesa da Revolução (CDR) e a Federação das Mulheres Cubanas (FMC). Essa intersetorialidade visa a garantir o melhor funcionamento da instituição, bem como a assegurar atividades educativas, recreativas e participativas de diversas temáticas, para as gestantes, seus parceiros e sua família (GONZALEZ, et al, 2012).

Cada *Hogar Materno*, é coordenado por um diretor (sempre um profissional médico) responsável por garantir o cumprimento das ações previstas. A quantidade de trabalhadores que comporá a equipe depende das atividades e dos convênios estabelecidos com outras instituições (em nível local) que aportam profissionais para exercerem atividades, por tempo parcial, no *Hogar*. É o caso dos psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas, fisiatras e educadores físicos, assessores jurídicos, promotores (educadores), entre outros. Já o trabalho das enfermeiras está disponível em tempo integral, durante 24 horas e todos os dias da semana (OPAS, 2015; GONZALEZ, et al, 2012).

Ao longo de todas essas fases (implantação/desenvolvimento), o trabalho dos *Hogares* tem se aperfeiçoado em busca de um adequado controle pré-natal. A combinação com o médico de família prima por um olhar mais apurado não só para as necessidades nutricionais, mas também para outros fatores de risco que influenciam os partos prematuros e os nascimentos de crianças com baixo peso.

7.1.2 Hogar Materno: (des)acomodação para além do oficial

O dia estava lindo, o sol brilhava e o requinte da casa ao lado, com um moderno carro na garagem, contrastava com a simplicidade do interior daquela instituição.

Externamente, a casa parecia muito boa. Era uma casa grande, com dois pavimentos, arejada e muito iluminada, apesar do desgaste produzido pelo tempo e pela falta de manutenção. O próprio nome, *Palácio da Maternidad*⁵⁰, juntamente com os

⁵⁰ *Palácio da Maternidade* não é nome de instituição, mas um sinônimo utilizado para identificar o *Hogar Materno* visitado. O nome da instituição foi mantido em sigilo.

despretensiosos raios de luz que penetravam no local, davam o tom da visão esperançosa ali encontrado – o que acabou sendo reforçado nas conversas informais, entre o grupo, gestores e funcionários.

Logo na entrada, fotos acolhedoras, muitos murais contendo assuntos sobre a maternidade e as regras da instituição, além de um livro de boas-vindas, com indicativo de que outros grupos de visitantes também ali estiveram. Deixamos nosso recado – na mesma lógica do “tom” que captamos ao interagir com a casa – eufórico, de luz, com boas vibrações para os trabalhadores, e de uma boa hora para aquelas mulheres que, provavelmente, nem sabiam quem nós éramos. Mas isso era o que menos importava, o sentimento era puro e o desejo sincero! Entretanto, à medida que a imersão acontecia, a sensação que tive era de que aquele movimento no andar de baixo da casa – lento, barriga à frente, mãos naquele único encaixe possível, entre a cintura e as costas – embalava nas gestantes um caminhar feito uma bruma inquietante, que logo me fez lembrar de Galeano (2015a):

Não consigo dormir. Tenho uma mulher atravessada entre minhas pálpebras. Se pudesse, diria a ela que fosse embora; mas tenho uma mulher atravessada em minha garganta. (p. 90)

Sim, senti algo diferente naquele embalo! O espaço me trazia um estranhamento que me fascinava, mas, ao mesmo tempo, me incomodava!

Em cada detalhe, uma descoberta para além do visível. Ao percorrer a instituição, era como se estivesse saindo de uma sala escura – composta pelos discursos das instâncias oficiais – e adentrando outra dimensão, onde pequenas fissuras na sala escura emanassem luz capaz de deslocar o foco de análise da gestão do corpo em si (corpo biológico) e do espaço institucional para os discursos que os reproduzem.

Naquele *Hogar*, parafraseando Rosa Fischer (2004), quanto as matérias-primas dos estudos de Foucault, percebi:

[...] multiplicidades impuras da vida, o inesperado e o imprevisível dos acontecimentos, os jogos de verdade e seus obstáculos sem controle, mas para sempre imersos em relações de poder; a história das descontinuidades e do inquietante divórcio entre as palavras e as coisas. (p. 225)

E logo meus pensamentos fizeram conexão com os discursos dos modos de ser das mulheres/mães – especialmente de sua função reprodutiva – e como esses discursos poderiam ser pensados no contexto de uma modalidade de funcionamento das relações

entre as ciências (saber) e as relações de poder, a partir do conceito foucaultiano de biopolítica⁵¹.

Segundo Gallo e Veiga-Neto (2007), Foucault, analisando a conformação histórica dos poderes, mostrou que vivemos (naquilo que se convencionou chamar de modernidade) três modelos de exercício de poder: o de soberania, o disciplinar e o biopoder. Eles (poderes) não se excluem, mas se complementam. Para Foucault (1999b), a partir da época clássica ocorreu uma profunda mudança nas formas/relações de poder. Antes, no poder soberano, os bens e as vidas dos súditos podiam ser tomados pelo governante, já que era seu o “direito de causar a morte ou deixar viver” (p. 128). Com o surgimento do capitalismo industrial, ocorreu um deslocamento do exercício e das relações de poder, de uma dimensão jurídica para uma dimensão biológica. Então, diferentemente do poder soberano – que *fazia morrer ou deixava viver* –, de acordo Foucault (1999a), na sociedade disciplinar, algumas dinâmicas foram transformadas em função de “o poder disciplinar ser por efeito um poder que, em vez de se apropriar e retirar, tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (p. 143). Assim, segundo Souza (2014), o poder disciplinar se dirigia – e ainda se dirige na contemporaneidade – aos indivíduos (em nosso caso, às gestantes) e, mais precisamente, aos seus corpos, tendo como objetivo o seu adestramento e sua normalização.

Entretanto, as estratégias de poder não se encerram nas ferramentas disciplinares. Para Foucault (1999b), em consonância com as técnicas de controle focadas na disciplina, na vigilância e na normatização, outras técnicas – que ampliam a força da disciplina para além do corpo do indivíduo (corpo-máquina) – são ativadas com a criação dos Estados Nacionais, para atuarem sobre o corpo coletivo (dos múltiplos indivíduos), ou seja, sobre a população (corpo-espécie). Tais processos e técnicas permitiram, por exemplo, a quantificação dos sujeitos e os cálculos de algumas regularidades dos processos vitais coletivos, tais como o número de nascimentos, de óbitos, de adoecimentos, etc. A essa técnica/estratégia de poder disciplinar coletiva, Foucault (2008) deu o nome de biopoder. Segundo Souza (2014), para Foucault, o biopoder é exercido de forma positiva sobre a vida, de modo a orientar a sua gestão no nível individual e populacional. Nesse sentido,

⁵¹A biopolítica foi definida por Foucault (1999b) como a política sobre a vida que faz com que: “[...] a vida e seus mecanismos entrem em domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana: não é que a vida tenha sido exaustivamente integrada em técnicas que a dominem e gerem; ela lhes escapa continuamente” (p. 134).

são considerados os traços biológicos comuns que envolvem a espécie humana, por meio das biopolíticas, e os comportamentos individuais que podem ser disciplinados de modo a fazer com que os diferentes sujeitos se engajem no funcionamento das normas seguidas pelas populações. Rocha (2005) explica como o poder disciplinar e o biopoder se utilizam das disciplinas como estratégia de poder:

O poder disciplinar e o biopoder se utilizam das disciplinas para organizarem os pensamentos (disciplina-saber) e as práticas (disciplina-corpo) que sancionam e prescrevem comportamentos, através da repetição, do treinamento, do exercício e do exame no sujeito “livre”, que possui direitos e deveres e que acredita em sua autonomia e responsabilidade na tomada de suas próprias decisões. (p. 48)

Assim, com a aproximação das instâncias biológicas e políticas, o viver e o morrer não estavam mais relacionados ao acaso, mas, em parte, ao campo do controle do saber e à intervenção do poder. Nessa direção, as biopolíticas designam a entrada da vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos estatísticos. O foco das biopolíticas se encontra em gerir a vida das populações e produzir conhecimentos a fim de melhor administrá-la, transformá-la e, sobretudo, aperfeiçoá-la. (SOUZA, 2014)

Nesse sentido, Foucault (2008) toma a medicina/saúde como uma estratégia biopolítica e a define como uma importante técnica de controle das sociedades capitalistas – que buscam o corpo com o viés da produção – sobre os indivíduos, que vai se efetuar no corpo e para o corpo. No entanto, se antes o enfoque se direcionava ao fazer/produzir – com o intuito de obter resultados no aspecto econômico –, sob o efeito das biopolíticas, o objetivo se constrói na lógica de investimento em condições e regulações ligadas à vida dos indivíduos na direção de se extrair maiores níveis de produção em relação aos anteriores (SOUZA, 2014). Agora, a partir de dados estatísticos cruzados a outros saberes técnicos e científicos, a saúde e o biológico são transformados em risco e naquilo que poderíamos ascender. Nessa perspectiva, segundo Medeiros (2014), ligar questões como mães/filhos, controle de natalidade, mortalidade infantil, faz com que a saúde funcione como estratégia biopolítica, a partir de determinados marcadores de risco e índices de desenvolvimento.

Ao analisar os *Hogares Maternos* em uma perspectiva foucaultiana, uma das formas possíveis (a escolhida pela autora), mas não a única, podemos dizer que, nesses serviços, a saúde é vista/considerada como risco, algo que deve ser previsível, disciplinável, tornando o futuro presente, de tal forma que a estratégia de cuidados

“intensos” à gestante, fomentada pelo Estado cubano por meio desse equipamento, nada mais é que uma estratégia biopolítica que busca aperfeiçoar os mecanismos de poder baseados em uma espécie de resguardo, que tem por objetivo – além de diminuir os riscos da morbidade e aumentar a natalidade – manter a vida.

É o próprio Estado, equipado com estruturas oficiais de análises estatísticas acopladas às estruturas decisórias de poder – como a vigilância epidemiológica –, que cria um discurso capaz de validar a intervenção política por meio de limites aceitáveis, ou seja, ditos “normais” (FOUCAULT, 2008). No caso do *Hogar Materno*, o Estado cubano, ao identificar as gestantes de risco, indica também modos mais ou menos saudáveis e/ou adequados ou ainda arriscados de viver a gravidez. Segundo Foucault (2008), essa pedagogia de condutas, através do agrupamento e classificação dos corpos, é fundamental em uma economia biopolítica de disciplinamento dos corpos individuais e da administração da população.

Mas voltando à visita que fizemos ao no *Hogar Materno*: era tudo muito simples – aliás, como os demais serviços de saúde em Cuba –, apenas com o necessário para o cuidado. E, apesar de os *Hogares Maternos* possuírem esse nome em virtude de acolher as gestantes em uma ambiência que deve ser aconchegante e o mais próximo possível de sua casa (ou *hogar*, em espanhol), o primeiro olhar me despertava para uma divisão clara e proposital do lugar. O local tinha aspecto sereno, tranquilo e bem aseado, entretanto, os espaços eram entrecortados! A cozinha, os quartos (onde as gestantes passavam boa parte do tempo), as salas de recreação e de estar (para receber a família) ficavam em meio a consultório médico, sala obstétrica e equipamentos de avaliação e diagnóstico. Ali, os espaços eram mistos: reais, já que regiam a disposição das salas, mas também ideais, pois projetavam sobre essa disposição arquitetônica caracterizações, estimativas, hierarquias (FOUCAULT, 1999a). Apesar de nada nos ter sido explicado em relação à disposição arquitetônica do espaço, foi pelo próprio silêncio “sem (aparentes) intencionalidades” que percebemos o quanto a disciplina organizava as pessoas e o espaço físico, de modo a forjar a educação das condutas e dos corpos daquelas gestantes.

Essa técnica de dominação, através da delimitação de espaços e da disciplina corporal, constitui-se em uma verdadeira anatomia política, que individualiza a relação de poder (GALLO, 2004). De acordo com Gallo (2004), as sociedades disciplinares foram (e são) responsáveis pela individualização do poder, pelo processo de subjetivação e pelas novas formas de convívio social e de relações de poder, onde a dominação é introjetada,

criando uma ilusão de liberdade e autonomia, onde cada um de nós é, supostamente, responsável por suas escolhas. Penso que a minha sensação de desconforto naquele *Hogar* também foi consequência dessa “ilusão” de autonomia, verbalizada nos discursos feitos pelos sujeitos (médico, trabalhadoras, usuárias) que utilizam a casa.

Continuamos o *recorrido* e a curiosidade do grupo foi construindo e produzindo informações de forma natural. Não obstante as características físicas, organizativas e estruturais do *Hogar* não se apresentarem como as de um hospital e estarem contempladas como um equipamento da atenção primária, percebi que, ainda assim, as gestantes são interpeladas pelo discurso biomédico, não apenas pela necessidade de serem saudáveis, mas, sobretudo, por se constituírem como guardiãs de uma nova vida. Então, para controlar esses corpos grávidos, a disciplina ali vigente se utilizava de alguns instrumentos, tais como: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame, descritas por Foucault (1999a), como as técnicas que combinam a hierarquia que vigia e a sanção que normaliza.

Por meio da articulação de todas essas tecnologias, a instituição conduzia a gestão governamental daquele *Hogar* e de suas gestantes. Assim, a definição da internação e do tempo de permanência na instituição é feita por determinação médica, ou seja, o saber médico – o que não poderia deixar de pautar a conduta em um sistema de saúde médico-centrado – é “soberano” (pautado no saber, mas indiscutível, inquestionável). Através do exame – técnica tanto de poder como de saber – o médico esquadrinha, disseca, cataloga e classifica o corpo da gestante de modo a enquadrá-la em uma escala de risco gestacional⁵². Na lógica do “risco”, é permitido formular e justificar formas de controle e regulação em uma inscrição e captura dos sujeitos (das gestantes) através de microtecnologias de constituição das subjetividades da mulher/mãe.

Entretanto, não podemos esquecer que, para Foucault (1999b), o poder acontece em uma relação de forças, que pressupõe liberdade, pois o poder só pode ser exercido sobre sujeitos livres, que tenham diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas possam acontecer. Assim, os dispositivos de controle utilizados pela sociedade para o exercício de técnicas/estratégias de poder e domesticação dos corpos (corpo grávido) são inseridos de forma tão discreta que a existência desses dispositivos – pela sociedade, em geral, e pelas usuárias, em particular – não é vista só como necessária, mas como legítima. Então, não se trata de negar as condutas, recomendações ou exames a

⁵² Os critérios de risco gestacional foram abordados no item 7.1.1 desta Dissertação.

serem indicadas para as gestantes durante o período pré-natal e/ou de internação no *Hogar*, mas de refletir como o controle deixa de investir exclusivamente no corpo e passa a focalizar a vida naquilo que se objetiva como “risco”.

Exame feito, ingresso determinado, as condutas para internação e permanência da gestante no *Hogar* passam ao plano da execução. No tocante aos procedimentos burocráticos, percebemos que as internações são efetivadas a partir de contato – telefônico ou pessoal – entre os profissionais que estão participando do cuidado da gestante e o gestor do *Hogar Materno*. Podem solicitar o ingresso da gestante na instituição, os médicos de família (do CMEF) ou os profissionais que compõem a equipe do GBT (médico especialista em ginecologia e obstetrícia, psicólogo, assistente social), vinculadas aos Policlínicos. Entretanto, o que acontece usualmente, salvo raríssimas exceções, é que os professores responsáveis pelo GBT, depois de fazerem uma avaliação integral da gestante, juntamente com os demais profissionais da equipe multidisciplinar, acionam o gestor do *Hogar Materno* e solicitam o ingresso da futura mamãe “em risco” na instituição.

Outro aspecto também importante, quanto aos critérios de ingresso, é o período de gestação em que as mulheres são admitidas na instituição. Pelo que nos foi dito – sempre a partir de análise caso a caso –, o ingresso ocorre sempre antes da 37ª semana de gravidez. Depois desse período, como a gravidez já estará a termo, se a mulher estiver correndo algum tipo de risco e/ou indicação de ingresso, irá direto para o hospital, onde poderá, inclusive, fazer o parto. Entretanto, para casos onde a gestação está bem no início – entre dez e doze semanas – e a mulher tem indicativo de ingresso por sangramento, ou dor no baixo ventre, por exemplo, irá direto ao hospital e lá permanecerá até que o problema se resolva. Passado o risco, retorna para sua casa. Porém, quando a gestante não possui casa – independentemente do período gestacional –, ao sair do hospital, ingressa no *Hogar*, por condições sociais.

Conforme informação do gestor⁵³ do *Hogar Materno* visitado, as mulheres até podem decidir não ficar no equipamento, entretanto, a normatização do local impacta nessa decisão, uma vez que as gestantes são definidas pelos profissionais de saúde – a partir de evidências e pressupostos científicos constituídos em regimes de verdade – como em pacientes em situação de “risco”. Segundo Souza (2014), para que a evidência seja considerada uma verdade é necessário que estejamos inseridos em determinados regimes

⁵³ O gestor do *Hogar Materno* visitado era médico especialista em ginecologia e obstetrícia.

de verdade, pois são esses regimes que moldam aquilo que define o verdadeiro e sobre o qual se desenvolve a governamentalidade. O autor também argumenta que, para Foucault, os regimes de verdade posicionam e constroem os indivíduos frente ao verdadeiro, ou seja, é aquilo que determina ações e consentimentos frente ao que se acredita ser a verdade. Nesse sentido, cada pessoa aceita a verdade sem que seja preciso fazer uso de pressão, pois a própria verdade molda o indivíduo. (SOUZA, 2014)

Em relação à governamentalidade⁵⁴, esse foi um neologismo utilizado por Foucault (1992) para designar um conjunto de estratégias, conhecimentos e procedimentos aplicados sobre indivíduos, sobre os grupos ou sobre populações de modo a conduzi-los de acordo com os interesses de uma racionalidade e de um objetivo maior.

Portanto, as entradas e saídas do *Hogar Materno* até acontecem, mas não em condições diferentes das normas vigentes – até porque não é necessário –, pois aquilo que é considerado verdadeiro constrói a norma. Segundo Mendes (2015a), pode-se dizer que a norma é um mecanismo de poder contínuo, regulador e corretivo, que serve ao poder disciplinar e ao biopoder. No *Hogar*, a governamentalidade acontece pela gestão da população de gestantes e do seu corpo grávido, a partir de um minucioso controle e do exercício de uma “coerção” contínua, não violenta, mas baseada nos discursos e regimes de verdades e evidências científicas. Assim, depois do ingresso, a gestante fica na instituição de maneira praticamente compulsória, mas passiva e confiante de que aquela situação é a melhor para ela e para o bebê, ainda que longe do seu espaço familiar, até que o fator de risco se dissipe, e a partir de regras disciplinares bem estabelecidas.

Estrategicamente bem dispostas por meio de murais e cartazes (Figura 61), essas regras eram facilmente identificadas; bastava um simples caminhar pelas dependências da casa para avistá-las. Versavam sobre alimentação, cuidados com a saúde e higiene da mãe e do bebê, amamentação e aleitamento materno, dentre outros temas – sem falar, é claro, nos murais ufanistas, com as fotos e discursos dos heróis da Revolução.

⁵⁴ O conceito de governamentalidade será aprofundada no item 7.2.2 desta Dissertação.



Figura 61: Mural sobre as regras do *Hogar Materno*.
Fonte: Autora (2015).

Mas o que mais saltava aos olhos eram as normas da casa quanto aos horários⁵⁵ e atividades que permeavam a vida das gestantes ao longo do seu dia e por todos os dias em que ali permaneciam:

Às 7h: Despertar. Das 7h às 7h30min: Banho. Das 7h30min às 8h30min: Café da manhã. Das 9h30min às 10h: Merenda. Das 11h30min às 12h30min: Almoço. Das 12h30min às 14h: Descanso. Das 14h às 15h: Atividades Educativas. Das 15h às 15h30min: Merenda. Das 15h30min às 18h: Recreação. Das 18h às 19h: Janta. Das 19h às 20h30min: visitas. Das 20h30min às 22h: Ver novelas brasileiras. Às 22h: Dormir.

São tantas horas e atividades precisas – hora para comer, para higiene, para descanso, para lazer, para dormir – que, só por listar, já me peguei refletindo sobre esse disciplinamento. Enfim, tudo muito bem controlado!

A disciplina controla a vida das gestantes, através do controle dos horários, da decomposição dos gestos e movimentos, ajustando o corpo a imperativos temporais, a fim de construir um tempo integralmente útil, para produzir o resultado desejado. Segundo Portocarrero (2004), gesto e corpo são postos em relação e a disciplina decompõe o ato em elementos, correlaciona o corpo com o gesto, articula o corpo com o objeto. Em nosso caso, são gestantes docilmente disciplinadas aos horários previamente

⁵⁵ Os horários foram retirados de duas fontes: mural e informações do gestor do *Hogar Materno*.

estabelecidos pelas normas do *Hogar*, a fim de eliminar o risco gestacional que a fez ingressar e permanecer no serviço.

Dos horários, o único em que era permitido algum tipo de flexibilização era o momento de visitas familiares, para aquelas gestantes que já tivessem outros filhos, e desde que fossem pequenos, ou que não pudessem se adequar ao ritmo da casa. Para esses casos, e tão somente nesses, havia certa tolerância, a fim de produzir o encontro entre a mãe e seus filhos. Foi interessante notar nesse espaço de cuidado e com essas pessoas o quanto a disciplina é um elemento evocado nas falas dos cubanos. No *Hogar Materno*, bem como por todos os lugares do sistema de saúde onde transitamos, as vozes ecoavam de forma quase uníssonas quanto à importância das regras e da maneira como elas fortalecem a disciplina e a ordem, com vistas a um bem comum. Não raras vezes, fomos surpreendidas por discursos que justificavam o uso da máxima disciplina e do controle para que a sociedade cubana pudesse evoluir ou se desenvolver em diferentes aspectos.

Nesse local em especial, as gestantes não faziam trabalhos manuais porque não havia terapeuta ocupacional e porque, segundo o gestor, as mulheres ali ingressadas não tinham necessidades de ordem psicológica – como se atividades ocupacionais/criativas fossem terapêuticas apenas para aquelas que sofressem de algum estresse emocional – que indicassem a referida terapia. Então, a atividade foi substituída por elementos recreativos (sempre a mesma atividade, todos os dias) como vídeos e filmes. Mas o mais curioso e surpreendente em relação aos horários estipulados para as atividades das gestantes na casa foi saber que a última atividade diária, antes de dormir, à noite, era assistir às “novelas brasileiras”. O misto de surpresa e encantamento com a informação gerou inclusive o comentário, de nossa parte (visitantes brasileiras), de que talvez as novelas pudessem se constituir em uma “política pública para aumentar a natalidade”, em virtude das cenas mais *calientes* e ousadas. Porém, em meio a muitas risadas, o conselho logo foi abandonado, em função da informação dada pelo gestor de que essas cenas eram, previamente, excluídas pelo governo cubano, antes de chegarem aos telespectadores.

À medida que ia descobrindo o serviço (suas táticas e estratégias), nas falas dos profissionais e gestantes, mais estranhamentos tinha e, nesse sentido, a conversa com o gestor foi bem importante para minhas reflexões. Percebi o orgulho do mesmo ao descrever o serviço, o local e a forma de se relacionar com as gestantes. Era visível que acreditava em seu trabalho e, principalmente, na maneira como conduzia os processos disciplinares-terapêuticos, bem como a forma de inserção do serviço na rede de saúde.

Entretanto, apesar de ser uma política normatizada e acreditada pelos profissionais que a conduziam, faltava algo naquele dispositivo de saúde.

O equipamento visitado possuía 30 camas, mas apenas 18 estavam ocupadas. As características das grávidas eram as mais diversas. Naquele espaço, estavam adolescentes, gestantes com baixo peso (a mãe e o bebê), obesas, anêmicas, hipertensas e diabéticas. E a média de permanência na instituição era de 21 dias. Segundo as informações do gestor, desde que ele começou a coordenar aquele *Hogar Materno* – há cerca de quatro anos –, só haviam ingressado três casos de gestantes com HIV/AIDS e nenhum de gestantes por/em situação de violência doméstica. Os três filhos dessas mães portadoras de HIV/AIDS nasceram sem o vírus (depois do nascimento, os casos foram acompanhados por dois anos).

Em nossa visita ao *Hogar Materno*, foi-nos contada a história⁵⁶ da casa, além de como e para que se constituíram os *Hogares Maternos*, tanto os urbanos quanto os rurais. Ouvimos que, antes da Revolução, eram as “parteiras” ou “matronas” as responsáveis por conduzir os partos, em casa ou fora dos hospitais; porém, com o passar do tempo, essa atividade passou a ser realizada por enfermeiras obstétricas, e que, atualmente, os partos, todos hospitalares⁵⁷, são feitos quase que exclusivamente – salvo raríssimas exceções – por especialistas de ginecologia e obstetrícia (todos médicos).

Com relação ao fato de os partos serem todos hospitalares, foi possível perceber que os profissionais de saúde acreditam ser essa a maneira mais adequada de se conduzir o processo do nascimento. O impacto social da morte de mulheres, principalmente por complicações do/no parto, tem sido muito discutido e enfatizado na sociedade cubana, a ponto de me parecer que esses profissionais não veem o parto como uma coisa natural, mas como “doença” (por conta desses eventos imprevisíveis durante o trabalho de parto), o que pode estar ligado, dentre outros aspectos, a melhoria da qualidade da saúde, e/ou também ao poder médico-centrado existentes no contexto cubano.

⁵⁶ A história dos *Hogares Maternos* já foi abordada no item 7.1.1 desta Dissertação.

⁵⁷ Em Cuba, por decisão estatal, todos os partos são hospitalares e seguem uma mesma dinâmica. Segundo informações que obtivemos ao longo do Curso, talvez em municípios mais distantes ainda seja realizado algum parto fora das dependências de um hospital (domiciliares ou não), entretanto, isto é uma raridade para a realidade cubana atual.

Assim, as estratégias biopolíticas, utilizadas para manter as gestantes e os bebês vivos, são estabelecidas e operadas a partir de uma dinâmica complexa, que pode ser relacionada à sobreposição de diferentes regimes de verdade. Segundo Souza (2014),

Devido aos atravessamentos entre as tradicionais formas de entender a saúde e as novas promessas oportunizadas pela tecnociência, as recomendações que envolvem a segurança da vida e as populações criam novos e diversos entendimentos sobre os cuidados com a vida, especialmente sobre o corpo individual – posicionando-o como a instância celular de investimentos, os quais, uma vez postos em ação, terão impacto nos níveis populacionais. (p. 132)

Dessa forma, em Cuba, os profissionais entendem que para o procedimento do parto ser seguro – para todos os casos – precisa ser acompanhado por um profissional médico e feito em um ambiente protegido e cercado por recursos tecnológicos capazes de rever eventuais intercorrências. A defesa do parto hospitalar, pelos profissionais de saúde, está amparada não apenas no fato de que os partos ocorrem de forma absolutamente disciplinada, mas também no quanto esse processo de controle permite obter taxas e indicadores relacionados à temática materno-infantil considerados exitosos para um país da região das Américas, apenas comparável a alguns países europeus.

Em relação a isso, também chamou-me atenção - por ser bastante contraditório - o fato de que, apesar de todos os partos serem hospitalares, os profissionais, por vezes, utilizarem o discurso que esta prática não é intervencionista, na medida em que o médico atua somente nos casos em que o parto não evolua de maneira favorável.

Já para as gestantes com HIV/AIDS – onde o controle da doença é efetuado mensalmente, de forma rigorosa⁵⁸ –, todos os partos são feitos por cesariana. No que diz respeito às mulheres que vivem com HIV/AIDS, é possível dizer que essas mães vêm sendo interpeladas, de forma cada vez mais incisiva, como corpo grávido, a fim de dar condições ao desenvolvimento de crianças saudáveis, e, portanto, sem HIV/AIDS. Essa biopolítica resulta em uma série de recomendações e de ações, tais como: não amamentar, ingerir fortes medicações, realizar exames adicionais específicos, além daqueles aos quais todas as outras mães aderem (ou deveriam aderir) em um pré-natal (PIRES, 2016). Isso,

⁵⁸ Em 30 de junho de 2015, Cuba foi o primeiro país do mundo a ser reconhecido oficialmente pela OMS como nação que eliminou a transmissão materno infantil de HIV e de sífilis.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Cuba**: hacia una generación sin VIH. Sd. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/94/12/16-021216/es/>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

segundo Pires (2016), significa dizer que, para além de ampliar o sentido das aprendizagens necessárias ao exercício da gravidez e da maternidade, a condição de “soropositividade demanda, ao mesmo tempo, desaprendizagens complexas relativas ao que está estabelecido como ‘dever ser’ da maternidade” (p. 95, grifo no original).

Nessa direção, em Cuba, a fim de potencializar o atendimento dos casos de gestantes com HIV/AIDS, centralizou-se o serviço e a equipe de trabalhadores em um hospital especializado em acolher essas grávidas e efetuar as cesáreas. Mas a gestante – desde que seja por cesárea – tem autonomia para escolher esse ou outro hospital do sistema de saúde cubano para ganhar seu bebê.

Essa questão das gestantes com HIV/AIDS foi um dos temas que me geraram mais estranhamento e desconforto, pois ficou visível a intervenção do Estado nos corpos das mulheres. Ao que parece, no contexto da política analisada, paradoxalmente, o que se define como direito acaba sendo traduzido como dever, pois por ser uma política de Estado, toda a gestante com HIV/AIDS é obrigada a fazer a cesárea, para garantir que não haja o risco de transmissão do vírus da mãe para a criança. Assim, parafraseando Pires (2016), ao falar das mulheres grávidas com HIV/AIDS, no Rio Grande do Sul, no SNS cubano, “quem e o que vai dizer o que significa fazer tudo direitinho para uma mulher grávida vivendo com HIV/AIDS será, em grande parte, o discurso biomédico” (p. 94). Ao longo de nossas visitas em Cuba, ficou evidente o quanto essa é uma questão normatizada pelo Estado.

A princípio, de acordo com o gestor do *Hogar*, procura-se explicar os benefícios do procedimento, mas caso a mãe não queira se submeter à cesárea, o Estado evoca o direito de “preservação da vida” para garantir a saúde do bebê. Portanto, caso a parturiente não concorde com essa determinação estatal, passa a ser regulada por meio de determinadas classificações e sistemas de controle – alguns deles sustentados, justamente, pelo vocabulário do risco – que têm efeitos muito concretos na vida dessas gestantes. Pelo que pudemos apreender, a partir dos discursos proferidos por diversos profissionais de saúde cubanos, é que o não entendimento do benefício da política não está na ação dos profissionais, mas na incompreensão por parte de algumas gestantes portadoras do vírus do HIV/AIDS de que a obrigatoriedade do procedimento de intervenção da cesárea é para proteção dela e do bebê.

Entretanto, esse discurso intervencionista não permeia apenas o sistema de saúde cubano e seus profissionais. Esse investimento em *fazer viver* as mulheres grávidas que

vivem com HIV/AIDS, segundo Pires (2016), é enunciado explicitamente no *Plano Global para Eliminar Novas Infecções por HIV/AIDS em Crianças até 2015 e Manter suas Mães Vivas* (OMS, 2011). Tais discursos têm por objetivo orientar as ações biopolíticas a serem executadas em nível global, regional e local e, em consequência disso, promover novos entendimentos sobre a segurança da vida, dentro e fora desses territórios (SOUZA, 2014).

Quanto mais conhecia o lugar, mais me questionava a respeito! Todas essas questões que envolviam o *Hogar* me faziam refletir sobre o quanto temos ainda para aprender, desaprender e (re)significar!

E, neste sentido, muitas perguntas foram seguidas de outras perguntas, pois as informações colhidas me fizeram perceber o local como sendo de controle e disciplina para manutenção dos indicadores (onde a disciplina atua sobre os corpos), mas também como um dispositivo do sistema de saúde para manutenção da vida (o biopoder associado a estratégias biopolíticas, exercido de maneira positiva sobre a vida, maximizando suas forças). Mas de que forma? Essa, justamente, foi a grande questão que me instigava, no espaço e na relação daquelas mulheres com a situação. Nesse sentido, podemos pensar, seguindo a informação do gestor do *Hogar Materno*, que os sujeitos (as gestantes) eram “livres” para fazer escolhas, porém escolhas reguladas para manter o equilíbrio social.

Naquele espaço, apesar das evidências clínicas e das práticas carregadas de boas intenções, senti falta de conexões, das idas e vindas que fazem os “encontros” estarem em constante movimento. Ali, existiam casos onde o estado clínico, devidamente atestado pela conduta médica, necessitava de tratamento com internação. Entretanto, para outras, “confinadas” só por estarem um pouco abaixo do seu peso, caberia questionar por que as mulheres, com questões clínicas menores, são retiradas (e aceitam tacitamente) do seu convívio familiar em um momento tão delicado? Por que o Estado não garante o seu tratamento de forma domiciliar? Tem o Estado, evocando a vida como bem inalienável, o direito de retirar estas mulheres de dentro de suas casas, famílias, filhos? E esse suposto “direito à vida” do feto é um bem que tem supremacia ao direito a outros modos de vida daquelas mulheres, mesmo em se tratando de um país onde o aborto é liberado?

Juridicamente, principalmente em um Estado como o de Cuba, a internação no *Hogar* é uma situação que tem base legal garantida. Entretanto, a questão do desconforto (com o espaço) não passa pelo aspecto normativo, ainda que muito bem entendido. Também não passa pela concepção de que a saúde em Cuba, constituída como direito

social, com enfoque na APS, de acesso universal, gratuito e bem alienável, não deva ser garantida a todos os cidadãos. Não passa, ainda, pela percepção dos cubanos (captada nas falas dos profissionais de saúde) que, com o rápido envelhecimento da população da sociedade cubana, cada gestação é muito bem-vinda e as mulheres são estimuladas a terem mais filhos, pois há uma grande apreensão com a inversão da pirâmide etária e com a redução da massa trabalhadora em poucos anos. Esses todos são fatores que me sensibilizam e estão completamente alinhados com minha concepção de saúde e cidadania.

Compreendo, também, que refletir sobre uma política onde os “regimes de verdade” – apoiados em evidências – apontam para a aceitação de grande parte da população pode causar estranhamento, afinal, caminha na contramão da hegemonia do pensamento a respeito dessa biopolítica. Mas, nessa direção, cabe fazer uso das palavras de Foucault (1992) quando argumenta que os regimes de verdade são essenciais em nossas sociedades e, a partir desses regimes, grandes disputas são estabelecidas. Portanto, não se trata de questionar a forma de intervenção dessa biopolítica sobre a vida dos sujeitos, mas de torná-la visível/dizível e problematizá-la, a fim de mostrar as estratégias utilizadas para a manutenção e o alcance de certos indicadores.

O *Hogar Materno* é um equipamento que, do ponto de vista clínico e de manutenção de taxas e indicadores a patamares desejáveis, cumpre sua função, pois a gestante fica tutelada 24 horas ao dia e sua vida (assim como a do bebê) passa a ser governada pelo Estado, em sua dimensão sociobiológica de maneira plena. Porém, o desconforto – certamente muito mais em mim do que talvez em toda a sociedade cubana – aparece na medida em que a política pública de saúde intervém no contexto e na produção de vida das pessoas, sem observar todos os aspectos nele inseridos. Em que pese ter sido informada de que as gestantes tinham o “direito” de se afastar do tratamento, as evidências e os saberes produzidos sobre elas não permitirão, certamente, atitudes diferentes daquelas esperadas.

Então, por que essas mulheres aceitam tal condução de suas vidas? Em nome de que/quem permitem – entre outras coisas – que alguém diga a elas o que e quando comer, o que e quando fazer, quem e quando podem visitá-las? Obviamente, não tenho a pretensão de responder tais perguntas, nem tampouco tomar posicionamentos a favor ou contra a biopolítica utilizada tão estrategicamente pelos idealizadores e cuidadores dos *Hogares Maternos*. Minha intenção aqui, bem mais modesta, é apenas ensejar reflexões

sobre os modos pelos quais as mulheres têm sido interpeladas pelos discursos sobre os riscos gestacionais e as práticas tidas como naturais sobre a corpo grávido da mulher/mãe, apesar dos movimentos de tensionamentos dessas verdades. Trata-se de colocarmos em permanente movimento de estranhamento aquilo que é dito e, por isso, praticado, desconstruindo formas de (re)significar o cuidado.

No *Hogar* – a partir das escutas possíveis – pareceu-me que faltam os “entres” e o encontro com o outro, que acontece na perspectiva de vida de cada pessoa. E, talvez, estar com suas famílias em um momento tão importante quanto o da gestação, para os casos onde isso seja possível, poderia ser pensado conjuntamente com as normas das políticas públicas impetradas em Cuba.

7.2 Histórias da Participação Popular cubana

Falar sobre o Sistema Nacional de Saúde cubano – ou de qualquer outro sistema dentro da sociedade cubana – sem discorrer sobre a Participação Popular, seria desconsiderar um dos seus fatores estruturantes. De acordo com Saito e Haddad (2012), a participação social tem sido aspecto fundamental para o êxito do sistema de saúde em Cuba. Nesse sentido, utilizei-me desta seção para falar da história, do processo eleitoral e da estrutura político-administrativa que envolve a Participação Popular em Cuba. Assim como na seção 7.1, a estratégia de análise foi a mesma, ou seja, trabalhei com a versão dos documentos oficiais e com minhas narrativas e inquietações sobre o tema, articuladas com os conceitos foucaultianos de governamentalidade e panóptico. Mas aqui, o olhar, ainda que continue curioso e de duplo viés, valeu-se também, do possível paradoxo que pode existir entre a Participação Popular que controla e que, ao mesmo tempo – por se encontrar em cada quadra do país – pode ser controlada, como veremos a seguir.

7.2.1 Participação Popular cubana: nada fora do controle

Cuba, ao longo do tempo, criou mecanismos diferenciados de participação popular nas decisões governamentais. Entretanto, no primeiro ano pós-Revolução, a gestão do governo ainda estava influenciada pelas táticas revolucionárias como forma de administração estatal (HARNECKER, sd). Ainda, segundo este autor, o livre-arbítrio dos dirigentes era a maneira de solucionar os problemas concretos do país. Um ano depois, ficou claro que era necessário administrar a máquina pública de forma racional e foram

utilizadas técnicas de planejamento utilizadas nos países socialistas. A falta de quadros médios, ou seja, lideranças intermediárias, explicava a utilização de um conceito centralizador, criando o chamado “burocratismo” (HARNECKER, sd, p. 40).

Assim, o protagonismo do povo em armas foi substituído – nos primeiros anos da Revolução Cubana – pelo amplo uso dos mecanismos da democracia direta, como assembleias e referendos de consulta à população, a partir das seguintes organizações políticas e de massa: Partido Comunista Cubano (PCC)⁵⁹, Central de Trabalhadores de Cuba (CTC), Federação das Mulheres Cubanas (FMC), União da Juventude Cubana (UJC), Federação dos Estudantes Universitários (FEU), Federação dos Estudantes de Ensino Médio (FEEM), Associação Nacional dos Pequenos Produtores (ANAP), Comitês de Defesa da Revolução (CDR), entre outros. São organizações criadas no âmbito do Estado, e tinham (e têm) o objetivo de conter a mobilização das massas, reestruturar o Estado por meio de um novo sistema político e, ao mesmo tempo, conferir uma unidade às forças revolucionárias (FEITOSA, 2011).

Tais organizações da sociedade civil, segundo Feitosa (2011), foram ocupando espaços vitais junto ao governo, sendo que quase todas intervieram diretamente nas campanhas públicas de saúde, de educação e de consultas à população para determinar as principais diretrizes do governo. Os CDRs, por exemplo, assumiram atividades de registro da população e a distribuição de bens de consumo de grande necessidade, e a FMC organizou e dirigiu os primeiros círculos de ensino infantil.

Entretanto, segundo Feitosa (2011), até 1976, apesar de algumas ações terem sido consideradas como de Participação Popular e de terem desempenhado importante papel de mobilização social—como a criação das organizações de massa não governamentais –, o poder estava concentrado nas mãos do governo central e das suas instâncias provinciais e municipais. O sistema político cubano só voltaria a ser repensado a partir da experiência

⁵⁹ Segundo Feitosa (2011), a adoção de um partido único em Cuba foi fruto de um processo que teve início em 1961 com a criação das Organizações Revolucionárias Integradas (ORI), uma frente que reuniu as três principais forças dirigentes da Revolução: o Movimento Revolucionário 26 de Julho (MR26/7), o Partido Socialista Popular (PSP) e o Diretório Revolucionário Estudantil (DRE). Em 1962, as ORIs deram origem ao Partido Unido da Revolução Socialista de Cuba (PURSC), até que, em 1965, foi oficialmente criado o Partido Comunista Cubano (PCC). Não se trata de um partido eleitoral e, por isso, não participa do processo eleitoral, designando ou propondo candidatos ou realizando campanha a favor de determinados candidatos. O PCC é a vanguarda organizada da nação, a força política máxima do país. Trataremos do PCC mais profundamente ainda nesta subseção. Feitosa (2011) ressalta ainda, que a questão da unidade foi amplamente debatida e defendida por José Martí (mártir da independência cubana) e, nesse sentido, o “PCC é uma continuidade histórica do Partido Revolucionário Cubano (PRC), fundado em 1892 por Martí” (p. 20-21).

eleitoral da província de Matanza⁶⁰, em 1974. Chamada de Poder Popular, foi a primeira experiência cubana de participação do povo na gestão do Estado (HARNEKER, sd).

Nessa província, os órgãos do Poder Popular⁶¹ ganharam a atribuição legal de exercer o governo, administrar entidades econômicas de produção e serviços, empreender construções e reparações e, em geral, desenvolver as atividades requeridas para satisfazer necessidades econômicas, culturais, recreativas e educacionais da coletividade na área geográfica em que exerçam a sua competência. Essa participação das massas na gestão estatal tinha como objetivo substituir o centralismo burocrático pelo centralismo democrático (SOUSA, 2009). Segundo Saito e Haddad, em Matanza, aproximadamente 5.600 unidades de produção de serviços, até então diretamente subordinadas aos ministérios, passaram a ser administrados pelos novos órgãos de Poder Popular. A partir da experiência de Matanza e da construção do Poder Popular, logo ficou perceptível a necessidade de uma nova Constituição. Assim, em 1976, o sistema de Poder Popular foi regulado e institucionalizado para todo o país, na primeira Constituição promulgada durante a Revolução.

Mas o que mais chama a atenção nesse processo foi o nível elevado de participação da população cubana. Segundo Sousa (2009), em 22 de outubro de 1974, uma Comissão Redatora do Partido e Governo foi organizada com a participação de 20 membros, a fim de conduzir o pleito. Durante os meses de maio e junho de 1975, os cubanos discutiram e aprovaram, em mais de 168 mil assembleias, o Anteprojeto da Constituição Socialista. Em julho de 1975, a Comissão concluiu o processo de tabulação das propostas realizadas pelas massas durante os debates e as submeteu ao primeiro congresso do PCC⁶², no mesmo ano em que deliberou pela realização de um referendo

⁶⁰ A província de Matanza, por ser o local mais desenvolvido econômica e politicamente de Cuba, à época, foi escolhida para dar início a primeira experiência eleitoral do país em 1974. Para organização do pleito em cada município foram criadas circunscrições eleitorais, e, a partir delas, os CDRs conduziram o processo eleitoral.

⁶¹ O Poder Popular na experiência de Matanza constituiu-se a partir da eleição dos delegados de circunscrição. Foram eleitos 7.079 delegados de circunscrição para compor as Assembleias Municipais, ou seja, cada delegado de circunscrição é delegado municipal. Esses delegados municipais elegeram, entre si, 76 delegados para compor a Assembleia Provincial. Os delegados provinciais, por sua vez, tinham a tarefa de eleger, junto às organizações de massa cubanas, os deputados da Assembleia Nacional (FEITOSA, 2011 apud BRIGOS, 1998). A partir da CRC de 1976, e da Reforma Constitucional de 1992, fica instituído o novo Poder Popular, que é um sistema de órgãos e organismos estatais vinculados entre si (que serão aprofundados a seguir).

⁶² O primeiro congresso do PCC, em dezembro de 1975, identificou uma série de problemas no experimento de Matanza: os novos dirigentes assumiram as suas funções sem preparo suficiente; os delegados eleitos não tinham experiência anterior; e, por fim, não havia instâncias superiores às quais recorrer em caso de conflito (SAITO; HADDAD, 2012)

nacional para aprovação final da Constituição. Assim, de acordo com Sousa (2009), em um processo amplamente debatido pelo povo, quase sete meses depois, a nova Constituição Socialista foi submetida ao referendo, em 15 de fevereiro de 1976, com participação de 98% da população cubana maior de 16 anos, sendo que foi aprovada por 97,7% destes. Em ato público e solene, a Constituição foi proclamada no dia 24 do mesmo mês. Entretanto, apesar da magnitude de todo esse processo, Feitosa (2011) ressalta que a Revolução Cubana ainda apresenta certas contradições:

Se por um lado se manifestavam nos mecanismos de poder popular as tradições de luta democrática, participação popular e as práticas e princípio assumidos durante os anos anteriores, por outro lado o Estado foi, em grande medida burocratizado e a censura foi estabelecida. Ao mesmo tempo em que o país construía mecanismos genuínos de participação e representação, ele também assimilava o modelo político-econômico, autoritarismo, burocratismo, censura e planificação – dos países socialistas do Leste Europeu, sobretudo da URSS.⁶³ (p. 39-40)

Em que pese as contradições, segundo Feitosa (2011), a Constituição da República de Cuba (CRC), aprovada em 1976, foi/é de suma importância para o novo contexto vivido pelo país, na medida em que rompeu com as velhas estruturas herdadas do Estado republicano e, ao mesmo tempo, lançou as bases para a construção de uma sociedade socialista. A CRC não só faz referências às conquistas sociais, econômicas e políticas, como também consagra uma nova forma de poder, o Poder Popular. Contudo, de 1976, quando o Poder Popular foi institucionalizado, até 1992, a população votava apenas para delegados municipais. Depois de eleitos, eram esses delegados municipais que elegiam os deputados provinciais e estes últimos, por sua vez, elegiam os deputados da Assembleia Nacional do Poder Popular (ANPP) junto às organizações de massa (FEITOSA, 2011). Em 1992, ainda segundo Feitosa (2011), o Período Especial em Tempos de Paz trouxe novos questionamentos à sociedade cubana, que pareceu ter chamado novamente para si as decisões por anos centralizadas nas mãos do Estado. Então, em julho de 1992, a ANNP – “parlamento cubano e único órgão com poderes legislativos

⁶³ Segundo Feitosa (2011), justamente por isso o “Programa de Retificação de Erros e Tendências Negativas”, apresentado e aprovado no III Congresso do Partido Comunista, em 1986, é tão importante para os novos rumos do país, na medida em que tinha por objetivo rever os erros e tendências do processo revolucionário, a partir da rejeição de parte do modelo soviético implementado durante a década anterior, como por exemplo, os incentivos materiais (bônus por produtividade). Feitosa (2011), afirma que existe uma ampla discussão em Cuba, entre historiadores, cientistas políticos e especialistas em direito sobre o que teria condicionado a aprovação deste programa: questões predominantemente político-ideológicas ou econômicas. Para a autora a aprovação foi “condicionada pela inter-relação dialética entre ambas as questões” (p. 40).

e constituintes” – debate o Projeto de Lei de Reforma Constitucional. Dessa Reforma, um conjunto de modificações foram efetuadas, dentre elas a institucionalização dos chamados Conselhos Populares (mecanismos de governo em nível de bairro) e a reforma do sistema eleitoral, através da aprovação da Lei (infraconstitucional) Eleitoral nº 72, aprovada em outubro de 1992 (p. 41).

O Poder Popular em Cuba é um sistema de órgãos e organismos estatais vinculados entre si. De acordo com Feitosa (2011), trata-se de um sistema integrado pelos órgãos de poder representativos (as Assembleias), pelo Conselho do Estado, pelos órgãos de administração locais (Conselhos de Administração provinciais e municipais), pelas instituições judiciais e fiscais e pelos institutos armados do país.

Os órgãos representativos do Sistema do Poder Popular (SPP) são: no nível nacional, a Assembleia Nacional de Poder Popular (ANPP); em cada uma das 15 províncias, as Assembleias Provinciais de Poder Popular (APPP); e, nos 168 municípios, as Assembleias Municipais de Poder Popular (AMPP); no nível de comunidade, os Conselhos Populares. E, cada Conselho agrupa várias Circunscrições Eleitorais.

A ANPP é o órgão representativo supremo de Cuba e suas decisões não podem ser revogadas pelo Conselho de Estado e nem pelo Presidente. A Assembleia Nacional se reúne duas vezes ao ano e não pode ser dissolvida por nenhum outro órgão ou organismo estatal, nem mesmo pelo Presidente (FEITOSA, 2011). De acordo com Prestes (2014), para ser candidato a deputado à ANPP é necessário ter sido apresentado como pré-candidato por uma das organizações de massa do país; que a Comissão Nacional de Candidaturas submeta essa proposta à consideração da AMPP correspondente, e que, esta, pelo voto de mais da metade dos delegados presentes, aprove a sua designação como candidato por esse território. E será considerado eleito deputado à ANPP o candidato que, tendo sido apresentado pela respectiva AMPP, tenha obtido mais da metade dos votos válidos emitidos no município ou no Distrito Eleitoral. Para Feitosa (2011), todo esse cuidado com o processo eleitoral visa a garantir que o vínculo com a base eleitoral não seja perdido ao longo do processo e que os debates e as decisões tomadas nas sessões reflitam as demandas e as reivindicações da maioria da população.

O Conselho de Estado, composto por 31 integrantes, é o órgão executivo e administrativo da Assembleia Nacional, que a representa entre os períodos de suas sessões, executa suas decisões e cumpre as funções que a Constituição lhe atribui. Seus membros são eleitos pela ANPP, dentre os próprios deputados, e é constituído de

presidente, primeiro vice-presidente, cinco vice-presidentes, um secretário e mais 23 membros. O Presidente do Conselho do Estado preside simultaneamente o Conselho dos Ministros, acumulando as chefias de Estado e de governo. É, portanto, o Presidente da República de Cuba (SAITO; HADDAD, 2012). O Conselho de Estado tem caráter de colegiado e, para fins nacionais e internacionais, é responsável pela suprema representação do Estado cubano. Assim, segundo Feitosa (2011), como as demais APPs, o Conselho de Estado também deve prestar contas de suas atividades. Entretanto, diferentemente das outras Assembleias, não presta contas direto à população, mas aos deputados da ANPP.

Já, as Circunscrições Eleitorais, são divisões administrativas eleitorais (territoriais) dos municípios criadas somente para fins eleitorais, com o objetivo de organizar o processo eleitoral de maneira a ter o maior número possível de cidadãos representados, mesmo de um pequeno povoado (FEITOSA, 2011). De acordo com Prestes (2014), a circunscrição se organiza para efeito das eleições, mas o delegado continua funcionando na área por ela abarcada e, por isso, a mesma continua sendo sempre denominada de Circunscrição. As Circunscrições se constituem na célula fundamental do SPP, uma vez que é nela que os eleitores se reúnem para nomear candidatos a delegados de Circunscrição que, depois de eleitos, conformarão a AMPP, ou seja, todo delegado de Circunscrição é um delegado municipal representante de um determinado *departo* ou bairro. É na Circunscrição que o povo pratica com maior frequência a democracia direta, o trabalho voluntário e o comunitário integral. Na Circunscrição, os delegados atuam junto com as organizações de massa e os centros de trabalho (FEITOSA, 2011). O número de Circunscrições Eleitorais em cada município é determinado a partir do número de habitantes, de maneira que o número de delegados das Circunscrições à Assembleia Municipal nunca seja inferior a 30 (PRESTES, 2014). As AMPP e os Conselhos Populares são constituídos a partir dos delegados eleitos nas Circunscrições Eleitorais. No entanto, tratam-se de órgãos diferentes. Segundo Feitosa (2011), enquanto as AMPPs são órgãos político-administrativos, que definem uma das instâncias do Sistema de Poder Popular, os Conselhos Populares não têm essa autonomia. As AMPPs têm, no mínimo, quatro sessões por ano, no entanto, podem ser convocadas sessões extraordinárias. Os delegados municipais das AMPPs têm que despachar uma vez por semana com a população da Circunscrição pela qual foram eleitos e devem, assim como as demais Assembleias, prestar contas de seus mandatos por meio das Reuniões de

Prestação de Contas⁶⁴. No entanto, segundo Feitosa (2011), por vezes não é um espaço bem aproveitado, na medida em que, de maneira geral, são tratados apenas temas locais. Os candidatos eleitos como delegados de Circunscrição são também delegados municipais, integram a AMPP e podem ainda ser Presidente dos Conselhos Populares, delegados das APPPs ou deputados da ANPP, pois não há restrição de ordem legal para acúmulo de cargos. São os delegados das AMPPs que indicam, junto às organizações de massa, os candidatos a delegados das APPPs e os deputados da ANPP (FEITOSA, 2011).

Diferentemente das AMPPs, os Conselhos Populares⁶⁵, constituídos nas vilas, bairros, povoados e áreas rurais, são formados por delegados municipais, membros de organizações de massa e de entidades econômicas que constituem o local. Os Conselhos Populares são o mecanismo ágil para resolver problemas de maneira ativa, coletiva e autônoma, uma vez que atuam na resolução de problemas locais sem ter que recorrer às AMPPs. Trata-se de um espaço que promove a capacidade de participação da população; entretanto, a partir da aprovação da lei nº 91 de 2000, ficou determinado que os Presidentes dos Conselhos precisam se reportar aos Presidentes das AMPPs, ou seja, os Conselhos passaram a ser subordinados às Assembleias. Outro aspecto importante a ser ressaltado é que, com o advento da lei acima citada, a participação das organizações de massa e das entidades econômicas locais nos Conselhos Populares passou a ser facultativa, o que descaracteriza, de certa forma, a representatividade local (FEITOSA, 2011). Ainda assim, segundo Feitosa (2011), os Conselhos Populares se mantêm como órgão local de suma importância, na medida em que, nas AMPPs, são os partícipes mais próximos da comunidade.

O espaço de intervenção popular é menor nas APPPs, pois se reúnem apenas duas vezes ao ano e, enquanto estão em recesso, o Conselho de Estado controla seus políticos, já que o primeiro é nomeado pelo segundo. Os delegados provinciais – observadas as regras eleitorais e o regulamento que regem as APPPs – são escolhidos pelos eleitores do município pelo qual tenham sido indicados, e são constituídas por, no mínimo, 75 delegados.

De acordo com Prestes (2014), em Cuba são realizados dois tipos de eleições estabelecidas pela Constituição Cubana. O primeiro são as eleições gerais, em que são eleitos, a cada cinco anos, os deputados à Assembleia Nacional e demais instâncias de

⁶⁴ Reuniões onde os delegados, deputados e/ou representantes prestam contas aos seus eleitores

⁶⁵ Os Conselhos Populares foram institucionalizados somente no ano 2000, através da lei 91.

âmbito nacional, incluindo o Conselho de Estado, assim como os delegados às Assembleias Provinciais e Municipais e seus Presidentes e Vice-presidentes. O segundo tipo são eleições parciais, a cada dois anos e meio, em que são eleitos os delegados às Assembleias Municipais e seus Presidentes e Vice-presidentes. Para qualquer um dos tipos, os representantes são eleitos diretamente pela população. Segundo Feitosa (2011), com a reforma do Sistema Eleitoral, em 1992, foi instituído o voto livre, direto e secreto da população nas eleições para os deputados e delegados desses três órgãos de poder (ANPP, APPP, AMPP). Participam das eleições todos os cidadãos cubanos a partir dos 16 anos de idade que estejam em pleno gozo de seus direitos políticos e não se incluam nas exceções previstas na Constituição e nas leis do país. Os membros das Forças Armadas têm direito a voto, a eleger e a ser eleitos. A Constituição estabelece que cada eleitor tem direito a um só voto. É um direito constitucional e um dever cívico, que se exerce de maneira voluntária, e quem não o fizer não pode ser punido (PRESTES, 2014). Contudo, apesar de não ser obrigatório, a percentagem de comparecimento dos cubanos às urnas é elevada. Segundo Saito e Haddad (2012), desde 1976, o índice médio de participação nas eleições municipais tem sido de aproximadamente, 97%. Para os níveis provinciais e nacional, esse índice tem sido de aproximadamente 96%, desde que as eleições passaram a ser diretas, em 1992. Em Cuba, as eleições são convocadas pelo Conselho de Estado e são operacionalizadas pelas Comissões Eleitorais Nacional, Provinciais, Municipais, de Distritos, de Circunscrição e, em casos necessários, Especiais. A Comissão Eleitoral Nacional – formada por um Presidente, um Vice-presidente, um Secretário e quatorze vogais – é designada pelo Conselho de Estado; as Comissões Provinciais e Especiais são designadas pela Comissão Eleitoral Nacional; as Comissões Eleitorais Municipais pelas Comissões Eleitorais Provinciais e assim por diante. As eleições são conduzidas pelas Comissões Eleitorais da Circunscrição (SOUSA, 2009). Todos os gastos com as eleições são assumidos pelo Orçamento do Estado. Portanto, o candidato não tem despesas com as campanhas eleitorais.

Com o objetivo de elaborar e apresentar as propostas de candidaturas a delegados das Assembleias Provinciais, Municipais e a deputados da Assembleia Nacional do Poder Popular, entre outros cargos, são criadas Comissões de Candidaturas Nacional, Provinciais e Municipais. Elas são formadas por representantes da Central de Trabalhadores Cubanos (CTC), Comitê de Defesa da Revolução (CDR), Federação das Mulheres Cubanas (FMC), Associação Nacional dos Pequenos Agricultores (ANPA),

Federação de Estudantes Universitários (FEU), Federação dos Estudantes de Ensino Médio (FEEM), são designadas por suas respectivas direções nacionais, provinciais e municipais e presididas por um representante da CTC, assegurando desta maneira a direção dos trabalhadores em todo o processo eleitoral. A propaganda eleitoral é feita exclusivamente pelas Comissões Eleitorais, e são garantidas a todos os candidatos condições de igualdade (PRESTES, 2014).

Diferentemente de outros países, inclusive do Brasil, em Cuba, a atuação política no órgão de Poder Popular é uma atividade voluntária, pois os deputados à Assembleia Nacional e os delegados às demais Assembleias não recebem nenhum tipo de remuneração pelo exercício do mandato popular. Como se trata de um trabalho voluntário, os representantes eleitos continuam exercendo suas atividades profissionais, em seus respectivos locais de trabalho e recebendo o salário correspondente, muito embora possam ser salvaguardadas diferenças no que diz respeito à carga horária de trabalho ou licença, quando necessário, para participar das atividades inerentes ao cargo de representação política. Os deputados e delegados exercem seus mandatos junto aos seus eleitores, prestando-lhes contas periodicamente, e podendo, de acordo com a Lei, serem por eles removidos a qualquer momento, desde que, em sua maioria, considerem que seus representantes não estejam correspondendo aos compromissos assumidos perante o povo. (FEITOSA, 2011)

Paralelamente às estruturas política e administrativa do Estado, referendadas pela Constituição Cubana, funcionam aproximadamente 2.200 entidades civis de todos os tipos em Cuba. O Partido Comunista Cubano (PCC), definido pela Constituição como a força dirigente da sociedade e do Estado, segundo Saito e Haddad, é a mais importante destas entidades. Contudo, para Feitosa (2011), isso não define especificamente as funções e atribuições que lhe dizem respeito, e por isso, “há uma espécie de vazio regulatório que abre brechas para diversas interpretações sobre as tarefas do partido”. O PCC, a princípio, deveria ser a força para dirigir ideológica e politicamente a sociedade cubana; entretanto, na prática, ele também administra a partir da tomada de decisões (FEITOSA, 2011). O jornal *Granma* é o porta-voz oficial de seu Comitê Central e, de acordo Saito e Haddad (2012), em 2003, o PCC contava com aproximadamente 860 mil filiados, em cerca de 63 mil núcleos.

Outra importante organização da estrutura política cubana, segundo Saito e Haddad (2012), é a União de Jovens Comunistas (UJC). Criada em 1962, conta hoje com

pouco mais de 600 mil filiados – de 15 a 30 anos – e tem prerrogativas constitucionais para participar da política oficial sobre a juventude e para representar o país em organismos internacionais relacionados a esse assunto.

Ainda existem outras seis “organizações de massa” (CTC, FMC, ANAP, FEU, FEEM e CDR), que têm competência constitucional para participar das comissões de candidaturas para eleições às Assembleias Provinciais e à Assembleia Nacional. Todas dotadas igualmente de capacidade para apresentar projetos de lei ao parlamento. Dentre elas, segundo Saito e Haddad (2012), a maior, a mais conhecida e a mais capilarizada é o Comitê de Defesa da Revolução (CDR), que iniciou suas atividades em setembro de 1960. Organizado territorialmente, possui direções municipais, provinciais e nacionais eleitas durante os congressos quinquenais. Reúne cerca de 8,3 milhões de membros – todo cubano, a partir de 14 anos, pode inscrever-se no CDR mais próximo da sua casa – em quase 140 mil comitês de moradores espalhados por todos os lugares do país. Com a consolidação da Revolução, os CDRs passaram a ajudar na organização de tarefas de cunho social, como campanhas de vacinação e doação de sangue, mutirões de trabalhos voluntários, atividades da Defesa Civil ligadas à limpeza, à educação, à segurança, entre outras.

Toda essa organização político-administrativa possibilita a participação social por meio do Poder Popular e atravessa toda a sociedade cubana nas mais diversas áreas. No que diz respeito à área da saúde, além de toda essa estrutura anteriormente descrita, segundo Ramos (2004), foi criado em 1995 o Conselho Nacional de Saúde. Composto de várias instituições, autoridades, organizações e agências envolvidas na produção social da saúde, o Conselho Nacional de Saúde tem representações de todos os níveis administrativos nacional, provincial e municipal.

A participação social na área da saúde encontra nos Conselho Populares e nos Conselhos Populares da Saúde – instâncias locais – seus menores e mais efetivos núcleos. Toda essa estrutura organizacional tem um respaldo legal aprovado na Assembléia Nacional do Poder Popular, bem como um conjunto de regulamentos específicos de cada agência que favorece o cumprimento das ações planejadas.

A Figura 62, apresenta a dinâmica político-administrativa do Estado cubano e sua associação com os Conselhos de Saúde. Este modelo de participação envolve todos os cidadãos, a partir de sua incorporação a qualquer uma das organizações sociais que existem no país (já descritas ao longo desta subseção).

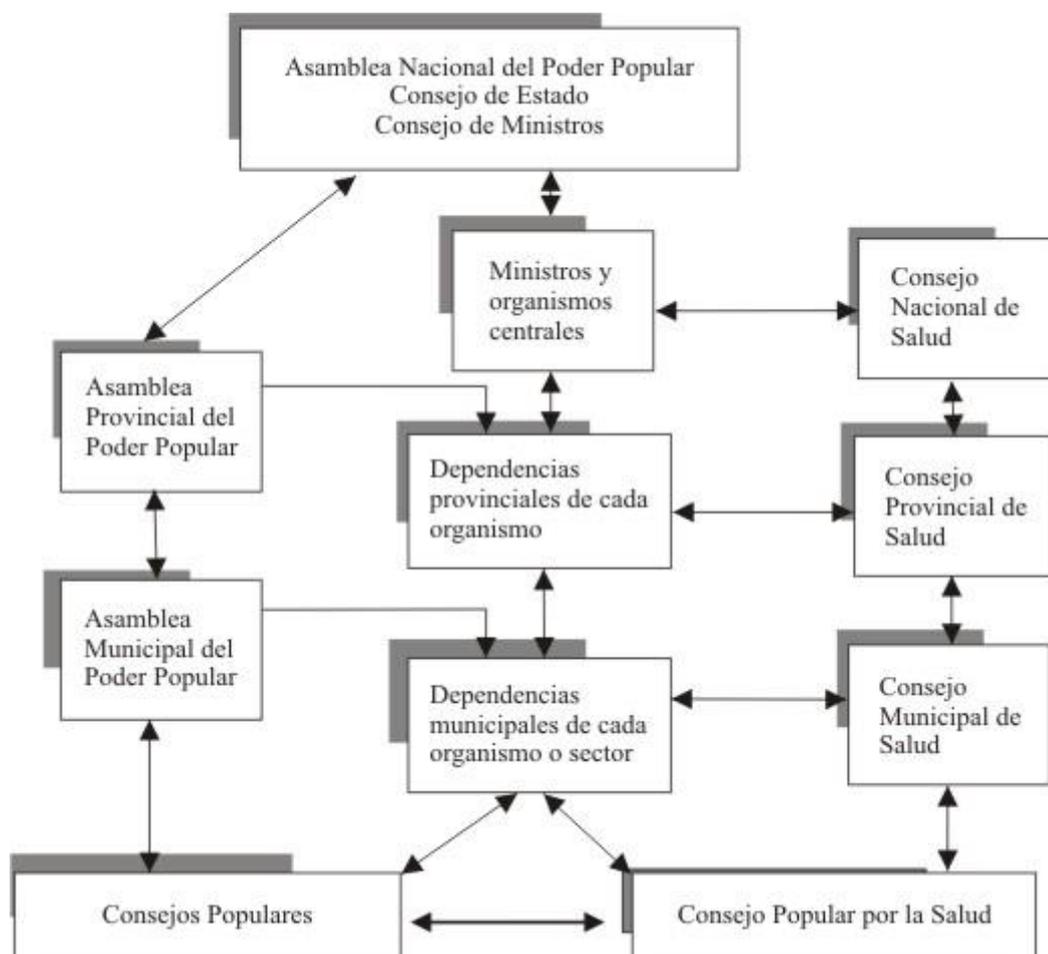


Figura 62: Organização administrativa-territorial.
Fonte: Ramos, 2004.

Independentemente de sua efetividade, segundo Sousa (2009), os mecanismos de participação e controle social do Estado cubano são significativos, principalmente no que diz respeito a quatro elementos-chave: a) eleição direta de apenas uma pessoa por Circunscrição, para o cargo de delegado e, para outros, a reduzida área geográfica da Circunscrição funciona como fator que facilita o conhecimento da história dos candidatos e a participação popular; b) obrigatoriedade de prestação de contas dos eleitos perante seus eleitores; c) possibilidade de revogação de mandatos por parte dos eleitores; e d) o

empoderamento local através dos Conselhos Populares investidos da mais alta autoridade para o exercício de suas funções.

Essa configuração política traz consigo uma forte dose de hierarquização. Entretanto, segundo Sousa (2009), ainda assim são mecanismos avançados no que diz respeito à garantia da efetividade da soberania do povo, em função da possibilidade de ampla participação popular ao longo de todo o processo decisório.

7.2.2 O panoptismo da cidadania em Cuba

Para um visitante brasileiro, com certeza Cuba desorienta. Carros modernos circulam ao lado de veículos dos anos cinquenta. As “bicitáxis” irradiam a músicas caribenhas antigas em suas caixas eletrônicas. Os cartões de crédito e os modernos celulares aos poucos começam a funcionar, mas com muita dificuldade, já que a internet praticamente inexistente. Não se vê nenhum aparato militar e a presença de policial é discreta, mas as praças ficam lotadas de cubanos e turistas que transitam em um tranquilo ir e vir.

Os contrastes são evidentes, mas a forte presença da história cubana se faz visível ao caminharmos por suas ruas. A transformação estrutural da sociedade cubana, a partir do processo revolucionário, produziu uma nova institucionalização do sistema político⁶⁶: além das organizações formais, foram incorporadas em seu processo decisório as organizações de massa. Pela estrutura e pelo próprio sistema político existente, todas essas organizações colaboram e se vinculam entre si e, ainda que tenham funções diferentes, trabalham com o mesmo fim: seguir transformando e avançando os valores e ideais da Revolução.

Dessa forma, em nossa estada em Cuba, não poderíamos deixar de ver parte dessa estrutura – tão singular – e fomos conhecer o Comitê de Defesa da Revolução (CDR), que estava localizado na mesma rua de um dos CMEF também visitados.

Visitar aquele CDR foi fundamental para entender como essas instituições se organizam dentro do sistema político, mas também para contextualizá-las a partir do sistema de saúde cubano. Fomos levados até o CDR pela enfermeira que nos atendeu durante a visita que fizemos ao Consultório de Médico e Enfermeira de Família (CMEF) da região. O equipamento ficava a poucos metros do consultório, então

⁶⁶ A estrutura político-administrativa e das organizações de massa já foi descrita na subseção 7.2.1.

rapidamente chegamos até a representante, que já nos aguardava e tinha conhecimento de que lá estaríamos.

Além dos equipamentos serem muito próximos – geográfica e organicamente –, era perceptível que cada um desses espaços institucionais – de saúde ou não – era um fio que conduzia a uma teia muito bem amarrada, que nada deixava escapar quanto aos movimentos que aconteciam naquele território e com aquela comunidade.

Nesse sentido, o movimento da enfermeira, ao sair do consultório – seu local de trabalho – para nos levar até o CDR, até não me chamou atenção, pois era visível que as relações interpessoais eram muito estreitas. Entretanto, a enorme placa vermelha com a logomarca de uma personagem de espada em punho e um *slogan* que versava sobre “união, vigilância e combatividade” – que de longe saltava aos olhos – fez-me captar um sentimento de que estávamos sendo vistos e observados por mais gente.



Fotografia 63: Fotos do CDR visitado.
Fonte: Autora (2015).

A imagem trouxe muitas reflexões e, mesmo antes de falar com a representante do CDR, coloquei-me a pensar: será que as organizações de massa – da forma como estavam instituídas e normatizadas –, para além de um instrumento de participação popular, também não traziam em seu escopo a missão de controlar aquela sociedade? Mas de que maneira? Quais as relações de poder ali produzidas? Que tecnologias de governo são exercidas cotidianamente, a partir das instituições não-governamentais, de forma a organizar a vida social daquelas pessoas?

Toda aquela disciplinarização⁶⁷ – apontada (e induzida) pela imagem da placa – fez-me pensar na lógica de funcionamento do modelo Panóptico⁶⁸ – apresentada por Foucault (1999a) – de ver o todo permanentemente. Segundo Rocha (2005), esse olhar disciplinador está sempre atento, olhando em todas as direções, intervindo cotidiana e sistematicamente, mas é, “acima de tudo, vigilante” (p. 38). Para Foucault (1999a), o aparelho disciplinar perfeito é aquele capaz de ver todos e tudo com um único olhar. Ao olhar, vigia, e a vigilância é um operador econômico decisivo, é uma peça interna no aparelho de produção e uma engrenagem específica do poder disciplinar (ROCHA, 2005). Ainda de acordo com Rocha (2005), a vigilância é uma técnica que se baseia em dois princípios fundamentais: o da invisibilidade, que permite ver sem ser visto, e o da posição central (o vigilante vê tudo, embora nem sempre se saiba ou se veja onde ele está). Nesse sentido, o Panóptico – com esse poderoso olhar que tudo pode ver e vigiar – está destinado a se difundir no corpo social, tornando-se uma função generalizada até o mais fino grão da sociedade (FOUCAULT, 1999a). De certa forma, é como acontece na sociedade cubana. Invisível, pois a representação é através dos próprios cidadãos, e de posição central, com um vigilante (o Estado) que tudo vê, mas que não se percebe onde está – até porque, nesse caso, está em cada um e em todos os cidadãos.

A vigilância, segundo Rocha (2005), é um mecanismo, uma tecnologia de coerção leve, permanente e que, ao ser internalizada, impõe-nos a agir disciplinada e

⁶⁷ Segundo Gallo e Veiga-Neto (2007), disciplinarizar é tanto organizar/classificar as ciências quanto domesticar os corpos e as vontades.

⁶⁸ Foucault (1999a), para abordar o tema do Panoptismo, apresenta o modelo arquitetônico (do Panóptico) – criado por Jeremy Bentham – como sendo uma máquina que dissocia o par ver/ser, uma vez que na torre central vê-se tudo, sem nunca ser visto, e, no anel de periférico, é-se totalmente visto, sem nunca ver. É um dispositivo que automatiza e desindividualiza o poder, pois este não passa por uma pessoa, mas se incide e se distribui pelos corpos, pelas superfícies, pela luz e pelos olhares. O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório do poder que penetra profundamente no comportamento dos indivíduos. Cada vez que se aplica vai aperfeiçoando o exercício do poder, porque reduz o número dos que o exercem e multiplica-se o número daqueles sobre os quais é exercido (FOUCAULT, 1999a).

docemente segundo aquilo que cremos (ou que nos fazem crer) estar dentro da norma. No sistema de vigilância cubano, por bairros, quadra a quadra – onde o representante popular tem a sensação de ser o protagonista –, não se sabe realmente quem está vigiando quem, mas se tem a impressão de que muitas pessoas vigiam todos durante todo o tempo. Assim, não se precisa de métodos coercitivos mais contundentes, basta a vigilância recíproca e contínua para que o próprio corpo social impeça a manifestação indesejada de atos obscenos, anormais, indisciplinados, ilegais, dentre outros. De acordo com Rocha (2005), essa contínua docilidade se sustenta em tecnologias de exercício do poder, tais como a disciplina, o exame, o controle dos tempos, dos espaços e movimentos, a organização, a ordem, a hierarquia. Todos esses elementos e tecnologias estão muito presentes no cotidiano da vida social e cultural cubana. Basta observar e analisar como vivem, como se organizam, o que é permitido e o que sequer ousariam fazer.

Mas voltando à visita, adentramos o CDR e fomos recepcionados pela coordenadora do Comitê. O local era simples, não muito espaçoso, e tinha à disposição um auditório – com as cadeiras em fileiras e uma mesa central – onde aconteciam as reuniões do Comitê. Nas paredes, muitas mensagens e cartazes ufanistas saudando a Revolução⁶⁹. Segundo a Coordenadora, esses espaços são organizados e geridos localmente pelos moradores de uma determinada área geográfica, comunidade rural ou urbana. Foram fundados a partir de 28 de setembro de 1960, com o papel de desempenhar tarefas de vigilância coletiva contra a interferência externa e os atos de desestabilização do sistema político cubano. Antes da fundação dos CDR, existiam várias organizações com diferentes fins que foram unificadas com a criação dessa nova organização de massa. O CDR, segundo Saito e Haddad, é a maior das organizações cubanas não governamentais, e tem a mobilização dos partidários da Revolução como um de seus objetivos principais. Também participa em tarefas de saúde, higiene, de apoio à economia e de promoção da participação cidadã em distintos âmbitos, como na participação nas eleições ou nas assembleias. Hoje, em Cuba, existem mais de 140.000 CDRs, que são responsáveis, junto com as demais organizações, por discutir e analisar as decisões tomadas nas cidades e no país, em todas as instâncias e sobre os mais diversos temas (SAITO; HADDAD, 2012).

⁶⁹ Apresento aqui alguns exemplos destas frases perceptíveis durante a visita: *Bloqueo: El genocidio, mas longo de la história; La Revolucion pujante y victoriosa siegue adelante; Lucha contra lo imposible y vencer; Su ejemplo y enseñanzas nos concluirán a la vitoria definitiva, por difícil se a la lucha..*

A partir das informações obtidas junto à coordenadora do CDR, a percepção de que essas organizações têm uma ligação muito forte com o governo ficou mais latente. Os CDRs – e as demais organizações de massa – presentes em cada uma das quadras de cada uma das cidades cubanas e nas regiões rurais (em similar proporção) evidenciam o quanto Cuba não abre mão dos valores que a distinguem, nem está disposta a abandonar a utopia socialista, apesar das inúmeras fragilidades sociais, políticas e econômicas atuais. Mas também revelam que esses mecanismos de Participação Popular – em que pese serem um grande avanço em termos de cidadania –, nos moldes em que foram construídos em Cuba, também se transformaram em um braço do Estado, em cada pedacinho do território e em cada cidadão. Segundo Bernardes e Quinhones (2009), essa arte de governar, que não implica em um exercício de proibições e interdições – afinal, os cidadãos são os protagonistas da Revolução e de sua manutenção – e, sim, em uma forma de administração e controle que investe no cotidiano e em modos de viver, demonstra que as práticas de governo não se impõem de cima para baixo, mas atravessam perpendicular, horizontal e micropoliticamente a população no que tange às relações de vida.

A essa outra maneira de exercer o poder – circular e relacional – que tem como foco as populações e não os territórios, que utiliza o saber econômico e controla a sociedade, por meio de dispositivos de segurança, Foucault (1992), chamou de governamentalidade. O autor utiliza este neologismo para se referir a um conjunto de práticas, fundamentando-as em três fenômenos: a pastoral cristã, a técnica diplomático-militar e a polícia. Segundo Veiga-Neto (2002), tratava-se, para o filósofo, de mostrar

[...] como da pastoral cristã, característica da sociedade da lei – Estado de justiça, da Idade Média – tinha-se chegado à sociedade de regulamento e disciplina – Estado administrativo (nos séculos XV e XVI) – e, desta, à sociedade de polícia, controlada por dispositivos de segurança – Estado de governo (p. 23).

Ao explicar os sentidos que atribuía à governamentalidade, Foucault (1992) explicita:

[...] com essa palavra quero dizer três coisas: 1. o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permite exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança. 2. a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo sobre todos os outros – soberania, disciplina etc. – e levou ao desenvolvimento de uma

série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes. 3. o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado (p. 291-292).

Utilizando-se das palavras de Foucault, Veiga-Neto (2005), ao refletir sobre a governamentalidade, afirma que o filósofo não considerava o governo enquanto instância central no Estado Moderno. Ainda que nas relações de poder o Estado tenha se tornado a instância mais visível e importante, na perspectiva foucaultiana, elas não emanam dele, mas, ao contrário, distribuem-se microscopicamente pelo tecido social. Na sociedade cubana, essas práticas de vigilância micropolítica tornam-se, graças ao seu caráter microscópico, quase invisíveis e, por isso, ainda mais efetivas. São práticas sutis, de governo das mentalidades, das relações, dos comportamentos, ou seja, são um tipo de tecnologia que promove o governo sobre o próprio corpo, bem como sobre o corpo dos outros sujeitos.

Nesse sentido, pode até parecer um paradoxo que a forma de intervenção da sociedade cubana tenha sua origem exatamente no mecanismo que tem por seu objetivo-fim fazer valer os direitos de cidadania dos indivíduos. Mas, na lógica da regulação dos corpos por meio da governamentalidade, a discussão passa a ser a submissão por meio das ideias, com o poder-saber regulando, regulamentando e disciplinando sujeitos sempre mais assujeitados. Então, mesmo parecendo contraditório, é compreensível que as práticas de governo – referentes ao controle/vigilância – aconteçam a partir das organizações de base – não só porque elas estão a cada quadra, mas também porque são instâncias com potenciais de produtoras e disseminadoras de determinadas “verdades”⁷⁰ sobre o sistema político-econômico, sobre a Revolução, sobre a sociedade, sobre os indivíduos e sobre as populações. Assim, segundo Souza (2014), a partir da adesão das pessoas que aplicam – sobre si próprias e sobre os outros – as verdades ali expressas, esse controle passa a ser operacionalizado sobre os corpos, sobre a alma e sobre os atos, agindo de maneira circular e contínua. Segundo Foucault (1999a), essa cadeia de ideias é que gera impacto na população:

[...] Quando tiverdes conseguido formar assim a cadeia das ideias na cabeça de vossos cidadãos, podereis então vos gabar de conduzi-los e de ser seus senhores. Um déspota imbecil pode coagir escravo com correntes de ferro; mas um verdadeiro político os amarra bem mais fortemente com a corrente de suas próprias ideias; é no plano fixo da razão que ele ata a primeira ponta; laço tanto

⁷⁰ Na subseção 7.1.2, já trabalhamos o conceito foucaultiano de regime de verdades.

mais forte quanto ignorarmos a tessitura e pensamos que é obra nossa; o desespero e o tempo roem os laços de ferro e de aço, mas são impotentes contra a união habitual de ideias, apenas conseguem a estreitá-la ainda mais; e sobre as fibras moles do cérebro, funda-se a base inabalável dos mais sólidos impérios. (p. 93)

Essa configuração política bastante governamentalizada (uma espécie de modelo Panóptico) em Cuba é uma maneira de perpetuar o poder, porque todos estão sujeitos à contínua vigilância. Segundo Brigido (2013), o poder torna-se perpétuo porque o Panóptico o amplia, não pelo próprio poder, mas para fortalecer as forças sociais e “aumentar a produção, desenvolver a economia, espalhar a instrução, elevar o nível da moral pública, fazer crescer e multiplicar” (FOUCAULT, 1999a, p. 172).

Nesse sentido, por mais democrática que seja a conformação institucional do Estado, também é muito importante a organização da sociedade fora da máquina estatal. Podemos observar, em vários artigos da legislação cubana, conforme apresentado na subseção anterior, o reconhecimento da legítima existência e da necessária participação das organizações de massa nas decisões das Assembleias do Poder Popular e do Poder Executivo. É claro que esses aspectos legais não impedem que o Estado cubano se torne um “potente vigilante”, nem mesmo que tal legislação seja efetivamente observada.

Então, não se trata de aprovar ou reprovar tal maneira de exercer o poder – afinal, as transformações ocorridas no país, ao longo das últimas cinco décadas, não teriam acontecido se não fosse pela ativa participação da comunidade (um dos princípios mais importantes para a implementação de mudanças) e, sobretudo, para sua manutenção e fortalecimento. O que se quer apontar aqui, é a maneira como o Estado cubano se utiliza das estruturas de Participação Popular e de seus mecanismos de intervenção junto à sociedade, a fim de estar cada dia mais presente e potente.

O trabalho reflexivo empreendido ao longo deste capítulo não se propôs a analisar se os mecanismos de Participação Popular são efetivos ou não. Nem tampouco se o processo cubano de tomada de decisão – não apenas sobre os direitos sociais, mas sobre a economia, a política e a segurança, por exemplo – efetivamente se realiza pela participação ativa de cada pessoa, desde o bairro, passando pela cidade, até os níveis mais elevados. Mesmo porque, em nossa visita a essas instituições, ficou bem perceptível o quanto as estruturas sociais têm uma ligação muito forte com a apropriação de cidadania. O fato de as pessoas possuírem um forte sentimento de pertencimento faz com que elas participem ativamente dos processos socioculturais em sua comunidade. O que pretendi aqui, bem mais modestamente, foi tão somente problematizar e colocar em

evidência algumas das potentes estratégias panópticas e vigilantes utilizadas em Cuba, que há muito deixaram de ser formuladas entre apenas quatro (ou mais) paredes de concreto e torres de visibilidade, para estarem presentes na micropolítica do cotidiano, de forma a vigiar todos em todos os lugares da vida social do país, como uma “imensa e permanente máquina panóptica”.

Janela 8

In(conclusões)

Enfim, ponto final! Será?

Colocar um ponto final, mesmo que esse ponto final seja, talvez, apenas reticências, não é tarefa fácil. Existe aquela sensação de dever cumprido, com gostinho de quero mais.

É o momento em que refletimos sobre o processo, sobre a caminhada, e no meu caso, também sobre o contar. O contar e o recordar. Recordar passa pelo coração. Contar é como se organiza os sentidos. É a própria desconstrução, onde nos vemos envolvidos ao mesmo tempo pela racionalidade que conta e pela emoção que recorda.

Voltar a Cuba, a partir desta Dissertação, foi mágico! Foi muito mais que um exercício acadêmico, foi experiência de vida. Através das memórias, liguei o passado ao presente e novamente viajei pelas ruas de Cuba.

Passei por Habana Vieja, que vive um grande processo de transformação, mas não perde o seu charme. Entre tantas edificações, vários monumentos e prédios residenciais se misturam aos lugares frequentados por turistas, como os famosos La Bodeguita del Medio e La Floridita. Mas, seu espaço urbano tem muito mais que coisas materiais. O Malecon, movimentado dia e noite, conhecido pelos cubanos como el grande sofá de Habana, é ponto de encontro onde, no horário do pôr do sol, as pessoas se multiplicam e se fazem ouvir no intervalo das ondas.

Entretanto, Cuba não é só suas ruas. É seu povo, sua cultura, seu ritmo caliente, não apenas na dança, mas também na vida. Onde aprendi que os verbos criar, reutilizar, permutar, dar, emprestar, são conjugados diariamente. Cuba é brilho no olhar, é encantamento, ufanismo, e onde até os “espertalhões” discutem economia, política e relações internacionais com categoria.

Cuba, dentre tantas outras coisas, também é saúde e educação. Saúde, que tive a alegria de conhecer e, aqui, narrar e descrever com todas as suas qualidades, fragilidades e desafios. Sim, porque a saúde cubana tem tudo isso. Ainda assim, o incomum sistema de saúde enfrenta seus problemas com estratégias que evoluíram da peculiar história política e econômica de Cuba, de forma a demonstrar progresso também para outros países.

Por tudo isso, e por tantas outras coisas, Cuba, às vezes, em seu grande mosaico feito de contrastes, desorienta. Desorienta, mas nem por isso deixa de gerar alegria! Alegria que desacomoda, e, por vezes, como aconteceu comigo, produz novas histórias.

Novas histórias que contei, escutei, multipliquei, e que por isso mesmo são tão difíceis de serem encerradas, como confessei no início deste texto.

Termino esta Dissertação como comecei, com mais perguntas que respostas, mas compreendendo que escrever serve para alguma coisa, principalmente para aflorar em nós a capacidade de reflexão sobre o que fazemos, em especial, sobre o que fazemos ou deixamos de fazer com nós mesmos.



Figura 64: Cartaz exposto em uma casa comunitária visitada.
Fonte: Autora (2015).

Janela sobre a memória (II)

Um refúgio? Uma barriga?
Um abrigo onde se esconder quando estiver
se afogando na chuva, ou sendo quebrado
pelo frio, ou sendo revirado pelo vento?
Temos um esplêndido passado pela frente?
Para os navegantes com desejo de vento, a
memória é um porto de partida.

(GALEANO, 1994, p. 96)

8. No porta-retratos um tempo transpira até que novas histórias sejam contadas

Eu escrevo para os que não me podem ler. Os de baixo, os que esperam há séculos na fila da história, não sabem ler ou não tem com o quê.
(GALEANO, 2015a, p. 153)

Colocar um ponto final em um trabalho de mais de dois anos – sim, porque minha Dissertação, sem eu nem mesma saber, iniciou-se como contei (na primeira narrativa), na esteira de bagagens do Aeroporto de Havana – é estranho, é difícil, é contraditório. Quando iniciei este Programa, não imaginava o quanto mudaria e nem que os sentidos de tudo que aconteceu ao longo desta pesquisa não caberiam nas palavras. Um misto de sentimentos me fez ter a certeza – das poucas, é claro – de que esse mundo de sentidos fixos, verdades prontas e sólidas não mais me pertencia.

Esta Dissertação me trouxe, certamente, mais perguntas que respostas, e me fez perceber que meus escritos são a história da minha desconstrução, porque o mundo que hoje habito não me permite mais voltar a ser o que eu era, dois anos atrás... Afinal, preciso ser “outras”.

Entretanto, encerrar é preciso, mesmo que existam perguntas a serem respondidas e considerações ou sugestões a serem feitas. Seguramente, por mais que eu tenha narrado intensamente muitas histórias, outras tantas ainda ficaram por ser contadas. Mas isso, ao invés de desassossegar, traz-me alento, pois indica que talvez este ponto final possa trazer consigo algumas reticências.

Assim, decidi finalizar esta Dissertação como comecei: narrando mais uma história.

Chegamos a um serviço de saúde que tratava de pessoas com diabetes. Um local bem conservado, bonito – completamente diferente dos demais serviços que visitamos em Cuba, principalmente no que se refere à estrutura física –, uma casa enorme, antiga, mas pintada, bem cuidada, e ali nada parecia faltar em termos de equipamentos. Tinha muito espaço, apesar de estar com suas dependências completamente lotadas. Pelos corredores, tudo parecia familiar. Murais ufanistas, falando das questões políticas e econômicas do país, e convocando os cidadãos cubanos a estarem presentes em seus Comitês de Defesa da Revolução (CDRs) e sua comunidade. Mas também muitos cartazes com regras do local e instruções sobre alimentação, medicações, dentre outras, e condutas a serem observadas. Fomos levados a uma sala, onde a gestora da casa nos explicou como o serviço funcionava e depois passamos a fazer um “recorrido” pelo serviço. Visitamos muitos setores até chegar numa sala onde usuários da casa faziam exercícios físicos, orientados por um professor de educação física. Aguardamos um momento até que terminassem, e logo fomos apresentados ao grupo. Muito alegres, generosos, logo estavam

entrosados conosco a contar suas histórias. Sabiam tudo sobre sua doença – como deveriam proceder, o que comer, o que vestir, que medicações tomar, etc. – e quais as condutas a serem adotadas, ao longo do seu dia e da sua vida, enquanto portadores da diabetes. Até que, em um determinado ponto da conversa, depois de me explicar sobre os benefícios da atividade física, uma senhora – de cabelos branquinhos, roupas coloridas, joviais, muito falante, que estava ao lado do seu esposo – dirigiu-se para mim e, com a sapiência de quem prescreve e promove a saúde, com o intuito do bem fazer, me disse: e a senhora também deveria fazer atividades físicas, pois o excesso de peso não só é prejudicial à saúde, como pode levar à diabetes. O grupo não se conteve – inclusive eu – e caiu na gargalhada. Até hoje, quando a cena vem à minha mente, continuo a dar boas risadas!

Mas por que mais uma narrativa?

Entre as diversas reflexões a que esta pesquisa se propõem, poderia elencar várias; entretanto, detenho-me em dois fatores: o primeiro é que esta história me parece trazer um pouco da essência do sistema de saúde cubano, onde convivem cotidianamente o disciplinamento e o acolhimento solidário ao usuário.

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

A comunidade, por sua vez, conhece cada detalhe deste sistema altamente estruturado – por meio do Programa de Médico e Enfermeira de Família (PMEF) –, fazendo valer, de maneira incisiva, seus direitos. Nesse sentido, a participação social – uma das questões que mais me inquietaram nas visitas que fizemos em Cuba, e que foi um dos temas que analisei de forma mais detalhada nesta Dissertação, juntamente com os *Hogares Maternos* – tem papel fundamental na sociedade cubana, pois tanto as associações quanto os CDRs são instrumentos de participação não setoriais, ou seja, neles são discutidos todos os assuntos que envolvem a comunidade e não apenas aqueles relativos à área da saúde. Por isso, é possível afirmar que os movimentos sociais são a base do sistema de saúde cubano – por sua criação, mas também por sua manutenção, pelas conquistas realizadas e pelas mudanças que certamente virão.

Dessa forma, apesar de Cuba experimentar, nos últimos cinquenta anos, muitas tensões relativas ao baixo crescimento econômico, o país apresenta indicadores de saúde que apontam para a afirmação de uma proposta de sistema público de saúde viável, tanto

do ponto de vista de sua eficácia como do de seu enfoque humano. Com a consolidação dos princípios que definem a organização de todas as atividades de saúde, e não só de seus serviços, Cuba tem podido manter, mesmo em circunstâncias complexas, uma ampla cobertura de saúde, controlando situações epidemiológicas difíceis, como as vividas nos anos 1990 – por exemplo, a dengue, a tuberculose e a cólera (além da falta de alimentos), e continuar melhorando os indicadores de mortalidade e expectativa de vida. Tais situações evidenciam o grande investimento feito pelo Governo Cubano - e também pela sociedade em geral – em saúde pública e na busca por melhores indicadores.

O segundo fator que me levou a escolher a narrativa que incluí aqui nas minhas (in)conclusões foi ter percebido que, ao narrar – esta e todas as demais histórias –, fui sendo produzida pelos textos com os quais convivi nestes últimos dois anos. Então, finalizar narrando era necessário, pois foi ao narrar que entendi que abrir janelas é importante, mas colocar flores nestas janelas é que faz surgirem as metamorfoses avermelhadas⁷¹.

É importante ressaltar, no entanto, que não foi meu objetivo nesta Dissertação estabelecer um julgamento moral entre o melhor ou o pior do sistema de saúde cubano, nem tampouco me proponho a afirmar verdades, mas sim procurar compreender – a partir das minhas reflexões sobre o assunto, e amparada nas concepções teóricas que escolhi e que me acompanharam –, o funcionamento do sistema de saúde cubano. As narrativas aqui apresentadas, a partir da minha memória, foram o recurso que utilizei para aproximar o leitor do meu olhar, como prática de reflexão comigo mesma, com o outro e com o mundo.

Sendo assim, não podia encerrar este trabalho sem me lançar mais uma vez neste percurso narrativo, que não me abriu apenas janelas, mas me fez entender que só é merecedor da primavera os que bem vivem o agosto, porque é dentro do berço do inverno que as sementes dormem e aguardam seu tempo de nascer.

Finalizo esta Dissertação com um texto⁷² - intitulado *Agosto* - que diz muito de mim, da minha escrita e, coincidentemente, do finalizar desta caminhada. Quem sabe este agosto, mês jardineiro que despertou em mim tantas sementes, traga consigo a arrebenção das flores. Mas isso, realmente, não é o que mais importa. Como todo o

⁷¹ Metáfora que utilizo a partir do texto final – *Agosto* – para falar das minhas transformações internas.

⁷² REZENDE, M.L. Agosto. In: CORREIO DE UBERLÂNDIA. 31 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br/colunas/opiniaodolector/agosto/>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

percurso desta Dissertação – que me desarrumou, espalhou folhas e levantou poeiras –, o que pretendo é me deixar traduzir visivelmente em tempos de mutações! Então, que venham – a seu tempo – todas as mutações possíveis, dizíveis e “avermelhadas”!

Agosto

Só quem vive bem os agostos é merecedor da primavera! Lembro-me bem. Foi quando julho se foi, que um vento mais gelado, mais destemperado, que arrastava ainda folhas deixadas pelo outono, me disse algumas verdades. Convenceu-me de que o céu começaria a apresentar metamorfoses avermelhadas. Que a poeira levantada por ele daria lições de que as coisas nem sempre ficam no mesmo lugar e que é preciso aceitar que a poeira só assenta depois que os redemoinhos se vão.

Foi quando julho se foi que a minha solidão me convidou para uma conversa. E me contou de tempo de esperas. E me disse que o barulho das árvores tinha algo a dizer sobre aceitação. E eu fiquei pensando como elas, as árvores, aceitam as estações que, se as estremecem, também lhes florescem os galhos. Mas tudo a seu tempo. Foi em agosto que descobri que os cachorros loucos são, na verdade, os uivos que não lançamos ao vento. São nossos estremecimentos particulares que a nossa rigidez de certezas não nos permite encarar.

O mês de agosto tem muito a ensinar. Porque agosto é mês jardineiro, é dentro dele, berço do inverno, que as sementes dormem. Aguardam seu tempo de brotar. Agosto é guardador da boa-nova, preparador de flores. Agosto é quando Deus deixa a natureza traduzir visivelmente o tempo das mutações.

Mude, diz agosto, em seu recado de sementes. Aceite, diz agosto, com seu jeito frio de vento que levanta poeira e a faz avermelhar o céu. Compartilhe, diz agosto. Agasalhos, sopas quentinhas, cafés com chocolate, abraços mais apertados – eles também aquecem a alma e aninham o corpo. Distribua mais afetos, que inverno é acolhimento, é tempo de preparar setembro. E, de setembro, todos sabemos o que esperar. Esperamos a arrebenção das cores, que com seus mais variados nomes vêm em forma de flores.

Vamos apreciar agosto, recebê-lo com o espanto feliz de quem não desafia ventos. Que ele desarrume e espalhe suas folhas e levante suas poeiras.

Aceite as esperas, mas coloque floreiras na janela.

Só quem vive bem os agostos é merecedor da primavera!

(REZENDE, 2015)

REFERÊNCIAS

ALVES, R. **Vamos construir uma casa? Doze lições para educação dos sentidos**. 3ª ed. Campinas: Papirus, 2008a

ALVES, R. **Amor que acende à Lua**. 13ª ed. Campinas: Papirus, 2008b

ARAUJO, A.F.B. **Eduardo Galeano** [manuscrito]: devolver à história o alento, a liberdade e a palavra. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Faculdade de História, Goiânia.

BARROS, M. **Retrato do artista quando coisa**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Obras escolhidas I. v. 7. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BERNARDES, A.G.; QUINHONES, D.G. Práticas de cuidado e produção de saúde: Formas de governamentalidade e alteridade. **Psico**, v. 40, n. 2, 2009.

BRÍGIDO, E.I. Michel Foucault: Uma análise do poder. **Revista de direito econômico e socioambiental**, v. 4, n. 1, p. 56-75, 2013.

CALVO, S.M. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. **Rev Cubana Hig Epidemiol**, Ciudad de la Habana, v. 35, n. 2, p. 57-64, 1997. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30031997000200001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CANTO, O.R.; JIMÉNEZ, I.M.; ROJAS, M.M., ERNESTINA, A.; FONSECA, S.; ALONSO, N.A. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. Historical Background of Family Medicine. **Mediciego**, v. 16, n. 2, p. 1-11, 2010.

CÓMO LLEGAR. **Mapa de las 15 provincias y el municipio especial (Isla de la Juventud) de Cuba**. Disponível em: <<http://www.comollegara.com/mapas-estaticos.html?id=provincias-de-cuba>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, suplemento 1, p. s7-27, 2008.

COUTO, Mia. **Pensatempos**. Textos de opinião. 2. ed. Lisboa: Caminhos, 2005. p. 59-63. Disponível em: <<http://mia-coutiando.blogspot.com.br/2011/10/palavras-de-mia-couto.html>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CRUZ, E.M.; TORRES, N.M. Abordaje de la salud ocupacional dentro de la cooperación médica internacional. Desafíos y retos futuros. **Revista Cubana de Salud y Trabajo**, v. 13, n. 1, p. 58-63, 2012.

CUBA. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1983. Ley nº 41, de 15 de agosto de 1983. Ley de la Salud Pública. **Gaceta Oficial de la República de Cuba**, Edición Ordinária, La Habana, 1983.

CUBA. **Constitución de La República de Cuba**. Cuba: 2014.

CUBA. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. **Anuario Estadística de Salud 2016**. La Havana: Ministério de Salud Pública, 2015. Disponível em: <<http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

CUBA. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. **Anuario Estadística de Salud 2017**. La Havana: Ministério de Salud Pública, 2016. Disponível em: <http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2017.

CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. **American journal of public health**, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004.

CUNHA, M.I. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Revista da Faculdade de Educação**, v. 23, n. 1-2, 1997.

DAL PRÁ, K.; MINELLI, D.S.; MARTIN, D.; FETZNER, R.T.; FONTANA, K.C.O. Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 91-103, 2015.

DAWSON, B. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**. Ministry of Health: London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

DE SOUZA, L.E.P.F. Saúde pública ou saúde coletiva? **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014.

DESARROLLO histórico de los hogares maternos de Cuba. **Cuad Hist Salud Pública**, Ciudad de la Habana, n. 101, jun. 2007. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782007000100006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2017.

DOMINGUEZ-ALONSO, E; ZACCA, E. Sistema de Salud de Cuba. **Salud Pública de México**, v. 53, suplemento 2, p. S168-176, 2011.

EL ESCENARIO. **Cuad Hist Salud Pública**, Ciudad de la Habana, n. 101, jun. 2007. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782007000100004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2017.

FEITOSA, E.C. **As assembleias de Poder Popular e as tradições e luta democrática e de participação popular em Cuba**. 2011. Tese (Doutorado). Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em História Política e Social, UFF, Niterói.

- FERRER CERVERÓ, V. La crítica como narrativa de las crisis de formación. In: LARROSA, J. **Déjame que te cuente**. Barcelona: Editorial Laertes, 1995
- FISCHER, R.M.B. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? **Perspectiva**, v. 21, n. 2, p. 371-389, 2003.
- FISCHER, R.M.B. Na companhia de Foucault: multiplicar acontecimentos. **Educação & Realidade**, v. 29, n. 1, p. 215-227, 2004.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Exportar médicos está se tornando a maior fonte de renda de Cuba**. 18 abr. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2017/04/1876523-exportar-medicos-esta-se-tornando-a-maior-fonte-de-renda-de-cuba.shtml>>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 277-293.
- FOUCAULT, M. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Ditos e escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- FOUCAULT, M. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. Conversa com Michel Foucault. In: FOUCAULT, M. **Repensar a política**. Ditos e escrito VI. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 289-347.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999b.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: curso dado no College de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 20ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1999a.
- FROTA, M.M.R. **Políticas sociais no capitalismo e no socialismo: uma análise comparativa entre Brasil e Cuba**. 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira.
- GALEANO, E. **As palavras andantes**. Porto Alegre: L&PM, 1994.
- GALEANO, E. **De pernas pro ar: a escola do mundo ao avesso**. Tradução de Sergio Faraco; com gravuras de José Guadalupe Posada. Porto Alegre: L&PM, 2011. E,book cod3540680.
- GALEANO, E. **Ser como eles**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

GALEANO, E. **Entrevista em Bogotá com Gustavo Adolfo Carbonell**. 2012b. Disponível em: <<http://eduardogaleano.org/2012/05/15/entrevista-bogota/>>. Acesso em: 15 maio 2017.

GALEANO, E. **Entrevista para la Radio UNAM**. 2012a. Disponível em: <<http://eduardogaleano.org/2012/01/07/eduardo-galeano-radio-unam/>>. Acesso em: 15 maio 2017.

GALEANO, E. **Espelhos**. Uma história quase universal. Porto Alegre: L&PM, 2015b.

GALEANO, E. **O caçador de histórias**. Porto Alegre: L&PM, 2016.

GALEANO, E. **Os filhos dos dias**. Porto Alegre: L&PM, 2014.

GALEANO, E. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2015a.

GALLO, S. Repensar a educação: Foucault. **Educação & Realidade** v. 29, n. 1, p. 79-97, 2004.

GALLO, S.; VEIGA-NETO, A. Ensaio para uma Filosofia da Educação. **Educação**, São Paulo, Segmento. n.3 (Especial Foucault Pensa a Educação), p. 16-25, 2007.

GARCÍA, G.D. Etapas del desarrollo histórico de la salud pública revolucionaria cubana. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 22, p. 48-54, 1996

GARCÍA, G.D. Histórico de la salud pública en Cuba. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 24, n. 2, p. 110-118, dic. 1998

GARCÍA, G.D. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 31, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.

GARCÍA, G.D. Los hogares maternos: su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su creación. **Cuadernos de Historia de la Salud Pública**, n. 101, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária em saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 493-545.

GÓNZÁLEZ, A.M.G. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. **Revista Cubana Salud Pública**, v. 29, n. 4, 2003.

GONZÁLEZ, E.C.A. Cuba: un modelo de desarrollo con justicia social. Instituto Nacional de Investigaciones Económicas. In: **XXI Congreso de la Latin American Studies Association**, Chicago, Illinois, set. 24-26 1998.

GONZÁLEZ, E.P.C; GARCÍA, R.P; GONZÁLEZ, I.M.F; TAPIA, J.C.P; MIRANDA, J.L.G; MUÑIZ, A.A. Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud. **Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos- Medisur**, v. 10, n. 5, p. 434-465, set-out. 2012. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500018&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2017

GOTT, Richard. **Cuba**: uma nova história. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

GRANMA. Prensa Latina. **OMS entrega Premio de Salud Pública a contingente cubano Henry Reeve**. 26 maio 2017. Disponível em:

<<http://www.granma.cu/mundo/2017-05-26/oms-entrega-premio-de-salud-publica-a-contingente-cubano-henry-reeve-26-05-2017-13-05-05>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

HARNECKER, M. **Cuba**: democracia ou ditadura? Tradução: A. Silva.

Lisboa/Portugal/São Paulo: Global Editora e Distribuidora.

HERNÁNDEZ, P.G.P; CABRERA, J.H; HERNÁNDEZ, T.C; HERNÁNDEZ, D.H;

OJEDA, R.S. Hogar Materno: algunos resultados a considerar en 1996. **Revista**

Cubana de Obstetricia y Ginecología, v. 24, n. 2, p. 99-104, 1998. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1998000200007>. Acesso em: 01 fev. 2017.

HISSA, C.E.V.; NOGUEIRA, M.L.M. Cidade-corpo. **Rev UFMG**, Minas Gerais, v. 20,

n. 1, p. 55-77, 2013.

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2007.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JIMÉNEZ, J.S. El sistema de salud en Cuba: Desafíos hacia el año 2000. **Revista**

Cubana de Salud Pública, v. 23, n. 1-2, p. 5-16, 1997. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&tlng=es>. Acesso em: 16 ago. 2017.

JIMÉNEZ, Y. Cuba coopera. In: **Conferencia en sede de la Organización Panamericana de la Salud**. Washington DC: 2008.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

LABRADOR, C. El médico de familia en Cuba. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana, v. 22, n. 1, mar. 2006. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Rev. Bras. Educ.** [online], n. 19, p. 20-28, 2002 <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, L.S.; PEDRO, A. Das monarquias nacionais ao absolutismo. In: LIMA, L.S.; PEDRO, A. **História da civilização ocidental**. São Paulo: FTD, 2005. p. 142-147.

LISPECTOR, C. Sobre escrever. In: LISPECTOR, C. **A descoberta do mundo: crônicas**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LOBATO, L.V.C; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESC OREL, S.; LOBATO, L.V.C. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012.

LOURENÇO, E.A.S.; RUIZ, R.F. La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 207-217, 2014.

MADUREIRA, P.S.P. **Sistema de saúde cubano**. 2010. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

MÁRQUEZ, G.G. Só vim telefonar. In: MÁRQUEZ, G.G. **Doze contos peregrinos**. Rio de Janeiro, 1992.

MÁRQUEZ, G.G. **Viver para contar**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MEDEIROS, P.F. **Políticas da vida: entre saúde e mulher**. 2014. 112 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.

MEJIAS, L.A.C. **La Atención Primaria de Salud y La Medicina Familiar en Cuba**. Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública, 2015.

MENDES, E.V. **Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: 2009.

MENDES, M.F.M. **Como se conta o que se faz? O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de saúde mental**. 2015a.

MENDES, M.F.M. **Cuba...** [álbum digital]. 2015b. Disponível em: <<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.10204232005428491.1073741856.1478246810&type=1&l=3c7639ef8a>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. FRANCO, T.B.; PERES, M.A.A. (Orgs). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, v. 1, p. 21-45, 2004.

MEYER, D.E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M.F.F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface**, v. 17, n. 47, p. 859-871, 2013.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MODALIDADES de hogares maternos en Cuba. **Cuad Hist Salud Pública**, Ciudad de la Habana, n. 101, jun. 2007. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782007000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2017.

MORAIS, J.R.M.; SANTOS, M.L.W.D. Brasil e Cuba: Sistemas de saúde sob a análise comparada. **Revista Economia e Políticas Públicas**, v. 3, n. 1, 2015.

MORALES, N.E.M. **Modelo El Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba**. 2010. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_108/his05108.htm>. Acesso em: 17 ago. 2017.

NOVÁS, J.D. Del policlínico integral al médico de familia. **Revista Cubana Medicina General Integral**, 1989.

NÓVOA, A. Carta a um jovem historiador da educação. **Historia y Memoria de la Educación**, v. 1, p. 23-58, 2015b.

NÓVOA, A. Carta a um jovem investigador em educação. **Investigar em Educação**, v. 2, n. 3, 2015a.

NÓVOA, A. Prefácio. In: ABRAHÃO, M.H.M.B. (Org.). **História e histórias de vida: educadores fazem a história da educação rio-grandense**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

OCHOA, F.R. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 31, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.

OCHOA, F.R. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana, v. 19, n. 1, fev. 2003. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.

OLIVEIRA, C.A.C. **Geografia e ensino no Brasil e em Cuba: um estudo histórico-geográfico comparado**. 2007. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, F. A narrativa e a experiência em Walter Benjamin. In: **ANAIS: 8 Congresso Lusocom: comunicação, espaço global e lusofonia**, Lisboa, Portugal. p. 108-115, 2009. Disponível em: <<http://conferencias.ulusofona.pt/index.php/lusocom/8lusocom09/paper/viewFile/61/3>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Los hogares maternos**. La experiencia cubana hacia la transversalización de género y etnicidad en salud, 2015. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33898>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/WHO). Genebra: OPAS, 2005.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Plano global para eliminar novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas 2011-2015**. Brasília: OMS, 2011.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde: Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde: Pesquisa para a cobertura universal de saúde**. Genebra: OMS, 2013.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Cuba: hacia una generación sin VIH**. Sd. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/94/12/16-021216/es/>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

OSA, J.A. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos Avançados**, v. 25, n. 72, p. 89-96, 2011.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** [online], v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

PARAÍSO, M.A. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, D.E.E.; PARAÍSO, M.A. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

PELBART, P.P. **Elementos para uma cartografia da grupalidade**. 2008. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/elementos-para-uma-cartografia-da-grupalidade/view>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

PEREIRA, D.N. **Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil**. 2013. Tese [Doutorado]. Universidade de Brasília, Brasília.

PETERS, M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução**. Belo Horizonte: Autêntica. 2000.

PIRES, P.V. **E “fazer tudo direitinho”**: cuidados e enfrentamentos nas políticas de saúde em resposta HIV/AIDS e mulheres. 2016. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre.

POMMER, C.D. **Travessias nômades em um Porto Alegre**: navegações entre as margens do teatro e da saúde mental. 2014. Tese (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PORTOCARRERO, V. Instituição escolar e normalização em Foucault e Canguilhem. **Educação & Realidade**, v. 29, n. 1, 2004.

PRAVDA.RU. **Programa Internacionalista Médicos Cubanos é indicado ao Nobel da Paz**. 09 ago. 2015. Disponível em: <http://port.pravda.ru/news/mundo/09-08-2015/39224-medicos_cubanos-0/>. Acesso em: 19 ago. 2017.

PRESTES, A.L. **O sistema político em Cuba**: uma democracia autêntica. In: Brasil de Fato. 18 dez. 2014. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/node/12087/>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

RAMOS, G.S. **Participación social en el campo de la salud**. Revista Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 30, n. 3, sept. 2004. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2017.

Revista SERÁ? **O legado de Eduardo Galeano** – Editorial. 17 abr. 2015. Disponível em: <<http://revistasera.ne10.uol.com.br/o-legado-de-eduardo-galeano-editorial/>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

REZENDE, M.L. Agosto. In: CORREIO DE UBERLÂNDIA. 31 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br/colunas/opiniaodoleitor/agosto/>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

ROCHA, C.M.F. **A escola na mídia: nada fora do controle**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROCHA, C.M.F. *et al.* Sistema Nacional de Saúde Cubano: vivências de uma equipe multiprofissional. **Interagir: pensando a extensão**, n. 20, p. 124-134, 2016.

RODRÍGUEZ, M.R.; CARRIÓN, M.A. Logros del Hogar Materno en la recuperación de peso de las gestantes. **Rev. Cubana Enfermería**, v. 16, n. 2, p. 73-77, 2000. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ROHTER, Larry. **Eduardo Galeano muda de ideia sobre “As Veias Abertas da América Latina”**. 26 maio 2014. In: FOLHA DE S. PAULO. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2014/05/1460235-eduardo-galeano-muda-de-ideia-sobre-as-veias-abertas-da-america-latina.shtml>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de subjetividade**, v. 1, n. 2, p. 241-251, 1993.

RUIZ, F. C. **La Historia me absolverá**. La Habana: Política, 2011.

SAITO, H.; HADDAD, A.G. **Cuba sem bloqueio**: a revolução cubana e seu futuro, sem as manipulações da mídia dominante. São Paulo, Radical Livros, 2012.

SANTOS, L.S.; CANO, M.C.A. Salud Pública en Cuba. In: SINTES, R.Á. **Revista Medicina General Integral**. 2 ed. La Habana: Ciencias Médicas, 2008. p. 1-8.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G., GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SOUSA, G.B. **Estrutura da democracia cubana**. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2009. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/5504>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

SOUZA, C.D. **Educação, geografia e saúde**: geobiopolíticos nos discursos da Organização Mundial de Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças. 2014. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TORRES, N.M. **La colaboración médica cubana en el siglo XXI**: Una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau [Tese]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, 2006.

TORRES, N.M.; CRUZ, E.M. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 36, n. 3, p. 254-262, 2010.

VEIGA-NETO, A. Coisas do governo. In: RAGO, Margareth (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 13-34, 2002.

VEIGA-NETO, A. Quando a inclusão pode ser uma forma de exclusão. In: MACHADO, A.M. *et al.* (Org.). **Educação inclusiva**: direitos humanos na escola. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 51-70.

VERDE, S.V.; NÚÑEZ, B.C; ORTIZ, A.N; FERNÁNDEZ, V.R.F. Evaluación del programa para la reducción del bajo peso al nacer en la Provincia de Santiago de Cuba. **Revista Cubana Med Gen Integr**, v. 15, n. 5, p. 524-531, 2015.

VIEIRA, D.K.R.; FAVORETO, C.A.O. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 89-98, 2016.

VIOMUNDO. **Dois médicos norte-americanos avaliam o sistema de saúde de Cuba.** 30 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/dois-medicos-norte-americanos-avaliam-o-sistema-de-saude-de-cuba.html>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

VIOMUNDO. **John Kirk:** Brasil e Cuba estão fazendo uma troca sensata de serviços. 10 set. 2013. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/john-kirk-brasil-e-cuba-estao-fazendo-uma-troca-sensata-de-produtos-e-servicos.html>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

WHO. World Health Organization. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Conferência de Alma-Ata.** Alma-Ata: WHO, 1978.

WHO. World Health Organization. **Ottawa Charter for Health Promotion.** Ottawa: WHO, 1986.

WHO. World Health Organization. **The world health report 2000:** health systems, improving performance. Genebra: WHO, 2000.

WHO. World Health Organization. **Country Cooperation Strategy at a Glance.** Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 27 jul. 2017.