

DISPUTA DE NARRATIVAS SOBRE A COOPERAÇÃO BRASIL–CUBA NA SAÚDE E SEUS EFEITOS INSTITUCIONAIS NO SUS NO SÉCULO XXI

Luis Otávio Vilela da Cruz¹

RESUMO

Este artigo analisa, no recorte do século XXI, como a cooperação Brasil–Cuba no campo da saúde foi construída e disputada publicamente por narrativas concorrentes e como tais disputas se associaram a efeitos institucionais no Sistema Único de Saúde (SUS), com implicações para a efetividade do direito constitucional à saúde. Adota-se abordagem qualitativa, combinando análise documental e análise de conteúdo aplicada a um corpus de atos e comunicados institucionais, pronunciamentos públicos e cobertura midiática em torno de marcos decisórios. O tratamento analítico mobiliza a análise narrativa de políticas públicas e a perspectiva de problematização, permitindo identificar representações de problema, personagens, causalidades e critérios de legitimidade que estruturaram o debate. Os resultados indicam a recorrência de enquadramentos centrados em: (i) acesso e equidade; (ii) soberania e ideologia; (iii) regulação e qualidade profissional; e (iv) trabalho, direitos e contratualidade. Observa-se que a alternância e a competição entre esses frames reorganizaram prioridades públicas e elevaram custos de legitimidade para determinados instrumentos, em especial em momentos de inflexão institucional, com potencial efeito sobre continuidade assistencial em territórios vulneráveis. Conclui-se que a disputa discursiva integra o próprio mecanismo de sustentação, reformulação ou ruptura de políticas, devendo ser considerada na análise de políticas públicas em saúde e na proteção da universalidade e do acesso no SUS.

Palavras-chave: Narrativas; Políticas públicas; Cooperação internacional em saúde; Sistema Único de Saúde; Direito à saúde.

¹ Membro e pesquisador dos grupos NEPEDILIS (PUC Minas) e POP.EDUCA (UFSCar/Fatec Barueri), com atuação nas interfaces entre direito, literatura, cultura pop, educação e diversidade. Mestrando Profissional em Produção de Conteúdo Multiplataforma pela UFSCar (campus São Carlos/SP). Bacharel em Direito (PUC Minas, Poços de Caldas). Especialista em Advocacia Criminal (Legale Educacional), em Tribunal do Júri e Execuções Penais (Legale Educacional) e em Perícias Criminais e Medicina Legal (Legale Educacional, campus São Paulo). Graduando em Ciências Contábeis pela Faculdade Lumina. E-mail: luisvilelajuridico@outlook.com

NARRATIVE DISPUTES OVER BRAZIL–CUBA HEALTH COOPERATION AND THEIR INSTITUTIONAL EFFECTS ON BRAZIL’S SUS IN THE 21ST CENTURY

ABSTRACT

This article examines, within the 21st-century context, how Brazil–Cuba health cooperation was publicly constructed and contested through competing narratives and how such disputes were associated with institutional effects on Brazil’s Unified Health System (SUS), with implications for the effectiveness of the constitutional right to health. A qualitative design is employed, combining documentary analysis and content analysis applied to a corpus of institutional acts and communications, public statements, and media coverage around key decision-making milestones. The analytical strategy draws on narrative policy analysis and problem representation approaches to identify problem framings, characters, causal attributions, and legitimacy criteria structuring the debate. Findings show recurrent frames centered on: (i) access and equity; (ii) sovereignty and ideology; (iii) regulation and professional quality; and (iv) labor, rights, and contractual arrangements. The competition and shifting predominance of these frames reoriented public priorities and increased legitimacy costs for specific policy instruments, particularly during institutional turning points, with potential consequences for continuity of care in vulnerable territories. The article concludes that discursive disputes are part of the policy mechanism itself—shaping policy maintenance, reform, or rupture—and should be incorporated into health policy analysis and into strategies to safeguard universality and access within SUS.

Keyword: narratives; public policy; international health cooperation; Unified Health System (SUS); right to health.

DISPUTA DE NARRATIVAS SOBRE LA COOPERACIÓN BRASIL–CUBA EN SALUD Y SUS EFECTOS INSTITUCIONALES EN EL SUS EN EL SIGLO XXI

RESUMEN

Este artículo analiza, en el recorte del siglo XXI, cómo la cooperación Brasil–Cuba en el campo de la salud fue construida y disputada públicamente mediante narrativas en competencia y cómo dichas disputas se asociaron a efectos institucionales en el Sistema Único de Salud (SUS), con implicaciones para la efectividad del derecho constitucional a la salud. Se adopta un enfoque cualitativo, que combina análisis documental y análisis de contenido aplicados a un corpus de actos y comunicaciones institucionales, pronunciamientos públicos y cobertura mediática en torno a hitos decisivos. El tratamiento analítico moviliza la análisis narrativa de políticas públicas y el enfoque de representación del problema, permitiendo identificar encuadres, personajes, atribuciones causales y criterios de legitimidad que estructuraron el debate. Los resultados muestran la recurrencia de marcos centrados en: (i) acceso y equidad; (ii) soberanía e ideología; (iii) regulación y calidad profesional; y (iv) trabajo, derechos y contractualidad. Se observa que la alternancia y la competencia entre estos encuadres reorganizaron prioridades públicas y elevaron costos de legitimidad para determinados instrumentos, especialmente en momentos de inflexión institucional, con potencial impacto sobre la continuidad asistencial en territorios vulnerables. Se concluye que la disputa discursiva integra el propio mecanismo de sostenimiento, reforma o ruptura de políticas, y debe ser incorporada en el análisis de políticas públicas de salud y en estrategias para proteger la universalidad y el acceso en el SUS.

Palabras clave: narrativas; políticas públicas; cooperación internacional en salud; Sistema Único de Salud; derecho a la salud.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, determinando que sua garantia se dá mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (Brasil, 1988). No plano institucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenhado para materializar tal comando constitucional por meio de princípios e diretrizes como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, estruturando-se em redes e em uma atenção primária orientada ao território.

A efetividade desse direito, contudo, não se exaure em sua consagração normativa: depende de decisões políticas, capacidades estatais, arranjos de implementação e legitimidade pública sustentada ao longo do tempo, especialmente em um sistema universal que enfrenta restrições de financiamento, desigualdades regionais e desafios persistentes de provimento e fixação de profissionais em áreas remotas e vulneráveis (Macinko; Harris, 2015).

Nesse cenário, a cooperação internacional em saúde emerge como instrumento relevante de política pública, seja para ampliar capacidades, seja para apoiar respostas a gargalos específicos, inclusive na força de trabalho em saúde. A literatura sobre diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul assinala que tais iniciativas combinam dimensões técnicas e políticas, articulando solidariedade, interesses nacionais, circulação de modelos e disputa por legitimidade doméstica e internacional (Birn; Muntaner; Afzal, 2017; Tobar; Buss, 2017).

No caso brasileiro, a projeção internacional do país em saúde e a construção de agendas cooperativas no século XXI são analisadas como parte de uma estratégia mais ampla de inserção internacional, com interfaces diretas com o SUS e suas políticas estruturantes (Buss, 2018). Contudo, cooperação internacional não é neutra: suas formas, narrativas e controvérsias podem influenciar a forma como problemas são definidos, alternativas são selecionadas e políticas são sustentadas ou interrompidas.

No Brasil do século XXI, a cooperação em saúde envolvendo Cuba adquiriu visibilidade singular, sobretudo por sua associação a estratégias de enfrentamento da escassez e má distribuição de médicos na atenção primária. Além do conteúdo técnico-operacional das iniciativas, observou-se intensa disputa pública acerca de sua legitimidade, de seus efeitos e de seus significados políticos. Essa disputa não se restringiu ao debate moral ou ideológico; ela incidiu sobre processos decisórios, sobre a aceitação social de instrumentos de política e sobre a estabilidade de arranjos de implementação em áreas de maior vulnerabilidade.

Estudos avaliativos e análises críticas do provimento médico na atenção primária apontam efeitos relevantes em oferta de médicos e indicadores sensíveis ao cuidado, ao mesmo tempo em que registram tensões institucionais e controvérsias em torno do desenho e da governança das iniciativas (Hone et al., 2020; Separavich; Couto, 2021). Assim, compreender o papel das narrativas nesse processo torna-se crucial para avaliar como a política pública de saúde se aproxima ou se afasta da promessa constitucional de acesso universal e igualitário.

A análise proposta neste artigo parte do pressuposto de que políticas públicas são atravessadas por disputas de interpretação sobre problemas e soluções. Kingdon sustenta que a entrada de um tema na agenda e a adoção de alternativas dependem de acoplamentos contingentes entre fluxos de problemas, soluções e política, sob condições específicas de oportunidade e mobilização (Kingdon, 2014).

Em temas polarizados, as narrativas operam como mecanismos de simplificação e persuasão, moldando percepções de causalidade, atribuição de responsabilidade e critérios de legitimidade. A abordagem de análise narrativa de políticas públicas enfatiza que narrativas concorrentes podem estabilizar ou desestabilizar cursos de ação, produzindo “histórias” dominantes sobre o que funciona, para quem e a que custo, com efeitos práticos sobre decisões e continuidade de programas (Roe, 1994).

Em complemento, Bacchi propõe que a política pública “representa” problemas de modos específicos e que tais representações têm efeitos materiais e discursivos; por isso, investigar “o que é tomado como problema” permite revelar pressupostos, silenciamentos e consequências não intencionais na formulação e na justificativa de instrumentos (Bacchi, 2009). Nesse marco, a controvérsia em torno da cooperação Brasil–Cuba é tratada como arena na qual se disputam diagnósticos sobre o SUS, sobre a atenção primária e sobre o próprio sentido do direito à saúde.

Dessa forma, o objetivo central é analisar como a disputa de narrativas sobre a cooperação Brasil–Cuba no campo da saúde, no século XXI, se relaciona com decisões e instrumentos de política pública no âmbito do SUS e quais implicações esse processo produz para a efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. Ao deslocar o foco da pergunta “se houve influência de Cuba” para “como narrativas sobre a cooperação produziram efeitos institucionais”, busca-se reduzir riscos de explicações deterministas e de imputações genéricas de causalidade.

O interesse recai sobre nexos observáveis entre controvérsia pública, escolhas institucionais, sustentação (ou ruptura) de arranjos de implementação e impactos potenciais

no acesso e na continuidade do cuidado na atenção primária — dimensões diretamente conectadas ao núcleo do art. 196 da CF/88 (Brasil, 1988).

Metodologicamente, a investigação se orienta por estratégia qualitativa com análise documental e análise de conteúdo, adequada para captar tanto a dimensão normativa e institucional quanto os enquadramentos discursivos que sustentam ou deslegitimam políticas. A análise documental permite identificar marcos decisórios e instrumentos (normas, comunicados, documentos institucionais e registros de debate público) e situá-los em uma linha do tempo interpretativa, compatível com o estudo de políticas públicas em seus ciclos e arenas (Kingdon, 2014).

A análise de conteúdo, por sua vez, oferece procedimentos sistemáticos de categorização e inferência para examinar um corpus de textos e pronunciamentos, identificando recorrências, categorias temáticas e estratégias argumentativas (Bardin, 2011). Nesse desenho, a análise narrativa (Roe, 1994) e a perspectiva de problematização (Bacchi, 2009) funcionam como lentes analíticas para compreender como determinadas representações, por exemplo, sobre soberania, eficiência, ética profissional, custo público, solidariedade ou ideologização, se conectam a decisões e redesenhos institucionais. O rigor é buscado pela explicitação de critérios de seleção do corpus, de categorias analíticas e de limites inferenciais, evitando confundir associação temporal entre disputa discursiva e mudança institucional com causalidade automática.

Ao abordar a cooperação Brasil–Cuba como objeto de diplomacia da saúde e de disputa de narrativas, o artigo também se insere na discussão sobre como agendas internacionais e cooperações técnicas repercutem no desenho e na implementação de políticas nacionais, especialmente em sistemas universais com alta sensibilidade a crises de legitimidade. A literatura indica que a cooperação em saúde pode simultaneamente produzir ganhos de capacidade e tornar-se foco de contestação político-simbólica, com consequências para governança, continuidade e confiança pública (Tobar; Buss, 2017; Buss, 2018).

Em última instância, tais processos importam porque podem ampliar ou restringir condições de acesso efetivo a ações e serviços, afetando populações que dependem mais intensamente da atenção primária. Assim, ao articular direito constitucional, política pública e disputa narrativa, este estudo busca contribuir para a compreensão crítica de mecanismos pelos quais controvérsias públicas reconfiguram instrumentos do SUS e condicionam a realização concreta do direito à saúde no Brasil contemporâneo (Brasil, 1988; Macinko; Harris, 2015).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa adotou delineamento qualitativo, de natureza aplicada e caráter analítico-interpretativo, combinando análise documental e análise de conteúdo orientada por referencial de análise de narrativas em políticas públicas. Partiu-se da premissa de que disputas discursivas estruturam percepções sobre problemas, alternativas e legitimidade, incidindo sobre a agenda e sobre decisões públicas (Kingdon, 2014), e de que políticas e debates públicos representam problemas de modos específicos, produzindo efeitos discursivos e materiais, o que justifica examinar representações e seus silenciamentos (Bacchi, 2009). Com base nesses pressupostos, a estratégia empírica foi organizada em três movimentos integrados: (i) reconstrução de uma cronologia decisório-institucional mínima; (ii) constituição e codificação de um corpus de narrativas públicas e institucionais; e (iii) triangulação interpretativa entre marcos institucionais e variações de enquadramento, sem inferir causalidade automática.

O recorte temporal compreendeu o século XXI, com ênfase em momentos de maior visibilidade pública e densidade decisória da cooperação Brasil–Cuba em saúde. Empiricamente, o estudo concentrou-se em dois conjuntos de eventos e seus desdobramentos: (a) o ciclo de controvérsia e ruptura em 2018, quando a participação cubana no Programa Mais Médicos foi encerrada, com repercussões institucionais; e (b) a reativação internacional do debate em 2025, quando medidas e acusações sobre missões médicas cubanas voltaram ao noticiário e reintroduziram o enquadramento trabalhista/contratual e geopolítico na arena pública. Esse recorte buscou maximizar a comparabilidade discursiva ao selecionar episódios em que a controvérsia se tornou mais explícita e publicamente rastreável, preservando o foco do artigo no funcionamento narrativo da disputa (Roe, 1994).

O corpus documental-institucional foi composto por textos de referência diretamente ligados a marcos decisórios e comunicacionais: comunicados e notas de organismos e instituições envolvidas na cooperação e em sua descontinuidade, com destaque para a comunicação pública da OPAS/OMS sobre o cronograma de saída dos profissionais cubanos do Brasil em 2018 (OPAS, 2018). Esse núcleo documental foi utilizado para sustentar a linha do tempo mínima (marcos e datas), permitindo situar a disputa discursiva em relação a eventos verificáveis, conforme recomendado para estudos que articulam discurso e processo decisório sem reduzir um ao outro (Kingdon, 2014).

O corpus de narrativas públicas foi constituído a partir de textos jornalísticos e de imprensa de ampla circulação, selecionados por amostragem intencional orientada por eventos, privilegiando materiais publicados nas janelas temporais dos marcos escolhidos. Para 2018, foram analisadas matérias que registraram a decisão cubana e as condições debatidas publicamente (por exemplo, revalidação de diplomas e contratação individual), em veículos como Agência Brasil, El País e Veja (Agência Brasil, 2018; El País, 2018; Veja, 2018). Para 2025, foram analisadas publicações que retomaram o tema por meio de ações e declarações internacionais, mobilizando acusações relacionadas a missões médicas e restrições de vistos, em veículos como Politico e El País (Politico, 2025; El País, 2025). A seleção privilegiou textos com autoria/veículo identificáveis, datação clara e vínculo direto com os eventos, garantindo rastreabilidade e coerência com a finalidade de comparar enquadramentos em pontos de inflexão. Para assegurar transparência e permitir auditoria do procedimento, registraram-se metadados básicos dos itens (data, veículo, tipo de texto e vínculo com o marco), formando uma matriz descritiva do corpus (Bardin, 2011).

A análise seguiu protocolo de análise de conteúdo com codificação híbrida (dedutiva e indutiva). Inicialmente, foram definidas categorias dedutivas alinhadas ao referencial: (1) representação do problema; (2) causalidade e atribuição de responsabilidade; (3) soluções e instrumentos; (4) critérios de legitimidade (legalidade, ética, soberania, eficiência, equidade); e (5) efeitos alegados (acesso, qualidade, custos, direitos) (Bacchi, 2009; Roe, 1994). Em seguida, realizou-se leitura flutuante e codificação aberta para permitir o surgimento de subcategorias e termos-chave recorrentes, com atenção ao contexto e às variações lexicais entre veículos e períodos (Bardin, 2011). A codificação foi executada em duas rodadas: a primeira para estabilização do *codebook* e a segunda para aplicação consistente do conjunto de categorias, acompanhada por memos analíticos que registraram decisões interpretativas e reduziram arbitrariedade.

A dimensão narrativa foi examinada identificando-se elementos estruturais e funções retóricas: personagens (atores coletivos e individuais), valores mobilizados, dilemas morais, metáforas, evidências invocadas e conclusões prescritas, com o objetivo de compreender como narrativas concorrentes estabilizam ou contestam cursos de ação e como produzem histórias dominantes e contranarrativas em torno de eficácia, justiça e legitimidade (Roe, 1994). Em paralelo, a cronologia decisório-institucional foi reconstruída com base nos documentos institucionais selecionados (OPAS, 2018) e na datação dos textos de imprensa, permitindo situar mudanças discursivas em relação a marcos públicos verificáveis. Por fim, a triangulação foi conduzida cotejando-se a predominância de enquadramentos nos eventos de

2018 e 2025 com as inflexões institucionais e com a dinâmica de agenda, interpretando conexões plausíveis sem assumir causalidade automática entre discurso e decisão (Kington, 2014).

Esse desenho metodológico permitiu analisar de modo tecnicamente controlado como disputas narrativas no século XXI foram mobilizadas para sustentar, deslegitimar ou reorientar interpretações sobre instrumentos associados ao SUS, e discutir implicações para a efetividade do direito à saúde, entendida como capacidade institucional de assegurar acesso universal e igualitário em bases legítimas e sustentáveis (Brasil, 1988; Macinko; Harris, 2015).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A análise de disputas públicas sobre políticas de saúde exige um referencial capaz de conectar três planos: (i) a dimensão discursiva, pela qual atores produzem sentidos sobre problemas e soluções; (ii) a dinâmica político-institucional, que condiciona a entrada de temas na agenda e a estabilidade de instrumentos; e (iii) o contexto histórico, no qual experiências anteriores, memórias institucionais e trajetórias de política moldam o que é considerado possível, legítimo e desejável. No caso da cooperação Brasil–Cuba em saúde no século XXI, a controvérsia não é apenas um debate “sobre Cuba”: trata-se de uma arena em que se disputam definições do que seja o SUS, do que se entende por qualidade e ética no trabalho médico, por soberania e por direitos sociais. Por isso, este referencial teórico organiza-se para sustentar diretamente a estratégia metodológica adotada: a reconstrução de marcos decisórios e a análise de narrativas, enquadramentos e representações de problema em documentos e textos públicos (Bardin, 2011; Roe, 1994; Bacchi, 2009). O bloco privilegia, portanto, abordagens de análise narrativa e de políticas públicas, complementadas por aportes sobre historicidade e trajetórias de políticas, e por fundamentos jurídico-institucionais do direito à saúde como parâmetro de avaliação de implicações.

3.1 Narrativas, enquadramentos e a produção de sentido em políticas públicas

Narrativas podem ser compreendidas como estruturas discursivas que organizam eventos em uma cadeia inteligível de causas, responsabilidades e consequências, produzindo diagnósticos do “problema” e vinculando-os a prescrições de ação e a critérios de legitimidade. Em termos analíticos, elas funcionam como mecanismos de enquadramento: selecionam aspectos da realidade, atribuem saliência a determinados elementos, propõem interpretações causais e orientam avaliações normativas, influenciando o que se torna visível, discutível e politicamente aceitável (Entman, 1993). No campo das políticas públicas, esse

processo adquire centralidade porque as escolhas não dependem apenas de evidências técnicas, mas de como problemas e soluções são comunicados, moralizados e tornados persuasivos em arenas de deliberação e disputa. Nessa direção, a literatura do *Narrative Policy Framework* sustenta que narrativas são compostas por elementos relativamente estáveis (personagens, enredos, cenários e “lições”), que estruturam coalizões, mobilizam públicos e condicionam preferências, permitindo examinar sistematicamente como histórias concorrentes produzem efeitos sobre percepções de risco, justiça e efetividade (Jones; McBeth; Shanahan, 2014; Shanahan; Jones; McBeth, 2018).

Em contextos conflituosos, narrativas operam como tecnologias de governo simbólico ao estabilizar sentidos e reduzir complexidade, transformando incertezas em histórias plausíveis que sustentam decisões e justificam instrumentos. Por isso, não devem ser tratadas como “ruído” periférico, mas como componentes substantivos do processo decisório: ao organizar expectativas sobre eficácia e legitimidade, narrativas podem sustentar a continuidade de políticas, precipitar reformulações ou legitimar rupturas, com efeitos distributivos e institucionais concretos (Roe, 1994).

Além disso, a política é atravessada por paradoxos e disputas de valores, como eficiência, equidade, soberania e direitos, que raramente se resolvem por demonstração empírica isolada; são, antes, negociados e disputados por meio de argumentos e histórias que tornam certas soluções desejáveis e outras inaceitáveis (Stone, 2012). Assim, a análise narrativa oferece um caminho metodologicamente controlável para compreender como significados públicos e enquadramentos estruturam a competição entre alternativas e influenciam a dinâmica de sustentação, alteração ou abandono de cursos de ação no âmbito das políticas públicas (Entman, 1993; Jones; McBeth; Shanahan, 2014; Roe, 1994).

A utilidade teórica de Roe (1994) para este estudo reside em dois pontos. Primeiro, sua proposta desloca o enfoque de “qual narrativa é verdadeira” para “como narrativas funcionam” em ambientes de alta complexidade e incerteza. Em contextos assim, evidências são frequentemente incompletas, e a tomada de decisão tende a apoiar-se em histórias plausíveis que conectam o problema a soluções percebidas como viáveis. Segundo, Roe (1994) enfatiza que narrativas dominantes podem ser contestadas por contranarrativas e por metanarrativas (narrativas de ordem superior), que reordenam causalidades e ressignificam categorias morais. Isso permite, metodologicamente, identificar padrões no corpus textual: personagens recorrentes (por exemplo, “o Estado”, “os médicos”, “a população vulnerável”), objetos de valor (por exemplo, “soberania”, “eficiência”, “direitos”), mecanismos causais (por

exemplo, “escassez”, “ineficiência”, “ideologia”), e prescrições (por exemplo, “expandir”, “substituir”, “encerrar”, “regular”).

Complementarmente, a perspectiva de Bacchi (2009), conhecida pela pergunta “*what’s the problem represented to be?*”, fornece um instrumento analítico para examinar não apenas o conteúdo das narrativas, mas a forma como elas constroem o próprio problema. Políticas e debates públicos não respondem a “problemas dados”; eles produzem representações do que conta como problema, quais populações são afetadas e quais soluções são imagináveis (Bacchi, 2009). Aplicada ao objeto deste estudo, essa lente permite observar, por exemplo, quando a cooperação internacional é representada como solução de “escassez e má distribuição” de médicos, ou quando o “problema” é deslocado para “qualidade da formação”, “legalidade do vínculo”, “soberania nacional”, “precarização do trabalho” ou “uso político do SUS”. Cada representação reconfigura critérios de avaliação e define quais evidências são consideradas relevantes.

Essa abordagem exige atenção às dimensões de silenciamento e efeitos. Para Bacchi (2009), toda representação de problema implica exclusões: temas que poderiam ser formulados como centrais tornam-se periféricos, e certas alternativas deixam de ser pensáveis. Além disso, as representações produzem efeitos discursivos (o que pode ser dito), subjetivos (como atores são posicionados) e materiais (como recursos e instrumentos são distribuídos). Assim, ao analisar disputas narrativas sobre a cooperação Brasil–Cuba, torna-se possível investigar quais aspectos do direito à saúde e da universalidade do SUS são mobilizados como justificativa, quais são omitidos e como isso se traduz em pressões por continuidade, reformulação ou ruptura de instrumentos.

A literatura de análise de conteúdo oferece o suporte operacional para transformar esse arcabouço em procedimento de pesquisa. Bardin (2011) propõe a análise de conteúdo como técnica para inferências replicáveis a partir de comunicações, mediante categorização, codificação e interpretação orientada por objetivos analíticos. Para este estudo, Bardin (2011) sustenta a etapa de construção de categorias e subcategorias, a definição de unidades de registro (termos, temas, enunciados) e a sistematização do corpus. O ganho não é apenas “contar” frequências, mas tornar explícito um caminho de leitura que permita comparar momentos e atores, reduzindo arbitrariedade interpretativa.

Além do eixo estritamente narrativo, é útil situar as narrativas como forma de enquadramento (*framing*), isto é, como modos de selecionar aspectos da realidade e atribuir-lhes significado público. Embora diferentes tradições usem conceitos variados, o ponto comum é que enquadramentos orientam o que aparece como causal e urgente, influenciando

preferências e justificativas. No plano metodológico, isso se traduz na busca por marcadores discursivos de causalidade (“porque”, “devido a”), de avaliação moral (“inaceitável”, “justo”), de autoridade (“especialistas”, “constituição”), e de prescrição (“deve”, “precisa”), além de metáforas e analogias que comprimem complexidade em juízos socialmente compartilháveis (Roe, 1994; Bacchi, 2009). O foco em narrativas, portanto, não substitui a análise institucional; ele a complementa ao revelar as condições simbólicas de sustentação de políticas em arenas de contestação.

3.2 Agenda, controvérsia pública e decisões: como narrativas se conectam a instrumentos de política

Para que a análise narrativa seja relevante para políticas públicas, é preciso explicar por quais vias disputas discursivas podem se relacionar a decisões e instrumentos. Nesse ponto, teorias de agenda ajudam a interpretar conexões plausíveis sem reduzir processos complexos a causalidades lineares. Kingdon (2014) descreve a formação de agenda como resultado de acoplamentos contingentes entre três fluxos: o fluxo de problemas (como questões são reconhecidas), o fluxo de políticas (como comunidades de especialistas produzem alternativas) e o fluxo político (mudanças de governo, clima de opinião, pressões e coalizões). Narrativas podem atuar em cada fluxo: transformam situações em “problemas”, elevam ou desqualificam soluções e reconfiguram o clima político e a legitimidade de atores. Em arenas polarizadas, o fluxo político tende a intensificar a seletividade sobre quais alternativas sobrevivem e quais são descartadas, fazendo da disputa narrativa uma dimensão estratégica para a própria governabilidade da política.

Para este estudo, Kingdon (2014) é particularmente útil por oferecer linguagem analítica para interpretar a relação entre narrativas e janelas de oportunidade. Controvérsias públicas podem abrir janelas ao elevar a visibilidade de um tema; podem também fechá-las ao saturar o debate com acusações e desconfiança. A partir disso, pode-se examinar se determinados marcos decisórios coincidem com mudanças relevantes de enquadramento (por exemplo, deslocamentos do foco em “acesso” para “legalidade” ou “ética”), e como isso se articula à entrada ou saída de alternativas no repertório de decisão. O que se busca não é provar que narrativas “causam” decisões, mas reconstruir mecanismos plausíveis: mudança de coalizões, erosão de apoio institucional, reconfiguração de custos reputacionais, e redefinição do “problema” que a política pretende resolver (Kingdon, 2014; Bacchi, 2009).

Esse diálogo entre narrativas e instrumentos exige, ainda, atenção às dimensões de implementação e estabilidade institucional. Políticas de saúde, especialmente na atenção

primária, são sensíveis a continuidade: interrupções abruptas podem comprometer vínculo, longitudinalidade e capacidade de resposta do sistema. Estudos sobre a atenção primária no SUS e a Estratégia Saúde da Família mostram sua centralidade para a prestação de cuidado comunitário em um sistema universal, evidenciando que mudanças na provisão de médicos e na organização do cuidado podem ter efeitos relevantes sobre desempenho e resultados (Macinko; Harris, 2015). Quando a controvérsia pública se converte em instabilidade institucional, o impacto pode não ser apenas simbólico: pode implicar desorganização de equipes, descontinuidade de serviços e ampliação de desigualdades territoriais.

Nesse sentido, avaliações de políticas associadas ao provimento médico na atenção primária oferecem uma base empírica para contextualizar a importância do debate. Evidências de estudos quase experimentais sobre o Programa Mais Médicos indicaram aumento de oferta de médicos na atenção primária e associações com indicadores de mortalidade evitável/*amenable mortality* em grande número de municípios, o que sugere relevância prática de instrumentos de provimento em áreas vulneráveis (Hone *et al.*, 2020).

Análises críticas da implementação, por sua vez, destacam tensões normativas, institucionais e corporativas que atravessaram a política e influenciaram sua legitimidade pública, apontando a necessidade de compreender como o conflito se organiza discursivamente e como se conecta à sustentação do instrumento (Separavich; Couto, 2021). Esses achados não são usados aqui como “prova final”, mas como elementos de contexto que justificam por que narrativas sobre cooperação e provimento médico importam para a efetividade do direito à saúde: se instrumentos de implementação impactam acesso, então disputas que afetam sua continuidade e governança tornam-se relevantes do ponto de vista constitucional.

A cooperação internacional em saúde, por sua vez, é descrita na literatura brasileira como campo híbrido entre técnica e política, frequentemente articulado a estratégias de inserção internacional e a agendas do próprio SUS (Buss, 2018; Tobar; Buss, 2017). A dimensão cooperativa pode ser narrada como solidariedade e compartilhamento de capacidades, ou como risco de dependência, de captura ideológica e de fragilização regulatória. A disputa, portanto, envolve não apenas avaliação de resultados, mas a definição do que conta como interesse público e quais compromissos normativos (universalidade, equidade, eficiência administrativa, legalidade) devem prevalecer quando entram em tensão.

Do ponto de vista analítico, a articulação entre Kingdon (2014), Bacchi (2009) e Roe (1994) permite um desenho coerente com a metodologia: (a) mapear marcos institucionais e janelas; (b) identificar representações de problema e seus efeitos; (c) reconstruir narrativas

dominantes e contranarrativas e seu papel na legitimação/deslegitimação de instrumentos. Essa tríade sustenta uma leitura que evita tanto o reducionismo economicista (como se a política fosse apenas resultado de recursos) quanto o reducionismo discursivo (como se decisões fossem apenas “fala”). As narrativas são tratadas como mecanismos que mediam a relação entre estrutura institucional, interesses e escolhas públicas.

3.3 Historicidade, trajetórias e direito à saúde: bases para interpretar efeitos e limites

A análise de narrativas em política pública ganha robustez quando é ancorada em uma compreensão histórica da política analisada. Narrativas não emergem em “tábula rasa”: elas se apoiam em memórias sociais, em repertórios institucionais e em trajetórias prévias do SUS e da atenção primária. No século XXI, debates sobre cooperação internacional e provimento médico dialogam com heranças do processo de construção do SUS (universalização em contexto de desigualdades, tensões federativas, subfinanciamento e disputas corporativas) e com a progressiva centralidade da atenção primária como eixo organizador do sistema (Macinko; Harris, 2015).

Assim, compreender a controvérsia sobre Brasil–Cuba exige reconhecer que muitos dos argumentos mobilizados publicamente reatualizam conflitos mais antigos: quem define padrões de qualidade, como se regula trabalho médico, como se equilibra autonomia profissional e necessidades coletivas, e como se distribuem recursos em um país de dimensões continentais.

O aporte histórico, aqui, não se destina a reconstituir toda a história do SUS, mas a fornecer critérios para interpretar a disputa do século XXI como parte de uma trajetória. A literatura de políticas públicas enfatiza que decisões presentes são condicionadas por escolhas passadas, por capacidades acumuladas e por instituições que criam incentivos e constrangimentos. No campo da saúde, isso se manifesta na dependência de trajetória de modelos de atenção, de mecanismos de financiamento e de arranjos federativos.

A partir desse enfoque, a controvérsia sobre cooperação internacional pode ser lida como um episódio em que se cruzam: (i) um problema persistente de provimento; (ii) uma solução de implementação intensiva; (iii) disputas sobre legitimidade e identidade do SUS; e (iv) mudanças no ambiente político-institucional que alteram custos e incentivos de continuidade.

Ao mesmo tempo, é preciso um parâmetro normativo para discutir “reflexos” sem escorregar para juízos impressionistas. Esse parâmetro é o direito à saúde na CF/88. O art. 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, vinculando a garantia do

direito à adoção de políticas e ao acesso universal e igualitário (Brasil, 1988). Tal formulação permite tratar a efetividade do direito à saúde como questão institucional e de política pública: quando instrumentos ampliam acesso, continuidade e equidade, aproximam o sistema do mandato constitucional; quando produzem desorganização, exclusão ou regressividade, afastam-no. Importante notar que “efetividade” não se resume a indicadores finais: inclui a capacidade de manter serviços e de reduzir desigualdades territoriais e sociais, o que torna a atenção primária um ponto privilegiado de observação, por ser porta de entrada e componente organizador do cuidado em sistemas universais (Macinko; Harris, 2015).

Nesse contexto, a contribuição do referencial teórico para a análise metodológica é dupla. Primeiro, oferece uma gramática para operacionalizar categorias de análise: representações de problema (Bacchi, 2009), estrutura narrativa (Roe, 1994) e dinâmica de agenda/alternativas (Kingdon, 2014). Segundo, fornece um horizonte interpretativo para relacionar narrativas a implicações de política pública sem incorrer em causalidades indevidas: o foco recai em mecanismos plausíveis de legitimação e deslegitimação que afetem instrumentos e continuidade, avaliados à luz do comando constitucional de acesso universal e igualitário (Brasil, 1988).

Assim, quando uma narrativa desloca o “problema” de “escassez em áreas vulneráveis” para “ilegalidade do vínculo” ou “ameaça à soberania”, a pesquisa não pretende decidir qual moralidade é superior, mas examinar como esse deslocamento reorganiza prioridades e produz efeitos sobre decisões e arranjos de implementação. Do mesmo modo, quando contranarrativas enfatizam “garantia de acesso”, “redução de vazios assistenciais” e “equidade territorial”, busca-se compreender como tais frames tentam sustentar instrumentos e neutralizar riscos reputacionais.

Por fim, esse enquadramento histórico-normativo impõe limites analíticos importantes: (i) reconhecer que a cooperação internacional é apenas um dos fatores que incidem sobre a efetividade do SUS; (ii) distinguir efeitos discursivos (mudanças de percepção e legitimidade) de efeitos materiais (mudanças em instrumentos e oferta); e (iii) evitar o erro de atribuir a um episódio de controvérsia pública o desempenho global do sistema. Esses limites reforçam a necessidade de triangulação entre corpus narrativo e documentação decisória, conforme previsto no desenho metodológico (Bardin, 2011). Dessa forma, o referencial teórico não opera como “decoração” conceitual, mas como base para um procedimento de análise que busca rigor interpretativo, rastreabilidade e pertinência ao campo de políticas públicas e saúde coletiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise do corpus documental e midiático do século XXI evidenciou que a cooperação Brasil–Cuba no campo da saúde foi publicamente disputada menos como um “arranjo técnico” e mais como um objeto político-moral, organizado por narrativas concorrentes que definem (i) o que é o problema público a ser enfrentado, (ii) quem são os responsáveis e (iii) quais soluções são aceitáveis. Esse padrão é coerente com a literatura de narrativas em políticas públicas, segundo a qual histórias dominantes e contranarrativas operam como mecanismos de estabilização ou contestação de cursos de ação, sobretudo em ambientes polarizados e de alta visibilidade (Roe, 1994; Jones; McBeth; Shanahan, 2014).

No material analisado, observou-se a recorrência de quatro enquadramentos (frames) estruturantes, frequentemente combinados: (1) acesso/equidade, (2) soberania/ideologia, (3) regulação/qualidade profissional e (4) trabalho/direitos/contratualidade. Esses enquadramentos funcionaram como “atalhos cognitivos” de debate público, reorganizando prioridades e deslocando o foco entre a efetividade do direito à saúde e controvérsias sobre legitimidade política e laboral (Entman, 1993; Stone, 2012).

O primeiro enquadramento, acesso/equidade, construiu a cooperação como resposta a vazios assistenciais e como mecanismo de garantia mínima de atenção primária em territórios de difícil provimento, atribuindo centralidade à universalidade e ao acesso contínuo como expressão prática do direito à saúde. Esse frame se apoia na ideia de que, diante de escassez e má distribuição, a política deve privilegiar a capacidade de ofertar cuidado em áreas vulneráveis, mesmo que por instrumentos extraordinários. A evidência institucional e avaliativa costuma reforçar a relevância prática do provimento para a atenção primária: relatórios oficiais do Ministério da Saúde destacaram cobertura e expansão de atendimento associadas ao programa e à cooperação com a OPAS, e estudos quantitativos sugeriram aumento de oferta médica e associação com indicadores sensíveis à APS em milhares de municípios (Brasil, 2018; Hone *et al.*, 2020). No plano discursivo, esse enquadramento tende a narrar o usuário do SUS como personagem central (a “população desassistida”), enquanto o Estado e os provedores aparecem como agentes incumbidos de cumprir um dever constitucional, deslocando a controvérsia do plano geopolítico para a obrigação de assegurar acesso em tempo oportuno.

O segundo enquadramento, soberania/ideologia, reconfigurou o debate como disputa sobre interesses políticos e alinhamentos internacionais, frequentemente apresentando a cooperação como símbolo de “projeto ideológico” ou como ameaça a valores nacionais.

Nesse frame, o problema não é a escassez de médicos, mas a legitimidade do arranjo e o que ele “representa” politicamente, o que altera o critério de avaliação: a política passa a ser julgada pela sua conformidade com um ideal de soberania e autonomia, e não pela capacidade de reduzir vazios assistenciais. Esse deslocamento é compatível com a lógica de “representações de problema” descrita por Bacchi, na qual a política e o debate público produzem o que será reconhecido como problema e, com isso, delimitam soluções imagináveis (Bacchi, 2009). Na série histórica dos eventos, esse enquadramento ganhou força em momentos de transição política e de elevada polarização, quando a disputa pública ampliou custos reputacionais do arranjo e intensificou pressões por revisão de termos.

O terceiro enquadramento, regulação/qualidade profissional, organizou a controvérsia em torno de requisitos de habilitação, validação de diplomas, padrões de desempenho e “segurança” do cuidado, articulando uma narrativa de proteção do usuário por meio de barreiras regulatórias. Textos e declarações frequentemente mobilizam a ideia de que a qualidade da atenção depende de mecanismos formais de certificação e de equivalência de credenciais, reposicionando o médico como personagem central (o “profissional apto” versus o “não validado”). No material jornalístico e institucional sobre a saída de Cuba do programa em 2018, esse frame aparece de modo explícito ao se reportarem exigências como revalidação do diploma e contratação individual como condições de continuidade, tratadas por Cuba como inaceitáveis (Agência Brasil, 2018; El País, 2018). Do ponto de vista da análise de discursos, esse enquadramento opera como estratégia de legitimação: desloca o debate da cobertura assistencial para a conformidade procedimental, tornando “regularidade” e “controle” as categorias morais prioritárias.

O quarto enquadramento, trabalho/direitos/contratualidade, incidiu sobre a forma de remuneração, a intermediação institucional, a liberdade contratual e alegações de exploração. Ele se aproxima de controvérsias internacionais mais amplas sobre missões médicas cubanas e sua governança, e, no caso brasileiro, ganhou projeção em episódios específicos, como o encerramento da participação cubana e repercussões posteriores. Em 2018, documentos e reportagens apresentaram de modo recorrente a disputa sobre recebimento integral de salários, condições de permanência e presença de familiares como eixo justificativo de mudança do arranjo (El País, 2018; Veja, 2018). Em 2025, a agenda ressurgiu em chave internacional, com cobertura noticiosa sobre medidas dos Estados Unidos envolvendo restrições de vistos e acusações de práticas coercitivas associadas a missões médicas cubanas, recolocando o frame trabalhista como critério de avaliação do arranjo (Politico, 2025; El País, 2025). Analiticamente, esse enquadramento tende a produzir uma tensão típica de políticas sociais: a

competição entre valores de equidade de acesso (usuário como prioridade) e valores de direitos trabalhistas e autonomia contratual (profissional como prioridade), cuja resolução depende mais de coalizões e legitimidade do que de prova técnica isolada (Stone, 2012).

A dinâmica temporal dos discursos mostrou que os enquadramentos não atuam de forma estática. Em termos de agenda, o corpus acadêmico sobre o programa e sua repercussão indica que a controvérsia foi constitutiva do processo: a mídia e atores institucionais contribuíram para a construção pública do problema e para a disputa de legitimidade do instrumento, interferindo na percepção social sobre o programa (Langbecker *et al.*, 2019).

Além disso, análises sobre a entrada do tema na agenda governamental destacam a atuação de atores e estratégias que viabilizaram a política, sugerindo que a disputa discursiva deve ser lida junto da competição institucional e das janelas políticas (Pinto *et al.*, 2022). Assim, os resultados da análise indicam que a cooperação Brasil–Cuba operou como “objeto narrativo” capaz de condensar debates maiores sobre o SUS: financiamento, desigualdades regionais, papel do Estado e identidades políticas.

Quanto aos efeitos institucionais observáveis, a análise documental e a triangulação com marcos públicos apontam que o ápice da controvérsia em 2018 coincidiu com uma inflexão decisiva: a formalização, por instâncias internacionais, do cronograma de saída de médicos cubanos até dezembro daquele ano, após a decisão do governo cubano de encerrar a participação no programa (OPAS, 2018). Esse evento funcionou como “ponto de virada” narrativo e institucional: consolidou a narrativa da ruptura como fato consumado, reorganizou justificativas e acionou respostas emergenciais para recomposição de vagas.

A partir da perspectiva de Kingdon, trata-se de momento em que o fluxo político (transição governamental e clima de opinião) e o fluxo de problemas (vazios assistenciais) passaram a competir sob forte disputa de significados, tornando a continuidade do instrumento dependente de renegociação simbólica e institucional (Kingdon, 2014). Aqui, o resultado central não é atribuir causalidade simples (“o discurso causou a saída”), mas demonstrar que a controvérsia reconfigurou o custo político e a legitimidade pública do arranjo, influenciando condições de governabilidade do instrumento, conforme preveem abordagens de política discursiva (Fischer, 2003; Hajer, 1995).

No plano substantivo do direito à saúde (CF/88), os achados discursivos são relevantes por duas razões. Primeiro, porque a efetividade do direito, em sistemas universais, depende da continuidade de serviços e da capacidade de prover atenção primária com estabilidade territorial; logo, narrativas que deslegitimam instrumentos podem produzir riscos de descontinuidade que incidem principalmente sobre populações vulneráveis (Brasil, 1988;

Macinko; Harris, 2015). Segundo, porque a disputa de narrativas frequentemente desloca o debate de “como garantir acesso universal e igualitário” para “como punir, denunciar, controlar ou simbolizar” o arranjo, o que pode reduzir o espaço deliberativo para alternativas híbridas (por exemplo, aperfeiçoar governança e garantias trabalhistas sem perder cobertura). Nessa chave, a análise evidenciou que frames de regulação e de trabalho tendem a operar como “provas morais” no debate público, enquanto o frame acesso/equidade opera como “prova social”, uma tensão que, quando não mediada por desenho institucional robusto, favorece soluções de ruptura em detrimento de soluções de reforma incremental (Stone, 2012; Bacchi, 2009).

Em síntese, os resultados sustentam que o conflito discursivo sobre Brasil–Cuba no século XXI deve ser interpretado como disputa por definição do problema público e por autoridade moral sobre o que conta como política legítima no SUS. O material analisado sugere que a cooperação foi narrada alternadamente como (i) solução emergencial de justiça territorial, (ii) símbolo de alinhamento ideológico, (iii) problema regulatório-profissional e (iv) controvérsia trabalhista de alcance internacional. A contribuição analítica reside em mostrar que essas narrativas não são apenas comentários “sobre” a política: elas moldam condições de agenda, sustentação e ruptura de instrumentos, e por isso são parte do próprio mecanismo de implementação e de disputa sobre a efetividade do direito à saúde (Roe, 1994; Jones; McBeth; Shanahan, 2014; Langbecker *et al.*, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo examinou, no recorte do século XXI, como a cooperação Brasil–Cuba no campo da saúde foi constituída publicamente como um objeto narrativo e como a disputa de discursos se articulou a condições de legitimidade e governabilidade de instrumentos relacionados à Atenção Primária no SUS. O achado central é que a controvérsia não operou apenas como “debate paralelo” à política, mas como mecanismo que redefiniu o problema público, reorganizou critérios de avaliação e elevou custos políticos associados à continuidade de determinados arranjos. À luz da análise de narrativas e enquadramentos, observou-se que o debate foi estruturado por frames recorrentes: acesso/equidade; soberania/ideologia; regulação/qualidade; e trabalho/direitos/contratualidade, que competiram entre si, alternando o foco entre a efetividade do direito à saúde e disputas moralizadas sobre legitimidade.

Os resultados indicam que o frame acesso/equidade foi o mais diretamente conectado ao núcleo normativo do art. 196 da CF/88, ao posicionar a população desassistida como

personagem prioritária e o Estado como agente responsável por assegurar universalidade e continuidade do cuidado. Em contraste, frames como soberania/ideologia e regulação/qualidade deslocaram o centro do debate para dimensões simbólicas e procedimentais, frequentemente convertendo a política em marcador identitário e reduzindo o espaço deliberativo para soluções híbridas (por exemplo, aperfeiçoar salvaguardas e governança sem perda de cobertura). O frame trabalho/direitos/contratualidade, por sua vez, reintroduziu tensões distributivas e éticas, reposicionando o debate em torno da proteção do profissional e de disputas sobre a natureza do vínculo, com repercussões internacionais. Em conjunto, tais narrativas atuaram como filtros de legitimidade, influenciando quais alternativas pareciam politicamente aceitáveis em momentos de janela e inflexão institucional.

Quanto às conclusões, sustenta-se que a disputa discursiva sobre a cooperação Brasil–Cuba funcionou como uma arena de definição concorrente do que seria “defender o SUS”: ora pela via da garantia de acesso em territórios vulneráveis, ora pela via de critérios de soberania, regulação e moralidade contratual. O ponto decisivo não é afirmar uma causalidade linear entre discursos e decisões, mas demonstrar que a estabilização de certos enquadramentos alterou o cálculo político-institucional sobre continuidade e desenho de instrumentos de implementação. Nesse sentido, a efetividade do direito à saúde aparece como variável sensível às condições de sustentação pública das políticas: quando a disputa narrativa desloca o debate para critérios que despriorizam cobertura e continuidade, aumenta o risco de descontinuidade em serviços essenciais e de aprofundamento de desigualdades territoriais.

Como contribuição inovadora, o estudo agrega uma leitura que integra (i) análise narrativa, (ii) dinâmica de agenda e legitimidade e (iii) parâmetro constitucional do direito à saúde. Ao invés de tratar “influência de Cuba” como hipótese substantiva única, o artigo reorienta o foco para como narrativas sobre a cooperação produziram efeitos na governabilidade e na aceitabilidade pública de instrumentos do SUS. Essa abordagem permite compreender controvérsias não apenas como polarização política, mas como processos que estruturam representações de problema e, portanto, reorganizam prioridades e decisões. A inovação também reside em propor um desenho analítico capaz de comparar momentos e atores por meio de categorias rastreáveis (personagens, causalidade, prescrição, legitimidade e efeitos alegados), favorecendo replicabilidade em estudos semelhantes sobre políticas públicas controversas.

As limitações do estudo derivam, principalmente, da natureza e da heterogeneidade das fontes discursivas. Em primeiro lugar, a análise de narrativas é sensível à seleção do corpus; apesar do esforço de amostragem por eventos, é possível que certos discursos

relevantes tenham permanecido fora da amostra. Em segundo lugar, a pesquisa não pretende quantificar “impacto” causal dos discursos sobre resultados em saúde, e qualquer inferência sobre consequências materiais permanece condicionada à triangulação com documentos decisórios e evidências secundárias. Em terceiro lugar, a própria categoria “cooperação Brasil–Cuba” envolve múltiplas camadas (institucional, internacional, laboral e moral), o que pode gerar sobreposição de frames e exigir cautela para não reduzir posições a dicotomias simplificadoras. Por fim, a pesquisa se concentra na arena pública e institucional; não captura plenamente percepções de usuários e profissionais na ponta, o que pode ser explorado em etapas futuras.

Como recomendações, sugere-se, para a gestão pública e para a agenda de pesquisa, quatro direções principais. A primeira é fortalecer a governança comunicacional de políticas sensíveis: políticas de provimento e cooperação devem incorporar, desde o desenho, estratégias de transparência e prestação de contas sobre resultados, custos, mecanismos de supervisão e garantias, reduzindo vulnerabilidade a deslocamentos narrativos que obscureçam a finalidade de acesso e equidade. A segunda é aprimorar arranjos de política que conciliem continuidade assistencial e salvaguardas regulatórias e trabalhistas, evitando que dilemas legítimos (qualidade, direitos e soberania) sejam tratados como justificativa automática para rupturas com efeitos regressivos em territórios vulneráveis. A terceira é estimular avaliações contínuas e públicas, com indicadores sensíveis à APS e ao direito à saúde, de modo que a controvérsia seja disputada com base em evidência e com reconhecimento explícito de valores em jogo. A quarta, para pesquisas futuras, é ampliar o desenho metodológico com entrevistas com formuladores, gestores locais e usuários, além de análises comparadas (entre países ou entre diferentes modelos de provimento), permitindo testar mecanismos narrativos e institucionais com maior densidade empírica.

Em conclusão, verifica-se que, no século XXI, a cooperação Brasil–Cuba em saúde operou como catalisador de debates mais amplos sobre o SUS e o direito à saúde, evidenciando que a efetividade constitucional não depende apenas de normas e recursos, mas também da disputa pública por legitimidade e sentido das políticas. Compreender e mapear essas narrativas é, portanto, parte do esforço analítico para proteger a continuidade de instrumentos que sustentam acesso e equidade, ao mesmo tempo em que se aperfeiçoam garantias institucionais e direitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Cuba deixa Mais Médicos por discordar de exigências do governo eleito**. Brasília, DF: EBC, 14 nov. 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-11/cuba-deixa-mais-medicos-por-discordar-de-exigencias-do-governo-eleito>. Acesso em: 11 fev. 2026.
- BACCHI, Carol Lee. **Analysing policy: what's the problem represented to be?** Frenchs Forest: Pearson Education, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 fev. 2026.
- EL PAÍS. **Cuba decide sair do Mais Médicos após condições anunciadas por Bolsonaro**. São Paulo, 14 nov. 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/11/14/politica/1542212032_463199.html. Acesso em: 11 fev. 2026.
- ENTMAN, Robert M. Framing: toward clarification of a fractured paradigm. **Journal of Communication**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 51-58, 1993. DOI: 10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>. Acesso em: 11 fev. 2026.
- FISCHER, Frank. **Reframing public policy: discursive politics and deliberative practices**. Oxford: Oxford University Press, 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/book/7484>. Acesso em: 11 fev. 2026.
- HAJER, Maarten A. **The politics of environmental discourse: ecological modernization and the policy process**. Oxford: Oxford University Press, 1995. Disponível em: <https://academic.oup.com/book/2959>. Acesso em: 11 fev. 2026.
- HONE, Thomas *et al.* Impact of the Programa Mais Médicos (More Doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. **BMC Health Services Research**, London, v. 20, art. 873, 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05716-2. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7491024/>. Acesso em: 11 fev. 2026.
- JONES, Michael D.; McBETH, Mark K.; SHANAHAN, Elizabeth A. Introducing the Narrative Policy Framework. In: JONES, Michael D.; SHANAHAN, Elizabeth A.; McBETH, Mark K. (ed.). **The science of stories: applications of the Narrative Policy Framework in public policy analysis**. New York: Palgrave Macmillan, 2014. p. 1-25. DOI: 10.1057/9781137485861_1. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137485861_1. Acesso em: 11 fev. 2026.
- KINGDON, John W. **Agendas, alternatives, and public policies**. 2. ed. Harlow: Pearson, 2014.
- LANGBECKER, Andrea *et al.* A cobertura jornalística sobre temas de interesse para a saúde coletiva brasileira: uma revisão de literatura. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e1800095, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e1800095/>. Acesso em: 11 fev. 2026.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's Family Health Strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015. DOI: 10.1056/NEJMp1501140. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>. Acesso em: 11 fev. 2026.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Mais Médicos**: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. Brasília, DF: OPAS/OMS, 19 nov. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/19-11-2018-mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil>. Acesso em: 11 fev. 2026.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* What made the Mais Médicos (More Doctors) Program enter the government agenda? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2543-2552, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n7/2543-2552/en/>. Acesso em: 11 fev. 2026.

POLITICO. **US imposes visa restrictions on Brazilian officials for working with Cuban medical mission**. [S. l.], 13 ago. 2025. Disponível em: <https://www.politico.com/news/2025/08/13/state-department-brazil-visa-restrictions-cuba-00508651>. Acesso em: 11 fev. 2026.

ROE, Emery. **Narrative policy analysis**: theory and practice. Durham; London: Duke University Press, 1994. Disponível em: <https://read.dukeupress.edu/books/book/592/Narrative-Policy-AnalysisTheory-and-Practice>. Acesso em: 11 fev. 2026.

SEPARAVICH, Marco Antonio; COUTO, Marcia Thereza. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yXM6mFq3xDhBPNQCpGRDpBv/>. Acesso em: 11 fev. 2026.

SHANAHAN, Elizabeth A.; JONES, Michael D.; McBETH, Mark K. The Narrative Policy Framework. In: WEIBLE, Christopher M.; SABATIER, Paul A. (ed.). **Theories of the policy process**. 4. ed. New York: Routledge, 2018. DOI: 10.4324/9780429494284-6. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780429494284-6/narrative-policy-framework-elizabeth-shanahan-michael-jones-mark-mcbeth-claudio-radaelli>. Acesso em: 11 fev. 2026.

STONE, Deborah. **Policy paradox**: the art of political decision making. 3. ed. New York: W. W. Norton & Company, 2012. Disponível em: <https://wwnorton.com/books/Policy-Paradox>. Acesso em: 11 fev. 2026.

VEJA. **Bolsonaro: “Infelizmente, Cuba não aceitou” condições para Mais Médicos**. São Paulo: Abril, 14 nov. 2018. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/bolsonaro-infelizmente-cuba-nao-aceitou-condicoes-para-mais-medicos/>. Acesso em: 11 fev. 2026.