

## Uma experiência precursora do SUS com a participação de Paulo Freire

A precursor experience of the SUS with the participation of Paulo Freire

Débora Mazza (<https://orcid.org/0000-0002-8968-4597>)<sup>1</sup>

Francisco Hideo Aoki (<https://orcid.org/0000-0002-9003-8488>)<sup>2</sup>

Nelson Rodrigues dos Santos (<https://orcid.org/0000-0001-8607-3339>)<sup>3</sup>

Silvia Maria Santiago (<https://orcid.org/0000-0003-0587-2935>)<sup>3</sup>

Adriana Varani (<https://orcid.org/0000-0002-7480-4998>)<sup>4</sup>

**Abstract** *The text is based on a round table held at the Faculty of Education (FE) of the State University of Campinas (Unicamp) as one of the activities to commemorate Paulo Freire's Centenary (2021). It aims to record part of his time at the university, from 1980 to 1991, based on the work conducted with FE and the Faculty of Medical Sciences (FCM) through training and extension activities at the Paulínia-SP School Health Center. It also describes and analyses the agendas of the country's re-democratization process, the clashes over public policies in the National Constituent Assembly, and the process of setting up an integrated and universal system of education and collective public health from a participatory perspective.*

**Key words** *Paulo Freire, Popular Education, Public and Collective Health*

**Resumo** *O texto desenvolve-se a partir de uma mesa redonda realizada na Faculdade de Educação (FE) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), como uma das atividades de comemorações do Centenário de Paulo Freire (2021). Objetiva registrar parte da sua passagem por essa universidade, nos anos de 1980 a 1991, a partir do trabalho realizado com a FE e Faculdade de Ciências Médicas (FCM) por meio de atividades de formação e extensão no Centro de Saúde Escola de Paulínia-SP. Descreve e analisa as pautas do processo de redemocratização do país, os embates em torno das políticas públicas na Assembleia Nacional Constituinte e o processo de constituição de um sistema integrado e universal de educação e saúde pública coletiva a partir de uma perspectiva participativa.*

**Palavras-chave** *Paulo Freire, Educação Popular, Saúde Pública e Coletiva*

<sup>1</sup> Departamento de Ciências Sociais na Educação, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). R. Carlos Gomes 241, Cidade Universitária. 13083-970 Campinas SP Brasil. [dmazza@unicamp.br](mailto:dmazza@unicamp.br)

<sup>2</sup> Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campinas SP Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campinas SP Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Ensino e Práticas Culturais, Faculdade de Educação, Unicamp. Campinas SP Brasil.

## Introdução

*Existe um certo pragmatismo que se impôs a todas as dimensões da vida cotidiana que entende que educar se restringe à formação instrumental.*

*Com base nesta concepção, a Educação tem se limitado a capacitar Homens e Mulheres para que possam adequar-se às necessidades da vida tecnológica [...] adaptados, práticos e operativos. Me parece que este enfoque adentra os Seres Humanos para o modelo tecnológico capitalista neoliberal e todo adestramento é um empecilho à saúde política de Seres Humanos. [...]. Já o trabalho do educador progressista do Terceiro Mundo busca superar certas limitações marcantes neste final de século. São limitações sociais, econômicas e culturais mundiais enraizadas numa certa concepção de progresso e civilização. [...]. Uma educação progressista coloca mais ênfase na potencialidade humana de interagir e constituir coletivamente o seu entorno. Portanto a superação insiste na abertura para a interação coletiva [...]. Neste outro enfoque, a competência instrumental e tecnológica viria comandada pela necessidade de transformar-se a si mesmo em direção a ser mais gente e ao fazê-lo, o ser humano constitui-se coletivamente com o mundo<sup>1</sup>.*

A citação acima compõe um conjunto de reflexões realizadas por Paulo Freire com docentes, estudantes e pesquisadores da Unicamp, no período em que atuou como docente. Ele esteve vinculado à universidade de 1980 a 1991 e atuou em várias frentes de formação em educação popular, dentro e fora dos seus muros.

Ivany Pino, à época, chefe do departamento que acolheu Paulo Freire relata:

*Paulo Freire retorna ao seu país, após longo exílio, que o forçou a viver no exterior. O golpe civil militar de 1964 ocorrido no Brasil afastou Freire dos seus trabalhos na universidade, nos círculos de cultura e no Programa Nacional de Alfabetização de Adultos. Também interrompeu seus contatos com os familiares, os amigos e o povo brasileiro, os quais o educador amava [...]. Freire foi levado a aprender a conviver com outros povos – americanos por curto período, europeus e, sobretudo, africanos, de países nos quais suas teorias e metodologias são abraçadas com força, crédito, limites e coragem! [...]. De volta ao Brasil, o educador traz consigo imagens, fantasias, desejos, imaginação e vontade de retomar seus trabalhos pessoais e acadêmicos, concretizados em equipes, conversas e diálogos, círculos de cultura impedidos e inter-*

*rompidos violentamente pela ditadura.... Nesses novos tempos e espaço de sua vida, de regresso ao seu povo [...] parte da experiência de Paulo Freire como andarilho do mundo foi acolhida na Unicamp, na FE, no Departamento de Ciências Sociais Aplicadas à Educação, na convivência da vida acadêmica com jovens em salas de aula, com professores e pesquisadores seus colegas, [...].*

*Com amor e paciência, que sempre cunhavam sua presença, Paulo falava e opinava sobre os diferentes temas e colegas, independentemente de posições teóricas, metodológicas, político-partidárias e de nacionalidade, de suas experiências pessoais e de convívio anteriores, procurando se reintegrar a assuntos dos quais ficou tanto tempo afastado. Sua vivência extrapola as salas de aula e se expande para movimentos sociais, grupos religiosos, educação de base, teologia da libertação e agentes de saúde que atuavam nas periferias de Campinas e de São Paulo, mediante sua articulação na FE Unicamp e na PUC/SP. Uma das práticas pedagógicas de Paulo Freire que eu gostaria de destacar foi sua articulação com um grupo de professores-médicos de saúde pública da FCM da Unicamp, que atuava com alunos-estagiários em um Posto de Saúde de Paulínia, trabalhando com os moradores em movimentos sociais de saúde pública<sup>2</sup>.*

Em comemoração ao centenário de nascimento de Paulo Freire, a FE mobilizou vários professores, estudantes e pesquisadores com uma agenda que recuperou a passagem do educador pela instituição, seu trabalho, sua vida e sua obra. No contexto das efemérides, a FE e a FCM organizaram uma mesa redonda intitulada *Paulo Freire e a saúde coletiva: a FCM/Unicamp e o CSE de Paulínia-SP*, ocorrida remotamente, em 26/11/2021. Paulínia é um município no interior do estado de São Paulo. Localizado no noroeste do estado, dista cerca de 119 km da capital e faz parte da região metropolitana de Campinas, constituindo uma região de elevado desenvolvimento industrial. Sua população foi estimada em 2018 pelo IBGE em 106.776 habitantes (disponível em: <https://youtu.be/Y-KPM7F5MoE>. Acessado 05/07/2023). Esse artigo, desenvolvido com os participantes, retoma um diálogo estabelecido anos atrás, tendo como foco a construção do SUS.

### **Oferta de serviços de saúde atrelada aos direitos humanos; uma prática em construção**

Exposições e debates ocorridos nas décadas de 1970 e 1980 contribuíram para a formação de

uma consciência crítica sobre a saúde no Brasil, levando à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema foi concebido com base nos princípios da Universalidade (todos têm direito à saúde), Integralidade (garantir todos os níveis de atenção à saúde), Equidade (reduzir desigualdades) e Participação Social (envolver a população nas decisões sobre saúde). O SUS é considerado um dos maiores avanços sociais do Brasil, apesar dos desafios que ainda enfrenta em sua implementação. Embora ele seja o marco, ainda na época da ditadura militar, diante do contexto político restritivo à participação política, ocorreram diversas iniciativas municipais e estaduais na área da saúde. Essas iniciativas buscavam uma resposta a questões como desigualdade social, êxodo rural, urbanização acelerada e falta de acesso adequado aos serviços de saúde. A consciência de liberdades democráticas e de direitos humanos nos anos 1970, pavimentaram as iniciativas históricas como as redes municipais de Unidades Básicas e os Centros de Saúde Escolas no Estado de São Paulo. Nas palavras de Nelson Rodrigues dos Santos,

*A postura do então Secretário Estadual de Saúde, Walter Leser, e sua equipe foi de ímpar competência e lucidez ao propor nos anos 1970 em plena ditadura, a criação de 17 Centros de Saúde Escola (CSE) em convênios entre Secretarias de Saúde, Escolas Médicas e Prefeituras Municipais. Na experiência em foco abordarei ricas atividades e aprendizados no CSE de Paulínia (CSEP) entre 1978 e 1983 quando os docentes e os estudantes interviam na realidade de saúde junto à população municipal. Muito importante (aparentemente um senso comum atualmente), relacionar-se com o paciente de forma integrada. Naquela época as ações de prevenção eram totalmente separadas das ações de cura. Havia profissionais e unidades de saúde somente para prevenir e outras unidades de saúde somente para curar. Isto acontecia quando a realidade de vida, principalmente das maiores mais injustiçadas, necessitava, simultaneamente, de prevenção e cura. O Estado dava uma resposta desintegrada.*

*O propósito do CSE era atender a população integralmente: na vacinação, no saneamento básico dos domicílios, na alimentação, nos padrões de vida, no pré-natal para partos normais etc. Quanto aos doentes, o grande desafio era trabalhar no chamado diagnóstico precoce. Por que não surpreender a doença em seu início onde o diagnóstico é muito mais simples, menos caro e menos especializado: um direito de cidadania daquela pessoa que pode ter a sua doença resolvida antes de agravar*

*o quadro e ter consequências de maior sofrimento? Este CSE foi uma das sementes do que hoje já está constitucionalmente disposto na construção de atenção universal, integral e equitativa à saúde, simultaneamente prevenindo e curando.*

*A ditadura fechou o CSEP em 1975, como se colocasse uma pata de animal em cima. A repressão incidiu sobre o Centro e sobre a própria Unicamp, assim como muitas entidades públicas se vergaram às patas da ditadura. É importante registrar isto, pois foi um acontecimento institucional, de sujeição de uma Universidade como a Unicamp que traz em si, o papel e a obrigação de instituição pública interagir pesquisa, ensino e extensão.*

*Em 1978, três anos após o fechamento, o CSE de Paulínia retomou suas atividades, reduzindo seu atendimento a um pequeno número de médicos pediatras, de adultos e ginecologistas frente a uma demanda além da disponibilidade. Porém, dirigentes da Organização Pan Americana (OPAS) e da Unicamp buscavam retornar às práticas do CESP. A mim, coube a coordenação dessa incumbência.*

*Com afincos, retomamos os programas desativados, os estágios de residentes, de médicos internos e de graduandos de medicina e enfermagem. Tudo feito com muito cuidado porque o país continuava sob ditadura e as iniciativas propostas eram extremamente sensíveis aos setores conservadores e ao governo, como, por exemplo: colocar acadêmicos e estudantes de graduação e pós-graduação em medicina e enfermagem junto à população, em atividades que o governo civil-militar condenava. Os estágios eram vistos como algo perigoso, assim como o aumento do número de docentes no CSEP. Apesar dessas restrições do sistema autoritário, nos departamentos de clínica geral, de ginecologia/obstetrícia e de pediatria foram alocando mais docentes para rodiziar em Paulínia com o objetivo de ampliar as atividades.*

*A seguir, ouve-se a palavra de Hideo Aoki:*

*Na década de 1980, José Aristodemo Pinotti, do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FCM e reitor da Unicamp (1982-1986), reconhecendo a contribuição nacional e internacional de Paulo Freire no que se convencionou chamar de extensão universitária, convidou-o para assessorar esse setor da Reitoria e acompanhar vários programas, projetos e ações. Dentre eles, a formação dos médicos e enfermeiros, o acompanhamento dos residentes no CSE de Paulínia, o contato com os pacientes, familiares, a comunidade e a saúde pensada como educação popular.*

*Aoki era aluno do curso de graduação de Medicina da Unicamp quando o Professor Pau-*

lo Freire passou pelo CSEP. Ele foi influenciado por suas intervenções e seus aprendizados incorporados na perspectiva de uma ação integradora entre os profissionais da FCM rumo a uma atuação multiprofissional que envolvia docentes, médicos, estudantes, residentes, agentes de saúde, pacientes e comunidade. Todos tinham igual importância no sucesso do trabalho de educação e saúde coletiva. Ele se lembra do Prof. Nelson à frente de uma festa junina, com um lenço amarrado na cabeça servindo os participantes. Esse professor já era uma referência na OPAS, e um dos idealizadores do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionando-se com os alunos daquela forma horizontal tal como permanece ainda hoje. Como era ainda muito jovem, Aoki pondera que não tinha noção da magnitude que aquela experiência deixaria na sua formação como médico.

O Prof. Nelson e a Profa. Silvia trabalharam muito para a saúde pública de Paulínia. O trabalho era regido por um convênio tripartite que envolvia a Unicamp e os governos municipal e estadual. Num determinado momento, a Prefeitura de Paulínia rompeu unilateralmente o contrato, causando descontinuidade no campo de formação, estágio e residência dos alunos como já mencionado pelo Prof. Nelson que também realçou a retomada. Sobre esses fatos, Aoki comenta:

*Às vezes os secretários de saúde dos municípios não têm visão da melhoria que um trabalho conjunto de instituições pode alcançar na saúde pública. Era um projeto que funcionava muito bem e as estatísticas de cobertura vacinal do município eram as maiores do país, atingindo cerca de 95%. Entretanto, tudo na saúde é muito politizado e a elaboração, implementação, financiamento e avaliação das políticas públicas dependem de pessoas no comando e vontade política.*

Todos eram coparticipes das atividades desenvolvidas na Santa Casa de Misericórdia de Campinas (SCMC), onde funcionava a FCM/Unicamp e no CSEP. Aoki, como aluno, interagia sem cerimônia com os docentes, de maneira multiprofissional valorizando as tratativas de cuidado com a saúde coletiva. Por ter passado pela experiência interdisciplinar e interprofissional assinala:

*Hoje, o neoliberalismo nos açoita por todos os lados, tem apagado esta perspectiva da educação popular e pública em saúde o que acarreta prejuízos na qualidade de formação dos alunos de graduação e pós-graduação e no atendimento ambulatorial. Mas existem profissionais resistentes que se dedicam a uma formação humanista, induzindo a uma conduta interativa do fazer médico e da*

*promoção da saúde. A própria ética da profissão responsabiliza o médico por uma medicina que dê guarida e atenção aos pacientes. Caso contrário, a qualidade da formação em medicina vai ficando prejudicada. Os alunos devem ser responsáveis pelo atendimento aos pacientes e não podem ser meros solicitadores de exames e profissionais mal interpretadores de resultados e condutores inadequados de hipóteses diagnósticas. Muitos médicos não examinam, não perguntam e não ouvem o outro. Esses procedimentos nós aprendemos com o Prof. Paulo Freire quando ele insistia que o prioritário era ouvir o outro e que a relação do médico com equipe de saúde, paciente, família e comunidade era uma troca de vivências, experiências e conhecimentos. Estamos todos interligados pois o médico também é um membro da comunidade e isto é uma realidade.*

*Naquela época, a perspectiva multidisciplinar, dialógica e interconectada nos formou como estudantes, residentes, médicos e docentes na Unicamp. Muitos exemplos inadequados eram identificados pelos estudantes como modelos que não queríamos repetir. Houve docentes que através de atitudes simples e comportamentos respeitosos de cuidado com o outro nos marcaram de modo poderoso e efetivo.*

*O atendimento na SCMC e no CSEP envolvia residentes, estudantes, docentes numa formação ambulatorial poderosa. Seguíamos o exemplo do Prof. Nelson na Saúde Coletiva, do Prof. Ronan José Vieira na Clínica Médica e na Emergência, dentre outros. Eles estavam lá e nos ensinavam por meio da conduta respeitosa com os pacientes, da atitude inclusiva com a equipe, dos procedimentos corretos e da intervenção assertiva. Isso definiu nossa formação como médicos. Quando estávamos na SCMC e no CSEP, todos se encontravam e aprendíamos muito com conversas, avaliando, organizando a formação e o trabalho. Depois que viemos para o campus, ao Hospital das Clínicas da Unicamp (HC), nos isolamos em nossos gabinetes e os encontros diminuíram. Isto entristeceu nossas relações.*

Uma lição ficou daquela experiência de formação de médicos: a busca pelo melhor trato aos pacientes, mesmo considerando que as condições de financiamento e a falta de leitos gerassem muitas dificuldades relacionais, operacionais e administrativas. A educação em saúde, o SUS e a educação popular, segundo Paulo Freire, têm muitos pontos de convergência porque valorizam os saberes populares e as práticas de cuidado. “Nossa experiência e a condição de vida dos nossos pacientes confirmam esta afirmação” comentou Aoki.

O método Paulo Freire apresenta a educação como um ato político que visa o compromisso com a transformação do mundo. E continua Aoki:

*Será que em saúde é diferente? O que se quer é transformar a condição de saúde dos pacientes? É possível buscar soluções interessantes integrando os saberes dos médicos, das equipes e dos pacientes por meio de uma relação de poder compartilhado? Essas são questões respondidas pela Constituição Federal de 1988 (CF) quando se começou a desenhar um modelo de saúde e educação para todos. Prof. Nelson foi um dos idealizadores e implementadores do SUS, um dos sistemas mais evoluídos do planeta. A CF/1988 aproxima a saúde dos direitos humanos, sociais e universais. Assim, é virtuoso lembrar as articulações entre Paulo Freire e a assessoria dada à equipe da FCM que atuava no CSE de Paulínia como uma ação importante e bem-sucedida de formação, de extensão e de efetivação de direitos.*

Durante a discussão, seguiram-se as colocações do Prof. Nelson:

*Em relação ao perfil da população, tornou-se impactante ver que as salas de espera dos ambulatórios começaram a ficar pequenas para tantos pacientes. A população vinha de madrugada antes do CSE abrir e formava filas de espera. Iniciou-se uma preocupação com a chegada de pessoas com doenças mais avançadas e se o atendimento deveria começar por elas ou pelos que chegavam em primeiro. Como estariam as necessárias consultas oportunamente precoces? Como eram os locais de trabalho e as residências nos bairros periféricos e na zona rural? Esse acotovelamento e essa tensão na atenção à demanda no CSEP, pela enfermagem e pelos médicos, seria o início da reprodução, ainda que em menor escala, do que ocorria nos ambulatórios mais tradicionais de todas as cidades médias e grandes, isto é, a dificuldade de se fazer um diagnóstico precoce que evitasse o adoecimento, ou o atendimento tardio com maior sofrimento e custo. Em busca de se contrapor a essa lógica, iniciou-se contato com os locais onde essa população estava antes de chegar ao CSE e empreenderam-se visitas a empresas industriais e agropecuárias. Havia duas fazendas enormes onde habitava e trabalhava grande parte da população. Além disso, Paulínia é um polo petrolífero, com dezenas de indústrias químicas em torno da refinaria e indústrias satélites, com milhares de empregados que moravam ali ou nas cidades vizinhas. A maioria com médico do trabalho como obrigação legal. A pergunta que nós nos fazíamos era: Como estavam as causas das doenças, os diagnósticos, os tratamentos precoces*

*e a salubridade do trabalho? Havia uma grande empresa que era um terminal de estrada de ferro e de caminhões que transportavam cereais com toneladas de grãos milho, soja, feijão e outros, que chegavam diariamente para serem guardados e redistribuídos por dezenas de trabalhadores braçais.*

Conta o Prof. Nelson ao fazer um resumo de sua atuação como coordenador:

*Começamos com alguns residentes e um docente rodiziando nas visitas a esses locais, montando um pequeno ambulatório em cada uma dessas empresas, para atendimento semanal. Por exemplo, em uma fazenda constatou-se que o grande problema de saúde daqueles adultos era simplesmente o alcoolismo. Perguntávamos: que respostas haveria para os trabalhadores rurais alcoólatras que vinham ao consultório com vários sintomas em órgãos de seus corpos afetados pelo alcoolismo?*

*Houve o caso de um trabalhador de pedreira que trazido com urgência do trabalho para o CSEP com sintomas de crise hipertensiva, era um rapaz novo. O colega que atendeu sugeriu visitar essa Pedreira. Não era possível constatar e comprovar, naquele momento, as causas dessa hipertensão, mas uma das possibilidades seria a tensão psíquica ocasionada pelos explosivos utilizados para estourar a pedra e transformá-la em pequenos blocos de granito. Havia 18 trabalhadores lá. Tomamos a pressão arterial de todos, apenas um apresentava pressão normal. Os demais estavam com hipertensão e tensão nervosa do trabalho de explodir e sair correndo para não levar pedrada em cima. Havia um passado de acidentes traumáticos e um óbito como resultado dessas explosões. Quase todos os contratados não possuíam registro na carteira de trabalho. Quanto à fazenda, foi acordado com o administrador a montagem de um pequeno consultório local uma vez por semana e, quanto à pedreira, uma visita mensal para controle da pressão, e incentivar a empresa para que adotasse medidas preventivas nas operações de trabalho.*

*Também em Paulínia visitamos um frigorífico de frangos que empregava cerca de quarenta mulheres. Os frangos eram mortos e imediatamente colocados em uma esteira rolante que os esquartejava, separava, tirava a pele, as vísceras, e saíam na outra ponta da esteira prontos para serem vendidos no supermercado. O frango inteiro era transformado em 20, 30, 40 pedaços esquartejados. As trabalhadoras eram expostas metro a metro nessa esteira. O número de desmaios chamou a atenção, além do que, uma das mulheres que desmaiava mais do que as outras, devido à tensão nervosa pelas horas em pé e exposição àquele cenário. Esse fenômeno patológico no final que aparecia na que-*

da de pressão e nos desmaios. No terminal de grãos eram doenças pulmonares. A carga e descarga de vagões de trem e caminhões carregados de cereais levantavam uma poeira que nós não conseguimos enxergar um ao outro a um metro de distância. Os trabalhadores estavam expostos a esta situação o dia todo, logo foram detectadas doenças pulmonares.

*Buscamos unir o diagnóstico precoce dos que adoeciam antes dos outros a um trabalho com os proprietários das empresas tentando conferir alguma salubridade àquele ambiente de trabalho, foi uma experiência traumática e surpreendente para a equipe do CSEP.*

*Esse aprendizado nos levou a uma proposta de ambulatório circulante, uma vez por semana, para diagnósticos precoces. E, do ponto de vista preventivo, melhorar as condições de trabalho e as condições ambientais que levavam ao adoecimento. Não havia no CSEP estrutura e pessoal para tanto e, por conseguinte, mobilizamos autoridades, prefeitura e setores do âmbito estadual no sentido de expedirem medidas cautelares voltadas para melhorar os ambientes de trabalho.*

*Desta experiência, um aprendizado extremamente humano dizia respeito à diferença com que os doentes se relacionam com o CSEP. Dentro do ambulatório circulante, fora do centro, antes do diagnóstico da doença, o consultado exprimia-se com mais segurança, em tom mais autônomo, como quem conta a vida, o que estava sentindo e os medos de piorar. Ali, fluíam histórias com clareza e riqueza de causalidade maior do que no ambulatório do CSEP. Para nós ficava claro o local privilegiado de atenção básica à saúde: perto das residências e dos locais de trabalho.*

*Essas iniciativas eram objeto de conversas com Paulo Freire no CSEP. Ele se impressionou com os relatos sobre o que os trabalhadores conversavam e como assumiam o processo de consciência sobre o adoecimento por meio do ato de contar sua história de saúde e de sua família. A proposta do Professor no CSEP era de interagir com os médicos e a enfermagem que atuavam na área infantil, na área de adultos e na área feminina. Ele fazia questão de conversar com todos, incluindo funcionários e usuários. Certa vez ele pediu emprestado um jaleco, um pequeno avental branco e o colocou para poder conversar com os pacientes e testar que tipo de relações eles estabeleceriam com a enfermagem e com quem se apresentasse como educador. Quando conversamos sobre essa possibilidade de o sistema de saúde chegar até o local de vida e trabalho da população ele nos disse: “Vocês estão diante de um nó que precisa ser desatado e confesso que*

*também me sinto implicado e desafiado nessa busca que vocês estão processando”.*

*Não se chegou aonde se queria, mas caminhou-se muito e até se vislumbrou onde o SUS deveria chegar. O desenho de um atendimento à população de forma mais localizada e humanizada só foi alcançado na Constituição de 1988. Infelizmente, nos 34 anos pós-Constituição, fosse qual fosse a coligação partidária no Governo, o Estado criou freios para a aplicação plena das diretrizes do SUS que estão na nossa Carta Magna e até hoje, estamos atendendo uma parte ainda muito pequena dos direitos constitucionais da população.*

*Vale referir mais duas iniciativas, uma voltada para educação e saúde continuou o Prof. Nelson:*

*No primeiro ciclo do ensino fundamental, foi debatido com as professoras e os pais dos alunos, um programa de saúde escolar. Em relação às verminoses, quando foi citado o ovo de vermes nas fezes, as crianças arregalaram os olhos. Então foi levado à escola um microscópio do CESP e demonstrado em lâminas, ovos de vermes e bactérias. Assim, viram pela primeira vez um mundo de seres invisíveis a olhos nus. Foi realizada também uma conversa de uma nutricionista com os alunos sobre alimentação e merenda escolar. Ações importantes, mas simples, óbvias e básicas.*

*A outra iniciativa foi a expansão das atividades. Com o crescimento urbano de Paulínia, o CESP propôs à Prefeitura Municipal a disponibilização de dois imóveis, um em bairro periférico e outro em conjunto habitacional recente, ambos de grande densidade populacional, com a finalidade de instalar duas unidades básicas de saúde como extensão do CESP, o que causou uma ótima repercussão.*

*Eram os primeiros anos de 1980, quando em nível nacional se avançava e se consolidava nas Prefeituras dos municípios maiores, a oferta de Unidades Básicas de Saúde, o que teve impacto na 8ª Conferência Nacional de Saúde/1986, que debateu e aprovou as diretrizes para o SUS. Foi nessa conjuntura que a Prefeitura Municipal de Paulínia iniciou a construção do Hospital Municipal e, a partir do CSEP, realizou a municipalização de todas as unidades de saúde.*

*Para finalizar, destaco que levar a saúde para a população não é nenhuma genialidade, nem uma descoberta científica e tecnológica inalcançável, é a mera democratização do que já se sabe há muito tempo, disponibilizando-se o conhecimento à população nos seus espaços de vida e trabalho. Nossa gestão no CSEP com grande satisfação foi sucedida por Gastão Wagner de Souza Campos,*

reconhecido e competente sanitarista e professor da Unicamp, que prosseguiu nas inovações a favor da população e dos trabalhadores da saúde.

Segundo a Profa. Silvia Maria Santiago,

*Paulínia foi um território especial, não por sua condição financeira de município privilegiado, que muito arrecadava em decorrência da Petrobrás e das multinacionais que lá se encontravam, mas pela capacidade de promover ações e reflexões sobre a realidade sócio, econômica, política e cultural do local e do país a partir das pessoas que circularam por lá e que deixaram conquistas significativas, particularmente nas áreas da educação e saúde. A formação que os alunos receberam lá os predestinou a fazer um tipo de atenção e engajamento com a saúde pública, tanto do ponto de vista coletivo quanto individual, a partir de uma ação comunitária de enfrentamento dos problemas de saúde vinculados às necessidades. O desejo de uma formação profissional qualificada também foi marcado por uma perspectiva que apontava que o médico não tinha todas as respostas, ele precisava do paciente, dos demais colegas, da equipe para fechar os diagnósticos e buscar as melhores soluções. Era a produção de um pensamento e uma prática de educação e saúde que mesclava as contribuições da academia com a de diferentes atores da comunidade apontando para uma visão de saúde com equidade e participação.*

*A circulação de pensamento se voltava para o desejo de compreensão da realidade visando menos exploração da natureza, incluindo nela os seres humanos, o trabalho da universidade, o serviço de saúde e a educação comunitária. Essa era a pauta dos anos 1970 a 1990 que incluía a passagem de Paulo Freire e de novos gestores que estavam no município, e eram abertos a iniciativas mais democráticas.*

*Havia uma abordagem comunitária que apontava para um futuro diferente, incluindo o meio ambiente, associado a uma visão de saúde na cidade e não restrita ao atendimento ambulatorial individualizado. De fato, se discutia uma dimensão de vidas mais solidárias, comunitárias, de apoio mútuo e a felicidade estava colocada como uma possibilidade coletiva e não apenas individual. Era uma proposta muito ambiciosa e a caminhada envolvia respeito e amorosidade.*

Quando se fala dos pensamentos que circulavam em Paulínia entre os anos 1970 e 1990, as referências são as influências e construções nas áreas sociais que andavam muito juntas no município, particularmente nas áreas de saúde da criança e da educação básica. E como lembra Aoki, “*pudemos, como alunos e residentes da*

*FCM, ter o privilégio de aproveitar uma inovação inesquecível na formação de profissionais como seres políticos defensores das políticas públicas e da diminuição das iniquidades*”.

Vale lembrar da corrente de pensamento que antecedeu a passagem de Paulo Freire, que foi a do Prof. Sérgio Arouca, à época na Saúde Coletiva e de todo um grupo de profissionais médicos, educadores, assistentes sociais e profissionais da saúde desejosos de formular modos de atendimento mais próximos à população. Já nessa época, o médico e Prof. Arouca da FCM/Unicamp buscava a colaboração dos colegas das humanidades da universidade para construção de uma nova forma de perceber o processo saúde-doença e fugir das armadilhas do sanitarismo, que são sempre muito prescritivas. A ideia desse grupo era que a ação em saúde fosse construtora de liberdade e não prescritora de “formas corretas de se viver”. Estávamos naquele momento, então, gestando o sistema de saúde que culminou na CF/1988 e no SUS em 1990.

Esses intercâmbios de pensamentos traziam a questão política-econômica-social do país na interface com o adoecimento, ou seja, não se descolava das questões mais gerais da política e das situações que estimulam adoecimento. As questões da educação e saúde se tornavam estratégicas, mas não uma educação pensada apenas em não adoecer, como propõe a OMS a partir do conceito de autocuidado definido como “a capacidade individual de promover e manter a saúde e prevenir e lidar com doenças com ou sem o apoio de um profissional da saúde”. Nesta perspectiva, o adoecimento é repassado como uma responsabilidade do sujeito sem se perseguir o entendimento dos processos sociais causadores de doenças. Ao contrário, vislumbrou-se um sistema de saúde construtor de liberdade e não culpabilizador.

Apesar de Sergio Arouca e seu grupo terem saído da Unicamp em 1975, antes da contratação de Paulo Freire, eles deixaram um terreno fértil para se compreender as práticas em saúde a partir das discussões trazidas pelo educador. Havia uma abertura em Paulínia para acolher os projetos de saúde e educação popular. O Prof. Nelson deu continuidade à ideia de pensar a saúde de uma maneira não prescritiva que incorporasse os saberes da comunidade para obtenção de vida digna e cidadã.

As discussões de Paulo Freire dilataram a compreensão do escopo da criança para além do âmbito do consultório. Quem eram aquelas crianças? Quem eram os seus familiares ou

responsáveis? As áreas de educação e saúde do município de Paulínia começaram a ser impregnadas com este olhar relacional, contextualizado e dialógico. Havia um movimento feito pelas pediatras circulando entre a FE e o sistema de saúde de Paulínia: as Dras. Vera Miranda, Luzita, Maria de Lurdes Zanoli, Eduardo Gamba, depois Maria Ângela Antônio. Todos tiveram um convívio com a FE indo ao encontro de Paulo Freire e de Ivany Pino. As discussões de situações reais acontecidas na atenção à saúde da criança miravam o contexto, tal como proposto por Paulo Freire. O usuário foi colocado no centro do processo de atenção. O motivo da existência de um serviço, de um centro e de uma rede de saúde é sempre ele que comparece como parceiro fundamental para pensar saúde e adoecimento, no âmbito do consultório, da comunidade, das relações sociais e do trabalho. O mais importante não era discutir novos conceitos. Mas abandonar as práticas autoritárias de sinais e sintomas da doença e, principalmente, agir na micropolítica da atenção, na relação médico-paciente ou profissional de saúde-usuário e, também, nas relações entre os profissionais e a gestão.

Esse movimento antevia um pilar importante do SUS, cujo objetivo foi fortalecer o exercício da cidadania rumo à efetivação dos direitos.

É preciso ainda, fazer uma cunha sobre o aprendizado dos estudantes de medicina, pois o ambiente do CSE era preparado para o ensino tradicional, técnico, mas o contexto nos defrontava com a realidade de vidas que ali estavam em busca de atenção às suas necessidades. Era preciso desenvolver a solidariedade como ferramenta de atenção em saúde e colocar todo o conhecimento técnico à disposição dos casos e das situações.

*Aqui, eu (Silvia) e o Aoki estávamos como residentes e depois como profissionais. Nós nos colocávamos na realidade da vida dos usuários e nosso aprendizado não se dava somente dentro dos serviços de saúde. Frequentemente fomos levados para as fazendas, os bairros, as empresas para fazer a saúde do trabalhador compreendendo os processos de trabalho e de adoecimento, conversando com aquele que era o nosso paciente no Centro. Nosso setting de aprendizado era composto pelo lado de fora (situações de risco) e pelo lado de dentro (ambulatório, grupo de gestantes, hipertensos, pediatria etc.). A concepção da educação como “prática da liberdade” foi transposta para a saúde e a educação em saúde, no contato individual e coletivo, na interação com grupos diversos, em territórios urbanos e rurais, em instituições públicas*

*e privadas. O exercício era um convite à partilha e construção de novas possibilidades para a saúde entre o profissional e o usuário. O lutar contra a opressão se dava no contexto de vida dos usuários e no exercício republicano da medicina. Lembra-me muito “O cuidado de si”, do Foucault, mas voltado para que a ação política de cuidado da comunidade se realizasse. A partir dessas questões fomos aprendendo com os professores construtores destemidos, como Paulo Freire, a nos organizar de forma aberta, inclusiva e acolhedora, sem medo do usuário.*

Nossas questões e nossos desafios no CSE passaram a ser:

- Os serviços de saúde precisavam desejar que as pessoas estivessem lá e frequentassem aquele território múltiplo de profissionais da saúde e usuários. Os serviços de saúde e seus trabalhadores precisavam compreender seus usuários como uma riqueza e a razão da existência dos equipamentos de saúde.
- Os trabalhadores de saúde necessitavam compreender que tanto se aprende como se ensina na relação com os usuários, apesar de uma expectativa inicial diferente que induzia para uma relação de poder mais vertical do médico sobre o paciente;
- Os serviços de saúde mereciam se configurar como locais de troca de conhecimentos, ou seja, a ação de educação em saúde deveria ser o coração das intervenções em qualquer ponto do sistema, especialmente na atenção básica coletiva e individual.

- O desempenho técnico deveria ser sempre o de melhor qualidade possível: de conhecimentos técnicos, de equipamentos disponíveis e de tecnologias relacionais desenvolvidas na assistência;
- O trabalho em saúde poderia externar a dimensão do prazer e do gosto como estratégia que tinha seu pilar nas relações interpessoais.

Essas discussões sobre as interfaces entre o campo de educação e saúde foram construtores de uma forma de fazer saúde. Áreas mais duras como cirurgia, cuidados intensivos e algumas especialidades bastante tecnológicas como otorrino, ginecologia especializada, e outras, faziam seus ambulatórios na rede básica. O modo de tratar e a ligação com os usuários na rede básica contaminou o modo de funcionamento hospitalar, colocando uma conexão de grande parceria entre os profissionais do hospital, a rede básica, os usuários, mesmo durante as internações. As interações entre os trabalhadores da rede básica e da hospitalar eram de parceria e muitos trabalhavam nos dois níveis.

Podemos afirmar que esta formação foi emancipadora para as pessoas que lá estiveram e a passagem de Paulo Freire foi inesquecível e está incorporada na nossa prática até hoje.

### Considerações finais

Na mesa redonda, Débora Mazza referencia Gastão W.S. Campos apresentando o SUS como “um sistema público de saúde, um espaço de não mercado, que fortalece políticas sociais universais e responsável pelo atendimento exclusivo de 75% da população brasileira”<sup>3</sup>. Cita a pesquisa de Tereza Campello sobre as dimensões da desigualdade no Brasil e os seus efeitos nos problemas de saúde, apontando que esse campo reflete as condições socioeconômicas da população na relação direta com “o crescimento desordenado das cidades, a falta de saneamento básico e água de qualidade, as condições de moradia, trabalho, alimentação, educação, questões étnico/raciais”. Sugere que “muitos indicadores de saúde são resultantes diretos das demais políticas públicas ou da ausência delas”<sup>2</sup>. Demonstra que no período pós-constitucional até 2015, a cobertura nacional em atenção básica saltou de cerca de 30% para cerca de 65% e diz:

*As políticas de saúde passaram a reconhecer especificidades geradas pelas situações de vulnerabilidade social e exigiram novos modelos de organização dos serviços. Iniciativas com o Programa Mais Médicos, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os Consultórios de Rua, as Unidades Básicas Fluviais de Saúde, as Unidades Móveis de Saúde Bucal, as Políticas Nacionais de Saúde Integral da*

*População Negra, entre outras, se somaram à expansão da rede e ao aumento dos atendimentos do SUS*<sup>4</sup>.

Os dados apresentados sobre: queda da mortalidade infantil, ampliação de atendimentos de atenção básica, equidade de serviços entre todas regiões, aumento de consultas de pré-natal, atendimento às crianças de 1 a 4 anos, atenção à saúde da família, diminuição das taxas de desnutrição infantil, redução das internações hospitalares de menores, diminuição de casos de tuberculoses, redução de detecção de hanseníase, dentre outros, asseguram que os debates das décadas de 1980/1990 se desdobraram em políticas sociais de educação e saúde implementadas no nível nacional por governos democráticos comprometidos com uma visão de maior presença do Estado assegurando o bem-estar social.

No entanto, passamos nos últimos anos por uma estratégia mercadológica, violenta e polarizada de fazer política sob o lema de mais mercado e menos Estado, estimulando posições doutrinárias, autoritárias, intimidadoras e dogmáticas que enfraquecem a perspectiva democrática e universalista de políticas sociais universais como o SUS, a educação básica e o Sistema Único de Assistência Social.

Adriana Varani enfatiza que é preciso retomar práticas de educação e saúde como bem-comum e esfera pública. E iluminando nossos passos está a perspectiva progressista trazida por Paulo Freire na FE, FCM e no CSE de Paulínia, colaborando para superar limitações econômicas, políticas, sociais e culturais e enfatizar a potencialidade humana de interagir e constituir-se coletivamente.

### Colaboradores

Todos os autores participaram igualmente no evento organizado e na escrita do artigo que dele decorreu.

## Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa Produtividade Pq2.

## Referências

1. Freire P. Introdução. In: Nogueira AS, organizador. *Reencontrar o Corpo. Ciência, arte, educação e sociedade*. Taubaté: Cabral Editora; 1996. p. 11-12.
2. Pino IR. Paulo Freire, andarilho do mundo, de regresso ao seu povo, de volta ao seu país! *Educ Soc* 2021; 42:e254877.
3. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1707-1714.
4. Campello T, coordenadora. *Faces da desigualdade no Brasil. Um olhar sobre os que ficam para trás*. Brasília: Clacso, Flacso, Ag. Igualdade; 2017.

---

Artigo apresentado em 02/08/2023

Aprovado em 05/09/2023

Versão final apresentada em 07/09/2023

---

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva