

Médicas cubanas em um Brasil “que não está nas novelas”

Cuban female doctors in a Brazil “that is not in the soap operas”

Medicas cubanas en un Brasil “que no está en las telenovelas”

Sandro Martins de Almeida Santos

Artículo de Investigación. Editor: Edgar Bolívar-Urueta.

Data de envio: 2019-08-28. **Devolvido para revisões:** 2020-02-16. **Data de aceitação:** 2020-05-14

Como citar este artigo: Almeida Santos, S.M. (2020). Médicas cubanas em um Brasil “que não está nas novelas”. *Mundo Amazónico*, 11(1): 57-79 <http://dx.doi.org/10.15446/ma.v11n1.81921>

Resumo

Em 2013, o governo brasileiro lançou o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) com o objetivo de suprir a falta de médicos/as para atendimento no Sistema Único de Saúde. Cerca de 12.000 cubanos/as chegaram ao país para ocupar posições em localidades não atendidas por brasileiros/as. Trago para reflexão a experiência de quatro mulheres-médicas lotadas em áreas de difícil acesso, no contexto da Amazônia Legal brasileira – um Brasil diferente daquele projetado internacionalmente pelas telenovelas. O artigo tem como objetivo analisar nuances interseccionais de gênero em contraste com o status profissional dessas mulheres, no âmbito do PMM. O texto procura responder, com base em entrevistas em profundidade sobre suas interações socioculturais na Amazônia brasileira, como a condição híbrida/ciborgue de mulher e médica influenciou de maneira peculiar as relações das cubanas com as populações locais e colegas de trabalho. Questiona-se em que medida as percepções sobre as capacidades técnicas se sobrepõem às diferenças de gênero, contudo sem extingui-las. São analisadas: i) as expectativas sobre o Brasil e a realidade encontrada nas longas viagens por água e por terra; ii) o exercício da medicina na Amazônia; e iii) a proximidade com os/as brasileiros/as e a distância em relação aos familiares em Cuba. Por fim, é discutido o conceito de “isonomia tecnocrática ideal”, chamando atenção para o mascaramento das diferenças de gênero sob o discurso de uma aparente igualdade em termos de qualificação profissional.

Palavras-chave: migração altamente qualificada; mulheres; medicina cubana; Amazônia.

Sandro Martins de Almeida Santos: Doutor em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UnB). Professor do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). <https://orcid.org/0000-0001-7829-1731> sandro.almeida@gmail.com

Abstract

In 2013, the Brazilian government launched the “Programa Mais Médicos para o Brasil” (PMM), an initiative whose goal was to meet the national need for medical care. Around 12,000 Cubans arrived in the country to occupy positions in locations not served by Brazilians. I bring to reflection the experience of four women-doctors based in areas of difficult access, in the context of the Brazilian Legal Amazon – a different Brazil from that one projected internationally by soap operas. The article aims to analyze intersectional gender nuances in contrast to the professional status of these women, within the scope of the PMM. The text seeks to answer, based on in-depth interviews about their sociocultural interactions in the Brazilian Amazon, how the hybrid/cyborg condition of woman and doctor has influenced in a peculiar way the relations of these Cubans with local populations and co-workers. It is questioned to what extent the perceptions about technical capabilities overlap gender differences, however without extinguishing them. The following are analyzed: i) expectations about Brazil and the reality found in long trips by water and land; ii) the practice of medicine in the Amazon; and iii) proximity to Brazilians and distance from family members in Cuba. Finally, the concept of “ideal technocratic isonomy” is discussed, drawing attention to the masking of gender differences under the discourse of apparent equality in terms of professional qualification.

Keywords: highly skilled migration; women; Cuban medicine; Amazon.

Resumen

En 2013, el gobierno brasileño lanzó el Programa Más Médicos para Brasil (PMM) con el objetivo de llenar la falta de médicos para asistir al Sistema Único de Salud. Alrededor de 12,000 cubanos llegaron al país para ocupar puestos en lugares no atendidos por brasileños/as. Traigo a la reflexión la experiencia de cuatro doctoras situadas en áreas de difícil acceso, en el contexto de la Amazonía Legal brasileña – un Brasil diferente del proyectado internacionalmente por las telenovelas. El artículo tiene como objetivo analizar los matices interseccionales de género en contraste con el estatus profesional de estas mujeres, dentro del PMM. El texto busca responder, basándose en entrevistas en profundidad sobre sus interacciones socioculturales en la Amazonía brasileña, cómo la condición híbrida/ciborgue de mujer y médica influyó de manera peculiar en las relaciones de las cubanas con las poblaciones locales y los compañeros de trabajo. Se cuestiona en qué medida las percepciones sobre las capacidades técnicas se superponen a las diferencias de género, sin embargo, sin extinguirlas. Se analizan: i) las expectativas sobre Brasil y la realidad encontrada en largos viajes por agua y tierra; ii) la práctica de la medicina en la Amazonía; y iii) la proximidad a los brasileños y distancia de los familiares en Cuba. Finalmente, se discute el concepto de “isonomía tecnocrática ideal”, llamando la atención sobre el enmascaramiento de las diferencias de género bajo el discurso de una aparente igualdad en términos de calificación profesional.

Palabras clave: migración altamente calificada; mujeres; Medicina cubana; Amazonía.

Introdução

Entre os anos de 2014 e 2017, as cubanas Remedios, Mercedes, Dulcinea e Constanza estiveram no Brasil prestando assistência médica em municípios situados em áreas de difícil acesso na região norte do país, com população majoritariamente indígena e/ou rural¹. As idades variam de 31 a 44 anos. Todas são especialistas em “Medicina General Integral”, equivalente no Brasil à chamada “Medicina de Família e Comunidade”, e uma delas, Constanza, é professora universitária. Elas foram selecionadas em Cuba em função de sua experiência prévia com missões internacionais. Dentre as quatro, somente Remedios era divorciada e deixou um filho em Cuba, aos cuidados dos avós maternos. As outras três eram solteiras na ocasião da pesquisa. Todas as quatro mantinham financeiramente seus familiares no país de origem.

Elas fizeram parte dos primeiros grupos que chegaram para assumir as vagas do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), uma iniciativa do Governo Federal em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Foram oferecidas bolsas-formação para médicos brasileiros e estrangeiros, com o objetivo principal de “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde” (Brasil, 2013). Entre os estrangeiros destacavam-se os/as cubanos/as que somaram quase 12.000 indivíduos distribuídos pelo país. Elas e eles ocuparam, sobretudo, posições em localidades não atendidas por médicos/as brasileiros/as tais como zonas periféricas metropolitanas, zonas rurais, terras indígenas e áreas consideradas isoladas.

Além do aspecto quantitativo, o coletivo de médicos/as cubanos/as chamou atenção também pelo aspecto político de sua presença. Cuba tem longa tradição na exportação de profissionais médicos/as e pode-se dizer que sua prática médica tem alcance global. Por mais de cinco décadas homens e mulheres cubanos/as praticaram a medicina no exterior, os hospitais cubanos curaram doentes de vários países e as faculdades cubanas treinaram médicos/as estrangeiros/as. Diferentes pesquisas ressaltam que o chamado “internacionalismo médico cubano” opera como mecanismo de projeção político-cultural das transformações sociais realizadas naquele país (Brotherton, 2012; Huish e Kirk, 2007; Huish, 2013; Péres e Silva, 2019; Walker e Kirk, 2017). Os cientistas políticos Chris Walker e Emily Kirk sinalizam que, por mais que os/as médicos/as procurem oferecer uma postura de neutralidade, enfatizando o caráter técnico e humanitário do seu trabalho, o “internacionalismo médico cubano” provoca movimentos favoráveis e antagônicos, derivados da polarização política local (Walker e Kirk, 2017).

Apesar do reconhecimento internacional conferido ao sistema de saúde cubano e à escola médica cubana, houve uma considerável resistência à presença desses/as profissionais no Brasil, liderada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). O médico Luciano Gomes levanta um complexo de fatores que concorreram para o posicionamento contrário da sua categoria à chegada de médicos/as estrangeiros/as. Alguns conflitos entre o CFM e o Governo Federal antecedem as negociações em torno do PMM e são acirrados com sua implementação, tais como: discussões sobre a criação de uma “carreira de estado” para o médico brasileiro; reivindicações por maiores investimentos nas políticas públicas de saúde; rejeição às formas de precarização do trabalho; e a defesa da revalidação obrigatória de diploma para exercício da medicina no país (Gomes, 2016, p.193). Não é objetivo deste artigo se aprofundar nessas polêmicas, uma vez que não disponho de dados suficientes para isso.

As quatro médicas selecionadas para este artigo chegaram ao Brasil acompanhadas de outros cubanos e cubanas. Foram recebidas em Brasília e, durante o primeiro mês, passaram por um breve curso de formação sobre o

SUS, emitiram documentos brasileiros, abriram contas bancárias e assistiram aulas de português. Somente no Brasil foram informadas sobre os locais aonde seriam enviadas. A distribuição das/os profissionais foi realizada sem considerar nenhuma variável de gênero. As médicas relatam pouco espaço para escolhas pessoais. Elas podiam se oferecer para trabalhar em área indígena e/ou áreas chamadas isoladas; mas não podiam escolher onde não queriam trabalhar. Além disso, havia pouca informação disponível sobre as condições de trabalho nas cidades do norte do Brasil ou mesmo sobre as formas de deslocamento para chegar até lá.

Remédios foi indicada para trabalhar no sertão do Tocantins; Mercedes foi parar na fronteira do Acre com o Peru; enquanto Dulcinea e Constanza foram enviadas a cidades no extremo norte do Amapá, próximas à fronteira com a Guiana Francesa. Cada localidade apresenta desafios próprios. Em comum existe a distância relativa às capitais estaduais e o fato de pertencerem à chamada “Amazônia Legal” brasileira. Elas foram enviadas para trabalhar em um Brasil “que não está nas novelas”. A expressão provém da própria experiência das médicas em contraste com as expectativas cultivadas anteriormente à chegada em território brasileiro. Uma comparação entre uma realidade virtual apresentada pelas telenovelas e a realidade sensual efetivamente vivida (Buonanno, 2004). Pode-se dizer que esta alegoria denota, ao mesmo tempo, desconhecimento prévio sobre as localidades aonde foram trabalhar e viver, bem como uma crítica sutil às condições socioeconômicas das populações atendidas e à infraestrutura das pequenas cidades na região amazônica.

O texto é centrado nos pontos de vista dessas mulheres sobre a vida pessoal e o trabalho nos rincões do Brasil. Algumas referências a outros/as médicos/as são trazidas para enriquecer o argumento, mas não se pretende oferecer nenhum panorama geral sobre as condições de trabalho das/os cubanas/os que serviram no país, nem tampouco construir uma imagem totalizante sobre a “medicina” ou a “mulher” cubana. Como sugere Marilyn Strathern (2005), procuro destacar as conexões parciais que produziram em mim uma série de impressões relativas às experiências dessas mulheres. A ideia de conexões parciais diz respeito a uma necessária moderação nas ambições do texto antropológico, por meio do qual se procura oferecer coerência pessoal para um conjunto de dados dispersos, posicionando-se como centro de uma constelação de relacionamentos e encontros de diversas perspectivas². Assim sendo, o pesquisador, tal como as pessoas entrevistadas, expressa apenas uma parte/partícula de um universo muito mais amplo que não se almeja esgotar aqui.

A noção de conexões parciais dialoga diretamente com o conceito de ciborgue, cunhado pela crítica feminista Donna Haraway (1991). A imagem do ciborgue, criatura metade organismo e metade máquina, é caracterizada por sua incompletude e permanente parcialidade. Suas diferentes partes operam conectadas, mas não compõem um todo único. Não há estrutura, não há um sistema englobante. O que está em jogo é o tipo de conexão que pode

ser concebida em meio às diferenças. A relação com a máquina modifica as qualidades do organismo, mas não o define completamente; e vice-versa. A condição “híbrida” de natureza e cultura, expressa na metáfora do ciborgue, é replicada aqui como artifício teórico para compreender algumas parcialidades dessas médicas cubanas perante os desafios de sua missão na Amazônia. Um desafio ao mesmo tempo pessoal e profissional, tendo em vista uma condição compósita de afeto e técnica.

Por se tratar de reflexões construídas com base nos relatos de quatro mulheres-médicas, o artigo chama atenção para um certo ofuscamento das discussões sobre as relações de gênero vis-à-vis a qualificação profissional dessas participantes do PMM. Judith Butler (2010) argumenta que as relações de gênero tendem a ser invisibilizadas em sua intersecção com o status político e profissional das mulheres. É como se, ao falar sobre mulheres em seu ambiente de trabalho, o aspecto “máquina” sobressaísse sobre aquele do “organismo”. Nos termos de Strathern (2005) e Wagner (2010), trata-se de um contraste entre “figura” e “fundo”, no qual se procura reestabelecer as conexões entre aquilo que está aparente (figura) e o conteúdo que foi eclipsado (fundo). No caso das mulheres-médicas, a figura da “máquina” de curar torna difícil perceber o fundo das relações pessoais. No intuito de reequilibrar essa equação é que se faz pertinente um olhar para a condição “híbrida” ou ciborgue de mulher e médica.

No sentido de oferecer uma linguagem para falar sobre essa captura tecnocrática da vida e das diferenças, lanço mão do conceito de “isonomia tecnocrática ideal”. Trata-se de uma crítica à percepção burocrática segundo a qual todos e todas são iguais sob o ponto de vista técnico-profissional, a despeito de suas diferenças de gênero, étnico-raciais, classe social, nacionalidade, capital cultural, condições de saúde, etc. Concebidas como “máquinas” de curar pessoas e obedientes a esta “isonomia tecnocrática ideal” que supõe a igualdade entre profissionais homens e mulheres, as mulheres-médicas foram trabalhar sozinhas (sem outros/as cubanos/as) com equipes brasileiras, sujeitas às performances de gênero das populações locais, além das próprias dificuldades inerentes ao exercício da medicina em áreas consideradas isoladas.

Ao falar sobre a prática médica em contextos amazônicos, além das longas distâncias geográficas em relação ao hospital mais próximo, não se pode deixar de lado a questão da distância cultural. A condição de parcialidade e incompletude da ciborgue se reflete também no encontro entre conhecimentos médicos “modernos” e “tradicionais”, resultando no que se convencionou chamar de intermedicalidade (Fóller, 2004; Langdon, 2004). Ainda que não seja o foco deste artigo, os relatos das quatro mulheres-médicas impõem uma necessária discussão sobre o aprendizado de uma medicina híbrida, formada na zona de contato com as populações da região, que confronta diferentes conhecimentos sobre adoecimento e cura.

Os dados aqui trabalhados provêm de entrevistas em profundidade realizadas no âmbito de um projeto de escopo nacional, auspiciado pela OPAS, sobre interações socioculturais das/os médicas/os cubanas/os participantes do PMM (OPAS, 2018). Na ocasião, eu tive a oportunidade de entrevistar outros/as 20 profissionais cubanos/as. Ao todo, o coletivo de pesquisadores/as contactou mais de uma centena de médicos/as, espalhados/as por todo o Brasil. O destaque feito aqui para Remedios, Mercedes, Dulcinea e Constanza diz respeito às suas condições de trabalho em áreas isoladas na região amazônica e ao incômodo silêncio sobre as diferenças de gênero no planejamento do Programa.

As entrevistas foram realizadas nas capitais dos estados, em período de folga das médicas, tendo em vista conveniência logística. As profissionais selecionadas foram indicadas pelos assessores regionais do PMM. Sean Brotherton observa, com base em mais de uma década de pesquisa de campo em Cuba, que o acesso de pesquisadores/as aos/às médicos/as costuma ser mediado por agências oficiais e que as pessoas indicadas tendem a ser habilidosas no sentido de se esquivar de discussões polêmicas (Brotherton, 2012, p.XX). De modo semelhante, minhas entrevistas e conversas informais com as quatro mulheres-médicas estiveram limitadas aos aspectos pessoais e profissionais das suas experiências no Brasil. Minha própria condição de homem realizando pesquisa para um organismo internacional também deve ser considerada como fator interveniente na qualidade das respostas.

De acordo com Pérez e Reis da Silva (2019), ainda que as médicas cubanas sejam capazes de apontar para situações que poderíamos classificar como “problemas de gênero”, elas não manejam as ferramentas conceituais do feminismo. Os autores argumentam que, apesar do protagonismo das mulheres nas missões internacionais, Cuba não passou por mudanças significativas nas hierarquias de gênero e nas normas patriarcais (Pérez e Reis da Silva, 2019, p.68). Por outro lado, eles identificam que a oportunidade de trabalhar no exterior confere a essas mulheres um aprendizado pessoal/profissional e o empoderamento financeiro perante seus familiares que tradicionalmente estariam reservados somente para os homens (ibidem, p.80).

O artigo, portanto, tem como objetivo principal analisar algumas nuances interseccionais de gênero em contraste com o status profissional dessas mulheres, no âmbito do PMM. Para realizar esta tarefa, está organizado em quatro seções. As três primeiras abordam as reflexões das médicas sobre: i) as expectativas sobre o Brasil e a realidade encontrada nas longas viagens por água e por terra; ii) o exercício da medicina na Amazônia; e iii) a proximidade com os/as brasileiros/as (profissionais de saúde, autoridades, pacientes e população em geral) e a distância em relação aos familiares em Cuba. Na quarta seção discuto sobre a “naturalização” da tecnocracia nas sociedades capitalistas e socialistas, chamando atenção para o mascaramento

das diferenças de gênero sob a percepção de uma isonomia em termos de qualificação profissional. À guisa de considerações finais, recorro a uma breve discussão sobre figura e fundo, público e privado, masculino e feminino, tendo em vista esclarecer que as diferenças de tratamento para as mulheres-médicas persistem apesar de uma aparente despolitização proporcionada pela captura burocrática/tecnocrática de suas vidas.

A descoberta de um outro Brasil

Primeiramente, é bom indagar sobre como as telenovelas produzidas e exportadas pela Rede Globo de Televisão são apropriadas por estrangeiros/as na construção de expectativas sobre o Brasil. Recorro à pesquisa de Chirley Mendes (2012) sobre o consumo das telenovelas brasileiras em países africanos de língua portuguesa. A antropóloga sugere que as novelas funcionam como uma vitrine na qual são anunciados e vendidos fragmentos de uma determinada “cultura brasileira” com suas modas, músicas, casas, estilos de vida (Mendes, 2012, p.134).

Com os/as telespectadores/as cubanos/as não é diferente. Por meio da teledramaturgia elas e eles constroem uma imaginação específica sobre o Brasil, relacionada a bairros, festas, praias, edifícios, avenidas e estilos de vida das grandes cidades brasileiras, sobretudo o Rio de Janeiro, cidade-sede da emissora de televisão. Tal imaginação não deve ser tomada como algo passivo, uma vez que é acionada na decisão de participar ou não da missão no Brasil:

Mercedes: Lá em Cuba passa novelas brasileiras, lindas e todo mundo acha que o Brasil é aquela praia de Copacabana [risos]. [...] eu no início não *tava* com interesse de vir para cá não, aí todo mundo foi: ‘Vai lá, conhece, como tu vai perder a oportunidade de conhecer esse país tão lindo?’.

É possível observar uma relação prévia entre as médicas cubanas e o país-destino, mesmo que restrita ao universo de Copacabana, Leblon e outros bairros cariocas. O Brasil mediado pela televisão existe enquanto uma realidade virtual para os/as telespectadores/as estrangeiros/as. Esta virtualidade é acionada como um canal que possibilita acesso a repertórios de vida e mundos imaginados possíveis (Buonanno, 2004). Esses mundos imaginados possíveis (figura), contudo, são confrontados com uma realidade sensual que existe na relação imediata com as pessoas, seus conhecimentos, os cheiros, os sons e os movimentos que povoam o ambiente (fundo). Tanto homens como mulheres demonstraram conhecimento sobre as novelas brasileiras, mas foram elas que acionaram a comparação entre a realidade virtual e a sensual com maior frequência. A comparação entre figura e fundo, nesse caso, deixa implícita uma certa crítica às precárias condições de vida de uma parcela da população brasileira que comumente não aparece na vitrine das telenovelas. Assim explica Remedios, indicada para trabalhar no interior do Tocantins.

Remedios: Era muita expectativa o Brasil, sabe? Então a gente conhecia aqueles lugares lindos, aquelas praias, aqueles prédios, acho que todo mundo estava esperando trabalhar perto desses lugares. Pelo menos comigo não deu certo [risos].

Ela narra sua chegada ao local indicado para trabalhar (São Félix do Tocantins). É possível notar uma certa frustração relacionada ao desconhecimento sobre as condições materiais do interior do Brasil.

Remedios: Mientras [enquanto] mais entrava naquele lugar, mais eu chorava, eu falei: ‘gente eu tô indo pra onde? Tô voltando pra Cuba por terra?’ [risos]. Era longe demais, são cento e sessenta quilômetros de areia, mas é uma areia tipo praia. Aí cheguei pela noite, não dava *pra* enxergar nada naquela cidade pequena. Eu passei a noite inteira chorando. Eu falei: ‘Nossa do céu, em que lugar que eu tô? Por que aqui?’

O que estou chamando aqui de frustração pode muito bem ser interpretado também enquanto uma crítica sutil às contradições socioeconômicas do país receptor. Brotherton (2012) argumenta que os/as médicos/as indicados/as para conceder entrevistas tendem a evitar polêmicas. Remedios certamente já sabia que seria enviada para alguma localidade carente de serviços médicos, o que ela não imaginava era que São Félix do Tocantins fosse carente não somente de serviços médicos, mas também de uma infraestrutura urbana mínima como asfalto e iluminação pública. Um contraste chocante para quem somente conhecia, por meio das telenovelas, a altamente urbanizada orla do Rio de Janeiro.

Se a mídia influencia na construção de um imaginário impreciso a respeito das complexidades que caracterizam o Brasil, também influencia no desconhecimento dos brasileiros a respeito de Cuba. A mesma Remedios comenta que a sua chegada causou grande surpresa entre os moradores da cidade, sendo inclusive alvo de curiosidades por causa da sua pele clara e cabelos loiros, contrastando com o imaginário construído com base nas jogadoras de vôlei cubanas.

Remedios: Todo mundo estava esperando aquele moreno, né? Pois é, todo mundo fica assombrado mesmo. Não estão acostumados. Mas eu falo também: *la gente* conhece o que de Cuba? O jogo, não é? As morenas do Caribe, de voleibol, e no jogo quase todos são morenos. Aí *tavam* esperando e eu falei: “Gente, Mireia não vai vir *pra aqui*, só eu”, eles estavam esperando só ela [risos].

As médicas cubanas das primeiras turmas do PMM foram designadas para trabalhar em qualquer localidade, assim como seus colegas homens. Não havia, dentre os critérios de distribuição dos profissionais, variáveis de gênero que condicionassem as indicações.

Mercedes: Nossa, a gente sabia que ia para lugares de difícil acesso, mas foi uma experiência que ninguém estava preparado mesmo *pra* isso, mas na vida diária aos poucos a gente foi se acostumando.

O critério do PMM era simples: a carência de prestadores/as de serviços médicos nas localidades. Às/aos médicas/os estrangeiras/os era facultada a possibilidade de pedir relocação ao longo da missão. Em conversa com assessores da OPAS, foi demonstrado interesse (apenas interesse) em planejar a circulação dos/as profissionais, para que ninguém permanecesse muito tempo em áreas isoladas, principalmente as mulheres, por estarem mais sujeitas ao assédio violento por parte dos homens, sejam eles colegas de trabalho ou população local. Isso sugere que houve alguma demanda mas, durante o período da pesquisa, não foi registrado nenhum caso de violência contra médicas.

Voltemos nosso foco para o regime de trabalho. O plantão nas áreas consideradas isoladas é praticamente ininterrupto, dura enquanto a profissional estiver no vilarejo. Mesmo existindo um horário de trabalho oficialmente estabelecido, pacientes procuravam seus serviços a qualquer hora do dia, qualquer dia da semana ou final de semana. Isso se dava porque as cubanas eram as únicas referências de atendimento biomédico num raio de centenas de quilômetros. De acordo com Robert Huish (2013), os/as médicos/as cubanos são conhecidos mundialmente por chegarem até localidades “onde nenhum médico esteve antes”. E na Amazônia não seria diferente. O relativo isolamento das localidades explica parcialmente o desinteresse das/os médicas/os brasileiras/os pelo trabalho nos rincões do país.

Mercedes: os médicos de Cuba vão prestar serviço no país onde *tá* precisando mesmo, nesses lugares carentes de profissionais mesmo [...] Porque lá em Santa Rosa para um médico brasileiro ir trabalhar lá só quinze dias, tinha que pagar pra ele vinte sete mil a trinta mil reais, só pra trabalhar de dez a quinze dias.

Chegar em (ou sair de) Santa Rosa do Purus (AC) não é tarefa simples. A doutora Mercedes explica que desde a capital Rio Branco (AC) só é possível fazer a viagem de barco ou avião. O trajeto de barco dura cerca de uma semana nos períodos de chuva e cheia dos rios, podendo durar mais de duas semanas na estação sem chuvas. A viagem de aero-taxi (avião de pequeno porte) leva uma hora, mas o valor costuma superar os R\$300,00 por trecho. Os valores e a distância para o deslocamento desestimulam a saída de Santa Rosa, mesmo nos finais de semana de folga.

Nas demais localidades aqui mencionadas, o acesso era feito por estradas de terra ou de asfalto precário que percorrem longas distâncias, fazendo com que as saídas para a capital do estado também fossem eventos raros. Vivendo em cidades com serviços e comércio limitados, era preciso viajar à capital estadual para fazer compras, para se comunicar de forma adequada com os parentes em Cuba, bem como para acompanhar pacientes em emergência. Até mesmo a remoção de pacientes para as cidades grandes provocava uma complexa mobilização de agências:

Remédios: Quando é um caso bem grave, o prefeito, eles alugam um helicóptero. Qualquer urgência tem que vir *pra* Palmas. Não tem UPA, não tem hospital nesse trajeto até aqui.

As quatro médicas relataram sobre as dificuldades de viajar até as capitais estaduais e, conseqüentemente, para abastecer a geladeira ou renovar os produtos de higiene e beleza. As carências materiais impactaram diretamente na qualidade de vida e na autoestima das médicas em áreas isoladas. Pode-se dizer que a condição de isolamento interfere nas sutilezas de se definir enquanto mulher nesse cenário de transformações profissionais e pessoais, ressaltando a realidade compósita de corpo afetivo e corpo técnico (Haraway, 1991). A ênfase sobre as obrigações de ser uma “máquina” de curar disponível 24 horas por dia concorre para um certo ocultamento das necessidades da pessoa e suas diferenças enquanto mulher.

Afirmando a existência de uma certa “isonomia tecnocrática ideal” entre médicos e médicas, elas demonstraram ser igualmente capazes de realizar as mesmas missões, independentemente dos desafios colocados. Contudo, demonstraram-se afetadas de modo diferente pelas pessoas e pela missão. Nesse contexto, é preciso enfrentar o trabalho, a distância da família, as temperaturas elevadas e também enfrentar a si mesma num contexto intercultural. Assim avalia a médica designada para trabalhar em Calçoene, norte do Amapá.

Constanza: o povo do Brasil é maravilhoso! Aprendi que a pessoa mais simples te dá uma enseñanza [ensinamento]. Eu cresci como profissional, cresci também como mulher, cresci como filha. De modo geral é impossível que você não chore um dia, isso é mentira, porque você tem saudade. Mas de modo geral, conheci de perto doenças que nunca imaginei ter em frente de mim, aqui tem muitas doenças raras. Eu aprendi também a viver sozinha, porque eu sei viver sozinha, mas assim sozinha, sozinha, sozinha, tem que aprender a viver.

Curso intensivo de medicina tropical e interculturalidade

Falarei um pouco sobre a experiência laboral dessas mulheres em ditos contextos de isolamento. Destaco o aprendizado de novas doenças, o contato com os saberes tradicionais das populações amazônicas e as condições de trabalho em localidades remotas. Há muito que aprender no Brasil “que não está nas novelas”. A imersão na floresta e a relação com seus habitantes resultaram no conhecimento de diferentes doenças e sobre variantes concepções de doença e cura.

Constanza: Então você tem que aprender a conviver com malária, com dengue, com leishmaniose, com chikungunya. [...] Aprendi de plantas, aprendi de comidas típicas daqui, da cultura do povo, aprendi como cultura eu falo do jeito deles morarem, o jeito deles curar as doenças, o jeito de acreditar em certas coisas para curar as doenças, entendeu?

O contato entre o conhecimento médico “moderno” e o “tradicional” sobre doenças e curas insere as cubanas em uma necessária problematização sobre a vivência da “intermedicalidade”, entendida como a zona de contato intercultural específica entre saberes médicos distintos e por vezes contraditórios (Follér, 2004). É possível notar que as médicas cubanas procuraram respeitar as tradições e conhecimentos locais. Fizeram isso incorporando aos seus repertórios de cura soluções já existentes entre as populações atendidas, tais como o uso de plantas medicinais e incentivando o ofício das parteiras. Brotherton argumenta que a escola médica cubana está fundada eminentemente sob o conhecimento biomédico ocidental, mas que, desde o chamado “período especial”, marcado pela escassez de recursos decorrente do fim da ajuda financeira soviética, os cidadãos cubanos passaram a diversificar seus “itinerários terapêuticos”. Tanto a população em geral como os profissionais de saúde passaram a aceitar como válidos diferentes caminhos para a promoção da saúde e bem estar pessoal (Brotherton, 2012, p.7).

Mercedes: Lá em Cuba nós também usamos a medicina tradicional e às vezes usamos de algumas plantas que temos aqui no Brasil que também tem lá em Cuba. E a gente também manda eles tomarem isso que eles já estão acostumados a fazer, mas você também precisa se consultar, porque às vezes você não vai resolver ali no mesmo tratamento não.

É possível dizer que as cubanas reproduzem um pensamento relativista e multiculturalista “ocidental”, no qual o plano das diversas culturas existe paralelo ao plano de uma única natureza (Viveiros de Castro, 2002, p.379). Não existiria, portanto, um confronto necessário entre biomedicina (ação sobre a natureza) e medicina tradicional (ação sobre uma cultura localizada), mas sim uma separação de propósitos e alcances. Como sugere Kelly (2015, p.289), os agentes “brancos” de saúde tendem a enxergar uma certa “complementariedade conceitual e prática” entre a biomedicina e as medicinas tradicionais. Os diferentes sistemas terapêuticos são vistos como alternativas, de forma que o acesso a uma modalidade de cura não exclua o acesso a outra. Por outro lado, formadas no contexto de um humanismo socialista que se solidariza com as dificuldades materiais enfrentadas pelas populações locais, as médicas tratam de intervir buscando uma “evolução” nos costumes (Marx e Engels, 2001).

Constanza: Estamos tentando modificar certos hábitos. O jeito de eles lavarem as mãos, de ferver água, de não colocar o cloro dentro do poço senão na garrafa onde tem que colocar para poder beber a água.

Não é propósito desta seção avaliar resultados ou produzir dados sobre as mudanças nas práticas sanitárias da população atendida, porém refletir sobre o encontro de conhecimentos. Nesse sentido, verifica-se que o poder colonizador captura para si o direito preferencial de decidir qual arcabouço de conhecimento deve ou não deve ser valorizado. Sejam capitalistas ou socialistas, estamos

falando de poderes colonizadores que afirmam a hegemonia do pensamento biomédico ocidental sobre a diversidade de conhecimentos medicinais das populações amazônidas. Segundo a antropóloga sueca Maj-Lis Follér, que leva anos dedicada ao assunto, os conhecimentos médicos dos povos indígenas e outras populações tradicionais, historicamente, foram tratados como um conhecimento não médico (Follér, 2004, p.134). No caso das cubanas na Amazônia, mesmo aceitando a diversidade de “itinerários terapêuticos”, pode-se perceber que persiste uma certa hierarquia de saberes, expressa na tentativa de “conscientização” sobre a eficácia do tratamento biomédico.

Mercedes: Eles primeiro antes iam fazer remédios com o pajé, com aquelas pessoas que sabiam de medicina natural, e agora eles chegam na consulta e falam: ‘Doutora, meu filho ontem começou com gripe e com febre e eu trouxe logo, para que ele não fique *peor* [pior]’. E antes não era assim, até quando eles chegavam já tinham uma pneumonia que você quase não conseguia nem tratar ela, mas ele *tá* mais ciente de que o trabalho que nós *tamo* [estamos] fazendo aí é pela saúde dele mesmo.

Além do contato com os conhecimentos locais, doenças e dificuldades materiais enfrentadas pelos moradores, as médicas tiveram que se adaptar aos constantes e demorados deslocamentos para cumprir com os compromissos profissionais. A semana de trabalho nas pequenas cidades da região norte é dividida entre dias de atendimento no posto de saúde e dias de atendimento às populações que se encontram dispersas pelos territórios dos municípios. A necessidade de superar as distâncias para chegar às casas dos pacientes é uma constante nas falas das médicas.

Dulcinea: São comunidades distantes, por exemplo, uma hora, uma hora e meia de carro. E o terreno não é rodovia, é uma estrada que às vezes é difícil, tem que ir com cuidado e se está chovendo é mais difícil, mas são comunidades que pertencem [pertencem] ao nosso município e estamos responsabilizados de dar atendimento.

A lonjura do contexto amazônico em relação ao “Brasil das novelas” não deve ser medida apenas em termos de quilometragem, mas também em termos socioculturais. Tal fato demanda um exercício extra de adaptação às idiosincrasias locais. Um dos entraves é a própria linguagem oral, diferente daquela apresentada nos cursos de língua portuguesa para estrangeiros oferecidos em Brasília. A doutora Dulcinea, lotada em Tartarugalzinho, norte do Amapá, ilustra bem o contraste:

Dulcinea: Então não era o mesmo que nós tínhamos escutado em Brasília. Então fomos adaptando ao idioma dessas pessoas que é português, mas eles têm uma pronúncia diferente e eles também foram se adaptando a nós.

Ainda no tocante à questão linguística e às relações interculturais, vale dizer que o posto médico de Santa Rosa do Purus (AC), onde trabalhou a doutora Mercedes em companhia de outra cubana, atendia diariamente população indígena circunvizinha. São pacientes provenientes de aldeias Huni Kuin/

Kaxinawá (tronco linguístico Pano) ou Madihadeni/Kulina (tronco Arawá), em muitos casos, pessoas que não falam sequer o português “regional”. Ainda que o posto não estivesse ligado ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), as médicas de Santa Rosa eram procuradas por serem “os únicos médicos” atuantes no vasto território do município. Vemos, novamente, como a qualificação profissional se sobrepõe às diferenças pessoais. No cotidiano do posto de saúde, o importante é que a “máquina” de curar estivesse disponível para prestar os serviços médicos.

Tendo em vista a organização do SUS, a distância relativa à capital nacional revela as limitações de um planejamento centralizado pouco sensível às vicissitudes da região amazônica como os longos deslocamentos por água e ar; dificuldade de acesso a medicamentos; dificuldade de remoção de pacientes; desencontros linguísticos; ou mesmo dificuldades de comunicação com as famílias em Cuba e com os supervisores brasileiros pela falta de acesso à internet. As médicas cubanas servindo nos estados da região norte, sobretudo nas faixas de fronteira e localidades isoladas, podem mesmo afirmar que conhecem uma versão do Brasil que é desconhecida por muitos brasileiros que vivem nos principais centros urbanos, pois não aparece nas novelas ou nos telejornais.

Boa vizinhança e saudade de casa

As quatro cubanas trataram de aprender logo a língua portuguesa e fazer parte das comunidades, como preconiza seu treinamento em “Medicina General Integral”. Nas vizinhanças com as quais conviveram, o exercício da medicina de família flexibilizou o binômio médico-paciente e foram despertadas amizades. As médicas cubanas foram acolhidas e estabeleceram maior afinidade com outras mulheres, em alguns casos mais velhas. Todas contaram alguma experiência de namoro com homens brasileiros e a doutora Remedios estava prestes a se casar com um brasileiro na época da pesquisa. No intuito de explicitar diferencialidades de gênero, vale mencionar que os homens cubanos, por sua vez, estabeleceram amizades com os colegas homens da equipe de saúde (enfermeiros, motoristas, barqueiros, etc.) e, quando se aproximavam de mulheres, é porque existia alguma relação afetivo-sexual.

Levando em consideração dados de pesquisa nacional sobre interação sociocultural dos médicos cubanos no Brasil (OPAS, 2018), pode-se dizer que as relações com colegas de trabalho, de modo geral, foram positivas para ambos os sexos. Dentre os casos selecionados aqui neste artigo, observou-se apenas uma situação desconfortável causada pela postura arreada de um médico brasileiro contra a colega cubana. Os cientistas políticos José Pérez e André Reis da Silva observam que a presença dos/as médicos/as cubanos/as exerce um impacto sobre as relações de poder preexistentes nas clínicas ou hospitais aonde vão trabalhar, seja pela introdução de outro/a profissional no

ambiente em que alguém exercia a autoridade médica de forma solitária ou pela própria identidade nacional que mobiliza paixões políticas (Pérez e Reis da Silva, 2019, p.79). A predileção dos/as pacientes pela doutora Remedios provocou a revolta do colega que trabalhava no mesmo posto de saúde:

Remedios: Eu acho que a única pessoa que eu fui rejeitada por ela foi um médico mesmo. Chegou um momento que ele nunca mais falou comigo. Ele chegou a me odiar por completo, falava muito ruim. Ele falava que lá em Cuba só tinha agente comunitário de saúde, que em Cuba não tinha médico. Ele ficava com muita raiva quando ele chegava pela manhã e tinha umas dez pessoas e ninguém queria consultar com ele.

No tocante à relação com médicos/as brasileiros/as, é preciso observar que os/as cubanos/as chegaram ao Brasil em meio a conflitos políticos preexistentes envolvendo entidades médicas e o Governo Federal. O CFM, em 2014, chegou a convocar mobilização de seus associados no sentido de convencerem os pacientes, usuários do SUS, sobre os malefícios do PMM (Gomes, 2016, pp.208-211). Este cenário de animosidade gerou certo distanciamento entre médicos brasileiros/as e estrangeiros/as, mas não impediu que algumas amizades fossem construídas, sobretudo entre as mulheres. Quando comparadas às experiências de seus compatriotas do sexo masculino, as narrativas das cubanas trazem com maior frequência memórias de boas relações com as médicas brasileiras. Os homens, por outro lado, fizeram amizades preferencialmente com os seguranças do posto de saúde, motoristas, barqueiros e enfermeiros, registrando maior distanciamento por parte dos médicos brasileiros (OPAS, 2018). Não é objetivo deste artigo aprofundar nessa discussão³.

Nos casos aqui selecionados, apenas uma das mulheres teve oportunidade de conviver com outras médicas (em Tartarugalzinho – AP), lembrando que em Santa Rosa do Purus – AC e Calçoene - AP não haviam outros “médicos” além das cubanas e em São Felix do Tocantins o médico brasileiro não gostava da colega cubana, talvez influenciado pelo conflito de interesses entre o CFM e o Governo.

Dulcinea: Eu tenho muito boa relação com a Dr.^a C.e com a Dr.^a J. também. A Dr.^a J. é um pouquinho mais séria, já é um pouquinho maior [mais velha] e mais séria, mas também tenho boas relações com ela. E com a Dr.^a C. participamos aí nas festas, com os cubanos também, com la gente [as pessoas] da unidade, as enfermeiras.

Além das amizades com membros das equipes de trabalho, chama atenção a criação de laços afetivos com moradores/as das áreas atendidas. Tal proximidade pode ser pensada como consequência i) do exercício da medicina preventiva por meio da estratégia de saúde da família que envolve visitas domiciliares e ii) da convivência cotidiana nas pequenas cidades aonde foram trabalhar. Quando estavam trabalhando, as médicas entravam nas casas das pessoas, buscavam conhecer as dificuldades e problemas, ofereciam orientação sanitária e davam atenção aos pacientes idosos. Quando

não estavam trabalhando, frequentavam praças, restaurantes e outros locais também frequentados pelas mesmas pessoas que eram os/as pacientes.

Para além do profissionalismo, que foi prontamente reconhecido pelas populações atendidas, as médicas foram incorporadas às malhas de relações locais. Vale dizer que as relações amistosas com os habitantes das comunidades atendidas fabricam pessoas e não apenas médicos e pacientes. O aspecto “organismo”, nesse caso, se sobrepõem ao aspecto “máquina” das ciborgues. Todas as quatro médicas aqui apresentadas relataram situações em que foram convidadas para almoços, jantares ou banhos de cachoeira.

Mercedes: O cubano tem aquilo de ser sociável que hoje você é um conhecido, amanhã você é um amigo e logo se transforma quase num familiar. É característico mesmo do cubano. A gente tem amizade mesmo das pessoas que nos acolheram bem quando a gente chegou lá e ficam sendo amizades que a gente compartilha coisas, que visita eles.

O reconhecimento do profissionalismo e simpatia das cubanas foi popular, mas também foi oficial. A doutora Remedios, por exemplo, viu seu nome virar sabor de pizza e estampar a camisa do time de futebol da cidade, além de receber homenagens pela prefeitura de São Felix do Tocantins. Assim ela narrou suas memórias relativas às pessoas do lugar:

Remedios: Gente, eu acho que se eu chego a estar em outro lugar e não chego a encontrar as pessoas que eu encontrei eu não sei se eu tivesse aguentado. Eu nunca fiquei sozinha, nunca passei trabalho, nunca senti que eu *tava* sozinha naquele lugar, sabe?

As relações de proximidade com as comunidades atendidas e com as equipes de saúde, contudo, não substituem os vínculos duradouros existentes com as pessoas em Cuba. A doutora Constanza, que trabalhou no extremo norte do Amapá, incorporou ao seu vocabulário o termo “saudade” para expressar o sentimento associado à separação de seus entes queridos:

Constanza: E não sou jovem e tenho saudade, não tenho filhos, mas tenho saudade porque uno [a pessoa] sempre precisa daquela tolice que dá tua mãe para você, aquele carinho que dá todas as pessoas para você. Têm pessoas que falam que quanto mais tempo você fica fora de casa menos saudade têm, mas a pessoa que fala assim é porque ela não tem família ou não sente nenhuma coisa. Eu não tenho filho, mas tenho meus pais, tenho meus sobrinhos, tenho minha família, meu irmão... e a primeira coisa que eu falei foi: ‘eu quero falar com minha mãe! Porque eles estão desesperados lá com saudade de mim e a saudade você sempre tem’.

Estar longe e manejar as relações à distância é parte da experiência pessoal dessas médicas cubanas e também de seus familiares.

Remedios: os filhos acostumam, sabe. Lá em Cuba aquele que é médico, acho que são muito poucos médicos que não saem de Cuba, é muito pouco, quase todos os médicos de Cuba em algum momento estão saindo, pelo menos três anos na vida.

A distância repercute sobre as estratégias de cuidado e preocupações diversas com as condições de vida dos parentes em Cuba. Das três mulheres aqui apresentadas, apenas Remedios era mãe na época das entrevistas. Ela estava separada havia alguns anos e os cuidados com a criança recaíam sobre os avós maternos que contavam com as remessas financeiras da filha médica para garantir a manutenção da casa. A doença do pai, contudo, abreviou a participação no PMM.

Remedios: eles cuidam do meu filho e eu sou quem ajeita as contas de tudo com eles, até porque meu pai agora tá bem doente, né? Então não tem jeito, por isso mesmo que eu tô indo na frente, dois meses antes, porque eu tentei aguentar, mas não tá dando certo não. Porque meu pai tá complicado, aí já muda tudo. Enquanto tá com saúde lá e você aqui, tá de boa, mas quando alguém adoce lá e depende de você, já muda muito. Não tem jeito.

Refletindo sobre a condição feminina na sociedade cubana, tanto Brotherton (2012) como Pérez e Reis de Silva (2019) chamam atenção para o empoderamento das mulheres-médicas em relação às suas famílias. As missões internacionais permitem às cubanas romper de alguma maneira com alguns arranjos patriarcais que predominam na ilha. Tanto a viagem em si como a remuneração proveniente da missão podem ser elencados como fatores de transformação. Por um lado, o distanciamento provocado pela viagem libera a mulher das obrigações relativas aos cuidados diários com crianças e idosos. Como visto no caso de Remedios, seu filho ficou sob a responsabilidade dos avós maternos. Já no caso de Constanza, foi a sua irmã quem assumiu os cuidados para com os pais idosos. Por outro lado, os ganhos econômicos conferem às mulheres-médicas uma posição de provedoras de seus lares. Pérez e Reis da Silva sinalizam que isso pode representar motivo de orgulho para os pais, mas que é comum a atribuição de obrigações a outras mulheres (como a irmã de Constanza) ou mesmo a eclosão de conflitos conjugais e separações pelo dissentimento dos maridos (Pérez e Reis da Silva, 2019, p.76).

Voltando aos desafios de um Brasil “que não está nas novelas”, o isolamento das localidades interferia até mesmo na manutenção das relações de afeto e nos cuidados à distância. Seja na fronteira do Acre com o Peru, na fronteira do Amapá com a Guiana Francesa ou no sertão do Tocantins, os canais de comunicação eram precários. Sinais de telefonia celular e conexões de internet são instáveis ou mesmo indisponíveis durante longos períodos de tempo, fornecendo um fermento para aumentar a saudade de casa. As limitações tecnológicas também atingiam a efetivação da condição de provedora. De acordo com Mercedes, não era possível realizar transferências bancárias em Santa Rosa do Purus: “Lá em Santa Rosa não tem como fazer transferência dessa coisa, a gente só pode fazer quando tá aqui em Rio Branco que a internet é melhor”. Nas ocasiões em que ela ficou mais de um mês sem viajar à capital do estado, os parentes em Cuba precisaram aguardar pacientemente pelas remessas financeiras.

Ao final da estadia, apesar das dificuldades encontradas, todas as quatro relataram que a experiência deixaria saudades, impactando tanto as médicas como as comunidades. A proximidade do retorno a Cuba provocou a sensação de que uma nova despedida seria tão ou mais dramática do que as despedidas dos parentes em Cuba antes da missão. Como disse Remedios, os parentes cubanos já estão acostumados com as relações à distância por causa das repetidas missões internacionais. Por outro lado, os moradores daquelas localidades por elas atendidas carecem de médicos/as e suplicavam diariamente pela prorrogação da estadia. O receio das populações de ficarem sem atenção médica não era totalmente infundado. Após a saída das médicas cubanas, em 2019 os municípios de Santa Rosa do Purus(AC), Tartarugalzinho(AP) e Calçoene(AP) ainda encontravam dificuldades para garantir a permanência de médicos, conforme as impressas locais⁴.

Trabalhadoras altamente qualificadas e isonomia tecnocrática ideal

Uma das conclusões do relatório final da pesquisa realizada em âmbito nacional é que a aceitação das/os médicas/os cubanas/os foi muito alta por parte das populações atendidas. Tanto pela qualidade dos serviços oferecidos, quanto pela simpatia (OPAS, 2018). Desde um ponto de vista técnico, alheio ao gênero, as médicas cubanas no Brasil podem ser categorizadas como “migrantes altamente qualificadas” – pessoas com formação técnica-universitária e que atendem a demandas de migrações dirigidas para desempenhar funções laborais carentes no país receptor (Pellegrino, 2008). De fato, são médicas com experiência internacional e, nas comunidades atendidas, foram respeitadas por seu cargo e admiradas por seu conhecimento.

É curioso que diferenças de gênero tenham sido escassamente abordadas nos discursos das médicas. Como bem observam Pérez e Reis da Silva, as mulheres cubanas não manejam o vocabulário feminista e, mesmo quando se referem a situações de machismo, muito comuns no cotidiano da ilha, elas o fazem recorrendo a eufemismos e relativizando/relegando o problema ao âmbito dos costumes. Ainda que a legislação cubana garanta uma igualdade jurídica e econômica entre homens e mulheres, não houve grandes transformações nos papéis de gênero e relações de poder no seio da sociedade cubana. Algumas rupturas podem ser observadas quando as mulheres-médicas se tornam provedoras financeiras de seus lares. Ainda assim, o feminino continua associado a questões do mundo privado enquanto que o espaço público permanece predominantemente um domínio masculino (Pérez e Reis da Silva, 2019, pp.71-72).

Isto ecoa os argumentos de Judith Butler sobre a invisibilidade das desigualdades de gênero quando de sua intersecção com o status político e profissional das mulheres (Butler, 2010, p.20). No caso das mulheres-médicas em missões internacionais, é como se a figura da performance profissional

altamente qualificada, de feição pública, encobrisse o fundo das diferenças de gênero, supostamente confinadas ao âmbito privado. Ao enfatizar o caráter legal e profissional das pessoas, as burocracias nacionais criam um quadro de aparente indiferenciação no tocante às variáveis de gênero, raça, classe e outras. É justamente esse quadro de indiferenciação que chamo de “isonomia tecnocrática ideal”, pois eclipsa ideologicamente as diferenças de gênero que não deixam de existir nas relações cotidianas.

A tecnocracia aprisiona a diversidade dentro de grandes classificadores indiferenciados, como a categoria de “trabalhador altamente qualificado”. A trabalhadora é considerada uma peça dentro de um imaginada engrenagem totalizante; não é tratada como pessoa diferente do trabalhador. E ambos, homens e mulheres, se distinguem de outros homens e mulheres apenas por suas habilitações técnicas. É possível dizer, na esteira do historiador Theodore Roszak (1972, p.108), que isso acontece tanto em estados capitalistas quanto socialistas. No caso do PMM, a percepção de uma isonomia tecnocrática atravessa os discursos de cubanas/os e brasileiras/os, sejam médicas/os ou gestoras/es.

Tal “universalidade” tecnocrática sugere a necessidade de uma abordagem que supere modelos dicotômicos, menos preocupada com as oposições entre os dois grandes modelos socioeconômicos que dividiram as nações durante o século XX. Cabe à Antropologia atentar para a existência de uma convenção cultural tecnocrática que permeia tanto as economias de mercado quanto as economias planificadas, habitando o núcleo das ideologias liberais assim como de seus contraditórios socialistas. Em ambos os casos, postos de trabalho são idealmente ocupados por capacidades técnicas específicas, sem rosto, sem credo, sem gênero.

Pode-se dizer que, no mundo tecnocrático, ocorre um certo mascaramento das diferenças de gênero em sua interseccionalidade com a qualificação profissional. As convenções ocidentais prezam pela sobrevalorização da técnica que é acionada no cotidiano com “intenção consciente e motivação inconsciente” (Wagner, 2010, p.100). “Ela é um bom médico”, assim são percebidas as mulheres cubanas desde um ponto de vista tecnocrata. Na língua inglesa esta indiferenciação fica ainda mais evidente: “*She is a good doctor*”, pois não há inflexão de gênero. Tudo acontece como se a gestão tecnocrática das pessoas e dos coletivos fosse um “dado da natureza” (uma tendência perene e universal) e não uma questão política e culturalmente situada. Nesse sentido, a indiferenciação de gênero desde o ponto de vista tecnocrático concorre para naturalizar as desigualdades e isto pode ser observado entre as próprias médicas cubanas quando relativizam sobre o problema do “machismo”.

A tecnocracia se baseia em “imperativos incontestáveis” (supostamente naturais) como a procura por eficiência, a segurança social, a coordenação em grande escala de pessoas e recursos. Essa captura tecnocrática da vida

e das diferenças está presente nos modelos socioeconômicos capitalistas ou socialistas. Eles podem se diferenciar por suas intenções conscientes (figura). No primeiro caso, o foco da teoria é a competição entre os indivíduos, e no segundo, o conflito é de classes. Mas ambos revelam sua origem comum ao observarmos as motivações inconscientes (fundo) que se expressam na incessante busca pelo modelo cientificamente mais adequado para extrair o máximo do trabalho das pessoas e a forma mais “justa” de distribuição das riquezas produzidas. “O talento empresarial amplia sua esfera de ação para orquestrar todo o contexto humano que cerca o complexo industrial” (Roszak, 1972, p.19). O historiador Roszak resumiu assim as contradições dos anos 1960, e que a meu ver perduram até os dias de hoje.

As ferozes polêmicas entre conservadores e liberais, radicais e reacionários, atingem tudo menos a tecnocracia, porque em nossas sociedades industriais desenvolvidas a tecnocracia não é vista como um fenômeno político. (ibidem, p.22)

A discussão sobre gênero aprofunda o problema quando estende essa percepção ocidental da natureza para explicar a predominância de concepções que hierarquizam as relações entre masculino e feminino. Uma espécie de “guerra dos sexos” que estabelece uma relação de dominação entre as pessoas de gênero oposto. Nessa “guerra”, contudo, os machos levam vantagem tendo em vista que as narrativas dominantes pertencem aos “homens brancos” cujos pontos de vista recebem maior publicidade e são legitimados por uma “ficção regulatória” preexistente nas concepções ocidentais de gênero (Haraway, 1991, p.135).

Dentro dessa ficção regulatória existiriam atribuições funcionais diferenciadas para masculino e feminino, bem como entre brancos e não brancos, ou entre seres humanos e outras espécies animais (ibidem, p.2). No tocante ao gênero, o aspecto feminino estaria confinado à manifestação das emoções, ao foro privado, em oposição ao lado masculino da razão, destinado ao domínio público. Os afazeres altamente especializados e mais valorizados competiriam aos homens brancos, relegando aos homens negros (e/ou indígenas), às mulheres brancas e negras (e indígenas), afazeres menos valorizados. No caso das médicas cubanas no Brasil, quando uma mulher estrangeira assume posição hierarquicamente esperada para ser ocupada por um homem local, existe uma certa desestabilização das convenções culturais. As mulheres-médicas, nesse contexto, são pessoas híbridas, no sentido sugerido por Donna Haraway, resultados de relações complexas que envolvem capacidades técnicas e presença afetuosa. As cubanas desestabilizam as convenções culturais no sentido de que, mesmo sendo mulheres, eram tratadas como “os únicos médicos” de uma cidade.

Mas como sugere Wagner (2010), toda invenção tem por força maior a atualização das convenções. Como visto ao longo deste artigo, as capacidades técnicas sobressaem às demais características pessoais e as mulheres

são percebidas indistintamente por sua condição profissional altamente qualificada. Resta que o olhar tecnocrata produz uma percepção de isonomia que despolitiza as diferenças de gênero no tocante ao exercício da medicina em localidades de difícil acesso na região amazônica.

Considerações finais: mulheres, política internacional e diferenças

Se o Brasil exporta novelas, Cuba exporta médicos/as. São mais de 19 mil médicos/as distribuídos em uma centena de países. Destes/as, cerca de 12 mil estiveram no Brasil entre 2014 e 2018. Indireta ou diretamente, as mulheres-médicas atuam como diplomatas na divulgação de fragmentos do que seria uma “cultura cubana” e, sobretudo, como seriam os sistemas de saúde e de educação daquele país. A presença delas nos recônditos da Amazônia sugere a existência de um excedente de médicos e médicas com formação reconhecida internacionalmente. Essa presença, por ser tecnicamente qualificada, tende a ser percebida majoritariamente por seu aspecto “máquina”, enfatizando a performance laboral em detrimento dos aspectos afetivos.

Refletindo sobre o lugar das mulheres-médicas enquanto ciborgues, metade corpo afetivo e metade “máquina” de curar, no âmbito do “internacionalismo médico cubano”, é válido notar que se trata de uma presença feminina ocupando o espaço público, geralmente considerado como domínio masculino. Por outro lado, é importante fazer a ressalva de que essa presença feminina estaria sendo projetada sobretudo por meio da qualificação profissional e do trabalho fora de casa, características atribuídas na cultura ocidental predominantemente ao gênero masculino. Em outras palavras, o aspecto “máquina” de curar, tornado visível no espaço público, é aquele que sobressai quando comparado ao aspecto “corpo afetivo”, relativo às relações privadas.

A dicotomia público e privado, masculino e feminino, estabelece, nesse caso, um jogo de figura e fundo no qual uma aparente igualdade em termos profissionais deixa oculta uma realidade complexa que é a vida cotidiana: as relações afetivas com as pessoas da comunidade atendida, as amizades e conflitos com colegas de trabalho, as incertezas relativas à condição de isolamento das cidades, a distância em relação às famílias deixadas em Cuba, etc. Importante salientar que a “isonomia tecnocrática ideal” oblitera, mas não extingue, as diferenças. É necessário, portanto, chamar atenção sobre a condição híbrida de médico e mulher. Ao mesmo tempo em que são altamente capacitadas para executar o mesmo trabalho que os homens, elas vivenciaram de forma diferenciada a sua temporada na Amazônia.

Apesar do choque inicial que frustrava expectativas geradas por meio da televisão, a experiência de trabalho e vida no Brasil foi considerada positiva pelas médicas. No aspecto profissional, elas destacaram a oportunidade de

aprender sobre doenças tropicais e sobre conhecimentos tradicionais para curá-las. No pessoal, aprenderam a conviver com relativo isolamento inicial, com a distância em relação às facilidades urbanas e demonstraram gratidão e afeto para com aquelas pessoas que as acolheram nas cidades. Nas falas das médicas foi possível perceber que as relações afetuosas com os habitantes locais ofereceram condição fundamental para a qualidade de sua estadia, jamais experimentando solidão persistente.

Finalizando, espero ter deixado claro ao longo do artigo que a captura burocrática realizada por meio de uma “isonomia tecnocrática ideal” sufoca as diferenciações, despolitizando questões importantes como as relações de gênero. Por meio das narrativas das experiências das médicas cubanas em áreas isoladas na Amazônia, foi possível observar a predominância de um discurso homogeneizador que enfatiza as capacidades técnicas. As diferenças de gênero, por outro lado, somente ficaram explícitas quando foram abordados os aspectos da vida privada como amizades e distância das famílias, comumente associados ao universo feminino.

Notas

¹ Nomes fictícios.

² Agradeço a Nicole Soares-Pinto por disponibilizar sua resenha “Entre comparáveis e compatíveis: uma resenha de *Partial Connections*”, que facilitou o meu trabalho de sintetizar os emaranhados argumentos de Marilyn Strathern.

³ Para maiores detalhes sobre a postura das entidades médicas e dos médicos brasileiros em relação aos colegas cubanos ver: a tese do médico Luciano Gomes (2016), a pesquisa da OPAS (2018) e o artigo de Walker e Kirk (2017).

⁴ <https://agazetadoacre.com/cinco-profissionais-desistem-das-vagas-do-mais-medicos-no-acre/>

<https://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2018/11/29/sete-municipios-do-amapa-ainda-nao-receberam-inscricoes-no-programa-mais-medicos.ghtml>

<https://www.diariodoamapa.com.br/cadernos/cidades/mais-medicos-expectativa-no-amapa-e-que-ate-abril-as-26-vagas-em-aberto-sejam-preenchidas/>

Referências

BRASIL, PRESIDÊNCIA da República. (2013). *Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Imprensa Nacional.

BROTHERTON, P. S. (2012). *Revolutionary medicine: health and the body in post-Soviet Cuba*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822395140>

- BUONANNO, M. (2004). Além da proximidade cultural: não contra a identidade, mas a favor da alteridade. Para uma nova teoria crítica dos fluxos televisivos internacionais. In Lopes, M. I. (ed.), *Telenovela: internacionalização e interculturalidade* (pp. 331-360). São Paulo: Loyola.
- BUTLER, J. (2010). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- FOLLÉR, M. (2004). Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In Langdon, E. J. e Garnelo, L. (org.), *Saúde e povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* (pp. 129-148). Brasília: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia.
- GOMES, L. B. (2016). *A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas* (Tese de Doutorado em Medicina). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- HARAWAY, D. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: the reinvention of nature*. London & New York: Routledge.
- HUIISH, R. (2013). *Where no Doctor has Gone Before: Cuba's Place in the Global Health Landscape*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier University Press.
- HUIISH, R. e Kirk, J. (2007). Cuban Medical Internationalism and the Development of the Latin American School of Medicine. *Latin American Perspectives*, 34(6), 77-92. <https://doi.org/10.1177/0094582X07308119>
- KELLY, J. A. (2015). Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela. In Langdon, E. J. e Cardoso, M. (org.), *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina* (pp. 279-306). Florianópolis: Ed. UFSC.
- LANGDON, E. J. (2004). Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In Langdon, E. J. e Garnelo, L. (org.), *Saúde e povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* (pp. 9-32). Brasília: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia.
- MARX, KARL e Engels, F. (2001). *Manifesto do Partido Comunista*. Porto Alegre: L&PM Pocket.
- MENDES, CH. (2012). O consumo da telenovela brasileira em países africanos. *Revista Pós (PPGAS/UnB)*, 11(1), 132-159.
- OPAS, ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. (2018). *Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil*. Brasília: OPAS.
- PELLEGRINO, A. (2008). La migración calificada en América Latina. *Foreign Affairs*, 82, 15-26.

- PÉREZ, J. O. e Reis da Silva, A. L. (2019). Cuban Medical Internationalism through a Feminist Perspective. *Contexto Internacional*, 41(1), 65-88. <https://doi.org/10.1590/s0102-8529.2019410100004>
- ROSZAK, TH. (1972). *A contracultura*. Petrópolis: Vozes.
- STRATHERN, M. (2005). *Partial Connections*. Updated Edition. New York: Altamira Press.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. (2002). Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In Viveiros de Castro, E. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia* (pp. 345-400). São Paulo: Cosac&Naif.
- WAGNER, R. (2010). *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify.
- WALKER, CH. e Kirk, E. (2017). Alternatives–Pitfalls of polarized internationalism: protest against Cuban medical solidarity. *Studies in Political Economy*, 98(1), 82-92. <https://doi.org/10.1080/07078552.2017.1297045>