

A saúde pública e a enfermagem cubana: relato de experiência

Public Health and the Cuban Nursing: an experience report

La salud pública y la enfermería Cubana: un relato de experiencia

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹, Altamira Pereira da Silva Reichert², Edmara Bazoni Soares Maia³, Ivone Evangelista Cabral⁴, Julia Maricela Torres Esperón⁵, Lidiane Ferreira Schultz⁶, Maria Angélica Marchetti⁷

Resumo

Introdução: A Atenção Primária a Saúde (APS) Cubana inspirou o modelo de atenção básica brasileiro, nomeadamente na implantação da estratégia saúde da família. **Objetivos:** Descrever visita técnica a serviços de saúde cubanos, para conhecer a organização do serviço de atenção à saúde, com enfoque na atenção primária a saúde, especificamente em serviços de saúde materno-infantil. **Método:** relato de experiência sobre curso de imersão na Escola Nacional de Saúde Pública, em Havana, Cuba, com aulas teóricas e visitas técnicas em serviços de saúde infantil, da atenção primária a terciária, desenvolvida a partir de parceria da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) com a Rede de Enfermagem em Saúde Infantil (RED ENSI). **Resultados:** Evidenciou-se o funcionamento da rede de atenção cubana, com enfoque na atenção primária como ordenadora do cuidado na rede. **Conclusão:** Sugere-se a continuidade da realização de intercâmbios dessa natureza, para que mais enfermeiros possam conhecer a realidade da oferta de saúde naquele país.

Descritores

Atenção primária a saúde.
Enfermagem. Enfermagem Pediátrica.
Criança.

Abstract

Introduction: Primary Health Care (PHC) in Cuba inspired the Brazilian model, namely the implementation of the family health strategy. **Objectives:** describe a technical visit to Cuban health services, to know the organization of the health care service, focusing on primary health care, specifically in maternal and child health services. **Method:** experience report on immersion course at the National School of Public Health in Havana, Cuba, with theoretical classes and technical visits in child health services, from primary to tertiary care, developed from a partnership of the Brazilian Society of Pediatric Nurses (SOBEP) with the Child Health Nursing Network (RED ENSI). **Results:** The operation of the Cuban care network was evidenced, with a focus on primary care as coordinator of care in the network. **Conclusion:** It is suggested the continuation of such exchanges, so that more nurses can know the reality of the health supply in that country.

Descriptores

Primary Health Care. Nursing. Pediatric Nursing. Child.

Resumen

Introducción: La Atención Primaria a la Salud (APS) cubana inspiró la atención básica brasileña, especialmente la estrategia salud de la familia. **Objetivos:** describir visita técnica a servicios de salud cubanos, para conocer la organización del servicio de atención a la salud, con enfoque en la atención primaria a la salud, específicamente en servicios de salud materno-infantil. **Método:** relato de experiencia sobre curso de inmersión en la Escuela Nacional de Salud Pública, en La Habana, Cuba, con clases teóricas y visitas técnicas en servicios de salud infantil, de la atención primaria a terciaria, desarrollada por la asociación de la Sociedad Brasileña de Enfermeros Pediatras (SOBEP) con la Red de Enfermería en Salud Infantil (RED ENSI). **Resultados:** Se evidenció el funcionamiento de la red de atención cubana, con enfoque en la atención primaria como ordenadora del cuidado. **Conclusión:** Se sugiere la continuidad de intercambios de esa naturaleza, para que más enfermeros conozcan la realidad cubana de salud.

Palabras clave

Atención Primaria. Enfermería.
Enfermería pediátrica. Niños.

¹Enfermeira, Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.

²Enfermeira, Docente da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

³Enfermeira, Docente da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

⁴Enfermeira, Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵Enfermeira, Docente da Universidad de La Habana, Havana, Cuba.

⁶Enfermeira, Membro da Sociedade Brasileira de Pediatria, Joinville, SC, Brasil.

⁷Enfermeira, Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

Autor correspondente: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso - beatriz.oliveira@unioeste.br

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o modelo de cuidado proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma forma eficiente e resolutiva de prestar cuidados em saúde, de forma a prevenir problemas e promover a saúde dos povos.⁽¹⁾ No Brasil, tem sido implementada com a terminologia similar, Atenção Básica à Saúde (ABS), especificamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF),⁽²⁾ a qual foi inspirada nos modelos cubano, canadense e inglês.

Desse modo, a oportunidade de conhecer uma das realidades que inspirou o modelo brasileiro foi o que motivou a Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), na realização da parceria com a Rede de Enfermagem em Saúde Infantil (RED ENSI), para enviar enfermeiros pediatras brasileiros, membros da sociedade, para a realização de visita técnica em serviços de saúde materno-infantis daquela realidade, com o propósito de divulgar a experiência da visita nos serviços conhecidos, por meio deste relato de experiência, e levar a reflexão sobre possíveis estratégias lá existentes que possam subsidiar nossas práticas de cuidados infantis no Brasil.

A RED ENSI, que integra as redes de atenção à saúde da OMS, existe desde novembro de 2006, tendo sido estabelecida durante o *X Colóquio Panamericano de Investigación en Enfermería*, em Buenos Aires, e é representada institucionalmente no Brasil pela SOBEP. Sua finalidade é congrega os enfermeiros pediatras, tanto docentes quando dos serviços para produzir e difundir conhecimentos científicos, humanísticos e pensamento crítico, por meio da articulação e cooperação técnico-científica entre instituições vinculadas a formação de pessoal de enfermagem em saúde infantil,⁽³⁾ a exemplo do relato desse artigo.

Dessa forma, o objeto do estudo foi conhecer a organização do serviço cubano de atenção à saúde, os fluxos da atenção, com enfoque na atenção primária como ordenadora do sistema de saúde, com visitas técnicas especificamente em serviços de saúde materno-infantil.

Assim, esse artigo tem o objetivo de descrever visita técnica a serviços de saúde cubanos, para conhecer a organização do serviço de atenção à saúde, com enfoque na APS, especificamente em serviços de saúde materno-infantil.

O contexto de Atenção Primária em Saúde em Cuba

Antes da Revolução Socialista de 1959, Cuba possuía um corpo de enfermagem formado por auxiliares e técnicos de enfermagem, pois nesta época ainda não havia enfermeiras. As primeiras se graduaram em 1980, para atender a prática eminentemente individualista e orientada fundamentalmente para o diagnóstico e tratamento da doença com base hospitalar. O modelo de formação respondia a demanda do modelo de saúde centrado na doença, curativo e hospitalar, uma prática docente-assistencial que vinculava, exclusivamente, o ensino ao serviço de saúde. Nele, conviviam a iniciativa pública, privada e mista na saúde, com pouca resolutividade para os grandes problemas epidemiológicos de morbimortalidade que afligiam a população.^(4,5)

Com a Revolução, se estabeleceu o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que priorizou a formação de recursos humanos para trabalhar principalmente a prevenção e a promoção de saúde. A formação de pessoal de enfermagem passou por três níveis - auxiliar, técnico e profissional; ou seja, aqueles auxiliares que estavam trabalhando podiam optar em continuar estudando por mais dois (2) anos e formavam-se como técnicos de enfermagem.⁽⁵⁾

Em 1984, foi criado o Programa Médico e Enfermeira da família mudando o modelo de assistência à saúde hospitalar, centrado na doença, para o de assistência primária, preventiva e educativa. Isso demandou um novo modelo de formação dos profissionais de saúde para atender as novas necessidades do sistema de saúde implantado no país, dos aspectos epidemiológicos e sociais predominantes à época. Já os Policlínicos (Figura 1) começaram a oferecer serviços, nessa mesma década, para cobrir exames diagnósticos (eletrocardiograma, radiografia, endoscopia, ultrassonografia, optometria, laboratoriais), imunização, atenção integral ao diabético e ao idoso, traumatologia, entre outros, bem como consultas com especialistas⁽⁶⁾ e atender as demandas de atenção trazidas pelos Consultórios do Médico e da Enfermeira da Família, atuando como suporte e referência para aqueles serviços.

O cuidado à saúde é um direito fundamental do cidadão cubano e uma responsabilidade do estado. Todos têm direito ao acesso a saúde independente de

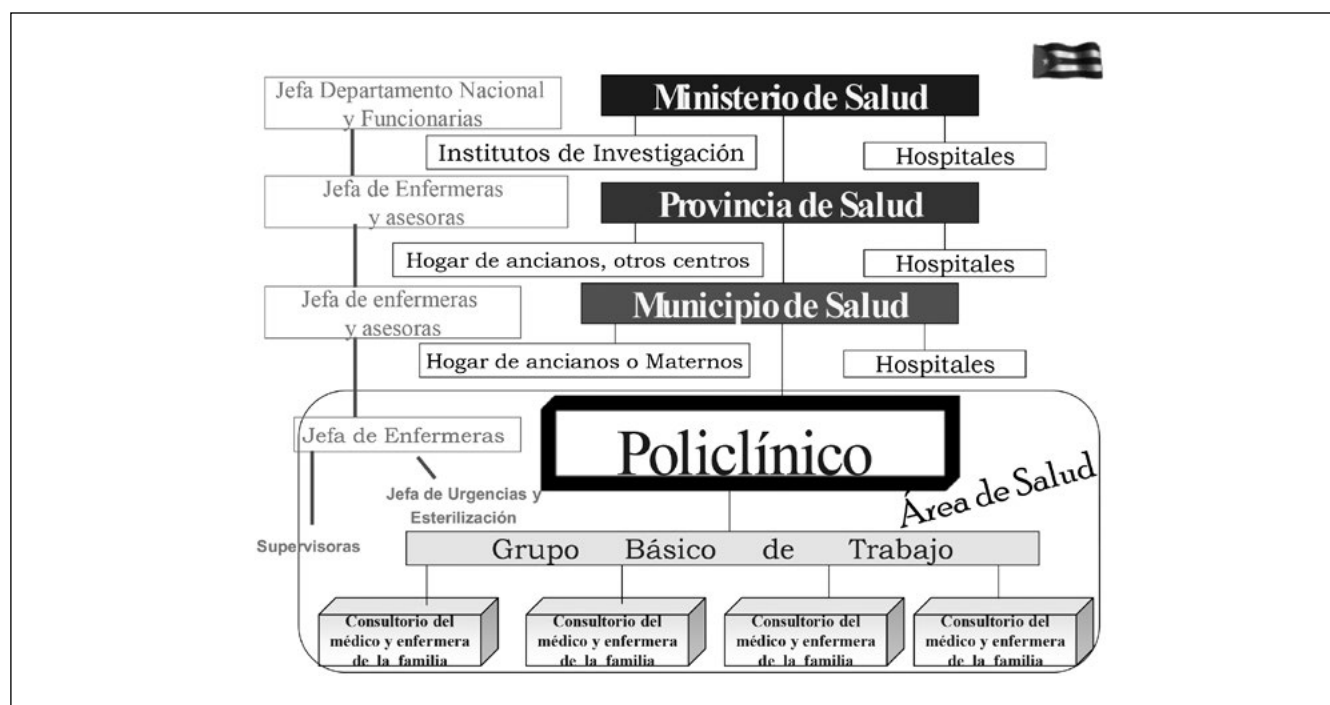


Figura 1 - fluxograma atual dos Serviços de Saúde de Cuba. (Fonte: Material apresentado no Curso).

raça, gênero, crença. Nessa concepção de saúde como direito, os profissionais devem ser formados para atender primeiramente as necessidades da população e o modelo formador precisa ser reorientado segundo essa lógica.

A formação universitária de enfermeiros surge na década de 1980, e as especialidades, como enfermagem comunitária, materno-infantil, cuidados intensivos, médico-cirúrgica e saúde mental vão surgindo ao longo do tempo, para dar conta do novo modelo do SNS, centrado na atenção primária e promoção da saúde. Atualmente, há um sistema de formação que integra o ensino técnico com o superior de enfermagem, como etapa de culminação do processo formativo. É possível transitar do subsistema de formação técnica a superior de enfermagem, um novo modelo de formação em que, no nível básico, forma-se o enfermeiro básico; no nível técnico, o enfermeiro técnico; e no nível profissional, o enfermeiro licenciado, com curso universitário. Atualmente, há 62 especialidades na área da saúde para médicos e enfermeiros e o país dispõe de enfermeiros em duas categorias, técnico-assistenciais e licenciados.

Na década de 1990, Cuba viveu uma grande e intensa crise econômica como resultado da queda do socialismo na União das Repúblicas Socialistas

Soviéticas, então uma das parceiras do governo. Por cinco anos, essa crise gerou profundas dificuldades econômicas para a população e problemas com desabastecimento. Consequentemente, houve grande impacto sobre a oferta do serviço de saúde, devido as condições de saúde e doença, como o aumento no número de neuropatias em crianças devido à privação alimentar.⁽⁷⁾

Dentro deste contexto de crise, foi necessário o fortalecimento e ampliação da APS. Aliado a este fato, a medicina natural passa a ser estimulada pelo governo e oferecida como mais uma alternativa a população, como por exemplo, a acupuntura e a homeopatia. Desenvolveram-se os conselhos de saúde para que a população pudesse participar das decisões sobre seus problemas de saúde e pensar nas melhores alternativas para resolvê-los, juntamente com a implementação de Ações Intersetoriais de Saúde e a Qualificação dos Recursos Humanos de Saúde.

Os conselhos populares regulamentados são considerados órgãos do governo, que deliberam a partir de assembleias em nível municipal, estadual e federal. Todos os municípios possuem conselhos populares, em todos os níveis, em uma relação estreita com a governança do sistema. O diretor municipal de saúde é sempre o vice-presidente na assembleia do governo.

Anualmente, através do conselho local/popular, as questões, metas e necessidades de saúde da população são encaminhadas ao conselho municipal de saúde.

As reuniões de coordenação e integração acontecem para resolverem os problemas e necessidades da população e também de funcionários da saúde. A resolução de problemas de saúde, quando encaminhados para outro ponto de atenção na rede, ocorre, em média, em 15 dias.

O grupo básico de trabalho (Figura 1) que assessora os consultórios de médico e enfermeiro da família compreende: pediatra, obstetra, clínico em saúde comunitária, dentista, enfermeira de saúde comunitária, assistente social e psicólogo.

No século 21, com o início da abertura econômica ao turismo e investimentos na melhoria da eficiência, qualidade, equidade e sustentabilidade do país, inclusive e principalmente dos Serviços de Saúde de Cuba, houve uma reforma da gerência de saúde, reorganização dos serviços de saúde, participação comunitária mais intensa e organizada, qualificação dos profissionais de saúde e a intersectorialidade em saúde.

Esta transformação teve como ponto de partida a experiência das unidades de saúde denominadas policlínicos, com serviços ambulatoriais especializados, como suporte dos consultórios de família, nos quais os profissionais de saúde precisariam estar próximos da comunidade para melhor atendê-los.

Os bons resultados que Cuba alcançou na saúde, com a mudança no modelo assistencial e de formação profissional devem-se a participação ativa da população, a existência de um sistema de ordenação e regulação da formação de Recursos Humanos em Saúde (RHS), representado pelo *Vice Ministerio de Docencia e Investigaciones*, localizado no *Ministerio de Salud Pública* (MINSAP). Entre as funções deste órgão, destacam-se a de organizar, dirigir e controlar o processo de formação, especialização, aperfeiçoamento e educação permanente e de pós-graduação.⁽⁵⁾

Cuba é um país com 11.224.190 habitantes, distribuídos em 15 províncias e 168 municípios; somente na capital Havana vivem aproximadamente dois milhões de pessoas. A taxa de urbanização é de 76,8 % e as pessoas com idade acima de 60 anos correspondem a 19,0%. O nível de reprodução da população é baixo, com uma taxa de fecundidade geral de 1,68. O percentual de nascimento hospitalar é de 99,9%, sendo que

em 2014, a taxa de natalidade foi de 10,9 nascidos vivos (NV) por 1.000 habitantes e a de fecundidade geral de 43,2 nascidos vivos para cada 1.000 mulheres, com idade entre 15 e 49 anos. A taxa de mortalidade geral é de 8,6 para cada 1.000 habitantes. As principais causas de mortes estão associadas às enfermidades crônicas não transmissíveis (712,4/100.000 hab.); seguida pelas transmissíveis, morte materna, perinatal e nutricional (74,5); e as causas externas (68,5). A taxa de mortalidade infantil é de 4,2/1.000 NV.⁽⁸⁾

O país conta com 500.294 trabalhadores de saúde, com uma taxa de habitantes por médico de 130, ou 76,6 médicos por 10.000 habitantes. O número de enfermeiros é de 90.765 ou 81,3 por 10.000 habitantes. A taxa de odontólogos é de 14,9 por 10.000 habitantes. Existem 152 hospitais, destes, 18% tem 400 leitos, 62% entre 100 e 399 leitos e 20% menos de 99 leitos. Conta com 5,3 leitos por 1.000 habitantes. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) dispõe de 113 salas de terapia intensiva, 451 policlínicos, 111 clínicas odontológicas, 138 casas maternais, 13 institutos de investigação, 732 bibliotecas médicas, 143 casas de anciões, 247 casas de idosos, 44 serviços de geriatria e 30 casas de impedidos.⁽⁸⁾

Existem serviços de reabilitação integral em todos os níveis de atenção, com 420 salas na atenção primária à saúde (consultórios de saúde da família). Em média, são hospitalizadas 12 pessoas por cada 100 habitantes. Oferecem, em média, 9,7 consultas por habitante. Na atenção primária, 79 % das consultas externas se realizam por médicos de família, 91 % das consultas externas e 61% das de urgência se oferecem em policlínicos.⁽⁸⁾

Vários são os Programas Nacionais do Sistema de Saúde Cubano, com destaque para o Programa Nacional de Atenção Materno-Infantil com 12 consultas, no mínimo, durante a gestação, ultrassonografia diagnóstica, sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), estudos citogenéticos em gestantes com idade acima de 40 anos, pesquisa de hipotireoidismo e fenilcetonúria em recém-nascidos (RN), consultas de puericultura, visitas domiciliares (no primeiro mês de vida do RN as visitas são semanais do médico e da enfermeira de saúde da família), programa de vacinação escolar e redução da taxa de mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos.

Fundado na premissa de que é melhor gastar um pouco na prevenção do que, mais tarde, se gastar mui-

to no tratamento de doenças avançadas, é que os índices de atendimento de pacientes na APS determinam menor demanda de atendimento hospitalar. O serviço na atenção primária resolve 64,5 dos atendimentos, seja com medicina natural ou tradicional, 26,8% em odontologia, contra 8,7% em hospitais. Esses dados demonstram o fortalecimento da APS no país.

Na região visitada, são 27 equipes de saúde da família atendendo, em média, de 900 a no máximo 1.500 pessoas, as quais são definidas considerando-se indicadores epidemiológicos, a área geográfica, número de indivíduos e necessidades da população. Como característica da equipe, 60% dos profissionais médicos são especialistas em medicina comunitária e tem conhecimento da maioria das doenças da população; os serviços de referência e contrarreferência funcionam integrados e adequadamente, e ainda, a população é atendida e classificada segundo os grupos de risco: Grupo 1: Aparentemente Saudáveis; Grupo 2: risco; Grupo 3: Tratamento e Grupo 4: Reabilitação.

A APS cubana inspirou o modelo de ABS adotado no Brasil, começando na cidade de Niterói, Estado do Rio de Janeiro. Em 1991, o secretário municipal de Saúde, em visita a Cuba conheceu o modelo de medicina familiar e firmou convênios de colaboração técnico-científica entre Cuba e a cidade de Niterói. A implantação do Programa Médico de Família passou a contar com a assessoria de técnicos do Ministério da Saúde de Cuba.⁽⁹⁾

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Sistemática desenvolvida pelo Curso

A sistemática desenvolvida pelo curso foi a de imersão, no período de uma semana, de 29 de março a 01 de abril de 2016, em Havana, Cuba, com aulas teóricas e visitas técnicas em serviços de saúde, totalizando 44 horas. A programação do Curso abrangeu conteúdos e visitas a serviços de saúde infantil para cada nível de atenção do Sistema, indo da primária à terciária. Na atenção primária visitou-se a unidade de saúde da família (USF), incluindo visitas domiciliares às famílias adscritas àquela unidade; policlínico universitário - unidade de atenção primária de suporte às USF. Na atenção secundária, o programa contemplou visita ao centro médico psicopedagógico e de reabilitação - atendimento especializado ao nível

ambulatorial para crianças com necessidades especiais; programa priorizado de saúde materno-infantil - *hogarmaterno*, para atenção às gestantes de risco. Na atenção terciária, a visita ocorreu no cardiocentro pediátrico William Soler.

O curso foi organizado pela Coordenadora Internacional da RED ENSI (Rede de Enfermagem em Saúde Infantil) Internacional - Profa. Dra. Júlia Maricela Torres Esperón, da *Escuela Nacional de Salud Pública, Ministerio de la Salud de Cuba*, membros da Red ENSI Brasil, nela incluindo a SOBEP - Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. Participaram 11 enfermeiros brasileiros, membros da sociedade mencionada, dos estados de Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Paraíba, pertencentes às Universidades Federais e Estaduais.

Nos tópicos seguintes, passa-se a relatar a experiência conforme o nível de atenção à saúde desenvolvido pelo Sistema Nacional de Saúde de Cuba, tendo como ponto de partida o fluxo de cuidado na organização, da atenção primária à terciária, e não necessariamente na ordem cronológica em que as visitas técnicas foram realizadas.

Consultório de médico e enfermeiro de família

A visita técnica foi acompanhada por uma docente da *Escuela Nacional de Salud Publica - MINSAP* e uma enfermeira do Programa Médico de família, sendo explicado todo o processo e funcionamento do consultório médico e de enfermagem da família e dos atendimentos realizados. A enfermeira da família relatou sobre como organizam os prontuários da família e registram as informações, o fluxo na rede e os acompanhamentos nos Policlínicos. Explicou o funcionamento das redes de saúde da atenção primária aos serviços hospitalares quando necessário, o fluxo de informações entre os profissionais, as quais são enviadas para todas as demais instituições e passam a integrar o prontuário da unidade de saúde da família. Trata-se de um prontuário com informações de todos os atendimentos recebidos pela família.

Os consultórios são organizados em casas do governo, nas comunidades, sendo compostas por uma sala de espera, uma sala de atendimento médico e

de enfermagem, e uma sala de procedimentos, nas quais se realizam os procedimentos típicos de uma unidade de atenção primária, como: exame físico, verificação de sinais vitais e medidas antropométricas, aplicação de medicamentos, pequenas cirurgias, pequenas suturas, retirada de pontos, coleta de *papanicolau*, avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças, entre outros.

Nas unidades de saúde da família dispensam-se somente os multivitamínicos, anticoncepcionais e preservativos masculinos, além de itens básicos para curativos, como soro fisiológico e iodo-povidona. O trabalho é desenvolvido nos dois turnos do dia, sendo que, pela manhã ocorrem atendimentos na unidade de saúde e à tarde são realizadas as visitas domiciliares por médicos e enfermeiros. A unidade distribui também larvicidas para o combate à dengue.

Além da visita às instalações da unidade (Figura 2), realizou-se acompanhamento de uma visita domiciliar da enfermeira da família, à residência de uma família cadastrada na unidade, para fins de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de criança com seis meses de vida. A enfermeira conversou com a mãe sobre os cuidados com o bebê. Na residência, observou-se o cuidado materno com as roupas e acessórios do bebê, a higiene do ambiente, o crescimento e o desenvolvimento motor da criança, o aleitamento materno exclusivo e a disposição da família em receber a enfermeira.

Policlínico Universitário Salvador Allende

Os Policlínicos (Figura 3) são estruturas amplas com serviços que integram a atenção primária, dando suporte de especialidade ao médico e enfermeiro de família. Instala-se um policlínico para dar assistência à aproximadamente dez consultórios de saúde da família, semelhante ao que, no Brasil, se denominou núcleo de apoio à saúde da família (NASF). Durante a visita técnica, o coordenador do policlínico explicou o funcionamento da unidade e o modo como a população chega até o local para atendimento (referenciamento do consultório de família), bem como as indicações para o atendimento em um policlínico.

Os policlínicos possuem diversas especialidades para atendimento a população, como: médicos clínicos com especialidades nas quatro áreas básicas

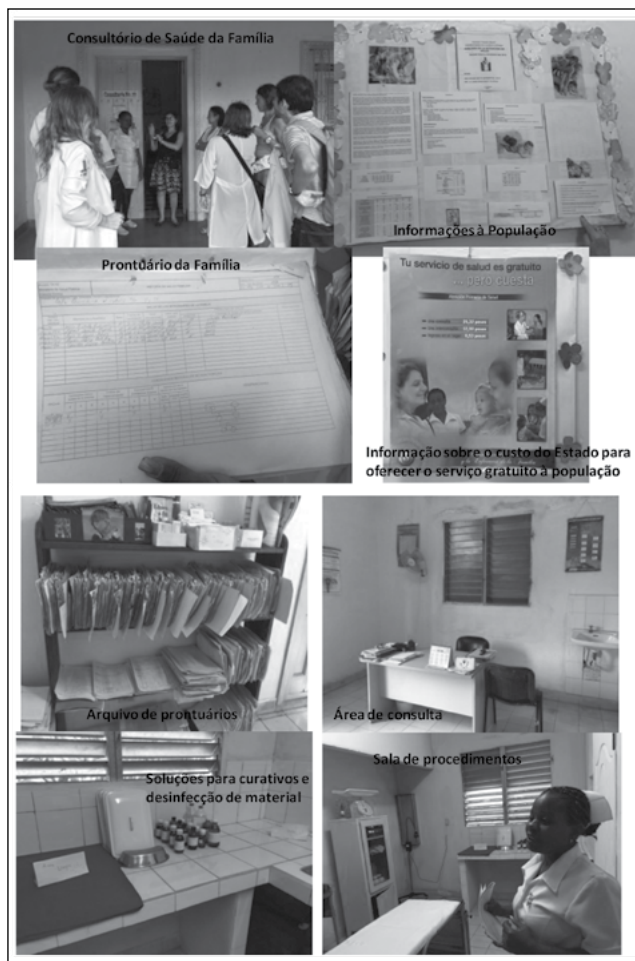


Figura 2 - Fotografias tiradas pelos alunos que frequentaram o Curso, com autorização do Serviço e das pessoas que aparecem na fotografia.

- clínica médica, cirurgia, obstetrícia e ginecologia e pediatria; enfermeiro especialista; psicólogo; oftalmologista; odontólogo; fisioterapeutas etc. Ainda, nessas unidades estão localizadas as centrais de esterilização, para atender também os consultórios de família e a sala de imunização. Atualmente, são mais de 400 policlínicos em funcionamento no país.

Além dos pacientes do fluxo de cuidado e encaminhamento dos consultórios de família, a população flutuante, viajantes e trabalhadores locais também são atendidos nos policlínicos, sem a necessidade de encaminhamento do médico de família.

Em média, os trabalhadores precisam realizar, a cada seis meses, uma consulta médica de rotina para avaliação da sua saúde. Todos têm direito há um dia por semana de descanso, para utilizar no cuidado à saúde e realizar consultas e acompanhamento médi-



Figura 3 - Fotografia tiradas pelos alunos que frequentaram o Curso, com autorização do Serviço e das pessoas que aparecem na fotografia.

co, se necessário. Mulheres grávidas e mulheres com filhos abaixo de um ano são liberadas do trabalho para acompanhamento e consulta médica e/ ou de outro profissional de saúde.

As gestantes, a partir de 34 semanas de gravidez são liberadas do trabalho para descanso e preparo para o parto. A licença maternidade é de seis meses remunerada e mais seis meses, caso a mulher decida aderir. Nesse caso, a mulher não recebe remuneração do Estado, contudo, tem a garantia do emprego, ou seja, ela não poderá ser demitida nesse período. Os direitos ao pai são contemplados, com licença paternidade pelo período de uma semana após o nascimento. Caso a família decida que será o pai a tirar a licença para cuidar da criança, também é possível, em substituição a mãe.

Durante a visita ao serviço guiada pelas enfermeiras, algumas questões sobre o atendimento no local surgiram e foram esclarecidas pelas profissionais, como o trabalho na prevenção da HIV/AIDS, e foi mencionado que, se há detecção de uma pessoa com o vírus HIV, todos os outros contatos sexuais serão atendidos e é realizado o trabalho de educação em saúde. Não existe nenhum caso registrado de transmissão vertical de AIDS em Cuba.

Outro aspecto divergente da realidade brasileira está relacionado ao aborto, que é legal no país. A gestação pode ser interrompida a qualquer tempo, até 12 semanas de gestação, se este for o desejo expresso pela mulher e sua família. Depois desse período, também poderá ser realizado em situações como gestação de

risco de vida para a mãe, crianças com má formação congênita grave, e abuso sexual sofrido pela a mulher. Contudo, este último é muito infrequente em razão do baixo índice de violência no país. Nos casos de má formação da criança, a gestação poderá ser interrompida até as 35 semanas de gestação, sendo necessária, para isso, a emissão de três laudos médicos, confirmando esta condição. No entanto, a decisão sobre o aborto é sempre da mulher e sua família.

Outra questão de responsabilidade dos policlínicos é a prevenção e tratamento da sífilis, cuja notificação é feita após bacteriologia e o tratamento e acompanhamento é realizado pelo médico e enfermeiro. Nos anos de 2012 a 2014 a sífilis reemergiu no país e tem sido um problema de saúde pública. Porém, não existe nenhum caso registrado de sífilis congênita no país.

Outro serviço prestado nesse local é a imunização, cuja centralização é adotada como medida de economia de escala. Visitou-se uma sala de vacina, verificou-se o calendário vacinal de Cuba e recebeu-se orientação sobre as campanhas de vacinação, que a exemplo do Brasil também são realizadas naquele país.

Serviço Interdisciplinar Centro Psicopedagógico e de Reabilitação Castellana

O Centro (Figuras 4 e 5) visitado atende pessoas com necessidades especiais de todas as faixas etárias, sendo considerado um serviço interdisciplinar das áreas de saúde e educação, com oferta de serviços de saúde de reabilitação e educação especial. Este complexo assistencial compreende um centro de reabilitação, uma escola para portadores de necessidades especiais, uma oficina de trabalho para elas, um centro de suporte social com moradia e casa de permanência e um policlínico.

A unidade tem como objetivo oferecer a toda criança que apresenta alterações em seu desenvolvimento, ou às que estão em situação de risco biológico e social, atenção integral que permita potencializar seu desenvolvimento e habilidades, integrando-a na família e sociedade. As ações realizadas contemplam a interdisciplinaridade e as especialidades para o atendimento, cuja equipe compreende enfermeiras, pediatras, neurologistas, fisioterapeutas, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais, odontólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, alergistas, entre outros.



Figura 4 - Fotografia tiradas pelos alunos que frequentaram o Curso, com autorização do Serviço e das pessoas que aparecem na fotografia.

Dentre os tipos de ações realizadas, menciona-se: terapias assistenciais preventivas, estimulação multisensorial, terapia lúdica, musicoterapia, arte, dança, terapia de linguagem, habilitação e reabilitação. Esses serviços foram demonstrados pelas enfermeiras e equipe médica, que percorreram a área física apresentando-a, assim como os procedimentos realizados, a população atendida, os objetivos da unidade de reabilitação e os trabalhos realizados pela equipe multidisciplinar.

Acompanhou-se um atendimento realizado pela fisioterapeuta em um bebê de seis meses, com sequelas motoras de torcicolo congênito, objetivando a estimulação motora e detecção precoce de qualquer alteração neuromuscular. A família (mãe e avó) estava acompanhando a criança e recebendo orientações durante o atendimento da fisioterapeuta.

Outro serviço observado foi o de musicoterapia, o qual utiliza um sistema de cores no teclado para ensinar música aos alunos com necessidades especiais, que nos demonstraram uma canção. Essas unidades são utilizadas por pessoas de todas as faixas etárias, dividindo-se os turnos para atendimentos, sendo o período matutino apenas para crianças e adolescentes, e no período vespertino por adultos.

Ainda, integrando os serviços desse complexo de atendimento em nível secundário, visitaram-se as salas de educação especial e ateliê de obras manuais. Cada sala de aula tem uma função específica e os professores são capacitados em psicopedagogia, com for-



Figura 5 - Fotografia tiradas pelos alunos que frequentaram o Curso, com autorização do Serviço e das pessoas que aparecem na fotografia.

mação em educação especial. As crianças com necessidades especiais não frequentam escolas comuns, mas os centros de educação infantil especializados, como esse visitado. Para cada cinco crianças na sala há duas profissionais da área da educação.

O objetivo do centro é preparar as crianças para as atividades diárias e para se inserirem na sociedade e família. Vários projetos são realizados em parceria com as famílias, como *"Uniendo voluntades"*, *"Quenta Commigo"*, *"La Edad de Oro"* *"Solo el amor engendra la maravilha"*. A qualidade e a disponibilidade reduzida de material não parece ser um limitador para a realização do trabalho dos profissionais com as crianças. A maioria do material pedagógico utilizado é reciclado.

O local possui sala para musicoterapia e também salas que simulam ambiente doméstico (quarto, cozinha) para ensino de tarefas e habilidades do dia a dia às crianças e adultos atendidos. Algumas atividades realizadas são: educação física, horticultura, orientação escolar, autosserviço, capacitação para o trabalho, trabalho socialmente útil, capacitação para trabalho com números e cifras. Durante toda a visita observou-se o carinho e a atenção dos profissionais pedagogos com as crianças.

Casa de Apoio as Gestantes de Risco - *Hogar Materno La Esperanza del Mundo*

O serviço de atenção a gestante de risco, denominado *hogar materno* (Figura 6), integra a rede secundária de

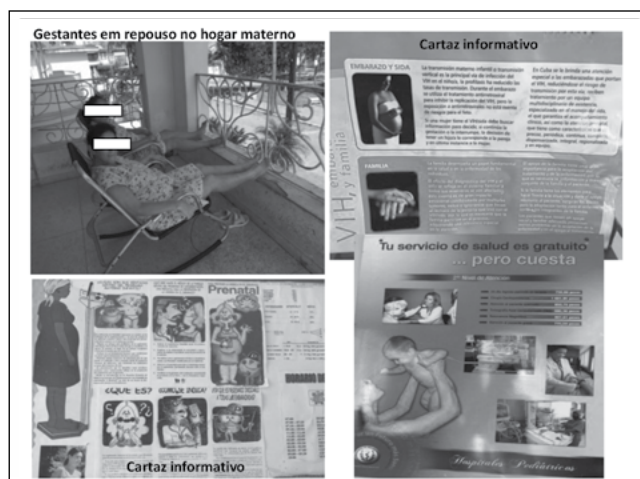


Figura 6 - Fotografia tiradas pelos alunos que frequentaram o Curso, com autorização do Serviço e das pessoas que aparecem na fotografia.

cuidado, sendo considerado um serviço hospitalar de médio e alto risco, no qual gestantes são institucionalizadas para seguimento da gestação até minimizar ou sair da classificação de risco ou ainda até o momento do parto, que não é realizado no local, mas sim, no hospital de referência, caso a gestante permaneça em risco.

Em média, cada *hogar* materno disponibiliza 30 leitos para atender as gestantes de risco, dependendo do local onde está instalado. Esse local visitado situa-se numa casa de três andares, adaptada para o serviço. A equipe é composta de médicos e enfermeiros obstetras, nutricionistas, além de equipe de apoio de cozinha e limpeza.

São causas de institucionalização no *hogar* materno, entre outras, sobrepeso e/ou baixo peso materno, gemelaridade, hipertensão, diabetes, causas obstétricas diretas (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, infecções urinárias, placenta prévia), gravidez adolescente, gravidez tardia. São avaliadas pelos médicos de plantão diariamente, caso seja necessário medicamentos, esses são ofertados no local, assim como o seguimento de cada gestante em sua condição patológica, pela equipe médica e de enfermagem.

Observou-se a presença de cartazes e folhetos informativos relacionados a importância do aleitamento materno, cuidado com o filho, responsabilidade familiar com a criança, doenças sexualmente transmissíveis, HIV e gravidez, importância do pré-natal, comunicação entre mãe e bebê, alimentação saudável e cadeia alimentar.

Visitaram-se os quartos onde as gestantes ficam hospedadas para atendimento de suas necessidades durante a gestação de risco. Percebeu-se certa ociosidade nessas institucionalizações, pois as gestantes ficam muito tempo sem realizar qualquer atividade de lazer. Contudo, dispõe de televisão e livros para leitura e participam de atividades como *pilates*, aulas de cuidados ao recém-nascido, amamentação e outros. Recebem visitas dos familiares periodicamente e somente retornam para casa caso saiam do grupo de risco ou então, após o nascimento do bebê.

Esse serviço suscitou a reflexão acerca da relação risco/benefício desse modelo de atenção à saúde, tendo em vista que a gestante fica distante do seu contexto familiar num período da vida que precisa do suporte e apoio da família. Reconhece-se a importância do seguimento das gestantes de risco, contudo, institucionalizá-la em função do controle do risco limita outros aspectos da vida cotidiana.

Cardiocentro Pediátrico William Soler

O serviço de atenção terciária (Figuras 7 e 8) visitado correspondeu a um hospital de referência em alta complexidade em cardiologia pediátrica, que recebe pacientes referenciados por toda a ilha. Faz parte de um complexo hospitalar com quatro prédios de cardiologia e reabilitação pós-cirurgia cardíaca. Tem três andares, contendo unidades de internação na modalidade enfermarias, unidades semi-intensivas, unidades intensivas e centro cirúrgico.



Figura 7 - Fotografia tirada pelos alunos que frequentaram o Curso, com autorização do Serviço e das pessoas que aparecem na fotografia.



Figura 8 - Fotografia tiradas pelos alunos que frequentaram o Curso, com autorização do Serviço e das pessoas que aparecem na fotografia.

A equipe é especializada no tratamento cardiológico de todos os problemas cardíacos infantis (tetralogia de *Falot*, transposição de grandes vasos, persistência de canal arterial, entre outros) inclusive no preparo para o transplante cardíaco que não é feito nesse hospital, mas em outro hospital de referência, vinculado a Universidade de Havana, onde são realizados os transplantes de órgãos. Nesse serviço, há um enfermeiro para cada criança hospitalizada.

Os enfermeiros adotam vestimenta branca, com uso de chapéus, denominados cofias, com faixas pretas que identificam a hierarquia hospitalar, do enfermeiro assistencial ao chefe de serviço e diretor. As unidades têm caracterização infantil com cores alegres, brinquedos, brinquedoteca, sala de aula com psicopedagogos e as famílias permanecem com as crianças.

Folders são observados em todas as unidades visitadas sobre os valores financeiros de cada procedimento médico que a população recebe e que é paga pelo sistema de saúde cubano.

Reflexões sobre a experiência vivida

Destaca-se a visível percepção de vínculo da população local com os profissionais de saúde em todos os serviços do sistema. Ademais, tanto no policlínico quanto nos demais locais visitados, foi possível observar a referência e a contrarreferência sendo aplicadas efetivamente. Além disso, evidenciou-se a presença da intersetorialidade na atenção às pessoas com necessidades especiais e o investimento em to-

das as potencialidades humanas. Assim, percebeu-se a efetividade dos princípios da APS na realidade visitada.

Sobre o funcionamento do sistema quanto ao cuidado preventivo e tratamento odontológico, foi percebido como um problema de saúde pública na ilha. O serviço é gratuito, prestado nos policlínicos, mas não é suficiente. Existe um programa para prevenir a cárie, porém, o consumo de açúcar é elevado entre a população, uma característica cultural. Soma-se a isso o custo da odontologia para o serviço de saúde, pois os materiais utilizados são caros e não são produzidos em Cuba, que sofre uma limitação da importação e, por isso, não dispõe de materiais suficientes e de qualidade para o tratamento odontológico.

Destarte, percebeu-se durante todo o tempo de permanência naquele país, visitando os serviços de saúde, percorrendo o fluxo de cuidado da criança, da atenção primária à hospitalar, que todos os princípios de atenção primária estão presentes no sistema de saúde cubano, e que a atenção primária é a ordenadora desse sistema. Ainda, na saúde infantil, a organização da rede contempla o ciclo vital e toda a complexidade dos níveis de atenção, num fluxo de cuidados passível de ser evidenciado numa visita técnica como a realizada e de fácil compreensão e implantação em outras realidades, como a brasileira.

Destaca-se a importância da parceria realizada entre SOBEP e RED ENSI na realização da experiência para potencializar a atuação do enfermeiro pediatra frente aos desafios do cuidado integral à criança. Sugere-se a realização de novas parcerias para fomentar o desenvolvimento técnico-científicos de docentes e enfermeiros associados a entidade.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPS). Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012. (Séries Pacto pela Saúde).
3. Red Nacional de Enfermería en Salud Infantil (Red Ensi). La Habana (CU); 2017. [citado 2017 Maio 20]. Disponível em: <http://www.sld.cu/sitios/enfermeria-pediatria>.
4. Chiú NV, Reyes TM, Zubizarreta-Estévez MM, Alvarez Bas. La formación de personal de enfermería y técnicos de la salud. Educ Med Salud. 1993; 27(2):179.

5. Zubizarreta-Estevez, MM, Solís EC, García LF, García FA. Experiencia cubana en la formación de recursos humanos de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2005 [citado 2016 Maio 30]; 21(1). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100004&lng=es&nrm=iso.
6. Díaz Novás J, Fernández Sacasas J. Del policlínico integral al médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1989; 5(4):556-64.
7. Presno-Labrador C. El médico de familia en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2006 [citado 2016 Maio 30]. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es&nrm=iso.
8. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico De Salud 2014. La Habana; 2015.
9. Hubner LC, Franco TB. 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* [Internet]. 2007 [citado 2016 Maio 30]; 17(1):173-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100010&lng=en&nrm=iso.