



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Estudos Sociais e Políticos

Elis Bartonelli Farnezi

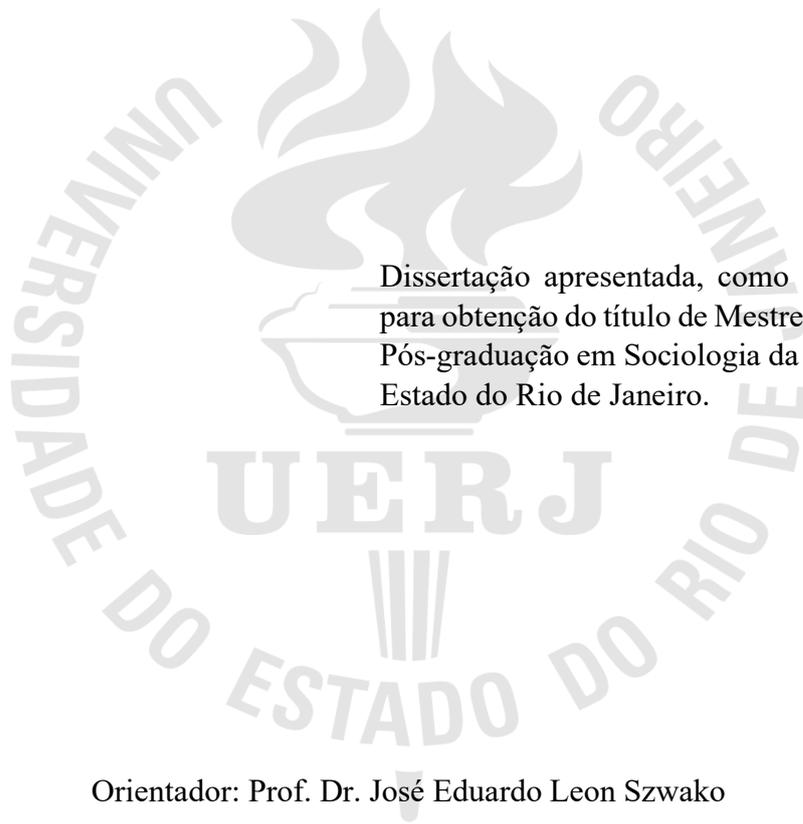
**Sergio Arouca, intérprete do Brasil: pensamento social,
medicina e política (1960-1988)**

Rio de Janeiro

2024

Elis Bartonelli Farnezi

**Sergio Arouca, intérprete do Brasil: pensamento social,
medicina e política (1960-1988)**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Leon Szwako

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/D - IESP

F235 Farnezi, Elis Bartonelli. Sergio
Arouca, intérprete do Brasil. Pensamento social, medicina e política (1960-1988)/ Elis Bartonelli Farnezi – 2024.
88 f. : il.

Orientador: José Eduardo Leon Szwako.

Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Sociais e Políticos.

1. Sistema Único de Saúde – Brasil – Teses. 2. Arouca, Sergio, 1941-2003 – Teses. 3. Políticas públicas – Brasil – Teses. 4. Medicina preventiva – Brasil - Teses. I. Szwako, José Eduardo Leon. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos Sociais e Políticos III. Título.

CDU 614.2(81)

Monique Rodrigues CRB-7 / 5437 - Bibliotecária responsável pela elaboração da ficha catalográfica.

Autorizo para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Elis Bartonelli Farnezi

**Sergio Arouca, intérprete do Brasil.
Pensamento social, medicina e política (1960-1988)**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Eduardo Leon Szwako (Orientador)
Instituto de Estudos Sociais e Políticos- UERJ

Prof.^a Dra. Eugênia de Souza Mello Guimarães Motta
Instituto de Estudos Sociais e Políticos- UERJ

Prof.^a Dra. Simone Meucci
Universidade Federal do Paraná

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Para a minha mãe,
de quem ouvi pela primeira vez o nome Reforma Sanitária.

AGRADECIMENTOS

Em todo o processo do mestrado – desde a candidatura para o programa até a preparação para a defesa da dissertação – contei com a ajuda de amigos, colegas, professores e pessoas com quem cruzei ao longo da pesquisa. Durante esse período, reafirmei a certeza de que nunca ultrapassamos dificuldades e desafios sozinhos.

Agradeço, antes de tudo, ao Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP-UERJ), que me acolheu em 2019, quando ingressei na Especialização em Política e Sociedade. O curso e a casa ampliaram meu olhar sobre a Sociologia e me mostraram opções de caminhos para conhecer um pouco mais sobre o campo das Ciências Sociais. Três anos mais tarde, comecei o mestrado em Sociologia, concluído com o apoio fundamental da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES). Sem o financiamento, eu não teria tido tranquilidade e segurança para me dedicar ao mestrado e à escrita da dissertação.

A José Szwako, meu orientador, pela atenção, paciência e dedicação. Zé, seus comentários cirúrgicos, suas propostas e suas aulas durante nossos encontros de orientação abriram minha cabeça e minha percepção sobre o que é fazer uma pesquisa.

A Eugênia Motta e Simone Meucci, por aceitarem participar da banca. De antemão, agradeço a disponibilidade, atenção e cuidado na leitura e nos comentários sobre o meu trabalho.

Não posso deixar de agradecer também a Palloma Menezes, que participou da minha qualificação, com seu olhar atento e carinhoso. Suas observações e sugestões estão presentes nos capítulos 2 e 3, como conversamos no dia em que você avaliou a minha proposta de dissertação. Palloma, te agradeço também por me acompanhar em sala de aula durante todo o mestrado e pela acolhida e escuta atenta quando minha trajetória no mestrado foi atravessada por um período desafiador.

A todos os amigos que o mestrado me deu. A Marllon Rocha, que esteve ao meu lado durante todo o ano de 2023, seja me ajudando nos trabalhos do mestrado ou me acompanhando na escrita da dissertação. Amizade, parceria, leituras, trocas e risadas fundamentais para que chegássemos até as nossas defesas. Obrigada pela companhia e pelo companheirismo.

A Maria Fernanda Maciel, primeira pessoa de quem me aproximei no início das aulas, obrigada pela parceria e amizade. Ainda vamos trocar muito e dividir muitas mesas de bar na vida. A Ana Priscila Alves, Kharine Gil, Graziela Silva, Olga Caldas, João Mina e Gustavo Azevedo, na certeza de que nossa amizade não termina com essa dissertação. Obrigada pelo apoio incondicional e pela companhia. Tenho carinho e admiração imensos por cada um de vocês.

Agradeço imensamente àqueles que me ajudaram a começar a pesquisa. A Carmen Lavras e Clarissa Nogueira, por receberem em Campinas, com acolhimento, carinho e disponibilidade para falar sobre o tempo em que conviveram com Sergio Arouca. Nossas conversas me fizeram chegar a Ivan Amaral, do Centro de Memória e Arquivo da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, e Telma Maria Murari, do Arquivo Central do Sistema de Arquivos da Unicamp, a quem também agradeço por me ajudarem a encontrar documentos de Arouca que determinaram os rumos da pesquisa. Vocês quatro foram essenciais.

Por fim, agradeço à minha mãe, Viviane Bartonelli, e ao meu pai, Walter Farnezi, pela formação que me deram, pelo apoio e companheirismo absoluto e por serem a base de tudo o que me trouxe para essa dissertação.

Que cada pessoa neste país tenha direito aos serviços básicos de saúde.

Sergio Arouca

RESUMO

FARNEZI, Elis Bartonelli. *Sérgio Arouca, intérprete do Brasil. Pensamento social, medicina e política (1960-1988)*. Orientador: José Eduardo Leon Szwako. 2024. 88f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2024.

Esta dissertação analisa a formação acadêmica de Sergio Arouca e seu percurso profissional, com o objetivo de mostrar qual foi a bagagem intelectual que sustentou a sua tese de doutorado, “O Dilema Preventivista – Contribuição para Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva”, e de tentar entender se houve alguma influência de suas ideias na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise tem como referência as teorias de Anthony Giddens, Norbert Elias e Nísia Trindade Lima, na intenção de investigar se Arouca, à luz do trabalho de Lima, pode ser considerado um médico-intelectual ou um intérprete do Brasil. A estrutura da dissertação é dividida em Introdução e três capítulos. Na primeira parte, apresento o marco teórico da pesquisa e um panorama de materiais já publicados sobre Arouca. No capítulo 1, apresento o cenário da Medicina Preventiva no Brasil nas décadas de 1950 e 1960, exponho o argumento central da tese do sanitarista e detalhes de sua formação política e profissional. No segundo capítulo, mostro as atividades que Arouca desenvolveu enquanto professor da Unicamp, a conjuntura política do país e como seus desdobramentos impactaram a carreira do sanitarista. Por fim, no capítulo 3, conto como se deu a vida profissional de Arouca depois que ele deixou a docência e se tornou um articulador político na luta pela transformação na saúde. Concluo dizendo que o sanitarista trabalhou seguindo as perspectivas do pensamento social e indicando que é preciso novos empenhos para pensar sobre o quanto suas ideias inspiraram as diretrizes que regem o SUS.

Palavras-chave: Sergio Arouca; SUS; pensamento social brasileiro; política; transformação; saúde.

ABSTRACT

FARNEZI, Elis Bartonelli. *Sérgio Arouca, Brazil's interpreter. Social thought, medicine and politics (1960-1988)*. 2024. 88f. Orientador: José Eduardo Leon Szwako. 2024. 88f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2024.

This dissertation analyzes Sérgio Arouca's education and career trajectory. Its aim is to expose what intellectual background forms the basis for his doctoral thesis, “The Preventionist Dilemma – Contribution for Comprehending and Criticizing the Preventive Medicine”, and try to understand whether his ideas influenced the creation of the Unified Health System (or SUS). The analysis uses as reference the theories from Anthony Giddens, Norbert Elias and Nísia Trindade Lima, in order to investigate if Arouca, according to Lima's work, may be considered an intellectual-physician or a Brazil's interpreter. The dissertation structure is divided into Introduction and three chapters. In the first part, I introduce the theoretical framework of the research and a panorama of published works about Arouca. In the chapter 1, I introduce the reality of Preventive Medicine in Brazil during the 1950 and 1960 decades, expose the central argument of the sanitarian's thesis and present details of his political and professional backgrounds. In the second chapter, I address Arouca's work during his time as a professor at Unicamp, the country's political situation and how developments of the latter affected the sanitarian's career. At last, in the chapter 3, I tell what happened to Arouca's professional life after he left his job as a professor and became a political articulator, fighting for changes in public health. I finish stating that the sanitarian worked according to the perspectives of the social thought. I also suggest that new efforts are necessary to think about how much his ideas were an inspiration for the ground rules that regulate SUS.

Keywords: Sergio Arouca; SUS; brazilian; social thought; politics. transformation; health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Guia para observação	48
Figura 2 -	Atividades para o ano de 1974	53
Figura 3 -	Inauguração Centro de Saúde	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESIS ou ASis	Assessorias Especiais de Segurança
AI-5	Ato Institucional número 5
AIS	Ações Integradas de Saúde
CA	Centro Acadêmico
CARL	Centro Acadêmico Rocha Lima
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPC	Centro Popular de Cultura
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LEMC	Laboratório de Educação Médica para a Comunidade
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde

PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PEPPE	Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais Epidemiológicas
PESES	Programa de Estudos Sócio-Econômicos de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Saúde e Saneamento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPGMS	Programa de Pós-Graduação em Memória Social
RDIDP	Regime de Dedicção Integral à Docência e à Pesquisa
SIARQ	Arquivo Central do Sistema de Arquivos da Unicamp
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UGT	União Geral do Trabalhador
UnB	Universidade de Brasília
UnB	Universidade de Brasília
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	DO CONTEXTO AO TEXTO: A MEDICINA PREVENTIVA SOB O OLHAR SANITARISTA DE SERGIO AROUCA.....	23
1.1	O ensino da Medicina Preventiva no Brasil entre os anos 1950 e 1960.....	23
1.2	A Medicina Preventiva em xeque: “atitude ausente” e Medicina Comunitária.....	27
1.3	Os primeiros passos do médico: da graduação à Unicamp.....	37
2	ENCONTROS, CONVERSAS E PROJETOS: O TRABALHO DE CAMPO DE SERGIO AROUCA.....	43
2.1	Jardim dos Oliveiras: o primeiro laboratório de pesquisa.....	43
2.2	Um novo projeto: o campo em movimento.....	50
2.3	A repressão atravessa o caminho do pesquisador Arouca.....	59
3	A ESCALADA DA MOBILIZAÇÃO PELO DIREITO À SAÚDE	66
3.1	Mudança de rota abre novos caminhos.....	66
3.2	A luta é coletiva.....	72
3.3	VIII Conferência Nacional de Saúde: o apogeu de uma trajetória.....	76
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	84
	ANEXO A - Mapa de uma parte de Campinas, com o bairro Jardim dos Oliveiras destacado em vermelho.....	87
	ANEXO B - Mapa que aponta a localização geográfica de Paulínia em relação a Campinas.....	88

INTRODUÇÃO

Essa dissertação se insere no cruzamento de uma sociologia das trajetórias individuais e institucionais com os estudos de pensamento social brasileiro. Pretende-se analisar a formação acadêmica de Sergio Arouca (1941-2003) e seu percurso profissional à luz das teorias de Anthony Giddens, Norbert Elias e sob a perspectiva de que o médico sanitarista foi um pensador do Brasil. O objetivo é mostrar qual foi a bagagem intelectual de Arouca para escrever sua tese de doutorado, “O Dilema Preventivista – Contribuição para Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva”, que ele concluiu em 1975, na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). O trabalho é um marco teórico fundamental do movimento sanitário, e resultado de sua formação, da experiência como professor, da militância política e dos encontros que teve durante a pesquisa. A partir disso, pretende-se mostrar se houve alguma influência do seu pensamento na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No primeiro capítulo, a intenção é apresentar como era o cenário do ensino de Medicina no Brasil na década de 1960, explicar o argumento principal da tese de Arouca e contar quais foram os primeiros passos de sua formação acadêmica, intelectual e profissional. O segundo capítulo vai conter análises de documentos que mostram os projetos desenvolvidos por Arouca em bairros da periferia de Campinas e na cidade de Paulínia, também no interior de São Paulo, durante o tempo em que pertenceu ao corpo docente da Unicamp, além de relatos sobre encontros que tinha com professores de Medicina Preventiva de outras universidades e com pessoas que contribuíram expressivamente para a construção do seu pensamento. Também vamos ver como a Ditadura Militar vigente no Brasil interferiu na sua trajetória acadêmica, mudando os rumos de sua vida profissional.

O terceiro e último capítulo vai contar como as pessoas que conviveram com Sérgio Arouca ligam ele à criação do SUS, apontar a importância que ele teve na criação do Centro Brasileiros de Estudos de Saúde (Cebes) e na retomada da FIOCRUZ durante a transição democrática e contextualizar o movimento sanitário, lembrando a luta por um sistema de saúde público no país.

No decorrer dessa dissertação, deve-se observar as ações de Arouca considerando-o um agente dentro de uma estrutura. O sociólogo Anthony Giddens relacionou atividades humanas e estruturas sociais, mostrando o constrangimento entre elas no que ele chamou

de “teoria da estruturação”, linha de pensamento que aborda práticas sociais ordenadas no tempo e no espaço. De acordo com ele, estrutura são as propriedades que possibilitam a existência de práticas sociais e refere-se a regras envolvidas na produção e reprodução dos sistemas sociais, mas também a recursos. É preciso dizer que, em sua trajetória, Sergio Arouca desempenhou suas atividades sob uma Ditadura Militar, o que pautou o contexto sociopolítico fundamental para o desenrolar do seu trabalho, e em um momento de expansão da Medicina Preventiva no Brasil. Esses dois elementos fundamentais são a estrutura a qual vamos considerar para a leitura do seu percurso profissional.

É importante trabalhar, sob a ótica de Giddens, com o conceito de recursos, descrito por ele como “propriedades estruturadas de sistemas sociais, definidos e reproduzidos por agentes dotados de capacidade cognoscitiva no decorrer da interação” (GIDDENS, 1986). O autor usa esse conceito para explicar a conexão entre ação realizada pelo agente e o poder. A ação, explica ele, envolve o poder no sentido de capacidade transformadora. Os recursos são veículos pelos quais o poder é exercido, como um elemento da exemplificação da conduta na reprodução social. Giddens afirma ainda que o poder pressupõe relações regularizadas de autonomia e dependência entre atores ou coletividades em contextos de interação social.

Ao observar a história de vida pessoal e profissional de Sergio Arouca, é fundamental notar que, desde os tempos da adolescência, ele exerceu atividades em grupo. Seja na militância política, no período em que pertenceu ao corpo docente da Unicamp ou, depois, quando trabalhou em instituições ou as construiu, Arouca desempenhou um papel de articulador entre pessoas e instâncias de poder. Dessa forma, podemos dizer que ele usou os recursos disponíveis para estabelecer relações sociais dentro dos sistemas vigentes, em alguma medida, para transformar tais relações e sistemas.

Os sistemas sociais em que a estrutura está recursivamente implicada, pelo contrário, compreendem as atividades localizadas de agentes humanos, reproduzidas através do tempo e do espaço. Analisar a estruturação de sistemas sociais significa estudar os modos como tais sistemas, fundamentados nas atividades cognoscitivas de atores localizados que se apoiam em regras e recursos na diversidade de contextos de ação, são produzidos e reproduzidos em interação (GIDDENS, 1986, p.29).

A construção de redes de indivíduos interdependentes é apontada por Norbert Elias como a dinâmica pela qual “a sociedade” é forjada. De acordo com ele, cada pessoa está ligada a outra por laços invisíveis, sejam de trabalho, propriedade, instintos ou afetos. E cada indivíduo

ocupa posições e desempenha funções nas redes de cooperação e conflito, estabelecendo uma interdependência que é específica do contexto em que cada um vive. Dessa forma, cada pessoa, por mais singular que seja, está vinculada a longas cadeias de atos, onde as ações de cada indivíduo têm variadas finalidades e efeitos. No entanto, Elias (1984) destaca que, mesmo dentro de um grupo, as relações entre duas pessoas e as histórias individuais de cada uma delas nunca são idênticas. Cada pessoa ocupa uma posição única nas suas redes de relações e nelas experimenta uma história singular até a morte.

Para Elias, as peculiaridades que constituem um ser humano têm importância diferente para as relações que o indivíduo tem nas diferentes sociedades e nas diferentes épocas históricas de uma mesma sociedade. O ser humano desenvolve individualidade a partir de um processo de individualização que vai influenciar todo o seu destino.

Mas esse destino, e, portanto, a forma individual que o indivíduo assume lentamente ao crescer, não está traçado desde o início na natureza inata do bebê. O que advém de sua constituição característica depende da estrutura da sociedade em que ele cresce. Seu destino, como quer que venha a se revelar em seus pormenores, é, grosso modo, específico de cada sociedade. Por conseguinte, a imagem mais nitidamente delineada do adulto, a individualidade que aos poucos emerge da forma menos diferenciada da criança pequena, em sua interação com seu destino, é também específica de cada sociedade (ELIAS, 1984, n.p.)

De acordo com Elias, o indivíduo sempre existe na relação com os outros e essa relação tem uma estrutura particular específica de sua sociedade. O ser humano adquire a sua marca individual a partir da história dessas relações, dependências e da história de toda a rede humana em que ele vive.

No decorrer dos capítulos, vai ser possível notar que, para fazer as articulações profissionais e políticas, Arouca foi parte de inúmeras redes. Esta pesquisa traz documentos e dados do período em que se relacionou com alunos e colegas da universidade, com quem formou redes de trabalho e afeto, e, posteriormente, com outros parceiros que cruzaram sua vida profissional. A capacidade de articulação e criação de vínculos fizeram Arouca protagonizar acontecimentos importantes, como presidir a VIII Conferência Nacional de Saúde, que, em 1986, reuniu representantes do movimento sanitário, professores, estudantes e a sociedade civil para debater diretrizes para a área da Saúde. Pensando à luz de Norbert Elias, a trajetória de Arouca se dá a partir de uma estrutura familiar e social marcadas por um momento crítico da história do país, que o constituiu como indivíduo que fez escolhas e associações estritamente conectadas a essa conjuntura.

As teorias de Giddens e Elias são aqui mobilizadas para a compreensão da figura de Arouca e as posições que ocupou especialmente em seus anos de formação, na Universidade Estadual de Campinas. Avançando na análise, é importante jogar luz sobre o quanto seu trabalho se aproxima ao de outros médicos e cientistas que voltaram seu olhar para a saúde no Brasil e são enquadrados nas análises do pensamento social brasileiro. Para isso, a dissertação tem como uma de suas principais referências o trabalho da socióloga Nísia Trindade Lima, que articulou a história da ciência e da medicina com o pensamento social brasileiro. Em suas produções acadêmicas, ela discute como expedições médicas e grandes obras da literatura foram importantes para a construção da identidade nacional, a partir de estudos sobre as doenças e as condições sociais do Brasil.

No artigo “Um Brasileira Médica: O Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Paternostro”, Lima (2009) aborda o papel de viagens científicas realizadas por médicos, no início do século XX, na imaginação da sociedade a respeito do país. A autora traz um olhar sociológico para o artigo científico produzido pelos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna e publicado em *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* depois de uma viagem pelos sertões do país. O itinerário da expedição compreendia cidades dos estados de Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás. De março a outubro de 1912, os dois fizeram um levantamento das condições de vida das populações locais, um registro fotográfico e o relatório, que se tornou referência para o movimento pelo saneamento rural na Primeira República. Nas palavras de Lima, os dois médicos se transformaram em “sociólogos por acaso”.

A repercussão do trabalho dos viajantes, de acordo com a autora, teve grande importância no debate sobre os rumos políticos do país e contribuiu para que o tema da doença e a proposta da reforma da saúde, com maior presença do Estado em todo o território, alcançassem visibilidade e fossem percebidos como uma das respostas mais importantes para a pergunta sobre como transformar o Brasil em nação.

O discurso médico que assinala ser a patologia a marca definidora da identidade nacional passa a ser constitutivo da imaginação social e política, e pode ser apontado como um dos mais importantes legados do movimento pelo saneamento dos sertões. Ainda que metáforas de origem biológica e médica fizessem parte do repertório de temas e imagens mobilizados em diversos ensaios políticos e sociais desde o século XIX, a força da metáfora da doença como traço definidor do país adquiriu com esse movimento a característica de ideia-força, conforme a expressão proposta por Monteiro Lobato. Do mesmo modo, legitimou-se o papel dos médicos com atuação na saúde pública como intérpretes do Brasil. Considero ser uma das mais relevantes evidências desse processo a publicação posterior de textos de viagens científicas realizadas por médicos em coleções editoriais dedicadas ao pensamento social brasileiro (LIMA, 2009, p. 231).

A citação acima mostra que Lima atribui aos médicos o caráter de intérpretes do Brasil. A autora destaca que o relatório produzido por Neiva e Penna considera saberes locais, como termos populares relativos às doenças, seus sintomas, possíveis causas e tratamentos, mostrando o interesse dos autores em conhecer hábitos, cultura e linguagem das populações sertanejas. Ela também aponta que o relatório traz comentários relacionados às ocupações econômicas das pessoas, demonstrando sensibilidade para o quadro social e apontando o obstáculo representado pela concentração da propriedade fundiária.

O retrato do país, esboçado no relatório Neiva-Penna, apontava a doença e não o clima e a raça, como o principal entrave ao progresso das regiões. O atraso só poderia ser explicado pelo abandono a que eram relegadas as populações do interior do Brasil, o que nos leva a pensar em mudança sutil, porém significativa, em relação ao célebre tema do isolamento do sertanejo antes proposto por Euclides da Cunha (LIMA, 2009, p.239).

Ao longo de seu trabalho, Lima debate como a perspectiva médico-higienista da sociedade brasileira se transformou em uma questão da cultura como da política. Em “Pouca saúde e muita saúde”, artigo que ela assina com Gilberto Hochmann, os autores mostram como as teses higienistas tiveram forte importância na construção do pensamento sobre os dilemas do país, as alternativas para a construção da nação e os rumos da sociedade brasileira. De acordo com eles, o diagnóstico de uma população “doente” significava, à época, que seria possível recuperar esse povo, por meio de ações de higiene e saneamento, fundadas no conhecimento médico e implementadas pelas autoridades públicas. Nas palavras dos autores, “era urgente transformar esses estranhos habitantes do Brasil em brasileiros” (HOCHMAN, LIMA, 2004), aliando medicina e poder público como ferramenta para essa mudança. Dessa forma, os autores higienistas foram fundamentais para a releitura de um país e suas possíveis alternativas.

O trabalho de Lima sobre pensamento social brasileiro aborda a existência de uma dualidade dentro do país. A partir da produção intelectual de cientistas e escritores do início do século XX, ela discute a oposição entre o Brasil do sertão e o do litoral, que também poderia ser identificada como o contraste entre saúde e doença, atraso e modernidade. A partir disso, em “Um Sertão Chamado Brasil” (LIMA, 1999), ela explica que a tentativa de uma elaboração de uma teoria sobre a sociedade brasileira aconteceu ao mesmo tempo em que havia o processo de formação de uma “intelligentsia” no país. Esse termo, que ela resgata do autor Norbert Elias, diz respeito ao “grupo social cuja tarefa consiste em dotar uma dada sociedade de uma interpretação de mundo”.

Nas palavras da autora, isso funciona como se sociedade e intelectuais se constituíssem, superpondo-se os temas da identidade nacional e da identidade dos intelectuais. O pensamento social brasileiro foi marcado pelo debate sobre identidade nacional entre os intelectuais das últimas três décadas do século XIX e das três primeiras do século XX. Voltada para uma discussão sobre quais seriam os “males do Brasil”, a conversa, segundo a autora, revela a persistência do tema das bases sobre as quais construir a nação brasileira. O debate da época dava ênfase a assuntos como herança colonial, composição étnica da população, ausência de políticas públicas para saúde e educação, entre outros diagnósticos que surgiram posteriormente.

Desse ponto, Lima abre uma discussão sobre os intelectuais que vieram no período posterior à década de 1930. Ela afirma que existe um consenso no que diz respeito à formação de uma teoria de interpretação do país centrada na ideia de “dois Brasis”, mas observa que isso não acontece quando o foco são os vínculos entre o pensamento dessa intelectualidade e o das gerações que vieram depois, com o surgimento das instituições universitárias voltadas para as ciências sociais. A autora pontua aqui uma separação entre uma fase ideológica e uma fase científica de investigação social no Brasil, o que acarretou mudanças no estilo de trabalho intelectual e na incorporação de novas teorias e metodologias. Ela defende, no entanto, que isso não significou uma ruptura de vínculos com as gerações anteriores.

Ao acompanharmos o debate intelectual em torno do contraste entre o Brasil do litoral e o Brasil do sertão, vemos a força e a continuidade das ideias sobre modernidade e o papel do intelectual no processo de mudança social. Imagens da sociedade brasileira que, por vezes, surpreendem pela sua semelhança, são construídas por intelectuais de épocas diferentes, formados segundo cânones distintos de trabalho acadêmico, mas que parecem compartilhar o mesmo sentimento de estranhamento diante de seu lugar como intelectuais e em relação a esse ‘outro’, representado pelo homem brasileiro – visto como isolado, abandonado, doente, nômade, atrasado, resistente à mudança ou despossuído (LIMA, 1999, n.p.).

É partir dessa discussão que pretendo observar a figura de Sérgio Arouca como intelectual. Sua tese de doutorado é resultado de um trabalho de campo e da combinação entre teoria e prática, lançando mão da aproximação com a comunidade e a produção científica realizada dentro de uma universidade. Analogamente aos médicos do início do século XX, cuja produção intelectual se deu a partir de uma etnografia espontânea, Arouca jogou os holofotes sobre a população brasileira, fazendo críticas à aplicação da medicina preventiva e propondo uma saúde estatal, questionando a estrutura social do país. Embora não buscasse definir a identidade nacional a partir da doença, nos anos que seguiram a sua pesquisa de doutorado, Arouca se dedicou a pensar e articular uma proposta de saúde que garantisse cidadania à população, sendo

assim, uma aliada da redemocratização. Com a volta da democracia, a saúde entrou como um direito na Constituição de 88.

Observando produções acadêmicas e documentos publicados sobre o médico, é possível notar que sua trajetória ainda não foi analisada sob a perspectiva do pensamento social brasileiro – daqui, então, a justificativa desta dissertação. Nos últimos anos, tanto na academia como em homenagens póstumas, ele figurou como articulador e militante político, médico que contribuiu para a Saúde no Brasil e pesquisador da Unicamp¹. No entanto, os materiais existentes não dão conta de uma análise aprofundada sobre seu pensamento e tampouco sobre as redes de relações nas quais esse pensamento foi nutrido.

No artigo “Sérgio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático”, Monika Dowbor (2018) reconstrói o percurso de Arouca sob a perspectiva do movimento social pela reforma sanitária, abordando seu desempenho como ativista e articulador, seja por meio das instituições ou ocupando cargos e funções públicos. Dowbor joga luz sobre os aspectos particulares de cada setor de políticas públicas por onde Arouca passou e o impacto que isso teve no seu desempenho, enquanto sua personalidade cativante e, por vezes, de insubordinação, também marcou sua passagem por essas instituições. O artigo explica que, apesar do jeito carismático e visionário, sua capacidade de mudar e moldar a ação pública e as instituições não foram as mesmas em todos os espaços que ocupou, por conta das peculiaridades de cada ambiente.

Dowbor também recupera a formação política e acadêmica do médico, os trabalhos que desenvolveu na Unicamp, sua entrada na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), sua atuação na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) até sua eleição para a presidência da Fiocruz, em 1985. Durante sua permanência no cargo, Arouca foi responsável por mudanças relevantes para o período, recuperando a importância da casa e fazendo uma gestão democrática. Ela lembra ainda que foi Arouca quem sugeriu que a 8ª Conferência Nacional de Saúde deixasse o perfil burocrático e se abrisse as portas para a participação da sociedade civil, articulando grupos, entidades e instituições nacionalmente.

Já o artigo “Sérgio Arouca na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp”, escrito por Rubens Bedrikow, Ivan Luiz Martins Franco do Amaral, Vanina Castro Dória de Almeida

¹ Ver: Dowbor (2018); Bedrikow, Amara, Almeida (2023); Costa, Misoczky, Abdala (2018).

(2023), investiga a passagem de Arouca pela Unicamp. Para isso, os autores analisam o Processo de Vida Funcional, a Revista Comemorativa dos 25 anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da universidade e o Relatório Final da Comissão da Verdade e Memória Octávio Ianni, da Unicamp. No texto, os autores detalham o a formação estudantil de Arouca durante a graduação, por meio de análise dos documentos e cartas de recomendação que apresentou para ingressar na universidade de Campinas, e suas atividades como professor, por meio dos desenhos de pesquisa e relatórios que apresentou enquanto professor da instituição.

O artigo também relembra, por meio do Relatório Final da Comissão da Verdade e Memória Octávio Ianni, o episódio que interrompeu sua trajetória como pesquisador e professor da Unicamp, em que, de acordo com o documento, foi vítima de assédio moral por parte da Reitoria da universidade. No episódio, Arouca foi proibido de defender sua tese de doutorado e obrigado pelo Reitor a demitir-se. O artigo traz também as reflexões de Arouca sobre o departamento de Medicina Preventiva da Unicamp durante o Encontro Comemorativo dos 25 anos do departamento, em 1990. Ao final, os autores destacam a relevância que a passagem pela universidade teve para a vida profissional do médico:

Arouca demonstrou interesse pela Saúde Pública e Medicina Preventiva e Social desde seus anos de graduação na FMRP. Chegou à Unicamp em 1967, recém-formado, e encontrou no DMPS um ambiente acadêmico caracterizado pela criatividade, inovação, integração com outros departamentos e fortalecimento das Ciências Sociais dentro do currículo médico, o que contribuiu significativamente com sua trajetória futura dentro da Unicamp e, posteriormente, fora dela (BEDRIKOW, AMARAL, ALMEIDA, 2023, p.599).

O conteúdo da tese de Sérgio Arouca foi abordado em “Do Dilema Preventivista ao Dilema Promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca”, de Rodrigo Prado da Costa, Maria Ceci Misoczky e Paulo Ricardo Zilio Abdala (2018). O artigo retoma a categoria “dilema preventivista”, cunhada por Arouca no seu doutorado, para refletir sobre a atualização desse conceito para o conceito da promoção da saúde. Os autores explicam os argumentos da tese e mostram como ele articula medicina e sociedade a partir do cuidado médico, apontando que a medicina preventiva se apresentou como um projeto de mudança, mas manteve a lógica do cuidado. Dessa forma, essa prática se constituiu dentro de um espaço conservador e funcional ao capitalismo.

Enquanto a medicina preventiva se desenvolveu e expandiu para a América Latina na década de 1950, o texto mostra que a promoção à saúde surgiu incorporando o ideário neoliberal na década de 1970, propondo uma resposta à crise daqueles anos e à discussão dos elevados

custos da atenção médica. Em um primeiro momento, o modelo preconizava a unidade hospitalar para tratamento, aparatos tecnológicos e suporte de especialistas. Na década de 1980, o enfoque da estratégia de promoção à saúde passou a ser voltado para o estilo de vida e, depois, introduziu valores como equidade, cidadania, democracia, desenvolvimento e participação, além do controle sobre determinantes sociais e os fatores de risco no processo saúde-doença por parte dos indivíduos. Esses dois últimos estão na estratégia principal da promoção à saúde, através do conceito de empoderamento e suas variantes: o psicológico e a comunidade.

Contudo, os autores mostram que esses conceitos enfatizam uma perspectiva individualista, que tende a ignorar os fatores sociais e estruturais. Portanto, há, com a promoção à saúde, uma atualização do discurso preventivista, sem escapar da contradição fundamental da medicina. Os autores concluem que o dilema persiste, agora, sob uma nova roupagem, configurada sob o “dilema promocionista”.

Os textos analisados acima, de modo geral, tratam da produção de Arouca na academia e na sua atuação profissional. Em 2023, ano em que se completou 20 anos de sua morte, a Revista de Manguinhos, produzida pela FIOCRUZ, lançou uma edição intitulada “Se é que Arouca Morre”, com textos que também recontam os passos de seu ex-presidente, seu trabalho de reconstrução da instituição, traz a última entrevista concedida por ele à publicação e depoimentos que contam sobre seu jeito simples, com talento para liderança, agregador e articulador. Os textos escritos em primeira pessoa são de pessoas que conviveram diretamente com ele ao longo da vida, como Fernando Antunes, vice-presidente nacional do sindicato dos servidores da Controladoria Geral da União, Sarah Escorel, pesquisadora com quem ele foi casado e teve três filhas, Célia Almeida, sanitarista, pesquisadora e amiga, e Christina Tavares, sua assessora por 18 anos.

Portanto, considerando as teorias de Anthony Giddens e Norbert Elias, nos próximos capítulos, será possível acompanhar o percurso de Arouca enquanto agente em tensão e negociação com as estruturas institucionais e, simultaneamente, como integrante de redes de interdependência e formador das suas próprias conexões sociais. E, ainda, inspirada no trabalho de Nísia Trindade Lima, a pesquisa busca tentar entender se pode-se – e em que medida é viável – falar de Arouca como um médico-intelectual ou intérprete do Brasil. Será possível observar como ele construiu seu pensamento inicial e sua trajetória posterior à academia, a partir da articulação entre a vivência de um professor que se aproximou das comunidades com o arcabouço teórico de um militante político e médico voltado para as Ciências Sociais. Com essa

bagagem, Arouca fez diagnósticos a respeito da saúde, além de sugerir alternativas para o Brasil transformar este campo.

Para dar conta da análise, foram mobilizadas metodologias qualitativas que circundam trajetórias de vida. De acordo com Brian Roberts (2002), o diferencial da pesquisa biográfica é que ela explora, em diversos métodos e maneiras de interpretação, como os relatos de uma experiência de vida podem ser entendidos dentro de configurações estruturais e da cultura contemporânea, ajudando a traçar mudanças sociais em andamento. Howard S. Becker (1994) explica que a coleta de uma história de vida cumpre etapas para garantir que a pesquisa abarque tudo o que o sociólogo pretende conhecer, sem desconsiderar fatos ou acontecimentos importantes. Ainda segundo o autor, o sociólogo tenta fazer com que a história contada acompanhe os assuntos, registros oficiais e materiais fornecidos por pessoas familiarizadas com os indivíduos, acontecimentos ou lugares descritos.

Em novembro de 2022, durante uma ida a Campinas, foram feitas duas entrevistas, que não serão usadas como fonte de pesquisa, mas deram acessos aos documentos analisados nessa dissertação e a perspectivas a respeito da vida de Sergio Arouca. Os documentos relativos à trajetória acadêmica de Arouca usados nessa pesquisa foram coletados no Arquivo Central do Sistema de Arquivos da Unicamp (Siarq), já os depoimentos pertencentes ao projeto “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sergio Arouca” estão disponíveis na internet. Os dados e relatos voltarão no texto nos capítulos 1,2 e 3.

Os próximos capítulos vão tratar da trajetória de Arouca observando que ele exerceu a medicina de uma maneira não convencional. Longe dos consultórios particulares, mas sem se distanciar da população, ele combinou teoria, prática e militância ao longo de sua trajetória. No primeiro capítulo, será possível perceber a conjuntura em que ele começou sua formação nessas três vertentes.

1 DO CONTEXTO AO TEXTO: A MEDICINA PREVENTIVA SOB O OLHAR DE SERGIO AROUCA

Neste capítulo, vamos conhecer um pouco sobre a história do ensino de Medicina Preventiva no Brasil e o argumento central da tese de doutorado de Arouca. A partir dos dados contidos no Relatório de Vida Funcional de Arouca e dos depoimentos que compõem o projeto “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sergio Arouca”, vamos entender como se deu o início de sua trajetória acadêmica e profissional de Arouca, desde a graduação até sua chegada na Unicamp, onde exerceu a função de professor até 1975. Vamos observar o argumento da tese e o desenvolvimento de sua trajetória a partir dos fundamentos do pensamento social brasileiro, tentando identificar elementos que fazem de Arouca um intérprete do país.

1.1 O ensino da Medicina Preventiva no Brasil entre os anos 1950 e 1960

Sergio Arouca começou a cursar Medicina em 1960. Nessa época, o país tinha uma população estimada de pouco mais de 70 milhões de habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo o instituto, em 1960, a população brasileira era majoritariamente rural. O Censo Demográfico realizado pela instituição em 1960 aponta 32 milhões de pessoas viviam em área urbana, enquanto 38 milhões de brasileiros moravam em zonas rurais. Ainda de acordo com o IBGE, no mesmo ano, o país tinha 2.336 hospitais, sendo 288 federais, 150 estaduais, 120 municipais, 336 paraestatais e 1442 particulares. De acordo com Bertolli Filho (2006), as regiões mais povoadas eram atendidas pelos hospitais e clínicas próprios, ou conveniados com os institutos de pensões e aposentadorias, mantidos pelos trabalhadores e seus patrões (BERTOLLI FILHO, 2006). Já as áreas rurais, à essa época, ficavam sob a responsabilidade quase exclusiva do Ministério da Saúde, criado em 1953. Bertolli Filho afirma, contudo, que a pasta recebia verbas irrisórias, o que impedia que o Estado atuasse com eficácia no setor. Essa conjuntura implicava na falta de funcionários especializados, equipamentos apropriados e postos de atendimento.

O ensino médico havia passado por uma expansão no país entre a década de 1950 e o início dos anos 1960. Na tese “Os 200 anos da formação médica no Brasil”, Amaral (2007) traz números que ilustram o cenário do ensino naquele momento. De acordo com ele, em 1949, o Brasil tinha apenas 13 escolas médicas, todas públicas e localizadas em capitais, sendo uma na Região Norte, três no Nordeste, duas no Sul e sete na Região Sudeste. A partir de meados dos anos 1950, explica Amaral, o número de escolas médicas públicas nas capitais cresceu, tendo sido também criadas as duas primeiras universidades com ensino privado de medicina do país. Em 1963, o país já alcançava o número de 36 escolas médicas, sendo 31 públicas e 5 privadas. Entre 1964 e 1967, foram criadas 10 faculdades de medicina, sendo sete delas fora das capitais. O Brasil terminou o ano de 1967 com 46 escolas médicas.

Nesse período, o Brasil saiu de um governo civil que acelerou o desenvolvimento do país rumando para um governo militar que mudou o cenário nacional. No governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), o Brasil tinha vivido um período de industrialização acelerada, com implementação de metas e grande expansão das indústrias de bens de consumo. Nesse momento, ocorreram grandes transformações na Medicina e nos serviços de Atenção Médica, sob influência também de fatores externos, como o progresso do conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico (SILVA, 2002).

Poucos anos depois, em 1964, com o golpe militar, o marechal Humberto Castelo Branco assumiu o poder, dando início a quase duas décadas de ditadura. Com a expansão do ensino superior, ainda segundo a tese de Amaral (2007), o governo militar imprimiu transformações radicais nas universidades brasileiras, por meio de portarias, decretos, atos institucionais e leis, visando restringir o comportamento, controlar as manifestações e centralizar cada vez mais a educação brasileira.

Na década anterior, o Brasil havia assistido à uma reforma médica que aconteceu seguindo o passo da estruturação das escolas médicas nos Estados Unidos, trazendo diversas correntes de pensamentos e estratégias, como a Medicina Integral, a Medicina Preventiva, a Medicina de Família, a Medicina Generalista e a Medicina Comunitária. Em todas essas formulações, havia o indicativo da necessidade de uma mudança que se impunha à prática profissional, como reflexo das novas necessidades sociais relativas ao cuidado médico (MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018, p. 339). Essa agenda, que deu origem ao ideário preventivista, foi difundida pela América Latina como um todo, a partir de seminários patrocinados por fundações e agências de financiamento norte-americanas que queriam promover atuações do modelo preventivista no campo da saúde pública.

Os dois principais encontros foram os Seminários de Viña del Mar, realizado no Chile em 1955, e o de Tehuacan, que aconteceu no México em 1956, e contaram com a presença de muitos brasileiros, em especial, médicos e acadêmicos paulistas. A partir dos seminários, foram criadas novas faculdades de ensino médico, enquanto as já existentes tiveram seus currículos reorganizados dando espaço para bases chamadas de preventivistas. O estado de São Paulo foi o escolhido para a implantação das novas propostas de ensino médico, uma vez que a economia estava em pleno movimento e o estado se destacava por inúmeras potencialidades (MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018).

Houve, naquele momento, um jogo de forças políticas e acadêmicas, locais, estaduais e federais que pautaram as decisões sobre em quais cidades abrir uma nova faculdade de medicina.

Além da falta de vagas nas duas escolas da capital – a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criada em 1912, e a Escola Paulista de Medicina, criada em 1933 –, o argumento para a criação de escolas médicas dizia proporcionar ao aluno do interior ‘um custo de manutenção extremamente menor que na capital e, fundamentalmente, no caso da medicina, fixaria o futuro médico na zona rural, onde poderia desenvolver a pesquisa e clinicar, tendo como preocupação atender problemas específicos de saúde da região (MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018, p. 341).

A rede de profissionais médicos liderados por professores de faculdades de medicina reivindicava mudanças estatutárias para os profissionais e equiparação salarial, já demonstrando a força corporativa médica que se formou. Em 1947, Adhemar de Barros, médico e político, viajou para o interior em campanha para o governo estadual, com a promessa de construir a “universidade do interior”. Depois de vencer a eleição, passou a ser cobrado pelas cidades interioranas e, assim, aprovou-se, em 1949, uma legislação para a criação de três escolas superiores sob a administração da USP: a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Bauru, a Escola de Engenharia de São Carlos e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, onde Arouca se formou médico.

A primeira faculdade de medicina interiorana do estado de São Paulo foi a de Sorocaba, seguida da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, erguida com esforços do plano político estadual e das elites locais (MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018), uma vez que Ribeirão Preto tinha importância econômica na produção de açúcar e álcool, o que implicava nas forças dos seus representantes nas negociações dentro da Assembleia Legislativa.

No entanto, o regime de ensino da faculdade só foi escrito e apresentado ao Conselho Universitário em 1951 e aprovado por lei no mês de dezembro do mesmo ano. Assim, o primeiro diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi Zeferino Vaz, que anos mais tarde seria o Reitor da Unicamp, contemporaneamente à posição de Arouca como docente nessa mesma universidade. A Fundação Rockefeller, norte-americana que financiou a disseminação da Medicina Preventiva pela América Latina, influenciou e investiu na construção de salas de aula e laboratórios das novas faculdades.

Em dez anos, a fundação investiu um milhão de dólares em todos esses projetos. Os resultados foram considerados inovadores e em pouco tempo a instituição viria a ser uma referência nacional. Para isso, introduziu mais rapidamente os preceitos preventivistas, concomitantemente à sua organização institucional. Assim, em 1954, o professor catedrático de higiene, Pedreira de Freitas, foi o responsável por organizar e fundar uma nova área de ensino e pesquisa: a higiene e medicina preventiva, o que fez a partir de suas viagens como bolsista da Fundação Rockefeller pelos Estados Unidos e por Porto Rico, de sua ligação com o grupo de Samuel Pessoa e de seu prestígio como participante oficial no I Seminário sobre o Ensino de Medicina Preventiva, realizado em Viña del Mar, no Chile (MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018, p. 343).

Em seguida, outras cidades paulistas, como Botucatu, Catanduva e São José do Rio Preto, reivindicaram suas faculdades. A elite local de Campinas, onde a criação de uma escola médica já havia sido aprovada, se organizou para pressionar o governo estadual pela concretização do projeto, apresentando as condições de infraestruturas, corporativas e geográficas. Foram criadas, então, duas faculdades de medicina, a da Unicamp e a de Botucatu. Muitos professores de Ribeirão Preto ajudaram na formação da escola médica de Campinas e na criação do departamento de Medicina Preventiva, em 1965.

O currículo da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp também sofreu a influência das discussões dos encontros e congressos sobre medicina preventiva e formação médica propostas um decênio antes, incluindo, portanto, o preventivismo. (...) A partir dos anos 1970 constituiu-se como campo a medicina preventiva e social, tendo a higiene e o sanitário como referências constitutivas (MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018, p. 344).

Por fim, a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa foi a última escola de medicina a ser fundada nessa época, no ano de 1963, sob a experiência da Santa Casa de Misericórdia no campo médico-hospitalar. A faculdade também seguia o modelo preventivista de ensino, assim como as outras que surgiram naquele período.

1.2. A Medicina Preventiva em xeque: “atitude ausente” e Medicina Comunitária

Foi com essa conjuntura de pano de fundo que Sérgio Arouca ingressou na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em 1960, onde ficou até concluir o curso, em 1966. Durante a graduação, se aproximou do Departamento de Medicina Preventiva, campo por onde seguiu nos anos que sucederam a sua formatura e que desenharam a sua trajetória profissional. Depois de formado, foi trabalhar no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, onde acompanhou de perto o desenvolvimento de atividades preventivistas. Por isso, sua tese de doutorado analisa discurso de modelo de prática médica, apontando seus muitos vieses para fazer uma crítica a ele. Veremos agora os conceitos centrais desse trabalho e como Arouca teceu sua argumentação.

No texto, Arouca propõe uma compreensão e análise do discurso preventivista e faz uma crítica ao modelo. No centro desta crítica está a desconstrução da proposta de mudança sustentada pela Medicina Preventiva. Ao longo da tese, Arouca se dedica a mostrar que essa transformação jamais existiria na prática. Aqui, vamos trazer os pontos principais dessa análise e alguns pontos de seu quadro teórico. Para fazer sua análise, o médico usou a obra do filósofo Michel Foucault, em especial sua “Arqueologia do Saber” (1969). Foucault já estudava o discurso da medicina e possíveis conexões com as Ciências Humanas e elementos sociais e políticos.

De acordo com a tese, Foucault explica que a análise arqueológica percorre o eixo prática discursiva-saber-ciência. Segundo Arouca, o Saber é um conjunto de elementos (objetos, tipos de formulação, conceitos e escolhas teóricas) produto de uma determinada prática discursiva. A ciência, ele explica, funciona no elemento do saber. Foucault define também as relações da ideologia com o discurso científico, afirmando que o funcionamento ideológico das ciências se articula onde a ciência atravessa o saber. Nesse ponto, Arouca elenca algumas proposições derivadas disso, entre elas o fato de que as contradições, lacunas e falhas teóricas podem assinalar o funcionamento ideológico de uma ciência e, mesmo corrigindo seus erros, um discurso não anula sua relação com a ideologia. Ele assinala ainda que o papel da ideologia não diminui à medida que cresce o rigor do discurso. Arouca também aponta que o esquema arqueológico possibilita a análise do Saber por meio da descrição de um discurso-objeto e abre caminhos para uma discussão da dicotomia Ciência/Ideologia.

A proposta de Arouca é aproximar a arqueologia do saber com o materialismo histórico, articulando a análise do discurso de Foucault, enquanto processo, no conjunto de outros processos que existem em um determinado modo de produção. Para ele, a arqueologia seria uma negação de um tipo de história (a da consciência humana, da razão ou teleológica), mas também afirma uma nova história, a das descontinuidades, da pluralidade, de historicidades e das rupturas, em que se deve pensar no seu conceito, como foi desenvolvido no materialismo. Dessa forma, a tese abarca uma análise de um discurso médico, mas com uma articulação peculiar de uma arqueologia foucaultina sustentada pelo materialismo histórico.

(...) o materialismo-histórico assume, de início, uma postura antiantropológica, pluralista, ou seja, propõe a existência de um conjunto de historicidades, assume a descontinuidade como uma das categorias da análise histórica, define uma relação entre uma ciência da história (o materialismo-histórico) e uma filosofia (o materialismo-dialético) que a fundamenta, estabelece uma relação entre a teoria e descrição de uma totalidade (modo de produção e formação social) (AROUCA, 1975, p.54).

Com isso, ele analisa o discurso preventivista com um olhar social, apresentando as contradições trazidas pelo modelo. A Medicina Preventiva, explica ele, se desenvolveu concatenada a um momento histórico vivido pela sociedade norte-americana, de maneira orgânica, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde. Embora tenha surgido na Europa, logo após a Primeira Guerra Mundial, com a revisão dos currículos das escolas médicas na Grã-Bretanha, a Medicina Preventiva se expandiu para os Estados Unidos, onde se consolidou enquanto novo discurso, que definiu seu objeto como uma prática que engloba atividades que são diretamente responsáveis pela prevenção de doenças e pela proteção da saúde do indivíduo e de sua família. Esse novo objeto, explica foucaultianamente Arouca, é instaurado como uma composição entre produção de conhecimento e desenvolvimento de atitudes.

À época, os Estados Unidos passavam por uma crise em decorrência da Grande Depressão de 1929, em que o otimismo econômico que o país vivia até então acabou caindo em um período de saturação dos investimentos e de superprodução. Com isso, o emprego e a renda nacional foram abaixo. A tese de Arouca mostra que, nesse momento, começa-se, no país, uma discussão sobre a atenção médica, uma vez que o custo do serviço era muito maior do que a população podia pagar. A partir de meados da década de 1930, uma série de encontros e associações voltadas para a Saúde Pública e até o presidente Truman (1945-1953) defendiam a expansão do serviço gratuito de saúde. Do outro lado, associações médicas se organizavam para bloquear todas as tentativas de intervenção do Estado que botassem em risco a perda de autonomia econômica do grupo médico. A Medicina

Preventiva era a proposta de conciliação dos médicos, para que eles ocupassem o espaço entre a medicina clínica e a saúde pública. Dessa forma, as alianças da classe conseguiram manter os direitos dos médicos contra a intervenção estatal.

Entre as premissas que definem a Medicina Preventiva enquanto novo campo teórico estão o fato de ser um modelo focado no indivíduo e na família, de desempenhar uma prática que se dá no dia a dia dos médicos, independentemente de sua especialidade, e de ter representado uma transformação na prática médica. O novo modelo tinha como base o desenvolvimento de uma nova “atitude” por parte dos médicos. Essa nova atitude representaria uma atenção integral ao paciente, considerando aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. A Medicina Preventiva surgiu a partir do conceito de Higiene, fazendo críticas à medicina curativa, então dominante à época:

A crítica da prática médica pelo movimento preventivista, iniciou-se pela caracterização de seu oponente – a medicina curativa: trata-se de uma adjetivação da medicina, cujo objetivo é demonstrar sua atomização. Trata-se de uma prática médica que se esgota no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida (AROUCA, 1975, p.13).

Sérgio Arouca caracteriza a Medicina Preventiva como um movimento ideológico cujos princípios teóricos previam um entendimento de que as doenças não são uma condição estática, mas sim um processo com uma história natural, que evolui a partir de múltiplas causas e que precisa ser interrompido. Além disso, a medicina preventiva entende que o conceito de saúde envolve fatores sociais, mentais e biológicos. Por isso, esse modelo parte de uma crítica da prática médica curativa e propõe uma mudança na atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade em que ele vive.

Esta reorganização do conhecimento médico em um novo discurso, possui, como fim, a orientação de uma prática médica, de forma tal que as medidas de prevenção terminam, como nos compêndios clínicos, em condutas (...) Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão punctual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida. Viver é estar submetido a agentes em um meio ambiente, é estar na contigüidade do patogênico, é estar em equilíbrio diante da probabilidade da doença. A relação médico-paciente deixa de ser ocasional e transforma-se em uma necessidade contínua do viver, da manutenção do equilíbrio. A reorganização do conhecimento amplia, em um campo aberto, a responsabilidade médica, já que, em todas as situações, os homens encontram-se em um ponto da História Natural das Doenças, ao qual correspondem determinadas medidas preventivas (AROUCA, 1975, p. 18).

Assim, o modelo da Medicina Preventiva se propõe a fazer uma transformação social a partir da mudança em uma atitude que era tradicionalmente isolada dentro da cura individual dos doentes para uma compreensão médica de alcançar o estado de saúde para todos os seres humanos da comunidade em que o médico atua. A nova atitude médica, de acordo com Arouca, não representa uma consequência lógica do conhecimento médico, mas algo que, para emergir como proposta, precisa de uma reorganização do conhecimento. A Medicina Preventiva não é, portanto, uma conduta natural do médico, mas uma atitude construída diante de uma problemática. Por isso, Arouca explica que ela seria uma “atitude ausente” da prática médica, o conhecimento não incorporado à prática cotidiana.

Dessa forma, a Medicina Preventiva acaba ultrapassando as fronteiras da prática médica. Se o conceito teórico a define como modelo onde há uma nova atitude por parte dos médicos, era preciso que houvesse uma nova educação médica, para que os estudantes incorporassem as atitudes preventivistas e as aplicassem no dia a dia. Arouca explica que o novo discurso em relação ao ensino médico articula com uma mudança da própria medicina. Esse movimento, segundo ele, quando questiona as características dos formandos em medicina, atribui a ausência da conduta preventivista ao funcionamento e organização do próprio ensino, estabelece como sua estratégia a integração departamental, define a inadequação do médico e de sua prática às novas exigências de saúde, prepara o solo para o desenvolvimento da educação médica. Além disso, a Medicina Preventiva considera a Epidemiologia sua matéria básica, voltando com a composição entre a medicina das espécies e a medicina das epidemias, ou seja, reúne o indivíduo e o coletivo, para a educação médica.

Pois, se a forma de exercer a medicina deve-se a uma determinação histórico-social, a articulação da Medicina Preventiva, enquanto projeto de mudança, deve responder a uma nova forma da determinação, de forma tal que estudar a Medicina Preventiva será, em última instância, conhecer as contradições da própria sociedade expressando-se ao nível de um campo específico, qual seja: a medicina (AROUCA, 1985, p. 23).

Arouca identificou ainda, dentro do discurso preventivista, relações entre ciência e sociedade que evidenciam uma circularidade. Por exemplo, os avanços do conhecimento médico, que, ao criarem uma espiral de saúde, tornam a população mais produtiva economicamente. Essa dinâmica, aponta ele, propicia moradia, educação, cuidado médico e pesquisa científica, e o alcance de níveis saudáveis mais altos.

No entanto, Arouca avalia esse ciclo como um pensamento circular que acontece a partir de um ponto onde a homogeneidade das categorias envolvidas – biológicas, econômicas, sociais – faz com que a roda para o processo social se mova a partir de qualquer lugar, em um movimento ascendente de espiral. A crítica mostra que esse é um círculo vicioso, em que as variáveis são, ao mesmo tempo, de causa e efeito. Isso significa que a espiral poderia ter dois sentidos. Um ascendente, na medida em que maiores salários levam a melhor alimentação, educação e moradia, que levariam a melhor saúde. Esse seria o sentido do progresso e do desenvolvimento econômico. O outro, com valores negativos, seria o círculo vicioso da pobreza, ignorância e doença, que levaria e manteria o subdesenvolvimento.

Ele aponta que as ideias que aparecem envolvidas nesse processo de causação possuem o mesmo peso causativo, sejam aquelas ligadas à produção ou àqueles referentes a processos biológicos. “Esta noção de ausência hierárquica das determinações, leva a uma estratégia punctual de cada disciplina, em que será possível mover a espiral ascendente, a partir da saúde, como a partir do aumento da produtividade, ou da educação, alimentação e moradia” (AROUCA, 1975, p. 84).

Na análise de Arouca, essa dinâmica repete o paradigma do desenvolvimento-subdesenvolvimento, em que o primeiro é um modelo e meta para o segundo, enquanto o segundo é uma fase histórica ultrapassada pelo desenvolvimento. Essa causalidade circular determina, para ele, a articulação ideológica no interior de cada variável, já que uma vez que relaciona seu objeto como causa e efeito das condições de vida das populações, abre a possibilidade de um discurso ideológico que se oferece como projeto e alternativa para aquelas condições de vida.

Além disso, Arouca aponta que os problemas que se apresentam a partir dessa circularidade exigem soluções da ciência em sua relação com a sociedade. Por exemplo, quando novos perigos para a população aparecem como subproduto dos avanços tecnológicos. Ou quando a ameaça de doenças transmissíveis e graves é diminuída, o problema de doenças crônicas cresce, criando mudanças nas demandas de assistência social em médicos, hospitais, famílias e comunidade. Se a população de idosos cresce consideravelmente, as doenças degenerativas se destacam no cenário da medicina e etc.

Arouca explica que na emergência da circularidade os fatores positivos tornam-se negativos, como se cada avanço da espiral correspondesse a uma circular paralela, gerando novas respostas das instituições e das ciências. De acordo com ele, “é o mesmo

conhecimento, dentro da mesma estrutura social e com a mesma medicina que, por meio de um novo ator, solucionaria os novos problemas, por meio da determinação de novas relações sociais para este ator e de uma nova ideologia” (AROUCA, 1975, p.86).

Dessa forma, Arouca conclui que a mudança se refere muito mais ao estabelecimento de novas relações sociais entre o médico e o paciente, as famílias e comunidades, outros profissionais e instituições, assumindo que essas relações são determinadas por uma “atitude”. É neste ponto, segundo ele, que o conhecimento se articula ideologicamente com o saber.

O ponto de contato do conhecimento científico com a realidade através da sua possibilidade de intervenção se faz sobre a criação de uma nova visão de mundo, redefinindo-se os contornos de uma profissão que possui como caráter básico uma ideia de projeto-alternativa-interno a sua área profissional (AROUCA, 1975, p.86).

Como visto anteriormente, para além do Brasil, a Medicina Preventiva se expandiu para a América Latina a partir de seminários patrocinados por agências internacionais. Nesses encontros, discutiu-se métodos e programas de ensino da Medicina Preventiva, organização, função e formação dos docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva, entre outras coisas. Os eventos se desdobraram em vários outros seminários nacionais que aconteceram nos anos seguintes, reproduzindo o discurso em linha com o que foi proposto pela sociedade civil norte-americana e, assim, reafirmando a instância ideológica do movimento.

Assim, a Medicina Preventiva apresenta-se como sendo natural na medida em que representa uma evolução intrínseca da própria medicina, regida por suas leis internas e universal, quando generaliza esta alternativa como solução para os problemas da medicina em qualquer formação social, transformando-se, portanto, em uma solução que ultrapasse os limites de sua origem para tornar-se internacional (AROUCA, 1975, p. 98).

Assim, Arouca observa que o discurso da Medicina Preventiva, ao se disseminar por meio de intelectuais que aprendiam e difundiam suas ideias, cria espaço para a institucionalização e legitimação dos lugares que os sujeitos vão ocupar. E, embora coloque o médico como agente de mudanças nas condições de saúde, a construção teórico-ideológica nesses países se esquece, segundo Arouca (1975, p.99), de relacionar essas condições de saúde ao desenvolvimento das forças produtivas nos países periféricos. Mais ainda: se esquecem de analisar as relações sociais que envolvem e determinam o trabalho médico e a organização mais ampla do ensino e exercício da medicina.

A contradição entre as representações preventivistas sobre o real e as reais condições de existência das populações latino-americanas e de seus serviços de saúde,

está, pois, centrada sobre o funcionamento ideológico do movimento. Assim, a ideologia funciona no eixo desconhecimento-reconhecimento, em que o último membro do par fornece uma alusão-ilusão ao real em termos de uma forma (ou modo) de construir a representação sobre o real (AROUCA, 1975, p. 99).

A partir dos seminários, começam a surgir, na América Latina, novos olhares por parte dos grupos médicos, como o reconhecimento de uma situação problemática na área de saúde. Esse reconhecimento se refere às condições reais, em termos do predomínio das atividades curativas, da ausência de visão social dos médicos, de sua concentração urbana e cria, de acordo com Arouca, a ilusão de que essa problemática pode ser resolvida com atitudes particulares. Há ainda a composição do reconhecimento em um conjunto articulado de conceitos que se constitui em uma ideologia-teórica que, a partir de conceitos como os de saúde e doença, história natural, multicausalidade, atitude social, justifica a sua alternativa de mudança, além da composição do que ele chama de “aparelho ideológico material”, que servirá de base para a existência dessas práticas. Esse aparelho são os Departamentos de Medicina Preventiva.

Frente às determinações sociais, e, em particular, frente à miséria dos povos latino-americanos e seu baixo nível de vida, a ideia de uma possibilidade de mudança, que esteja ligada ao sujeito isolado em sua prática cotidiana, é que possibilita a manutenção da atitude preventivista. Assim, o médico pode e deve continuar em sua prática privada, em sua especializada, porém munido de uma atitude que amplie as suas responsabilidades sociais e torne potencialmente cada indivíduo em seu paciente em um dado ambiente, porém manter no horizonte a possibilidade de que suas ações levem a uma mudança social, melhorando as condições de vida da coletividade (AROUCA, 1975, p. 142).

Arouca, então, afirma que a proposta de mudança da Medicina Preventivista, portanto, acaba ficando como uma ideia promissora que, no entanto, nunca se concretizará. De acordo com ele, considerando as determinações sociais e a miséria dos povos latino-americanos, a ideia de uma mudança que esteja ligada ao sujeito isolado em sua prática cotidiana é o que permite a manutenção da atitude preventivista. Dessa forma, o médico continua em sua prática privada, especializada, mas aplicando uma atitude que amplie suas responsabilidades sociais, mantendo no horizonte a possibilidade de que suas ações se desdobrem em uma mudança social que melhore as condições de vida da coletividade.

O médico observa, no entanto, que a prática da Medicina Preventiva, que ele viu aplicada quando professor da Unicamp, levou a desdobramentos. Segundo ele, o conceito de “contato”, que pretendia a realização de uma inculcação, mas mantendo em suspenso a prática política, acabou se desenvolvendo para um conceito de relação com a população em

que a observação da dinâmica da doença no interior de uma família justificava a ampliação das responsabilidades sociais da medicina.

Dessa forma, surgiram projetos de Medicina Comunitária, em que o discurso preventivista tenta romper os muros de sua institucionalização para o espaço aberto, mas é recortado e controlado nos limites da experiência. Arouca cita alguns desses projetos como exemplo. Um deles, ocorrido na Universidade de West Indies na Jamaica, propunha um programa entre governo e universidade, em que, a partir de estudos de condicionamentos ambientais que contribuíam para a saúde e a doença, fosse possível realizar uma efetiva prestação de serviços às comunidades, inculcando nos estudantes um conjunto de atitudes e habilidades. Outro, realizado pela Universidade Central do Equador, pretendia promover mudança da educação, dos serviços e dos alunos por meio da execução de serviços em diferentes níveis de complexidade e nos diversos níveis de atenção em áreas urbanas e rurais.

Se no início a Medicina Preventiva mantinha como constante as estruturas de organização e tentava mudar apenas as relações, a Medicina de Comunidade, quer instituir mudanças organizacionais e estruturas, por meio da coordenação, integração e distribuição dos serviços. Arouca enxerga a Medicina de Comunidade como um direcionamento que caminhava para a extensão da racionalização que não podia ser contida ao nível da sociedade, mas que precisava procurar o seu espaço junto ao Estado.

A Medicina de Comunidade representa, pois, a emergência de novas regras discursivas, com uma nova positividade, determinada pelas contradições internas à Medicina Preventiva e pelo desenvolvimento de novas relações extra-discursivas, como o fortalecimento do Estado, principalmente nos países da América Latina. Parece-nos que o fundamental desta nova formação discursiva é a tendência da racionalidade ampliada, em que a formação das atitudes é paulatinamente substituída pelos estudos de custo-benefício, de técnicas de programação e avaliação, em desdobramentos do cuidado médico, em atos que possam ser controlados, etc. Começamos, assim, a passar dos projetos normativos para os normais, em que a regra exibida oferece-se como possibilidade de reprodução ampla para corrigir as infrações, os desvios, e obter-se maior produtividade do trabalho médico em sua articulação com a instância dominante nas formações sociais latino-americanas (AROUCA, 1975, p.146).

Arouca ainda articula a Medicina com o modo de produção capitalista, analisando como trabalho médico se relaciona com a criação de valor, qual é a sua função diante das diferentes classes sociais e quais as mudanças introduzidas nessas relações com o capitalismo monopolista. Ele pontua que o produto da prática médica existe, para os seus possuidores, como valor de uso. Por exemplo, a recuperação de uma fratura possibilita aos

sujeitos voltar à vida normal. Para o proletariado, que vende a sua força de trabalho, a manutenção e recuperação de determinados valores vitais significa manter o valor de troca da sua força de trabalho.

Por isso, se a saúde tem um valor de uso para o seu detentor, ele é transformado em valor de troca para a sua própria sobrevivência e em valor de uso para aquele que compra a força de trabalho do indivíduo. No entanto, para as classes hegemônicas, a atividade médica resulta em um valor de uso que é tido como a concretização do capital no processo de extração de mais valia. Na análise de Arouca, a Medicina se refere a dois valores de uso: o primeiro que, no processo, cria a mais valia, e o segundo, que se apropria dela. Os valores biológicos, portanto, são características da força de trabalho. E o cuidado médico pode contribuir para mantê-los e recuperá-los para definir o caráter do trabalho médico.

Como vimos até agora, a Medicina Preventiva pretende provocar mudanças a partir de uma nova atitude, mantendo, porém, intocada a estrutura social. Arouca discute qual a viabilidade desse projeto no interior do modo de produção capitalista, apresentando o funcionamento da prática médica em dois modelos de organização do cuidado. O primeiro com a manutenção da prática liberal, a participação do Estado e a emergência de uma prática empresarial, e o segundo com o controle total das ações de saúde pelo Estado.

No primeiro modelo, as medidas preventivas são incorporadas ao cuidado, passam a ter um valor de troca e se transformam em mercadorias, o que satisfaz as necessidades de determinados grupos sociais. Essa mudança começa a criar cada vez mais especi

alidades, produzindo um modo de consumo de cuidados preventivos para classes sociais que têm acesso a esse tipo de prática médica. A produção do cuidado faz o setor industrial produzir tecnologias como exames periódicos, determinando que o cuidado preventivo se constitua em um setor de alta densidade de capital. Arouca acrescenta que a incorporação das atitudes preventivistas nesse modelo acontece quando estão ligadas ao aumento da produtividade da força de trabalho, sendo impostas ao trabalho médico por objetivos externos à medicina, como, por exemplo, a diminuição do absenteísmo e acidentes de trabalho, visando o aumento da produtividade dentro de uma empresa. Por fim, a incorporação do primeiro modelo acontece também por meio de uma política estatal, nos organismos de saúde pública, na tentativa de controlar determinadas doenças ou eventos vitais nas populações marginais.

(...) fundamental é que a eficiência destas práticas encontra-se exatamente colocada sobre a contradição fundamental da Medicina, já que o uso atribuído à vida como força de trabalho a ser consumido no processo produtivo é o núcleo gerador fundamental das patologias. A eficiência (ou impacto) das medidas preventivas choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção (AROUCA, 1975, p. 172).

No segundo modelo, quando o Estado assume o controle da saúde, pode promover uma reforma completa nas condições de trabalho, incorporar aos praticantes as chamadas “atitudes preventivas”, desde que elas façam parte das relações sociais de produção e consumo do cuidado e, a partir daí, estabelecer uma reforma do ensino que se adapte às novas condições de prática. Dessa forma, poderia ocorrer uma maior eficácia no desenvolvimento das funções da medicina diante da sociedade, devido à introdução de um sistema racionalizador do trabalho médico. Assim, de acordo com a Arouca, as ideias preventivistas poderiam se incorporar à prática, abandonando sua origem junto à sociedade civil.

A análise da viabilidade do projeto, de acordo com ele, dada a articulação da medicina com o modo de produção capitalista, revelou que enquanto projeto da sociedade civil, a introdução das medidas ao cuidado médico depende de que essas medidas adquiram valor de troca, ou sejam impostas pela lógica da produção. Para ele, a introdução das atitudes sociais, epidemiológicas e educativas estão em antítese com esta forma de organização do cuidado médico. O conceito de mudança proposto pelo discurso preventivista introduz a noção de que a história é feita pelos sujeitos em particular e procura demonstrar uma autonomia política do setor saúde, neutralizando o conjunto das relações sociais que determinam o setor e o próprio sujeito em suas ações, tratando-se de uma mudança que só existe na materialidade do discurso.

Já enquanto projeto de Estado, para ele, poderia levar a uma introdução dos objetivos preventivistas, desde que exista uma reorganização da prática médica com uma redefinição das relações sociais existentes e uma posterior mudança do ensino, que refletisse a prática modificada.

O movimento preventivista, em síntese, possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações (...) Finalmente, na América Latina, o movimento preventivista como tendência vem se deslocando no sentido de projetos racionalizadores da atenção médica, constituindo-se no solo para a introdução da racionalidade da produção no interior da prática médica (AROUCA, 1975, p. 179).

Aliando Foucault e Marx em uma leitura peculiar, Arouca criticou não apenas o modelo preventista, mas também a sua importação para realidades latino-americanas, o Brasil entre elas. Ao pontuar os problemas e insuficiências do discurso preventivista, Arouca traz para a discussão a “atitude ausente”, conceito previsto pelo discurso preventivista como característica fundamental da nova atitude médica. Essa ação, segundo ele, seria o conhecimento que não pertence à prática médica cotidiana e ao conhecimento médico tradicional, mas sim uma atitude construída diante de uma situação que exige cuidado. No entanto, este olhar, segundo ele, seria aplicado isoladamente, durante o atendimento individual dos pacientes ou diante da comunidade de atuação do profissional de medicina. Quando implementada nos países periféricos, a Medicina Preventivista fez surgir a noção da necessidade de atenção às responsabilidades sociais da medicina. A partir daí, foram desenvolvidos projetos voltados para Medicina Comunitária, que passou a olhar mais atentamente para o social, ainda que dentro dos limites da experiência das iniciativas realizadas.

A observação precisa de Arouca confronta o discurso preventivista e se atenta para possibilidades que surgiam no campo da prática médica, a partir de uma leitura social. Não apenas a avaliação de iniciativas internacionais, mas a sua vivência enquanto docente da Unicamp o levaram a desenvolver suas propostas para a área da saúde no Brasil. Assim, nota-se que a proximidade com as comunidades em que implementou projetos universitários aguçou a sua capacidade de interpretação da realidade social do país. A tese se aproxima dos relatórios produzidos pelos médicos que faziam expedições pelo Sertão brasileiro, na intenção de fazer um levantamento de vida da população. Se sob a perspectiva do pensamento social brasileiro abordado por Nísia Trindade Lima (1999;2004;2009), esses documentos contribuíram para que a proposta da reforma da saúde, que propunha maior presença do Estado em todo o território nacional, alcançasse visibilidade, podemos dizer que a tese de Arouca teve um papel semelhante, fazendo diagnósticos e indicando alternativas para o país.

1.3 Os primeiros passos do médico: da graduação à Unicamp

Para analisarmos a formação inicial de Sergio Arouca, vamos usar duas fontes documentais, que também vão sustentar a investigação nos próximos capítulos. Uma delas

é o Relatório de Vida Funcional de Arouca, que traz dados do período em que ele esteve no quadro docente da universidade, a outra é o projeto “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sergio Arouca”, realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Memória Social (PPGMS), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), em 2005. A iniciativa publicou um documento com depoimentos de pessoas próximas a Arouca e dividiu sua trajetória em três períodos (1967-1975; 1976-1988; 1989-2003). O primeiro deles traz uma cronologia da vida de Arouca, de onde podemos pinçar informações importantes para começar a análise.

A linha do tempo conta que, em 1956, ano em que completou 15 anos, Arouca se filiou ao Partido Comunista do Brasil, que, inicialmente, usava a sigla PCB. Mais tarde, o partido foi renomeado como Partido Comunista Brasileiro, mas manteve o uso da sigla PCB. A mudança de nome aconteceu após um racha interno que deu origem ao atual Partido Comunista do Brasil (PCdoB), que seguiu com o nome inicial do partido de origem, mas adotou uma nova sigla. No mesmo ano, durante as aulas no Instituto de Educação Otoniel Motta, em Ribeirão Preto, ele participou de um Centro de Amigos da Literatura, onde os participantes liam, se inspiravam e escreviam seus próprios textos. Nesse grupo, os estudantes participavam do “parlamento estudantil”, projeto que fazia com que eles se reunissem a cada domingo para debater problemas nacionais ou organizar “julgamentos” de personagens históricos, como Tiradentes e Calabar. De acordo com o documento da UNIRIO, Arouca atuou constantemente como advogado de defesa dessas figuras.

Além dessa experiência, a cronologia aponta outras possíveis influências na filiação do adolescente ao partido. Uma delas foi seu irmão José Carlos, já militante do PCB, e a outra foi o sapateiro e alfaiate Nazareno Mantovani, pai de um colega de infância, amigo e vizinho da família Arouca. Quatro anos depois, Arouca levou a militância para a faculdade. Consta na cronologia que, quando ingressou na Medicina, o estudante não se identificou prontamente com o curso. De início, achava que a atividade de médico não tinha nada a ver com sua atividade de militante comunista. Conta o documento que ele chegou a abandonar o curso e ir a São Paulo conhecer a rotina da Faculdade de Direito, onde seu irmão estudava. Decepcionado, voltou a Ribeirão e à medicina.

A partir da análise de documentos adquiridos no Arquivo Central da Unicamp, onde está armazenado o processo sobre a vida funcional de Arouca na universidade, vamos começar a traçar a sua formação profissional e acadêmica. Registrado pelo pai como Antonio Sergio da Silva Arouca, nasceu em Ribeirão Preto, São Paulo, em 20 de agosto de 1941. Segundo

a certidão apresentada na admissão da Unicamp, seu pai se chamava José Pereira Arouca, era funcionário público e casado com Alzira da Silva Arouca, mãe do médico. O documento refere-se à atividade profissional de Alzira como “de prendas domésticas”.

Na ocasião da sua admissão, Arouca também apresentou à universidade, em 22 de fevereiro de 1967, seu currículo, onde constam dados da sua vida escolar pré-acadêmica e informações sobre o período em que cursou medicina na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Sérgio prestou o exame para ingresso no curso em 1960 e concluiu a graduação em 1966.

Seu currículo mostra o interesse pela medicina preventiva e por ações voltadas para o coletivo já no período de estudante. No ano de conclusão dos estudos, ele realizou o Curso Intensivo no Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da faculdade, ministrado para os alunos do 4^a ano. Arouca, enquanto acompanhava o curso, realizou visitas domiciliares, participou na organização da campanha de vacinação de Ribeirão Preto e de um levantamento médico-social realizado em Cássia dos Coqueiros, município vizinho que integra a região administrativa de Ribeirão.

Durante a graduação, Arouca cumpriu algumas atividades extracurriculares, segundo seu currículo. Entre elas, o Curso Intensivo de Leprologia, promovido pela Secretaria de Saúde Pública e do Departamento de Profilaxia em Lepra, o curso sobre Equilíbrio Hidroeletrólítico e Ácido-Base, pelo Centro Acadêmico Rocha Lima (CARL), da Faculdade de Medicina da USP, e o curso de Medicina de Urgência, também do CARL. O então estudante também participou do II Seminário Estudantil Latino-Americano de Psicologia Médica.

Em 1961, Arouca começou a atuar no Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina da USP. No ano seguinte, os comunistas chegaram à direção do CA. O estudante de medicina se destacava como orador, atuava na União Geral do Trabalhador (UGT), dava aulas de formação para os secundaristas do PCB e participava de debates nacionalistas no Centro Nacionalista Olavo Bilac. Em 63, Arouca participou da implantação do Centro Popular de Cultura (CPC) de Ribeirão Preto. Depois do Golpe de 1964, o PCB se reorganizou e Arouca assumiu a função de secretário político do município. O memorial pontua que Arouca sempre se manifestou a favor da frente ampla para derrotar o regime militar por meios pacíficos e, de preferência, legais. É com esse arcabouço cultural e político que, em 1967,

ele se muda para Campinas para dar aulas na Unicamp, onde faria, anos mais tarde, a tese de doutorado em Medicina cujo argumento central vimos no segundo subcapítulo.

O documento também mostra seu engajamento ativo em múltiplas instâncias. Foi membro da Liga Brasileira de Combate à moléstia de Chagas, do CARL, e proferiu a conferência subordinada ao tema “Moléstia de Chagas no Brasil”. Entre os anos de 1964 e 1965, foi diretor do Departamento Cultural do CARL e, entre 1965 e 1966, organizou o Posto de Puericultura de Santa Cruz do José Jacques, para a Liga de Assistência Médico-Social do mesmo centro acadêmico. Em 1967, foi assessor médico na realização de um filme sobre Moléstia de Chagas, também produzido pelo CARL.

Durante o curso, Arouca foi plantonista em diversas unidades de saúde: na área de Pediatria do Departamento de Pediatria da faculdade; no Serviço de Hidratação do Pronto Socorro Municipal de Ribeirão Preto; no setor geral da mesma unidade; na Santa Casa de Misericórdia da cidade; e no Hospital Psiquiátrico Vicente de Paulo. Apenas para o primeiro ele não prestou concurso. Sérgio Arouca fez residência no Hospital das Clínicas da faculdade de medicina, no Departamento de Higiene e Medicina Preventiva.

A dedicação de Arouca ao curso de medicina lhe rendeu algumas premiações, que contam um pouco sobre a dedicação do estudante não só em relação à medicina como também à comunidade universitária. Como consta no currículo, em 1966, ele recebeu um prêmio conferido pelo Departamento de Oftalmologia da faculdade, por conta de composições sobre temas ligados à visão. No mesmo ano, recebeu um diploma de mérito-acadêmico do CARL, por conta de atividades junto à Liga de Assistência Médico-Social, devido ao empenho do estudante pelo desempenho da comunidade universitária. Ainda em 66, recebeu do diretor da faculdade de medicina o prêmio “Comendador Assad Abdala”, por ser o aluno mais destacado nas atividades do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva.

No mesmo dia em que entregou os documentos para o processo de admissão ao corpo docente da Unicamp, Arouca teve sua contratação aprovada pelo Conselho Diretor da universidade, para exercer a função de instrutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social em regime parcial, por um período determinado de três anos. Assinado em 20 de março de 1967, o contrato determina que a admissão valia desde o dia 5 do mesmo mês.

Os documentos no processo da vida funcional indicam as mudanças que seu contrato sofreu ao longo dos anos. Em 6 de junho de 1967, o professor Miguel Tobar, diretor do

departamento, enviou ao diretor da Faculdade de Medicina o programa docente e de pesquisa de Arouca, para que fosse anexado ao processo referente à passagem da função de instrutor em tempo parcial para tempo integral. Em 19 de outubro do mesmo ano, o Reitor da universidade, Zeferino Vaz, baixou uma portaria aplicando às funções de Arouca enquanto instrutor o Regime de Dedicção Integral à Docência e à Pesquisa (RDIDP). Em novembro de 1970, Arouca teve seu contrato prorrogado pela Unicamp, a pedido do Departamento de Medicina Preventiva e da Faculdade de Ciências Médicas da universidade, por 1095 dias. Em agosto de 1971, a admissão foi novamente prorrogada, dessa vez por 730 dias, quando também sua função foi alterada para “professor assistente”, e, em 1973, novamente, pelo mesmo período. Em 1974, a prorrogação do contrato condicionou o RDIDP à defesa de sua tese de doutoramento.

Um documento com o currículo atualizado de Arouca mostra ainda que, durante o período em que esteve na Unicamp, ele frequentou cursos que encorparam a sua formação profissional. Em 1969, ele assistiu ao curso de especialização em Medicina Tropical, na USP, e o curso de Didática Aplicada ao Ensino Superior, ministrado pelos docentes da Faculdade de Medicina da UEC, em 1968.

Em um relatório enviado ao diretor do departamento, ele conta que, durante o ano de 1970, ficou de licença para cursar a Pós-Graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O curso foi aconteceu entre 2/02/1970 e 15/12/1970 e teve duração de 1.440 horas. O relatório aponta que, em paralelo, ele cursou também a Especialização em Democracia, ofertado pelo Centro de Dinâmica Populacional da mesma universidade.

Os dados vistos acima mostram que Sergio Arouca era engajado tanto na política quando na universidade. Sua militância, iniciada na sua filiação ao PCB, indica alinhamento com as ideias de esquerda e provável base marxista. Dentro do partido, suas habilidades para a docência e a articulação política já davam seus primeiros sinais. Isso porque Arouca destacava-se como orador, dava aulas para estudantes secundaristas, participava de debates nacionalistas e, em 64, assumiu a função de secretário político do partido em Ribeirão Preto. Durante a graduação, sua atuação política se confundia com a militância dentro da universidade. Entrou para o Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina, assistindo à chegada dos comunistas, grupo ao qual pertencia, à direção do CA no ano seguinte. As informações também mostram um aluno interessado em campanhas de saúde voltadas para

regiões periféricas e em problemas de Saúde Pública, além de ter se destacado nas atividades do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva.

Neste capítulo, vimos que a expansão do ensino de medicina no Brasil se deu entre as décadas de 1950 e 1960, acompanhando também a difusão do ensino preventivista pela América Latina. Muitas universidades, inclusive a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, onde Arouca se formou, foram montadas com financiamento das mesmas agências norte-americanas que patrocinavam projetos voltados para a Medicina Preventiva no Brasil. Foi nessa conjuntura que Sergio Arouca cursou a graduação em Medicina e teve seu primeiro contato com a prática preventivista. Na segunda metade da década de 1960, Arouca foi admitido como professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, onde desenvolveu sua pesquisa de doutorado. A tese, como vimos, faz uma crítica à Medicina Preventiva, sob o argumento de que esta prática médica não sustenta a transformação social que propõe. Para Arouca, embora seja baseada na história natural da doença e voltada para uma avaliação integral do paciente, considerando a situação social e econômica em que este e sua família estão inseridos, o discurso preventivista aposta que a mudança social seria feita a partir da relação entre médico e paciente. No entanto, segundo ele, a proposta serve apenas para manter contínuo o exercício da Medicina Preventiva, reforçando o modo de produção capitalista e desconsiderando as dificuldades estruturais dos países latino-americanos.

Os dados colhidos na análise do processo de Vida Funcional de Arouca na Unicamp trazem não só informações sobre sua formação profissional como também sobre as atividades e projetos que desenvolveu com alunos ou em parcerias com outras instituições e disciplinas que lecionou. Com a ajuda desse relatório e de documentos sobre as atividades desenvolvidas no projeto Bairro Jardim dos Oliveiras e Projeto Paulínia, vamos ver, no capítulo 2, como essas iniciativas se deram e o quão fundamentais foram para a formação intelectual do médico. Vamos consultar também a primeira parte (1967-1975) do relatório “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sergio Arouca”, produzido pela UNIRIO, cujas entrevistas vão ajudar a lembrar acontecimentos que marcaram a passagem de Arouca pela universidade.

2 ENCONTROS, CONVERSAS E PROJETOS: O TRABALHO DE CAMPO DE SERGIO AROUCA

Vimos no capítulo anterior como Sergio Arouca entrou para a militância política, qual era o contexto do ensino de medicina no Brasil antes e durante o período em que cursou sua graduação, além do argumento central da sua tese de doutorado. A partir da análise de relatórios colhidos na Unicamp e de depoimentos de quem conviveu com ele no período em que pertencia à universidade, este capítulo vai indicar outros elementos que contribuíram para a formação intelectual de Arouca e aguçaram sua reflexão sobre a sociedade brasileira. Vamos conhecer um pouco sobre as atividades desempenhadas por ele enquanto docente do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, com foco na abordagem que propunha nas disciplinas que ministrava, e ver como a rede de relações que ele construiu contribuiu para a formação do seu pensamento a respeito da Saúde. Além disso, vamos entender como a repressão imposta pelo regime militar impactou a sua trajetória. Dessa forma, acompanhando a perspectiva do pensamento social brasileiro, pretendo elencar mais evidências que mostram como Arouca consolidou seu olhar de intérprete do Brasil.

2.1 Jardim dos Oliveiras: o primeiro laboratório de pesquisa

O Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp nasceu em março de 1965 e, desde o início, se organizou a partir do modelo de ensino médico que havia sido proposto nos Seminários de Viña Del Mar, em 1955, e Tehuacán, no ano seguinte. No artigo “A organização curricular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – Análise Histórica: 1965-1982”, Everardo Duarte Nunes (1984) conta como o departamento incorporou as práticas e propostas educacionais preventivistas. Nunes relata que, seguindo as ideias firmadas nos seminários, nos seus cinco primeiros anos, o departamento procurou implementar disciplinas, temas, atividades e uma crescente diversidade de cursos, cobrindo áreas do conhecimento que até então não constavam no currículo. Entre 1965 e 1967 entraram para a grade conteúdos matemáticos e estatísticos, a história da medicina e da medicina legal, as ciências sociais, a epidemiologia,

o saneamento ambiental e as estatísticas vitais, assim como noções de Direito, administração sanitária e hospitalar e saúde materno-infantil. O departamento também incorporou atividades extramurais, como práticas educativas com a comunidade e até atividade clínica por meio das Clínicas de Família, nome dado à época ao atendimento de pessoas das regiões atendidas por projetos da universidade, e trabalhos de organização da comunidade, desenvolvido com associações de moradores e outras instituições existentes, que o autor chama de “comunidade-laboratório”. Ao final da década de 1960, os programas foram se sistematizando, em busca de aprimoração. Essa revisão já incluía uma abordagem sobre a realidade médica brasileira e a confirmação de marcos teóricos pautados na história natural da doença e na medicina integral, como previsto no discurso preventivista.

Assim, há a incorporação de conhecimentos, de profissionais e de atividades as mais diversas. Enfermeiras, Assistentes Sociais, Odontólogos fazem parte do quadro do Departamento. Essa organização corresponde ao que tem sido “analisado” como o modo liberal de Departamento – que se caracteriza por uma pauta de disciplinas, um campo de atividades práticas de cunho experimental e também “numa estratégia intraescolar em que a medicina preventiva se confunde com a Escola Médica” e “no surgimento de uma linha de tensão entre a estrutura tradicional e das escolas médicas com base na especialização e a existência de um departamento de Medicina Preventiva” (NUNES, 1984, p. 97).

Arouca estava contratado pela Unicamp desde fevereiro de 1967 quando, em junho do mesmo ano, passou de docente em tempo parcial para tempo integral. Segundo o Relatório de Vida Funcional de Arouca, na ocasião da mudança da carga horária, o professor Miguel Ignácio Tobar Acosta, então diretor do Departamento de Medicina e Social, encaminhou a Antonio Almeida, que dirigia a Faculdade de Medicina, seu programa de trabalho e pesquisa. No documento, Arouca deixa evidente seu interesse pela aproximação da prática médica com as Ciências Sociais. A intenção do seu projeto era fazer um estudo médico-social quanto ao aspecto de cuidados materno-infantis até os 12 anos de vida da criança, combinando métodos epidemiológicos e da metodologia de Ciências Sociais, para se entender a respeito da incidência de moléstias, distúrbios nutricionais, morbidade e desenvolvimento, relacionados a aspectos psico-sócio-culturais, assim como a elaboração de técnicas de comunicação para a informação sobre saúde e gestantes. Entre os objetivos específicos do plano, estavam fazer entrevistas dirigidas com as gestantes sobre suas atitudes e hábitos para levantamento de hipóteses aos cuidados com a criança no 1º ano de vida, observação para levantamento de hipóteses e determinação de variáveis intervenientes e aplicação da técnica de história de vida das gestantes e de questionários com perguntas

abertas a pediatras e obstetras sobre atitudes e crenças quanto à relação materno-infantil a respeito de saúde.

O projeto seria aplicado na Santa Casa de Misericórdia, na Maternidade e na Casa de Saúde, todas unidades de Campinas, além de implementado entre as gestantes do Bairro Jardim dos Oliveiras. Entre as atividades docentes previstas para ele estavam ministrar as disciplinas Curso de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina para alunos do 2º ano de Medicina, Curso de Epidemiologia para o 3º ano e Curso de Medicina Preventiva para o 4º e 5º ano, acompanhar o ambulatório docente e fazer a supervisão de visitas domiciliares em Ciências Sociais, além de reuniões semanais para a discussão de casos clínicos e temas relacionados à saúde.

Um documento intitulado “Relatório Sumário das Atividades Globais do Ambulatório Jardim das Oliveiras de agosto de 1967 a dezembro de 1969”, mostra que algumas das ações listadas acima foram aplicadas dentro do Ambulatório Projeto Jardim dos Oliveiras, que começou a funcionar em agosto de 1967, colocando em prática o “Programa Jardim dos Oliveiras”, iniciativa de pesquisa comunitária financiada pela Unicamp que tinha o objetivo de estudar as variáveis de fertilidade de uma população periférica de Campinas². O relatório conta que, em fevereiro do ano seguinte, o ambulatório ganhou novas finalidades, transformando-se em uma unidade de atenção integral à mulher. Depois, ficou ainda mais completo, virando um ambulatório de atenção à família, sob a supervisão do Departamento de Medicina Preventiva e Social. À época, o bairro Jardim dos Oliveiras tinha 809 famílias e 1000 mulheres em idade fértil.

O documento que traz o planejamento da disciplina Ciências Sociais Aplicadas à Saúde mostra como Arouca pretendia trabalhar. O objetivo básico era propiciar aos estudantes conhecimento que o levassem a compreender melhor a importância e a influência de fatores sociais sobre o estado de saúde dos indivíduos e das populações que iriam atender. Dividido entre as partes teórica e prática, o programa tinha temas de discussão teóricos voltados para interação social, cultura e saúde, organização e estrutura social, grupos sociais e burocracia, comunidades humanas e mudança social.

Na parte prática, desenvolvida no Jardim dos Oliveiras, os alunos seriam distribuídos em pares e incumbidos do estudo de uma família selecionada aleatoriamente. O estudo seria

² Ver anexo 1.

realizado com base em coleta de dados sobre a composição familiar, características de alimentação, habitação, ocupação, educação relações intra e interfamiliares, relações comunitárias, recreação, problemas de saúde, crenças e atitude sobre saúde e doença. Cada dupla faria uma visita mensal à família que estivesse acompanhando. E, ao fim do ano, deveriam apresentar a história completa das famílias estudadas. As histórias mais significativas seriam selecionadas e debatidas em sala, tratando da influência dos fatores sociais no estado de saúde das pessoas envolvidas. Os alunos receberiam supervisão de um sociológico e de um médico, alternadamente, em pares e a cada dois meses. Os dois professores também acompanhariam cada par na visita mensal.

Além do estudo, os alunos teriam a função do que era chamado de “Assessores da Saúde”, orientando as famílias e, em caso de doenças, encaminhando os membros ao ambulatório. Os estudantes também assistiram a aulas complementares de Educação Sexual, Educação Sanitária e Medicina Construtiva.

Já o programa integrado de Clínica de Família, composto por alunos do 4º e 5º anos de Medicina dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, Tocoginecologia, Pediatria e Clínica, tinha como objetivos desenvolver no estudante de Medicina a necessidade de observar os fenômenos biológicos, psicológicos e socioculturais de uma população que vive em condições naturais e a influência que eles têm sobre a saúde do indivíduo, da família e da sociedade, capacitar os alunos para o exercício da profissão, de acordo com as necessidades da sociedade e as condições do meio ambiente correspondente, considerando os conceitos quantitativos e qualitativos, o interesse pelas múltiplas causas da doença e as consequências mútuas sobre o indivíduo e o ambiente, critério de prioridade na solução de problemas, viabilidade de tratamentos médicos e medidas preventivas, levando em conta o curso da saúde e da doença, conduzir os indivíduos aos quais tem que se conservar a saúde e, aos doentes, que devem ser tratados e reabilitados. E, por último, superar as barreiras de ordem socioculturais, em parceria com o Serviço Social.

Cada família do bairro Jardim dos Oliveiras teria seus elementos demográficos, médicos e socioculturais mais importantes analisados por cada par de alunos por pelo menos dois anos. Os estudantes deveriam ter em mente que o conceito de saúde representa o bem-estar físico, mental e social e, com isso, observar as condições de habitat (saneamento ambiental das moradias e adjacências), aspectos culturais e de interação social, além de fazer o estudo clínico completo de cada um dos integrantes da família. O guia para o acompanhamento de cada família orienta os estudantes a fazerem uma abordagem detalhada a respeito de cada

tópico, para que eles se atentem às condições socioeconômicas e psíquicas de cada casa, como pode-se observar no documento abaixo (FIGURA 1).

Figura 1 - Guia para observação

Fls. N.º	57
Proc. N.º	44/67
Rub.	12

g) Os alunos terão tempo suficiente para completar a observação familiar, podendo ser supervisionado, seu trabalho, em qualquer momento.

h) As observações deverão ser, se possível, datilografadas e entregues quando forem pedidas.

i) As observações serão comentadas pelos encarregados da mesma, e discutida com os colegas do curso e membros do corpo docente, em reunião especial.

j) Se durante o período de observação das famílias apresentarem-se casos de doenças compulsórias, fazer a respectiva notificação às entidades de Saúde local, e preencher uma ficha especial para o correspondente estudo do caso.

k) Também, em caso de óbito de um dos componentes da família em observação, obter cópia do correspondente atestado de óbito; antes porém, deverá ser preenchido um atestado de acordo com o critério individual do estudante que observou o caso.

1. O trabalho do estudante terá o seguinte valor:

1.1 - Trabalho de campo e História Clínico-Familiar	= 30%
1.2 - Rendimento nos ambulatórios	= 35%
1.3 - Provas	= 25%
1.4 - Frequência	= 10%

GUIA PARA OBSERVAÇÃO MÉDICO-FAMILIAR

Identificação do caso piloto ou inicial, se for o caso.
 Nome do pai (ou responsável), ou do chefe da família.
 Endereço (rua, nº, bairro). Apreciação sobre as facilidades de acesso à casa.

HABITAÇÃO: Condição de ocupação da casa (se alugada, por quanto). Tipo de construção, estado de conservação e limpeza, isolamento, insolação (orientação), umidade e ventilação. Número de cômodos, tamanho aproximado, número de pessoas por cômodo e por cama (esquema). Facilidade para a vida e o trabalho do lar: área externa, cozinha, instalações sanitárias, água, esgoto, lixo, vetores, iluminação; descrever estes elementos e seu tipo de utilização. Ordem e limpeza da casa. Características da vizinhança.

MEMBROS DA FAMÍLIA: (inclusive dependentes). Prenome, relação com o chefe, idade, sexo, cor, estado civil. Local de nascimento e tempo de residência em Campinas. Grau de instrução e onde estuda. Profissão ou ocupação e onde trabalha. Estado de saúde: estudo clínico de cada um dos membros da família, seguindo o roteiro de exame da Clínica Médica; em cada observação, fazer um resumo dos achados (se o caso estiver sendo tratado por médico, procurar certificar-se do diagnóstico e da orientação terapêutica). Que tipo de relação (ou contato) mantém os outros membros da família com a pessoa cujo caso motivou a visita, ou com qualquer outro doente da casa.

.3.

Fls. N.º 58
 Proc. N.º 44/67
 Rub. NR

Apontar as pessoas da casa com as quais foi mantido um contato, e se há outros parentes de primeiro grau (pais, irmãos) que residem fora. Caso outra família resida na casa, descrever sumariamente sua composição.

HORTA OU POMAR: relatar.

ANIMAIS DOMÉSTICOS: relatar.

HÁBITOS ALIMENTARES: onde tomam as refeições. Alimentos que habitualmente usam nas principais refeições, procurando avaliar com que frequência utilizam o leite a carne e ovos. Uso de bebidas alcoólicas, de fumo e tóxicos

IMUNIZAÇÕES: enumerar as imunizações já feitas nos diferentes membros da família, com respectivas datas. Caso não tenham sido feitas, investigar porque. Vacinação de animais domésticos.

CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE PSÍQUICO: existência de doentes mentais na família ou entre os parentes. Dar a impressão sobre o grau de harmonia na família, a "intensidade" da vida em comum e sobre as relações entre crianças e adultos na família. Como ocupam as horas de lazer, que relações mantém com vizinhos.

CONDIÇÕES ECONÔMICAS: salários ou rendas mensais habituais. Despesas mensais habituais. Economias (pecúlio familiar). Auxílio financeiro. Contribuições para Institutos ou Caixas, e benefícios que deles recebem.

ASSISTÊNCIA MÉDICA: como obtêm as rendas para isto (inclui assistência para medicamentos e hospitalização. Assistência ao parto. Assistência dentária.

ECONOMIA MÉDICA: o estudante deverá fazer uma análise de custo de toda e qualquer despesa ocasionada pela atenção aos casos atendidos, para o que deverá levar em conta o número de consultas em ambulatórios ou domiciliares, o preço de cada medicamento prescrito, estimativa do valor das dietas especiais. Em caso de hospitalização conhecer o valor da mesma, especificando as despesas e determinando o valor do leito/dia, tendo em consideração dados reais.

RECEPTIVIDADE: Relatar como a família recebeu a visita. Dificuldades encontradas e como foram solucionadas. Dar a impressão sobre a fidedignidade das informações.

IMPRESSÃO SUMÁRIA: Dar a impressão sumária sobre as condições físicas, sociais e mentais da família, destacando aquela relativa a algum membro em particular se for o caso.

MEDIDAS PROPOSTAS: Relatar as providências sugeridas ou tomadas em relação ao caso inicial e aos outros membros da família, enumerando-as de acordo com a prioridade com que elas devem ser adotadas.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO: O mencionado relatório deverá estar escrito por extenso e terminado, a fim de ser lido e entregue no dia da apresentação. Se durante esta apresentação surjam elementos, problemas ou soluções que não tenham sido focalizadas, esses deverão constar no relatório sob a forma de adendos.

Os mesmos alunos do 4º e 5º ano participariam da discussão em grupo, um programa extracurricular acompanhado por Arouca. O documento aponta que as atividades planejadas incluíam debates sobre as histórias clínicas estudadas no ambulatório integrado, análise bibliográfica e discussões de temas como epidemiologia de diversas doenças, ecologia da infância, planejamento de família, combate aos parasitas transmitidos pelo solo, tratamento dos parasitas intestinais e produção, distribuição e consumo de alimentos.

Um documento com o currículo atualizado de Sergio Arouca aponta que ele era ligado ao ambulatório da Clínica de Família de várias maneiras. Em 1968, ele foi o coorganizador da clínica, o responsável pelo ambulatório de Clínica de Família do bairro Jardim dos Oliveiras e fez atendimento médico na unidade de 1967 a 1969.

2.2 Um novo projeto: o campo em movimento

Em 1968, começou a acontecer, em nível internacional, uma avaliação que mostrou os pontos críticos do ensino da medicina preventiva. Segundo o artigo de Everardo Nunes (1984), um seminário realizado naquele ano discutiu o baixo interesse dos alunos pelas disciplinas relacionadas ao modelo preventivista e propôs o estabelecimento dos objetivos específicos para as escolas médicas em três níveis: cognitivos, valores e atitudes, habilidades e destrezas. No encontro, a discussão abordou o fato de que os programas de ensino não deveriam ser rígidos, mas sim adaptados às mudanças do conhecimento e às necessidades dos países. Nessa análise, estão incluídos os programas extramurais que deveriam ser feitos em consultórios periféricos que ofereçam ao aluno a oportunidade de executar funções profissionais, dentro das formas locais de trabalho médico e coordenada com departamentos assistenciais docentes. Com essa proposta, seriam evitados esquemas baseados em articulações culturais diferentes, como podem ser as clínicas independentes ou programas de famílias.

De acordo com Nunes (1984), discussão sobre a aplicação prática da medicina preventiva e o levantamento de pontos críticos a seu respeito começaram a ganhar espaço também em seminários no Brasil. Os Departamentos de Medicina Preventiva e Social passaram a assimilar alguns desses pontos. Na Unicamp, as avaliações do departamento

quanto às suas atividades e uma análise reflexiva sobre o ensino médico determinaram mudanças nas atividades propostas aos alunos.

Nunes explica que essas análises apontaram que o departamento estava esgotando suas possibilidades de trabalho:

A falta de infraestrutura do Bairro e a impossibilidade da Universidade arcar com responsabilidades financeiras (construção de um Centro de Saúde) são considerados dois fatores importantes na reconsideração desse tipo de trabalho; além desses, a análise crítica sobre a “medicina comunitária” já despontava e a repercussão desse tipo de trabalho junto aos estudantes era alvo de avaliações. (...) Os resultados desse tipo de trabalho não são consistentes, pois um significativo número de estudantes não encontrou suficiente motivação e, sobretudo, se frustrou, pois os problemas levantados, muitos deles nem sequer percebidos pela família, dada a falta de recursos, porém, especialmente por falta de estrutura da comunidade (NUNES, 1984, p. 97).

Devido à análise crítica sobre o modelo, segundo o artigo, a Clínica de Família não foi programada para o ano de 1970. Depois de ampla discussão dentro da universidade, a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp elaborou um documento chamado “Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços”, que propunha uma área de saúde que seria um ponto de encontro entre os serviços de saúde e a escola médica e essas duas realidades, que não poderiam se opor de maneira nenhuma. A intenção era que a nova educação médica não fosse voltada para a realidade, mas sim que acontecesse na realidade. Essa nova proposta resultou em um projeto que foi realizado na cidade de Paulínia³, a partir de um convênio entre a prefeitura do município, o governo do estado de São Paulo e a Unicamp, que entrou em prática em janeiro de 1973.

Nesse sentido, e visto de maneira geral, esta forma de atuação marcaria, para o Departamento, uma perspectiva diferente, pois apresentava uma característica que é basicamente encontrada no chamado “Modelo racionalizador”. Isso é uma prática que se vincula ao sistema institucional de saúde existente e que vai além da atividade docente, com ênfase na prestação de serviços (NUNES, 1984, p. 98)

O convênio que viabilizou o Projeto Paulínia, como ficou conhecida a iniciativa do “Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços”, ganhou o financiamento da Fundação Kellogg’s, agência norte-americana que difundia o discurso da Medicina Preventiva pela América Latina. O documento que traz o projeto de execução do programa conta que, em 1º de março de 1972, o diretor da Faculdade de Ciências Médicas solicitou assistência financeira e técnica à fundação, para implantar e botar em funcionamento na

³ Ver Anexo 2.

cidade o Laboratório de Educação e de Morbidade, assim como o treinamento de docentes nos melhores centros educacionais e de pesquisa do mundo, e a contratação de professores nacionais ou estrangeiros de renome internacional. Em 21 de dezembro de 1972, o professor Mário Chaves, representante da Fundação Kellogg's para assuntos de Educação, Ciências e Tecnologia em Saúde na América Latina oficializou à Unicamp a aprovação e concessão da assistência solicitada, por um período de três anos a partir de 1973.

De acordo com o plano de execução, o projeto funcionaria com um coordenador geral e as atividades: programa de adestramento pessoal e contratação de professores, Laboratório de Educação em Ciências da Saúde e Laboratório de Educação e de Morbidade. O primeiro laboratório tinha como objetivos “possibilitar aos agentes do processo ensino-aprendizagem a análise crítica de sua posição neste processo para reelaborá-la em um novo contexto educacional da prática em comunidade” e “tomar os elementos do processo ensino-aprendizagem como objetos de investigação”. Já o segundo estabeleceria o modo de produção da atenção médica e deveria estudar “o relacionamento técnico e social dos agentes envolvidos no modo ou processo, e também o desenvolvimento de atividades e instrumentos, em benefício do sujeito da ação médica, o homem sadio ou doente”. Estudaria também aspectos da superestrutura da saúde e a correspondente articulação com sua infraestrutura e outros modos ou processo de produção.

O “Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços” trazia também a proposta do Laboratório de Educação Médica para a Comunidade (LEMC), que seria um dos instrumentos de modificação da escola médica e funcionaria como um agente intermediário no processo de transformar uma faculdade tradicional em um espaço inovador. A partir disso, entre as prioridades estabelecidas para o LEMC estavam o estabelecimento de um conjunto de atividades que permitam a criação de serviços de saúde na área, inserindo sobre eles os cursos correspondentes. O compromisso com a criação dessas ações, a análise crítica, o planejamento do serviço e do curso, a instalação e a avaliação do serviço-curso ficariam sob a responsabilidade do corpo docente.

Os documentos relatam que as atividades desenvolvidas durante o ano de 1973 foram divididas em duas áreas. No primeiro semestre, os esforços ficaram concentrados na criação do grupo e instalação do LEMC. Sergio Arouca era o médico sanitário do grupo. A equipe passou a realizar um estudo sistematizado sobre o material disponível, estabelecendo as bases para o funcionamento do laboratório. Depois de discussões e até um seminário de Educação que discutiu o programa de ensino, ficou definido que o LEMC deveria começar

quando fosse transferido da faculdade para a comunidade, assim como as formas de coordenação e integração do grupo. A etapa seguinte foi de trabalho para instalar o serviço-curso em Paulínia, que começou a acontecer em fevereiro de 1974. Arouca, então, assumiu o cargo de Coordenador do Laboratório de Educação Médica para a Comunidade, como mostra o documento com as atividades previstas para o ano de 1974, que está reproduzido abaixo (FIGURA 2).

Figura 2 – Atividades para o ano de 1974

Fla. N.º	47
Proc. N.º	2995/63
Rub.	

- 13 -

ATIVIDADES PARA O ANO DE 1974

1. Funcionamento do Centro de Saúde com base na integração docência-serviços.
2. Seminários realizados pelo Laboratório de Educação Médica para a Comunidade (LEMIC).
3. Contratação de especialista em Psiquiatria Comunitária.
4. Contratação de pessoal docente das Universidades de Toronto do Canadá e de George Washington dos Estados Unidos, por períodos curtos, com a finalidade de assegurar o andamento dos Cursos de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social.
5. Implantação e funcionamento do primeiro Curso de Pós-Graduação nas áreas de Medicina Preventiva e Social e em Ciências Sociais Aplicadas à Medicina.
6. Abertura oficial do Internato em Medicina Preventiva e Social.
7. Abertura oficial da Residência em Medicina Preventiva e Social.
8. Realização de novas pesquisas:
 - a) Inquérito de Morbidade Clínica de amostra representativa da população de Paulínia;
 - b) Controle da Tuberculose no Município de Paulínia, com base no rastreamento pela reação à tuberculina.

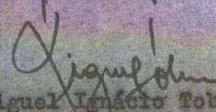
SUGESTÕES PARA SEREM CONSIDERADAS NO RESTANTE PERÍODO DE CONVÊNIO
(ANOS 1974 E 1975)

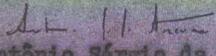
1. Com finalidade de facilitar o pagamento dos professores contratados, dos docentes bolsistas, assim como, da compra de algum equipamento ou material no exterior, é importante que a verba fornecida pela Fundação Kellogg seja depositada em conta especial na filial do Banco do Brasil em Nova Iorque, conforme já foi cogitado e até conseguido licença das correspondentes autoridades Federais.

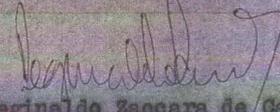
Fls. N.º	82
Proc. N.º	299543
Rub.	14 -

2. Sendo necessária uma atuação permanente e assídua nos diferentes setores administrativos, tanto da Universidade como de outras entidades e instituições governamentais, além das funções de relações públicas, fatos que exigem dispendir tempo excessivo em trabalho puramente burocrático que subtrai muitas horas destinadas às tarefas docentes, de pesquisa e administrativas universitárias do coordenador do Programa; por tais motivos sugerimos a necessidade de nomear um elemento que desempenhe todas estas funções burocráticas, para o qual o candidato deve possuir conhecimento e traquejo em assuntos de administração e contabilidade, assim como saber redatar, e datilografar perfeitamente, ficando a disposição da Coordenadoria do Programa de Saúde da Comunidade.

Campinas, 19 de dezembro de 1973


 Dr. Miguel Ignacio Tobar Acosta
 Coordenador do Programa de Saúde da Comunidade


 Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca
 Coordenador do Laboratório de Educação Médica para a Comunidade


 Dr. Reginaldo Zaccara de Campos
 Coordenador dos Cursos de Pós-Graduação

Fonte: Arquivo Central do Sistema de Arquivos da Unicamp, 1973.

Um documento sobre o convênio estabelecido em Paulínia resume o plano do projeto, explicando que foi acordado entre todas as partes as cinco áreas prioritárias para o trabalho:

Educação Médica, Atenção Médica, Saúde Materno-Infantil, Saúde Mental e Epidemiologia. O documento detalha que o convênio estabeleceu um Programa de Saúde e Comunidade, que seria coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social e que seria um campo experimental. Essa área seria considerada um “laboratório experimental” (NUNES, 1984), que funcionaria dentro da concepção básica de Medicina Integral, Medicina Integrada e Regionalização.

De acordo com o documento, o plano “pressupõe considerar os cidadãos como este bio-psico-sociais, a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros sob uma única política de saúde e a prestação escalonada do serviços que vão desde uma medicina simplificada em área rural, até um tipo sofisticado do atenção em hospital universitário, havendo intermediariamente, centros de atenção médica cuja complexidade estará de acordo com os problemas demográficos e de saúde locais”. O programa previa o envolvimento de toda a universidade para o estudo dos setores da vida social da comunidade.

O Centro de Saúde de Paulínia, construído especialmente para o projeto, foi inaugurado em 10 de novembro de 1973, em uma solenidade que contou com a presença de Arouca, do então Reitor da Unicamp, Zeferino Vaz, o então secretário estadual de Saúde, Gilberto de Lima Junior e o prefeito de Paulínia, Reinaldo Calil, como mostra a reportagem do jornal Diário do Povo.

Figura 3 – Inauguração Centro de Saúde

132
2975/13
/

II DIÁRIO DO POVO

Campinas, sábado, 10 de novembro 1973

Inauguração de laboratório e de centro de saúde, traz a Campinas e Paulínia, hoje de manhã, o governador do Estado, Laudo Natel, o ministro Mário Machado de Lemos, da Saúde e o secretário Getúlio de Lima Júnior, da mesma pasta.

Inauguração conjunta une hoje Campinas e Paulínia

Campinas e Paulínia têm hoje, às 9 horas, um programa conjunto de inaugurações, contando com a presença do governador Laudo Natel, do ministro Mário Machado de Lemos, da Saúde e do secretário estadual Getúlio de Lima Júnior, da mesma pasta.

Em Campinas, será inaugurado o LEMC — Laboratório de Educação para Medicina de Comunidade à rua Dr. Quirino, 1.856 com introdução de seu coordenador, Antonio Sérgio da Silva Arouca, discurso do reitor da Unicamp — Universidade Estadual de Campinas Zeferino Vaz e também do titular da Saúde no Estado. Na oportunidade, o DMPS — Departamento de Medicina Preventiva e Social prestará homenagem a Faculdade de Ciências Médicas, pelo seu décimo aniversário de atividades.

Em Paulínia, às 11 horas, está marcada a inauguração do Centro de Saúde com exposição do projeto coordenador do DMPS e do Programa de Saúde da Comunidade da Unicamp Miguel Ignacio Tobar Acosta, palavras do prefeito de Paulínia, Reynaldo Calil e do Ministro Mário Machado de Lemos, da Saúde. O encerramento da solenidade de inauguração, será presidido pelo governador Laudo Natel após o que haverá um coquetel, às 12,30 horas, nas dependências do Centro de Saúde.

CENTRO DE SAÚDE
Custando 1 milhão e 100 mil cruzeiros, com 50 por cento do valor, através de financiamento da Caixa Econômica Estadual e outro tanto, por parte da Prefeitura Municipal de Paulínia, o Centro de Saúde está localizado à Rua Costa e Silva, em terreno de 5.600 me-

tros quadrados, dos quais 1.920 de área construída.

Ele conta com 40 salas destinadas às mais diversas atividades do setor de saúde pública, como ambulatório, vacinação, lactário pré-natal, pré-escolar, otorrinolaringologia, oftalmologia, — fluoretação laboratórios de análise, curativos consultas, assistência social, higiene infantil, além de salas de espera, de reuniões, do serviço domiciliar e, também, sanitários e garagem.

FINALIDADE

De acordo com o convênio firmado em 24 de junho de 1971, caberá a Secretaria da Saúde, a criação desse tipo de unidade sanitária e a consignação, em seu orçamento, de verba para as despesas de custeio, o suprimento de medicamentos e vacinas, cedendo, excepcionalmente, o pessoal técnico e administrativo de seus quadros.

Fonte: Arquivo Central do Sistema de Arquivos da Unicamp, 1973.

É importante observar que a experiência do Projeto Paulínia foi especialmente marcante na trajetória de Arouca. O projeto “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sergio Arouca”, realizado em 2005 pelo Programa de Pós-Graduação em Memória Social da UNIRIO, reuniu depoimentos de colegas, amigos e ex-alunos de

Arouca, que lembraram episódios e deram detalhes das discussões e trabalhos que aconteceram na época. Nas palavras de Ana Maria Canesci, que foi professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, Arouca participou da reflexão crítica acerca do Projeto Jardim dos Oliveiras e da criação do que seria o trabalho realizado em Paulínia. Ela lembra que trabalho desenvolvido no Jardim dos Oliveiras ainda era precário, e que o programa de Paulínia ganhou fôlego maior. O depoimento de Canesci conta sobre a participação de Arouca no desenvolvimento do programa.

Então, chegou no momento que foi montar o projeto com maior magnitude já na instância de prefeituras municipais, né? Então foi quando se iniciou o trabalho de Paulínia que naquele momento tinha uma relação grande do Departamento com Paulínia. E eu quero lembrar o papel do Arouca nisso que foi pensar também, ajudar a pensar. Que papel teria toda essa equipe? Eu fazia parte naquele momento da equipe de frente do programa, que estava lá no centro de saúde. Que papel nós teríamos? E as interrogações eram: como instituir um novo modelo de atenção à saúde no Brasil? Então, essa era a reflexão que estava por trás de um trabalho que ali estava localizado com a Prefeitura e tudo mais (CANESCI, 2005, p. 72)

Ana Canesci lembra que o Centro de Saúde de Paulínia criou conselhos gestores, na intenção de se pensar a presença do usuário no projeto. Ela destaca que Arouca e os colegas de departamento debatiam o assunto frequentemente.

Naquele momento era estimular os movimentos sociais, estimular a população, os usuários que organizadamente trabalhariam ou ajudariam, vamos dizer, a formular a gestão, participando dos conselhos gestores que nós chegamos a constituir no próprio Centro de Saúde de Paulínia, para se pensar a presença do usuário na formulação também da política e não só de uma reivindicação pura e simplesmente em relação a demanda relacionada à atenção médica, que essa era uma questão muito presente naquele momento, como eu disse que era o momento em que se tinha uma dificuldade de acesso muito grande para a população no serviço de saúde. Então, a tendência era que ela reivindicasse a presença do serviço, mas a gente queria mais do que isso, não só a mera reivindicação, os movimentos de abaixo assinado para se querer serviço. Eu acho que isso fez parte de uma pauta de discussões e reflexões que eram muito intensas aqui no Departamento e esse LEMC, nessa discussão do LEMC, Arouca, Pellegrini, a própria Ana, Célia, Chico Viacava, Simão, Eleonora, eram pessoa... Caniço... que ajudaram...o Joaquim Cardoso de Melo, também... (CANESCI, 2005, p. 73)

Carmen Lavras foi aluna do curso de Medicina da Unicamp no início da década de 1970 e participou do LEMC. No seu depoimento para o trabalho da UNIRIO, ela lembra que, além de Paulínia, o laboratório funcionou em três outros bairros da periferia de Campinas: Parque Brasília, Vila Rica e Vila Costa e Silva. O depoimento de Lavras também traz a informação de que Arouca reunia os alunos que participavam do LEMC para discutir livros e textos de cunho sociopolítico. O grupo driblava a censura com um esquema implementado por ele.

Mas já existia uma prática que era uma prática enquanto vocês estavam aqui e isso o Arouca colocou muito nessa ocasião que ele fez o depoimento que era a questão do primeiro e do segundo discurso, quer dizer, nós criamos uma maneira de sobreviver, quando éramos nós era um discurso: era o discurso político, ideológico, buscando o material que nos chegava de todas as formas, mas não chegava de uma forma institucional pela Universidade, chegava pelos partidos, pelos contatos que a gente tinha, e do outro lado o segundo discurso, que era isso vestido de um caráter técnico em que a gente justificava isso pra Universidade (LAVRAS, 2005, p. 104).

Enquanto os projetos aconteciam, Arouca teve outras experiências profissionais e encontros com colegas que fomentaram o debate a respeito da Medicina Preventiva. O mesmo documento da UNIRIO traz relatos que relembram esses momentos. Em 1971, o médico se tornou consultor da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS). Com o objetivo de integrar as atividades de saúde e dos países do continente, a OPAS passou a investigar o ensino dos aspectos preventivos e sociais da Medicina na América Latina e logo se expandiu até analisar de maneira geral o processo de formação de médicos e sua ligação com a prática médica e estrutura social. Durante sua atuação na instituição, Arouca foi consultor representando o Brasil no Comitê Assessor de Investigações para a América Latina, atuando em diversos países como México, Estados Unidos e Colômbia no ano de 1972, e no Peru, Honduras e Costa Rica em 1973. Foi durante esse trabalho que conheceu o porto-riquenho Juan Cesar Garcia, que era dirigente da OPAS e já estudava a influência das relações socioeconômicas na Medicina. No documento, Anamaria Tambellini, integrante do corpo docente da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e primeira companheira de Arouca, lembrou o encontro entre eles e o papel fundamental de Garcia na trajetória de Arouca, no desenvolvimento dos projetos realizados pela Unicamp e na Medicina Social Brasileira.

(...) o Garcia veio aqui pela primeira vez pra fazer uma reunião assim em 68, ele vem em Campinas, ele passa no Rio, ele foi o indivíduo que de certa maneira ajudou a criação do Instituto de Medicina Social. Instituto de Medicina Social tem a marca do Garcia mais do que qualquer outro lugar. Porque era alguma coisa que se fazia a partir do nada, aqui em Campinas já tinham um Departamento de Medicina Preventiva, quando a gente veio já tinha uma entrada através da Medicina Preventiva. Lá na UERJ não tinha nada, é tudo uma criação do grupo do Ézio Cordeiro, Nina, Noronha, e Reinaldo Guimarães que ainda era estudante, em cima dessa possibilidade, por isso que o Instituto de Medicina Social é tão diferente das outras áreas. Essa relação se torna uma relação assídua, quer dizer, de trocas com o Garcia; o Garcia nos enviava pacotes de material de literatura porque nós tínhamos dificuldade de adquirir esses livros porque eram considerados subversivos, então o Garcia... Eu li, na minha tese eu usei um material de filosofia russo pra discutir a questão da causalidade, entendeu? Então, esse momento em que ela chega aqui no Departamento é o momento em que essa coisa já está em efervescência, já está andando e que a partir de uma experiência de Medicina Preventiva dessas novas ideias formulam um novo projeto que é o Projeto Kelloggs que de certa maneira atuava em várias áreas da saúde, mas tudo preso nessa coisa de mudança do ensino, mudança dos currículos (...) (TAMBELLINI, 2005, p. 103).

Entre o fim da década de 1960 e 1970, Arouca participou de encontros com docentes de Departamentos de Medicina Preventiva de outras universidades do estado de São Paulo. Essas reuniões produziram relatórios que ele usou para desenvolver o argumento de sua tese. No seu depoimento, a professora Ana Canesci lembra a densidade dos debates:

E toda a reflexão crítica que Sérgio fez nesse trabalho fazia parte de uma discussão que esse grupo estava levando à frente no contexto do conjunto dos departamentos de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo. Lembro das reuniões de Medicina Preventiva; se hoje nós temos grandes congressos naquele momento eram as pequenas reuniões do grupo da Preventiva aqui do Estado de São Paulo. E a gente tinha muitos companheiros naquele momento, pessoal de Ribeirão, Botucatu, do Instituto de Medicina Social também, enfim era uma interlocução até internacional porque havia parceiros internacionais, né? E foi graças a essa interlocução, que se puxou o fio de uma inquietação política mesmo em relação aos modelos de Medicina Preventiva que 72 naquele momento circundava a América Latina (...) (CANESCI, 2005, p. 71).

Toda essa bagagem de experiências, que combina teoria e prática, leituras, discussões e vivências na comunidade, ajudaram Arouca a sustentar sua tese. Como visto no capítulo 1, o pensamento desenvolvido por ele fazia críticas à Medicina Preventiva e propunha novos caminhos para a prática médica, apontando comentários negativos em relação ao modelo, que apenas reforçava o modo de produção capitalista, e defendendo a via estatal como saída para a resolução dos desafios do atendimento médico e da saúde da população. Em 1975, com a tese pronta, no entanto, Arouca foi impedido de defendê-la.

2.3 A repressão atravessa o caminho do pesquisador Arouca

É importante lembrar aqui que, naquele ano, o Brasil ainda vivia sob governo dos militares, representado à época na figura do General Ernesto Geisel, o penúltimo na linha sucessória da Ditadura Militar. No livro “As universidades e o regime militar: cultura política brasileira e modernização autoritária” (2014), o historiador Rodrigo Patto Sá Motta investiga o impacto e a atuação do regime militar sobre as universidades. Ele explica que as instituições universitárias foram os alvos prioritários das ações repressivas, atrás apenas dos sindicatos e das organizações de trabalhadores rurais. Mostra como a repressão aconteceu em várias frentes e aponta as contradições de um governo conservador, mas com um discurso de modernização através do desenvolvimento econômico e tecnológico. Em um primeiro momento, seis Reitores de universidades públicas foram afastados do cargo pelo regime, enquanto outros renunciaram ao cargo depois de sofrerem pressões. No

entanto, o autor conta que o desligamento de Reitores atingiu só uma parte minoritária das instituições, o que confirma que, entre parte importante dos líderes universitários, o golpe militar havia sido bem recebido. E que, reciprocamente, a maioria deles era confiável, sob os olhos dos militares.

Embora em um primeiro momento os estudantes fossem o alvo principal, a partir de 1969 os professores e pesquisadores entraram na mira, passando por expurgos ou aposentadorias forçadas, sob o uso de prerrogativas do Ato Institucional número 5 (AI-5). Editado em 13 de dezembro de 1968, o AI-5 representou a culminação de tendências autoritárias em vigor desde o golpe de 1964. Motta (2014) joga luz sobre o aumento da vigilância política dentro das universidades, por meio de agências de informação. De acordo com o livro, a partir de 1970, o governo criou órgãos de informação dentro das instituições, que ganharam o nome de Assessorias Especiais de Segurança (Aesis ou ASis).

Na lógica dos responsáveis pela área de segurança e repressão, o expurgo de professores e estudantes inconvenientes deveria ser seguido de constante vigilância para impedir o “retorno” das ameaças. Daí a ideia de criar assessorias de informação dentro das instituições de ensino superior: elas seriam um “braço” do Sistema Nacional de Informações (Sisni); funcionariam como uma espécie de correia de transmissão, fazendo chegar determinações e pressões políticas provenientes dos escalões superiores; e, ao mesmo tempo, vigiariam a comunidade universitária e os próprios dirigentes, nem sempre fiéis aos desígnios do regime militar (MOTTA, 2014, n.p.)

Motta (2014) aponta como esse controle afetou a vida associativa e política das universidades e as próprias atividades universitárias, como pesquisas, eventos científicos e cerimônias acadêmicas, além de programações culturais e esportivas. A organização deveria solicitar autorização para as programações, para que os agentes de informação averiguassem as possibilidades de risco. De acordo com ele, muitas dessas ações de repressão, especialmente o controle de publicações estudantis, não tinham amparo legal, a não ser os casos raros em que publicações ofendiam a Lei de Segurança Nacional ou Lei de Imprensa. Isso gerava uma situação delicada e, como resultado, havia uma censura nas universidades, mas, por não se assumir como ditadura, o governo fingia defender a liberdade de pesquisa e autonomia. No entanto, segundo o livro, o ministério da Educação emitia portarias e atos que cerceavam e controlavam o debate acadêmico, mas de modo secreto ou reservado. A postura do governo propiciou estratégias de resistência por parte da comunidade universitária, incluindo os dirigentes, que, algumas vezes, não atenderam às pressões sob a alegação de que as ações repressivas propostas não tinham amparo legal.

Na configuração específica da Unicamp, a atmosfera repressiva acabou atingindo a carreira de Arouca. O médico Zeferino Vaz assumiu a Reitoria da Unicamp no fim do ano de 1966, posto que ocupou até 1978. Antes de liderar a universidade em Campinas, ele havia sido diretor fundador da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, entre 1951 e 1964, e Reitor da Universidade de Brasília (UnB), entre 1964 e 1965. O livro de Motta (2014) conta que Vaz foi um Reitor dinâmico e administrador competente, tinha bons contatos nas esferas de poder e conseguiu integrar as universidades na onda modernizadora e reformadora proposta pelo regime. Tinha a confiança política do governo, mas também conquistou o respeito de professores com ideias oposicionistas e até de esquerda. Com recursos estaduais e federais, conseguiu construir uma universidade com estruturas voltadas para a produção científica e tecnológica, com equipamentos modernos e centenas de pesquisadores contratados. Sua força política, segundo Motta, vinha de sua atuação no golpe de 1964 e da afinidade ideológica com o regime militar, além dos laços de amizade que mantinha com oficiais influentes. No entanto, ao mesmo tempo em que declarava seu anticomunismo, aceitou a participação de professores esquerdistas na universidade. O livro relembra que, em um depoimento concedido a pesquisadores, Vaz explicou seu ponto de vista. O Reitor afirmou que respeitava as convicções de professores comunistas, mas não tolerava que usassem as aulas para influenciar os jovens. Em algumas ocasiões, intercedeu em benefício de membros da universidade presos pelos órgãos de repressão, em outros demitiu professores considerados de esquerda, sob a justificativa de que seu departamento “tinha comunistas demais”. Motta conta ainda que há relatos de que, quando questionado sobre a contratação de professores comunistas para a Unicamp, Vaz respondia: “São comunistas, mas são competentes” ou “Dos meus comunistas cuido eu”.

O comportamento paradoxal de Vaz aparece nos depoimentos sobre o período em que ele engaveta a tese de Arouca e condiciona sua defesa ao desligamento do médico da universidade. Os trechos de entrevistas abaixo mostram a tensão existente nas relações do Reitor com o governo e a comunidade acadêmica. Essas entrevistas evocam a centralidade dada por Norbert Elias às tensões em sua análise das configurações e da balança entre inclinações pessoais e exigências coletivas, entre liberdade e determinação (Elias, 1984). As entrevistas realizadas para o documento da UNIRIO trazem diferentes versões, mas indicam que uma crise se instaurou no Departamento de Medicina Preventiva e Social da universidade naquele momento. Fato foi que o então Reitor não deixou Arouca defender sua tese de doutorado livremente. Vaz condicionou a defesa à saída do médico da

universidade, afirmando que só autorizaria a defesa se ele encontrasse outro emprego. A medida repressiva do Reitor fez com que Arouca e sua primeira companheira, Anamaria Tambellini, também professora do departamento, se mudassem para o Rio de Janeiro. Assim, em 23 de julho de 1976, Arouca voltou à Campinas para defender sua pesquisa.

Durante o seu depoimento, Guilherme Rodrigues da Silva, que fez parte da banca de doutorado de Arouca, lembrou que a crise interna na universidade começou antes de Arouca entregar a tese. No depoimento, ele lembra que Fundação Kelloggs, financiadora dos projetos, foi alertada sobre uma abordagem mais questionadora por parte do grupo docente que atuava nos programas.

(...) no momento em que a crise culminou num momento sem saída eu fui falar com o Reitor Zeferino Vaz e Zeferino disse que era impossível, tinha chegado a um ponto que não tinha condições, tinha perdido o controle da situação. Tinha havido uma reação da própria Fundação Kelloggs... havia um projeto da Kelloggs que depois alguns elementos americanos descobriram que o apoio da fundação estava sendo usado para pregar uma espécie de revolução dentro da própria academia (...) (SILVA, 2005, p.30)

Segundo Silva, a fundação acreditava que a universidade estava desenvolvendo apenas a proposta da Medicina Preventiva que vinha dos Estados Unidos, mas o projeto, como visto no início deste capítulo, deu um passo à frente: “ele dava às populações poder decisório em relação aos serviços e a participação na pesquisa inclusive, através dos alunos do curso primário e secundário e no qual a gente discutia a situação brasileira também” (SILVA, 2005) (Sem grifo no original).

Silva lembrou que a Kelloggs não costumava monitorar os projetos que financiava, mas acreditava que não seria realizado nada que pudesse ser considerado “subversivo”. Segundo Anamaria Tambellini, que acompanhou o depoimento do ex-colega, a fundação foi alertada por pessoas de dentro do Departamento de Medicina Preventiva e Social, assim como o próprio Zeferino Vaz, de que estariam acontecendo subversões com o dinheiro do projeto e da universidade. Silva contou também que o comportamento do Reitor combinava incentivos à produção acadêmica com medo e lembrou um encontro em que Vaz não quis discutir a crise que acontecia no departamento.

(...) Ele dava apoio em algumas coisas avançadas às vezes. Eu trazia de fora do país contribuições muito grandes de professores, de cientistas avançados, mas por outro lado ele tinha receio, ele tinha medo de minar o poder dele na universidade. Eu me lembro até hoje bem que eu fui conversar com ele no Instituto de Ciências, ele tinha uma sala lá onde ele recebia as pessoas. Quando ele vinha pra São Paulo ele tinha um espaço lá onde ele recebia as pessoas. E ele começou a puxar os livros assim da estante

pra mostrar a bibliografia dele e eu disse: eu não vim aqui discutir a sua formação acadêmica e nós conhecemos muito bem, sabemos que é sólida. Nós queremos discutir um pouco a problemática da crise política que está havendo lá... e ele não queria discutir isso e nós ficamos frustrados por não termos conseguido evitar toda a saída do grupo que praticamente foi expulso de Campinas para o Rio de Janeiro. (SILVA, 2005, p. 31)

Carmen Lavras, ex-aluna de Arouca, tem outra versão sobre o momento. Ela acredita que um dos textos lidos nas reuniões do LEMC vazou para Vaz.

(...) Mas é quem nos vale, enfim, e o segundo discurso que era utilizado mais tinha textos e tinha pareceres, e um dos textos do primeiro discurso em que as coisas estavam colocadas de uma maneira mais clara foi o que chegou nas mãos do Zeferino, e foi isso que de certa forma desencadeia uma crise política, eu acho que não atingiu só aí a questão da Preventiva, atingiram vários outros grupos. (LAVRAS, 2005, p. 105).

José Rubem Bonfim foi aluno de Arouca e militante do PCB até 1980. No seu depoimento, lamentou a interrupção da convivência com Arouca e Tambellini em Campinas, que aconteceu devido à saída do então casal da Unicamp. Ele também destacou a postura conservadora de Vaz.

(...) porque a nossa convivência estreita, íntima e diuturna durou 18 meses e foi ceifada pelo anti-comunista fervoroso, ferrenho e ademais autocrata, Zeferino Vaz. Quer dizer, se há algum tempo o professor Guilherme fez com que eu tivesse os meus horizontes alargados, como eu acho que foram, um ano e meio depois Zeferino Vaz tentou ceifar vocações. A gente não deve jamais esquecer isso! (...) Pra mim, o Zeferino Vaz tentou e perdeu. Ele pensou que calaria as vozes do Sérgio, da Ana e de tantas outras, e não conseguiu. Ele pensou que fulminando Sérgio e Ana, ele fulminaria os demais. E viveu o tempo suficiente para sentir o gosto da derrota porque ele morreu em 81. E hoje, quem fala de Zeferino Vaz? Não estou tirando os méritos dele como grande parasitologista que foi, hein! Pelo amor de Deus! Ele foi um pesquisador nesse campo nota 10, hein! Mas isso foi no início da carreira dele porque no resto da vida o que ele fez foi tentar, tentar... ele tentou aqui... Olha! Se a gente fosse aqui dimensionar o estrago que o Zeferino fez para a universidade brasileira, eu diria que ele foi o grande líder civil na universidade da ditadura militar, e ele era mais conseqüente do que os próprios militares (...) (BONFIM, 2005. P. 37)

José Aristodemo Pinotti foi colega de Arouca no corpo docente da Faculdade de Medicina. Ligando o depoimento dele aos vistos acima, pode-se notar o comportamento contraditório de Vaz dentro da universidade.

(...) O Zeferino tinha toda a confiança dos militares, mas também ele impedia os militares de interferirem de uma maneira muito decisiva dentro da universidade. Daí a controvérsia dele, que hoje, com um olhar distante, eu vejo com fatores mais positivos. Porque se não fosse o Zeferino, a Universidade de Campinas, a meu ver, não existiria hoje. Ela não teria resistido a todas as crises pelas quais ela passou. Ele fazia concessões aos militares, mas ele impedia, por exemplo, na UNICAMP nunca houve uma 2ª seção interna da universidade. Em todas as universidades existia um poder militar paralelo. Na Universidade de Campinas não existia, porque os militares

confiavam no Zeferino. Mas o Zeferino também exercia uma certa proteção (...) (PINOTTI, 2005, p. 56).

Durante a série de entrevistas, Anamaria Tambellini lembrou o desfecho da crise, que culminou quando Vaz impediu Arouca e ela de defenderem suas teses de doutorado:

(...) Não, ele não nos demitiu. Ele disse que nós não defenderíamos a tese enquanto nós não tivéssemos um trabalho em outro lugar. Nós nos demitimos, a partir de um momento, porque era um constrangimento que ele criou e aí foi quando nós discutimos, o Dr. Guilherme, o Pinotti, todo mundo. Nós fizemos... O que nós fazemos? Aí o Murilo Marcos, o pessoal lá das Ciências Humanas falou: “não, ele vai cortar a vida acadêmica de vocês, vocês vão ter a vida... vai, se vira, sai, porque a gente vai batalhar ainda pra vocês defenderem tese.” E isso realmente aconteceu, as pessoas – não as pessoas mais do Departamento porque o Dr. Tobar entrou em pânico, e ele não participou da defesa do Arouca. Você lembra, ele era o orientador, quem foi foi o Dr. Guilherme, assumir o papel de orientador. Ele e Pinotti que seguraram (TAMBELLINI, 2005, p. 105)

Ao longo deste segundo capítulo, vimos que, de início, Arouca ministrou suas aulas na universidade sob as premissas da Medicina Preventiva. Os documentos mostram que seu programa de trabalho e pesquisa inicial era voltado para o estudo médico-social, propondo aos estudantes uma aproximação com a população, por meio de entrevistas com pacientes das unidades de saúde parceiras da universidade. Foi possível observar também que o projeto Bairro Jardim dos Oliveiras aproximou Arouca da comunidade, possibilitando que ele desenvolvesse atividades com os alunos na região e atendesse a população enquanto médico. Vimos ainda que os questionamentos sobre a prática da Medicina Preventiva começaram a acontecer dentro da academia, desencadeando a criação de um outro programa de ensino, voltado para uma educação médica que acontecesse dentro da realidade da população. Arouca foi um dos idealizadores do novo projeto, cuja proposta era pensar os cidadãos como bio-psico-sociais e oferecer uma prestação de serviço de acordo com problemas demográficos e de saúde locais. Observamos também que Arouca fomentava discussões teóricas com os estudantes e participava de encontros com colegas, para discutir os problemas da Medicina Preventiva, também conhecemos o início de sua amizade com Juan Cesar Garcia, figura que influenciou o pensamento e a vida profissional de Arouca nos anos que se seguiram. Por fim, destacamos que todo esse processo de construção aconteceu em um cenário de repressão militar, que culminou com o impedimento da defesa de tese de Arouca e seu rompimento com a Unicamp.

Os documentos indicam que Arouca desenvolveu o pensamento que sustentou sua pesquisa na articulação entre teoria e prática, se voltando para a “situação brasileira” a partir do contato com a população enquanto fazia leituras e participava de discussões sobre saúde

dentro da academia. Podemos afirmar, a partir dessa análise e sob a perspectiva do trabalho de Nísia Trindade Lima (1999;2004;2009), visto na Introdução, que, analogamente aos médicos do início do século XX em busca de diagnósticos sobre a população brasileira, Arouca fez da sua passagem pela universidade o seu campo de pesquisa, com olhar atento para a imbricação entre a estrutura socioeconômica do país e a condição da população no que diz respeito à saúde. Se os médicos citados por Lima publicaram relatórios com diagnósticos feitos em suas viagens, Arouca combinou o olhar de acadêmico com a observação *in loco* para escrever sua tese de doutorado.

Em “Um Sertão Chamado Brasil”, Lima (2009) observou que a produção científica que surgiu nas universidades a partir da década de 1930 não distanciou a ciência da ideologia, fazendo com que o intelectual mantivesse seu papel no processo de mudança social do país. O olhar desses em relação ao “outro” – aquele visto como abandonado, doente, atrasado – continuou forte. Pode-se dizer que Arouca fez parte desse grupo. Embora não tenha trabalhado com a dicotomia entre sertão e litoral, como visto por Lima, Arouca observou as desigualdades e propôs pensar a população dentro de um modelo ou sistema de saúde mais igualitário. Quando sugere que a medicina não deve ser articulada com grupos hegemônicos, mas sim cumprir os objetivos de mudança dentro do setor, Arouca indica que os médicos devem neutralizar as relações com a população, vendo-a como um grupo homogêneo em que todos os indivíduos são iguais. Os médicos, na proposta do sanitarista, precisam compreender que apenas ocupam condições sociais diferentes dos pacientes.

No próximo capítulo, vamos ver os desdobramentos da saída de Sergio Arouca de Campinas e sua mudança para o Rio de Janeiro, onde ocupou posições de liderança e ajudou a criar novos espaços de discussão sobre a saúde no Brasil, encampando também a luta pela redemocratização. Os depoimentos vão nos contar ainda um pouco mais sobre a personalidade de Arouca, o fundamental papel que desempenhou como presidente da FIOCRUZ e sua articulação para que a VIII Conferência Nacional de Saúde reunisse sociedade civil, movimentos sociais, profissionais de saúde e acadêmicos em um encontro que definiu elementos para o debate sobre a reformulação da saúde, que aconteceria na Assembleia Nacional Constituinte.

3 A ESCALADA DA MOBILIZAÇÃO PELO DIREITO À SAÚDE

No capítulo anterior, vimos como o período em que Sergio Arouca esteve na Unicamp foi fundamental para a elaboração de sua tese de doutorado. Conhecemos algumas das suas atividades, as propostas que tinha para disciplinas ministradas e ainda vimos como sua rede de relacionamentos também foi fundamental para a formação do pensamento que deu origem e sustentação à sua pesquisa. Neste capítulo, vamos saber como se deu a mudança de Arouca para o Rio, a partir de um episódio de recrudescimento do regime militar, e como suas redes de relações abriram caminhos para novas perspectivas profissionais, além de o acompanharem na década que se seguiu. Vamos ver também que ele ocupou espaços fundamentais dentro de instituições voltadas para a saúde, fortalecendo sua capacidade de articulação política, sua habilidade para oratória e criatividade, conectando esses elementos com a atenção ao “social”. Toda esta etapa da trajetória de Arouca faz parte do movimento sanitário, uma grande movimentação social que defendia uma reformulação na saúde, aliada à redemocratização do país. Vamos entender mais sobre esse processo e como ele culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo próprio Arouca.

3.1. Mudança de rota abre novos caminhos

Enquanto Sergio Arouca e Anamaria Tambellini rompiam com a Unicamp, a busca do governo militar por cidadãos considerados subversivos aos olhos do regime seguia rigorosa. Tambellini lembra que o processo de cassação do casal já corria na universidade quando o cerco da repressão chegou ainda mais perto deles. De acordo com ela, Arouca estava em Brasília fazendo uma assessoria para o Ministério da Saúde enquanto ela ficou em Campinas com Pedro, o filho do casal. Arouca e a companheira já procuravam outra cidade para morar quando David Capistrano Filho, médico, amigo dos dois e também militante do PCB, foi preso. Tambellini foi avisada imediatamente. Ela e Arouca estavam em uma seleta lista de pessoas que deveriam ser comunicadas caso a prisão de Capistrano Filho acontecesse.

(...) e lembra aquela menina que trabalhava com ele, como que ela chamava? Que era do Recife também... A Rosa. A Rosa tinha esses nomes. A Rosa não foi presa você sabe o porquê, né? Ela entrou no banheiro, num reservado, e ficou acocorada na privada, com o pé na privada, e os caras olharam e não viram ninguém e levaram o David. Quando ela saiu de lá ela saiu avisando as pessoas que era o Zé Eduardo, era

pra avisar a mim, tinha quatro pessoas ou cinco que era pra avisar. Quando o Zé Eduardo chegou na minha casa, tava eu e Pedro lá sozinho, o Pedro tinha quatro anos de idade, tava dormindo e eu tava lendo. Quando o Zé Eduardo chegou, ele já chegou com a família, com o carro todo preparado, ele já tava saindo. Bateram na porta... E eu não abria, porque já tinha a notícia da morte do Herzog, havia a notícia de que havia uma Operação Jacarta, e eu tava sozinha, onze e meia da noite batem na minha porta, e eu não queria abrir. Aí eu abri a porta, aí eu ouvi a voz do Zé Eduardo e da Maria Lucia, falar: “Ana, Ana, abre aqui, por favor, professora, abre aqui, é urgente”. Aí eu falei: “Pronto, prenderam alguém”. Aí, abri a porta, ele falou: “ah, é com você. O Davizinho foi preso e ele pediu pra avisar que era pra vir aqui dizer a você, que você tava sozinha, que era pra que você saísse da sua casa”. Eu disse: “amanhã”. “Amanhã, não, agora, e nós vamos esperar você sair, não é pra ficar nenhum minuto aqui, é pra sair agora”. Aí peguei o Pedro dormindo, botei no carro, não tive, o Arouca não sabia onde a gente tava (TAMBELLINI, 2005, p. 96).

Tambellini lembra que se escondeu na casa de um colega, pediu que a irmã buscasse o filho e ficou sem contato com Arouca por algumas semanas. Quando a poeira baixou, ela foi de mudança para o Rio, onde Arouca a encontrou assim que terminou o trabalho que fazia em Brasília. A segunda parte do projeto “Memória e patrimônio da Saúde: a trajetória de Sergio Arouca”, da UNIRIO, contempla o período que vai de 1976 até 1988. Nela, o depoimento de Reinaldo Guimarães, médico e militante do PCB, destaca que a capital estava se tornando um centro de desenvolvimento de pesquisas na área da Saúde.

Bem, naquela época, o Juan estava muito ligado a essa questão da saúde brasileira e no Rio de Janeiro, quer dizer, embora o Juan César tenha viajado a São Paulo, ele acabou decidindo que o Rio de Janeiro era o alvo e aí tinha o Instituto de Medicina Social e a Escola de Saúde Pública e durante muitos e muitos anos foram os dois principais pólos de saúde coletiva. Por outro lado, tinha também o pólo modernizador da potência regional do General Geisel e aí Serginho depois pode falar porque ele estava na FINEP e que foi absolutamente essencial para essas coisas. Porque então o Rio de Janeiro? Porque o Rio de Janeiro era claramente o pólo irradiador do novo pensamento sanitário brasileiro (GUIMARÃES, 2005, p. 44).

Segundo os depoimentos, esse era o pano de fundo que deu o tom da mudança de Tambellini e Arouca para o Rio. Anamaria lembrou que o casal resistia a sair de Campinas, mas pensava em São Paulo como opção depois que se desligaram da Unicamp. A ida de Arouca para o Rio aconteceu quando ele foi apresentado por um amigo de Campinas a Sérgio Góes, que havia recebido uma verba do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de dois programas: o Programa de Estudos Sócio-econômicos de Saúde (PESES) e o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais Epidemiológicas (PEPPE), uma parceria da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Eu nunca na minha vida tinha ouvido falar em Antônio Sérgio Arouca, eu quero deixar isso claro! Eu não tinha a menor idéia do que era o movimento preventivista! Eu não era do mesmo grupamento, mas era uma pessoa de esquerda. Quer dizer, naquela época nós éramos mais generosos! Nós confiávamos cegamente no que os nossos

companheiros diziam. Isso é uma mudança que nós todos sentimos. Aí eles têm essa pessoa. Aí veio um dia, Sérgio Arouca e Anamaria, foram para o apartamento do Arlindo. Aí, foi aí que veio o Arouca, com ele... Várias outras pessoas (GÓES, 2005, p. 47).

Tambellini e Góes relembram, então, que a vinda de Arouca abriu portas para que o grupo do qual eles faziam parte em Campinas viesse para o Rio, trabalhar com ele na ENSP.

Pois então, o PESES foi montado basicamente por pessoas que vieram de Campinas e do Museu de Antropologia que eram Isabel Pitaluga, a Ana Clara, a Tatiana e o Braga que era economista. Ainda veio uma segunda leva com o Joaquim, a Marília, o Caniço... (GÓES, 2005, p. 50).

Esse projeto abriu possibilidade para nossos ex-residentes, antigos residentes, todos eles saíram juntos. Ainda tinha o Maia, o Eduardo, a Elizabeth Moreira, o Joaquim, a Rosely, o José Augusto e o Davizinho...(TAMBELLINI, 2005, p. 50).

A mudança de Arouca para o Rio aconteceu em meio à criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que ele, ainda em 1976, fundou junto com José Ruben Bonfim, Anamaria Tambellini e David Capistrano Filho. Naquele momento, o país já vivia o início do movimento de abertura política. No seu depoimento, Tambellini explica que o Cebes foi pensado como um veículo para a difusão das ideias de mudança que o grupo defendia:

(...) nós, na verdade, não tínhamos um veículo de comunicação do pessoal da saúde coletiva nem do pessoal da área médica também, os profissionais da saúde como se chama hoje, porque, na verdade, as associações de Saúde Pública não nos aceitavam, lembra disso? (...) Então, nós nos vimos na contingência de formular uma saída. Nós precisamos de um órgão de expressão. E o CEBES não foi pensado com um órgão acadêmico, mas um órgão para difusão das idéias de mudança no sistema de saúde, no pensamento médico, na saúde pública, tudo isso... Então, precisava-se de um veículo para nos comunicarmos, porque naquela época já estava claro que alguma coisa estava mudando e nós precisávamos de uma inserção que nos possibilitasse falar pra fora (...) (TAMBELLINI, 2005, p. 43).

José Rubem Bonfim completa contando que, para a disseminação de pensamento, o grupo fundou a revista “Saúde em Debate”, cujos seis primeiros números foram feitos em São Paulo, e, a partir do sétimo, passaram a ser feitos no Rio de Janeiro, para onde o Cebes foi transferido. Os depoimentos contam o quão fundamental foi o trabalho de Arouca para construir o Centro de Estudos e mantê-lo em funcionamento. “Sergio era o epígono, o mentor, era o homem de referência, como era, e ainda é, o professor Guilherme. É que nada foi combinado. Nós não fazíamos separação, volto a frisar, entre a teoria e a prática. Jamais”, afirma José Rubem (Bonfim, 2005, p. 42).

O médico José Gomes Temporão conheceu Arouca na ENSP e o acompanhou durante a sua vida profissional. Ele lembrou um episódio que ilustra o desempenho do amigo como articulador político dentro do Cebes. Temporão conta que, em 1979, aconteceu o primeiro simpósio de Saúde na Câmara dos Deputados, em Brasília. À época, Arouca era o presidente do Cebes e levou com ele um documento chamado Democracia e Saúde, escrito por Reinaldo Guimarães, Hésio Cordeiro e José Luis Fiori.

Ele era um documento tão interessante, ele expressava de maneira tão consistente, inteligente o estado da arte do debate político do momento que ele foi incorporado pelo CEBES. Eu não sei nem se o nome original era esse, mas no CEBES ele virou Democracia e Saúde. O CEBES era um espaço de luta política que questionava a ditadura, mas através do processo de construção de democracia mudar a saúde também. Tinha essas duas faces, né? E o Arouca então leva esse documento para o simpósio e apresenta o documento dentro do simpósio e a apresentação do Arouca foi tão impactante não só pelo conteúdo do documento, mas pelo Arouca. Era essa a característica do Arouca, não só essa empatia, mas essa coisa vibrante e apaixonante que ele ganhava as pessoas no processo de discussão de apresentação de uma proposta, de defesa de um ideal. Então por unanimidade esse documento passa a fazer parte do relatório final. Na verdade a gente pode dizer que o relatório final do simpósio da Câmara foi o documento do CEBES. (...) Então eu acho que esse documento, esse episódio, I Simpósio foi um momento importante não só da vida do CEBES, de fortalecimento do CEBES, mas acho que ali o Arouca aparece num espaço muito distinto do espaço sindical, do espaço sanitarista, né... num parlamento ainda amordaçado pela ditadura, limitado. Acho que ali ele aparece com essa liderança política que depois ele de fato passa a ser o grande líder do CEBES (TEMPORÃO, 2005, p.73).

Arouca ainda presidia o CEBES e era professor titular da ENSP quando, em 1980, a vida lhe propôs mais uma mudança, também fruto de suas relações de trabalho e amizades. O sanitarista foi convidado para ser assessor do ministério da Saúde da Nicarágua pela OPAS. No ano anterior, o país havia vivido a Revolução Sandinista, processo revolucionário com tendência socialista que derrubou a ditadura da família Somoza. Sarah Escorel, médica sanitarista e sua segunda companheira, lembrou em depoimento que, além do convite ter sido feito por Garcia, de quem Arouca gostava muito, a nova função tinha a proposta de reunir representantes de diversos países latino-americanos em uma equipe de trabalho. Esses dois elementos tiveram peso significativo para que Arouca aceitasse o convite. Então, ele se licenciou da presidência do CEBES e o casal mudou-se para Manágua, a capital da Nicarágua. Lá, entre outras funções, o sanitarista trabalhou fazendo o Plano Nacional de Saúde do país e, no ano seguinte, acompanhou a sua implementação. O contrato com a OPAS era de onze meses e, em 1982, a organização não renovou a contratação de Arouca. Ele e Escorel voltaram para o Brasil. De volta ao Rio, o então casal encontrou um país em transição na política, com eleições diretas para governador. O sanitarista participou

da primeira gestão de Leonel Brizola no governo do Rio (1983-1987), como assessor convidado a organizar uma comissão estadual que faria propostas para a área da saúde.

Sergio Arouca foi nomeado presidente da FIOCRUZ pelo então presidente José Sarney, em 1985, após uma campanha interna que envolveu as unidades da instituição de todo o país. Carlos Morel, médico que trabalhou com ele na fundação, lembrou que Arouca fazia questão de se cercar de pessoas para trabalhar.

E aí ele me nomeou vice-presidente de pesquisa e eu tinha sido eleito também diretor do IOC. Eu acumulei as duas coisas, o cargo no IOC e a vice-presidência de pesquisa – que depois até a gente desmembrou, quem é diretor de unidade não pode ser vice-presidente e vice-versa. Na vice-presidência era o Luiz Fernando, o Arlindo e eu – e o Ary chefe de gabinete. Esse era o dia-a-dia. Um pouco depois veio o Mário Hamilton como um gestor. Esse era o pessoal assim formalmente mais próximo, mas o Arouca trabalhava sempre com muita gente em volta. Até, em alguns momentos, quem era institucionalmente da presidência ficava achatado com tanta gente em volta... Mas esse era o estilo do Arouca e não tinha jeito (MOREL, 2005, p. 121).

Os depoimentos dos colegas de FIOCRUZ contam as realizações mais importantes de Arouca enquanto ele esteve à frente da instituição. Morel destaca a mudança de rumo que ele deu à fundação.

Eu acho que a visão do Arouca da importância da saúde pública, e a importância que ele foi dando cada vez mais ao investimento nas áreas de ciência e tecnologia, seria vamos dizer assim quase que uma volta da FIOCRUZ aos seus melhores momentos históricos, em que ao invés de uma dicotomia de pesquisa pra um lado e saúde pro outro, havia uma sinergia entre essas duas coisas (MOREL, 2005, p. 122).

Morel contou também que Arouca combinou a gestão em prol da ciência e da tecnologia com a de pessoas, brigando pela dignidade dos funcionários da casa.

(...) porque um ano depois a FIOCRUZ isolou o primeiro vírus da AIDS brasileiro, isolado de um paciente. Isso foi manchete em todos os jornais, você deve se lembrar, foi considerado um grande feito da FIOCRUZ, e o Arouca brilhantemente aproveitou isso pra fazer a campanha salarial da FIOCRUZ e conseguiu um aumento de 20% nos salários. Foi entronizado aqui como rei pelos funcionários. Então ele fez essa junção, conquistas em saúde pública e pesquisa básica, usando isso (o Arouca tinha imagens muito boas) pra falar com o ministro: “ministro, eu tenho um funcionário que está segurando um vidro de vacina que vale dois milhões de dólares. Aquele funcionário não pode dar de comer aos filhos dele (MOREL, 2005, p. 123).

À mesma época dos expurgos e aposentadorias forçadas nas universidades, em 1970, o instituto também sofreu demissões, que aconteceram sustentadas também pelo AI-5. No episódio, que ficou conhecido como “Massacre de Manguinhos”, dez pesquisadores foram

aposentados, o equivalente a 10% dos quadros da casa (MOTTA, n.p.). Quando assumiu a presidência da FIOCRUZ, Arouca tratou de reintegrar os funcionários cassados em vagas que havia solicitado para pesquisadores que estariam focados em pesquisas sobre dengue. O presidente surpreendeu o então ministro da Saúde, Carlos Santana, comunicando-o que de sua decisão, preparou uma solenidade e fez da reintegração um ato político, contou Morel.

“Ministro, tem uma coisa, a gente vai aproveitar e dar posse aos cassados na solenidade.” “Como assim Arouca?! As vagas não eram pra dengue?!” [risos] “Era, ministro, mas se não puder colocar esse pessoal, a FIOCRUZ não vai poder remover essa chaga, vai ter sempre um negócio...” O ministro ficou muito reticente. O Santana gostava do Arouca, mas ficou assim muito preocupado. Porque veja: tinha saído a anistia, mas não significava que você podia reintegrar as pessoas, era um processo complicado. Aí o Arouca falava: “vamos transformar isso num grande ato político, a gente chama o presidente da Câmara dos Deputados, o ministro da Ciência e Tecnologia...” E vieram: veio o Renato Archer, o Ulisses Guimarães... Então aquilo foi uma cerimônia maravilhosa, que deu uma repercussão fantástica! Então acho que naquele momento houve um reencontro da FIOCRUZ com o passado dela, que havia sido enegrecido em 70 com o negócio da cassação (MOREL, 2005, p. 125).

Os depoimentos destacam também guinada democrática que Arouca fez dentro da instituição. Morel lembra a reorganização interna em busca de uma gestão participativa. Ele conta que, na gestão que antecedeu a de Arouca, as decisões eram tomadas por um grupo chamado de “núcleo central de decisões”, formado pelo presidente, os três vice-presidentes e o chefe de gabinete, estes quatro nomeados pelo presidente. Quando assumiu a presidência, Arouca criou um congresso interno, de onde saíam as grandes decisões. Todos os funcionários estariam representados delegados, que seriam escolhidos por casa unidade da instituição de maneira proporcional. Uma unidade maior teria mais delegados, uma menor, menos. Morel lembra, no primeiro momento, cada instituição deveria ter dois terços de delegados de nível superior e um terço de nível médio. Aos poucos, esse sistema foi se aperfeiçoando, até que a participação passou a ser livre. As unidades mandavam uma delegação com a proporção que quisessem.

Mas de qualquer maneira, foi também uma virada, levou de um “núcleo central de decisões” a um mecanismo mais democrático, mas também responsável. Por que? Ele só se reunia depois de um processo de seis meses. Primeiro, a presidência fazia um plano estratégico e enviava pras unidades. As unidades debatiam, debatiam, debatiam e aquilo voltava pra presidência que fazia uma colagem de todas as sugestões e aí sim mandava pro congresso interno onde cada pessoa (inclusive o presidente) tinha um voto só. Dali saíam não decisões, porque o ministro não queria às vezes, mas saía recomendações que a gente aceitava. Isso foi assim... Por exemplo, foi nesse primeiro congresso interno que se decidiu a criação do Conselho Deliberativo da FIOCRUZ, que até hoje é o órgão interno máximo da FIOCRUZ (MOREL, 2005, p. 128).

Mario Hamilton, amigo de Arouca e colega na FIOCRUZ, frisou a mente inventiva e inovadora do presidente e sua importância para o fortalecimento da instituição.

Tem uma coisa (Arlindo vai falar disso): muitas das coisas que se fazia na FIOCRUZ, se decidia num restaurante, quando já estávamos, como Arouca dizia, na alucinação. Eu me lembro que, numa churrascaria de Bonsucesso, perto da via do trem, se decidi ali a criação do Centro de Saúde do Trabalhador e do Politécnico. E Arlindo (que tem muito humor) escreveu uma ata de fundação num guardanapo... Ele vai contar se perguntarem pra ele. Muitas das coisas que aconteceram na FIOCRUZ foram assim. Tudo era criativo. Arouca criou um novo modelo de congresso, do qual eu fui o coordenador, novo modelo de participação, na cabeça dele já surgia como aumentar a participação na eleição, como tornar mais democrática a Fundação, foi pensado por Arouca. Além de outras obras: o Bio Manguinhos, o Centro de Saúde do Trabalhador, o Politécnico, novos projetos de dinamização de áreas, a Biblioteca também. Mas fora da constituição física, a mudança do modelo, da lógica de operação da organização, essa foi a coisa mais importante que fez Arouca. Porque construir, qualquer um pode construir uma biblioteca, o problema é como mudar a lógica política interna de uma organização. Isso era a cabeça de Arouca (HAMILTON, 2005, p. 154).

Os depoimentos nos contam que, depois de sua saída da Unicamp, Arouca assumiu funções de liderança, tanto no Cebes quanto na FIOCRUZ. Os relatos mostram como, ao desempenhar essa função, ele levou para as instituições o seu olhar sobre o Brasil. Enquanto ajudava a criar e presidir o Cebes, Arouca via a luta pela redemocratização e pela transformação na saúde ficarem mais fortalecida, fazendo com que ele voltasse o seu olhar social para essa conjuntura. Dessa forma, ficaram mais evidentes as suas habilidades como articulador e político. Anos mais tarde, como presidente da FIOCRUZ, os relatos apontam que Arouca era um líder agregador e inovador, implementando dentro da instituição a revolução que idealizava para a saúde.

3.2 A luta é coletiva

Essas atividades de Arouca fizeram parte de um contexto de luta pela saúde que ganhou proporção nacional a partir da segunda metade da década de 1970. O movimento ganhou o nome de “movimento sanitário”. Em “Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário”, Sarah Escorel (1999) explica que a iniciativa representava um pensamento contra hegemônico, que tinha como objetivo a transformação do sistema de saúde vigente.

Na década de 1970, o acesso ao atendimento médico era vinculado à Previdência Social. O enfraquecimento do Ministério da Saúde, sob a preponderância do recém-criado

Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), fez com que este último concentrasse a maioria dos recursos e comandasse a união dos interesses privados e da burocracia estatal (SCOREL, 1999). Isso resultou em uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários e estimulava a transformação de serviços de saúde em empresas lucrativas. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que fora criado em 1967 e era vinculado ao ministério, controlava a rede de serviços de saúde e empregava profissionais, estabelecendo os mesmos convênios com hospitais universitários e privados a partir da lógica de pagamento por “unidade de serviço”. No entanto, o instituto estabelecia parâmetros iguais para assistências diferentes, gerando conflitos dentro das unidades. Scorel explica que os convênios mantinham pagamento aos médicos dos hospitais de ensino utilizando tabelas especiais por serviços prestados. Portanto, se de um lado havia uma proposta de convênio global para abranger as necessidades dos hospitais universitários e de ensino, do outro lado, os médicos usufruíam de vantagens por receberem, além do salário pago pelas universidades, pagamentos do INPS por prestações de serviços.

Em 1974, o Ministério da Educação (MEC) e o MPAS assinaram um protocolo que determinava a integração dos hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social e uma contribuição mensal do INPS aos hospitais de ensino, com um subsídio variável relacionado ao número e tipo de altas ocorridas naquele período. No entanto, os interesses hegemônicos privatizantes e pessoais de alguns professores conseguiram diminuir o ritmo de integração dos hospitais de ensino à Previdência.

No artigo “Histórias das Políticas de Saúde no Brasil – uma pequena revisão”, Marcus Vinícius Polignano (2001) lembra que os convênios e contratos estabelecidos entre INPS e médicos e hospitais, em que esses recebiam pelos serviços realizados, propiciou a capitalização destes grupos, aumentando o consumo de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares. Segundo o autor, formou-se então um complexo sistema médico-industrial. O esquema gerou um alto grau de complexidade administrativa e financeira dentro do INPS, fazendo com que o governo militar criasse, em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que surgiu como uma autarquia federal responsável por oferecer assistência médica aos segurados. Contudo, a conjuntura socioeconômica do país já havia entrado em crise.

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. Primeiro, porque o capitalismo a nível internacional entra num período também de crise. Segundo, porque em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos

áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável. (...) A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas (POLIGNANO, 2001, p.17)

De acordo com Polignano, o modelo de medicina previdenciária proposto não solucionou os principais problemas de saúde coletiva, como endemias, epidemias e os indicadores de saúde. Além disso, havia aumentos constantes dos custos da medicina curativa, enquanto a diminuição do crescimento econômico impactava na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo suas receitas. O sistema era incapaz de atender uma população cada vez maior de pessoas à margem da sociedade, que trabalhavam sem carteira assinada e, por tanto, sem contribuição previdenciária. Havia ainda desvio de verba do sistema para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras do governo federal, que também não repassava recursos do tesouro nacional para o sistema previdência, descumprindo o previsto em lei.

No livro, Escorel (1999) lembra que, ao longo da década de 1970, estava em desenvolvimento no país uma teoria social da medicina, que tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. De acordo com a autora, esse conjunto de conceitos iria constituir uma nova teoria, onde, ao contrário do que acontece no discurso preventivista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na busca da determinação dos fenômenos. Essa abordagem, diz ela, adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando, a partir dessa prática, uma transformação da sociedade.

Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, as bases universitárias – a academia – tomaram como campo privilegiado de atuação o campo das políticas públicas, e nesse sentido o movimento sanitário começou a organizar-se como tal. Sua organização transcenderia seu objeto específico, ao envolver-se nas lutas mais ferais naquele momento: a democratização do País e o fortalecimento da sociedade civil (SCOREL, 1999, p. 30).

Foi assim que surgiu um movimento formado por vários núcleos que articulavam propostas transformadoras para a saúde e que passaram a compartilhar de uma visão e linha de atuação que tomou forma. O movimento sanitário era composto por várias frentes e foi

articulado de diversas maneiras, se consolidando como um novo ator no contexto político da época. Entre essas correntes, estavam a criação de associações de médicos, centros de estudos e de pós-graduação, os movimentos estudantil e de médicos residentes, além da academia.

Ao mesmo tempo em que o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp via surgirem as ideias e projetos do grupo docentes que Arouca pertencia, os departamentos de Medicina Preventiva de outras universidades também desenvolviam seus programas com enfoque médico-social, ainda que também legitimados pelo discurso preventivista internacional. Assim como Paulínia, as cidades-satélites Sobradinho e Planaltina, no Distrito Federal, e o Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, receberam programas de universidades. Além da Unicamp, a USP, o Instituto de Medicina Social da UERJ e, depois, a ENSP eram as principais representantes da corrente, com uma produção teórica que considerava o social como determinante das condições de saúde e o apontamento da prática do sanitarista como sujeito da transformação pretendida.

O movimento sanitário não optou pela estratégia de confronto político para fazer avançar seu projeto de universalização de acesso à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, como conta Monika Dowbor (2012) na tese “A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)”. Dowbor explica que as ações do movimento passavam pelo caminho institucional e pela formação do campo profissional.

Os atores do movimento aproveitaram a mudança na conjuntura política para colocar em prática táticas que foram fundamentais para o fortalecimento das ideias que encabeçavam. A tese de Dowbor (2012) destaca que o governo do General Ernesto Geisel (1974-1979) tinha um projeto desenvolvimentista que incluía a expansão de algumas políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, ciência e tecnologia. Além disso, a partir do ano de 74, vitórias eleitorais do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido de oposição tolerado pelo regime, consolidaram o cenário positivo. Dessa forma, os atores do movimento começaram a participar de eventos acadêmicos e universitários, mesa de debates, manifestos, reuniões clandestinas, acadêmicos e médicos se tornavam secretários municipais de saúde, jovens médicos passaram a trabalhar junto às regiões de periferia, ativistas passaram a ocupar cargos federais.

Em 1977, o governo Geisel implementou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), cujas propostas abrangiam mudanças institucionais no setor da saúde. Surgiram

iniciativas voltadas para o atendimento médico-assistencial, para promoção e execução de ações voltadas para medidas preventivas e para interesses coletivos. O governo Geisel também apoiou a expansão dos serviços de saúde para as regiões periféricas e pobres, por meio do Programa de Interiorização de Saúde e Saneamento (PIASS), por exemplo, que contou com a participação de sanitaristas nos cargos de coordenação.

A decisão veio a nomear a atuação desses profissionais naqueles espaços do Estado nos quais era possível colocar em prática a nova visão sobre a saúde. Essas experiências tinham em comum a sua localização nos interstícios do sistema em vigência, isto é, foram restritas a programas de abrangência limitada, aos cargos dotados de poder decisório limitado e ao nível municipal que não desempenhava na época um papel de importância nos serviços de saúde (DOWBOR, 2012, p. 100).

Mesmo participando apenas de espaços de baixa capacidade de interferência nas decisões, a participação dos sanitaristas serviu para acumular experiências, que de, pois, seriam usadas em projetos que o movimento sanitário desenvolveu durante o governo de João Figueiredo (1979-1985), como o PrevSaúde e as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Foi este o contexto, voltado para os interesses mercantis da Previdência Social, em que o movimento sanitário atuou. Na tensão da conjuntura sociopolítica, Arouca desempenhou papel de liderança e articulação fundamentais, discutindo saúde dentro e fora da academia, inaugurando centros de debates e implementando, na prática, um pouco do seu pensamento sobre o tema.

3.3 VIII Conferência Nacional de Saúde: o apogeu de uma trajetória

A articulação do movimento sanitário, a partir dos contextos vistos acima, foi se aprimorando, consolidando suas propostas de atuação e associando-se cada vez mais à luta pela democracia. Ao final do regime militar, em 1985, o movimento sanitário havia se desenvolvido, participado da campanha pelas “Diretas Já!” e trabalhado a questão da saúde diante da possibilidade de um governo democrático. A culminação do movimento aconteceu na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), presidida por Sergio Arouca. O encontro tinha como objetivo obter subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e elencar elementos para o debate que aconteceria na Assembleia Nacional Constituinte, reunião que redigiu a Constituição de 88. No encontro, estiveram presentes profissionais,

prestadores de serviços de saúde, quadros técnicos e burocráticos do setor, representantes de movimentos sociais e da sociedade civil.

A VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. No plenário que reuniu aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. Ainda mais: aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. Dotada de grande representatividade social, mesmo na ausência dos prestadores privados, esta CNS passou a significar, através do seu relatório final, a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novos integrantes e parceiros (ESCOREL, 1999, p. 193)

Monika Dowbor (2012) afirma que o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde simbolizou, a partir daquele momento, a força do movimento, que não seria mais chamado de movimento sanitário, mas sim de movimento pela Reforma Sanitária ou movimento pela democratização da saúde. A autora ressalta que o setor privado não participou da reunião, por não conseguir quota demandada para seus delegados.

Os depoimentos de colegas lembram que Arouca foi o grande organizador do encontro, representando, naquele momento, o governo federal, uma vez que ele ainda ocupava a presidência da FIOCRUZ. Sonia Fleury conta que a abertura da Conferência para a sociedade civil foi ideia do presidente.

(...) a gente tinha um projeto claro, a gente tinha disseminação nacional mas ainda muito na elite acadêmica quando se convoca a oitava, e o Arouca organiza a oitava, ele organiza a oitava de forma que podia ser um desastre absoluto, se não funcionasse bem, ou podia ser o que foi, que nos deu uma base popular que nós deu uma solidez pra emplacar na Constituição o que a gente queria. Por quê? Porque era uma temeridade você acreditar que em ano você fosse colocar a sociedade toda ligada na área de saúde discutindo desde as bases, tirando delegados e depois, que isso iria para uma assembléia que tinha sei lá... 3000 pessoas... aquela conferência que nós nunca tínhamos organizado com 5000 pessoas... é que alguns eram delegados e outros não... e imaginar que isso podia dar certo era uma situação de altíssimo risco. (...) Isso é também a cabeça do Arouca de arriscar tudo nisso que ele sempre acreditou que era a democracia. Ele dizia: "vamos pro pau! Vamos botar o bloco na rua e vamos ver se isso funciona!" E funcionou, e foi difícil porque o governo já no final, bem perto da conferência, a gente tava sentindo que o governo tava querendo desprestigiar porque aquilo tinha chegado a um ponto que ninguém controlava. O Arouca passa a ser mais importante que o Ministro, por outro lado o Arouca não podia falar as coisas que a gente queria que ele falasse porque ele não podia ser contra o governo já que ele estava ali em função do governo (FLEURY, 2005, p. 109).

Carlos Morel classifica o momento da VIII CNS como "mágico", reforçando a habilidade de Arouca para a liderança:

(...) a Conferência, além de ser um recorte completamente diferente, inclusive, 5 mil pessoas naquele auditório lá em Brasília, desde representação das comunidades indígenas... Tudo, tinha de tudo. Eu acho que só o Arouca poderia comandar aquele grande circo. Mas mais do que isso: eu acho que foi naquele momento da Conferência que se plasmou muita coisa do SUS, se plasmou a Constituição do Brasil. O capítulo de Saúde da Constituição foi praticamente escrito na FIOCRUZ, legitimado pela Conferência e incorporado pelo Congresso (MOREL, 2005, p. 130).

A liderança de Arouca na VIII CNS fez com que ele participasse da Constituinte, como o principal representante da sociedade civil nas discussões sobre o capítulo que seria dedicado à Saúde na nova Constituição. Os depoimentos de quem conviveu com ele, seja em Campinas ou no Rio, também relacionam a figura de Arouca à criação do SUS.

Eu não tenho dúvida nenhuma que ele teve uma importância fulcral na questão do SUS. Ele via com enorme clareza como é que a gente deveria organizar o Sistema Público de Saúde brasileiro. Ele fez isso na VIII Conferência (...) a. E penso que a gente deve muito ao Sérgio Arouca em relação à saúde brasileira, se o Sérgio não tivesse existido, o SUS não estaria na Constituição, e se o SUS não estivesse na Constituição, o Sistema de Saúde público seria, seguramente, ainda muito pior do que é hoje. Portanto, o Sérgio teve um papel fundamental nesse processo. (PINOTTI, 2005, p. 51 e 52)

Mas eu estou cada vez mais convencido de que essa obra que nós fizemos no Brasil de construir esse SUS da forma como foi feito é uma coisa que ninguém fez no mundo. Eu acho que a quem isso mais se deve é ao Arouca. Em termos de obra de engenharia social que a gente tem no mundo, provavelmente a gente não tem nenhuma do tamanho dessa (CAMPOS, 2005, p. 2015)

Neste capítulo, vimos como se deu o crescimento da luta pela transformação na saúde, articulada à campanha pela redemocratização e o papel que Arouca desempenhou nesse processo. Um dos fundadores do Cebes, um centro de estudos voltado para a saúde e para a democracia, e presidente da FIOCRUZ, nos dez anos que separaram sua saída da Unicamp e a VIII Conferência Nacional de Saúde, Arouca articulou sua capacidade de interpretar o Brasil com o trabalho para que toda a população tivesse garantido o direito aos serviços básicos de saúde. Os documentos analisados acima mostram como, durante esse período, Arouca usou de sua habilidade para política e inovação, destacando sua personalidade criativa, sua capacidade de liderança e se consolidando como uma pessoa que gostava de trabalhar cercada de pessoas. Vimos também que o sistema de saúde em vigor antes da Constituição de 88 funcionava aos moldes previdenciários e remunerava profissionais e unidades de saúde de acordo com o número de atendimentos, o que impulsionou a acumulação de capital e o crescimento de um mercado de medicamentos e serviços. Na VIII CNS, presidida por Arouca, os participantes

debateram um novo modelo de saúde, que acompanhasse o retorno do país à democracia. A saúde entrou, então, para a Constituição como um direito de todos e um dever do Estado. Assim, o SUS foi consolidado em duas leis orgânicas, vinculando a saúde a melhores condições econômicas para a população.

A trajetória, elementos, dados, informações e depoimentos narrados e descritos nos capítulos que compõem a dissertação dão um panorama sobre as ideias de Arouca a respeito da saúde e da sociedade brasileira. Sua tese de doutorado propõe uma transformação social por meio de uma mudança nos serviços de saúde, sua atuação como professor universitário era focada na aplicação de um olhar social na medicina, sua articulação e militância política entre o fim dos anos 1970 e meados de 1980 estavam sustentadas pelo desejo de ver a população brasileira ter acesso aos serviços básicos de saúde de maneira integral. A partir dos resultados colhidos com a pesquisa sobre o percurso de Arouca, combinados com a luta nacional pelo direito à saúde no Brasil, é interessante atentarmos para pensar em que medida as ideias de Arouca estão na base intelectual do SUS, quais elementos do seu pensamento inspiraram as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde ou qual a dimensão do seu trabalho nas diretrizes que regem o serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, procurei analisar a trajetória acadêmica e profissional do médico sanitarista Sergio Arouca. Meu objetivo foi mostrar qual foi e como se consolidou a bagagem intelectual que sustenta sua tese de doutorado, “O Dilema Preventivista – Contribuição para Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva”, e se há alguma influência do seu pensamento na criação e nas diretrizes que sustentam o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, também pretendi ver em que medida, à luz do trabalho de Nísia Trindade Lima (1999; 2004; 2009), é possível dizer que Arouca foi um intérprete do Brasil. Apoiada em um quadro teórico pautado nas teorias de Anthony Giddens e Norbert Elias, a pesquisa contou a análise de documentos colhidos no Arquivo Central da Unicamp, com relatórios produzidos pela UNIRIO e revisões bibliográficas.

Na Introdução, apresento a proposta da dissertação e o marco teórico, iluminando a trajetória de Arouca com as ideias de agência e estrutura, de Giddens, e de redes de interdependência, de Elias. Exponho também a obra de Lima, para tentar articular a trajetória do sanitarista com o pensamento social brasileiro. A Introdução também traz um panorama de publicações que abordaram algum ou mais de um aspecto da vida profissional do sanitarista.

No capítulo 1, desenvolvo o cenário da Medicina Preventiva no Brasil entre os anos de 1950 e 1960, apontando como ela se desenvolveu enquanto disciplina dos cursos, sendo implementada no país a partir das universidades, especialmente no estado de São Paulo. Foi nesse período, especialmente na década de 1960, que Arouca concluiu sua formação em Medicina e começou a atuar como docente na Unicamp. Apresentei também o argumento central da tese de doutorado do médico e detalhes da formação de Arouca enquanto militante e profissional.

No capítulo 2, procurei mostrar o desempenho de Arouca como professor da Unicamp. Foi possível notar, a partir de dados sobre os projetos que conduzidos por ele, a habilidade que Arouca tinha para fazer relacionamentos e lidar com pessoas, sejam alunos, colegas ou a população das comunidades que atendia. Arouca também incentivava que os estudantes desenvolvessem um olhar atento à realidade do país, por meio de leituras, discussões e na observação das comunidades. Também tentei mostrar a tensão que a conjuntura política do momento imprimia dentro da universidade, destacando a postura contraditória de Zeferino

Vaz, Reitor da Unicamp naquele momento e como esse contexto se desdobrou na cassação de Sergio Arouca e Anamaria Tambellini.

No capítulo 3, conto como a luta de Sergio Arouca por uma transformação na Saúde ultrapassou as fronteiras da universidade e ganhou dimensão nacional. Seja na presidência do Cebes ou da FIOCRUZ, Arouca se mostrou um articulador político e líder fundamental na luta pela transformação na Saúde, aliada à campanha pela redemocratização. Expliquei ainda que sua trajetória integrou o “movimento sanitário”, iniciativa de dimensão nacional que estava pensando novas perspectivas para a saúde pública brasileira, além de mostrar como funcionava o sistema de saúde antes do SUS e contar, por meio de depoimentos de colegas, o quão primordial foi o trabalho de Arouca para que acontecesse a VIII Conferência Nacional de Saúde e para que a saúde fosse incluída na Constituição de 88 como um direito da população e um dever do Estado na Constituição.

Podemos notar, ao longo da dissertação, que Arouca foi um médico que pensou a saúde a partir do contato direto com a população e da indignação em relação às desigualdades. Sua tese de doutorado combina conhecimento teórico e prático para mostrar seu olhar crítico sobre a proposta do discurso preventivista, cuja prática acabava por manter a estrutura social. Se Nísia Trindade Lima identificou na produção intelectual do início do século XX uma divisão do país entre litoral e sertão, observo, a partir da análise da trajetória de Sergio Arouca, que seu trabalho na docência, na pesquisa e na política apostaram em uma tentativa de homogeneizar a população, para que ela tivesse acesso igualitário ao atendimento na área da saúde. Dessa forma, para ele, se a medicina deixa de cumprir seu papel na manutenção e reprodução da força de trabalho, os médicos devem neutralizar as relações com a população, enxergando-a como um grupo homogêneo onde as contradições também são neutralizadas. Segundo Arouca, é na conscientização dos valores universais e naturais que os homens são percebidos como iguais, ocupando apenas condições sociais diferentes.

Sua atuação mostra como ele era uma pessoa voltada para o pensamento social, seja no pensamento a respeito da saúde pública ou na maneira como exercia a liderança dentro das instituições. Sua tese de doutorado foi o resultado da associação entre suas reflexões de militante político, suas referências teóricas, a experiência prática como docente e os encontros com colegas, com quem discutia os problemas da aplicação da Medicina Preventiva no Brasil. É fundamental aqui lembrarmos de Norbert Elias (1984), cuja obra ajudou a iluminar a trajetória de Arouca. Na perspectiva de Elias, o trabalho de Arouca foi realizado a partir das redes de interdependência que ele articulou durante todo o processo.

Os laços de trabalho e afeto estabelecidos pelo sanitarista foram fundamentais, como vimos ao longo dos capítulos, para a construção do pensamento que embasou a sua tese. Sua saída da Unicamp e o percurso profissional que seguiu também foram marcados por inúmeras redes de relações, encadeadas por ele nos anos seguintes como pilar fundamental de sua atuação nas instituições em que trabalhou.

Ao organizar e assumir a presidência da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, Arouca teve a chance de aplicar suas ideias de respeito e valorização da população, abrindo o encontro para a participação da sociedade civil, além de debater durante o evento um projeto para a Saúde Pública do país. A Constituição de 88 e as leis orgânicas 8080/90 e 8142/90 guardam determinações que podem, tanto direta como indiretamente, serem relacionadas ao pensamento de Arouca e à sua trajetória. A primeira delas é o fato de a saúde ter sido incluída na Carta Magna como um direito de todos e um dever do Estado, indicando aqui a alternativa apresentada por ele na conclusão de sua tese: “O Dilema Preventivista – Contribuição para Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva”. O documento determina que o direito à saúde esteja vinculado às melhorias das condições socioeconômicas da população, além de que o acesso seja universal e igualitário às ações e serviços. O sistema de saúde também passou a ser organizado de acordo com a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. A última premissa, em especial, leva para o SUS uma característica importante das ideias de Arouca: a intenção de promover uma gestão participativa, ouvindo seja os usuários os servidores, como ele fez enquanto coordenador do LEMC e, anos mais tarde, como presidente da FIOCRUZ.

Dessa forma, acredito que a trajetória de Arouca nos mostra que podemos entendê-lo como um pensador social do Brasil, mas também como alguém que tem sua história de vida atrelada às bases intelectuais e institucionais de sustentação do SUS. Ainda que haja essa ligação, é preciso pensar com mais afinco sobre o quanto esse percurso, suas ideias e pensamentos inspiraram de fato a criação das leis que regem o sistema de saúde brasileiro e em que medida isso se deu. Penso que uma das contribuições do meu trabalho foi conseguir ver a figura de Arouca para além de um crítico do discurso preventivista, mas sim como alguém que pensou o país ao observar as desigualdades da população e pensar em uma política de saúde que conseguisse amenizar essas diferenças estruturais. À luz da interpretação que fazia do Brasil e de como seria um serviço de saúde universal, a população brasileira viu o acesso aos serviços básicos de saúde ser garantido por lei. A criação desse

novo sistema representou uma mudança na maneira como o Brasil pensa o serviço de saúde, assegurado até os dias de hoje não só enquanto serviço, mas também como um espaço de discussão e construção permanente.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Paulo Ricardo Zilio; Costa, Rodrigo Prado da; MISOCZKY, Maria Ceci. Do Dilema Preventivista ao Dilema Promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.42, n. 119, p. 990-1001, out/dez 2018.

ABREU, Regina; FRANCO NETTO, Guilherme, coordenadores. **Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca**. Relatório Sérgio Arouca 1967- 1975. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>. Acesso em: 3 out de 2023.

ABREU, Regina; FRANCO NETTO, Guilherme, coordenadores. **Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca**. Relatório Sérgio Arouca 1976-1988. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19761988.pdf>. Acesso em: 22 nov de 2023.

ALMEIDA, Márcio José de. A educação médica e as atuais propostas de mudança: Alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 25, n.2, maio/ago, 2021.

ALMEIDA, Vanina Castro Dória; AMARAL, Ivan Luiz Martins Franco; BEDRIKOW, Rubens. Sérgio Arouca na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 47, n.138, p. 590-600, jul/set 2023.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos Anos do Ensino Médico no Brasil**. 2007. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de Campinas, Campinas, 1976.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; MOTA, André; SCHRAIDER, Lilia Blima. **Desenvolvimento e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967)**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 22, n. 65, p. 337-348, 2018.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2006.

BECKER, Howard. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1993.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 17 de julho de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, ano 102, p.18.055, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, ano 102, p.25.694, 28 de dezembro de 1990.

BOURDIEU, Pierre. Usos da Biografia. In: AMADO, Janaina, FERREIRA, Marieta de Moraes. **Usos e Abusos da História Oral**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. Cap. 13.

CANESCI, Ana Maria. Depoimento. In: Abreu R, Franco Netto G, coordenadores. **Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil**: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1967-1975. Rio de Janeiro; 2005; p.71-81. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>. Acesso em: 22 nov de 2023.

DOWBOR, Monika. Sérgio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p.1431-1438, abril/2019.

ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. Zahar: Rio de Janeiro. 1984.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1986. Cap. 1.

GIDDENS, Anthony. **Central Problems in Social Theory**. Londres: Macmillan, 1979. Cap.1.

HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade. **Médicos Intérpretes do Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora, 2015. Introdução.

HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade. “Pouca saúde e muita saúde”: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde collection, pp. 492-533.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do século XX**: populacionais, sociais, políticas e culturais. Rio de Janeiro, IBGE. Disponível em: <https://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/saude>. Acesso em: 20 out. de 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil 500 anos**: estatísticas de povoamento. Rio de Janeiro, IBGE. Disponível em: <https://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/evolucao-da-populacao-brasileira.html>. Acesso em: 20 out. de 2023.

LAVRAS, Carmem. Depoimento. In: Abreu R, Franco Netto G, coordenadores. **Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil**: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1967-1975. Rio de Janeiro; 2005; p.99-112. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>. Acesso em: 25 nov de 2023.

LIMA, Nísia Trindade. Um Brasileira Médica: O Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Paternostro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.229-248.

LIMA, Nísia Trindade. **Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e interpretação geográfica da identidade nacional**. Rio de Janeiro: Revan, IUPERJ, UCAM, 1999. Cap.1.

MOTTA, Rodrigo Patto Sá. **As universidades e o regime militar: cultura política brasileira e modernização autoritária**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

NUNES, Everardo Duarte. **A organização curricular do departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – Análise Histórica: 1965-1982**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 8. n.2, p. 95-103, maio/ago 1984.

PINOTTI, José Aristodemo. Depoimento. *In*: Abreu, R.; Franco Netto, G (coord.). **Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca**. Relatório Sérgio Arouca 1967-1975. Rio de Janeiro; 2005; p.49-57. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>. Acesso em: 24 nov de 2023.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

REVISTA DE MANGUINHOS. Rio de Janeiro: Agência Fiocruz de Notícias, 2023.

ROBERTS, Brian. **Biographical Research**. Buckingham: Open University Press, 2022.

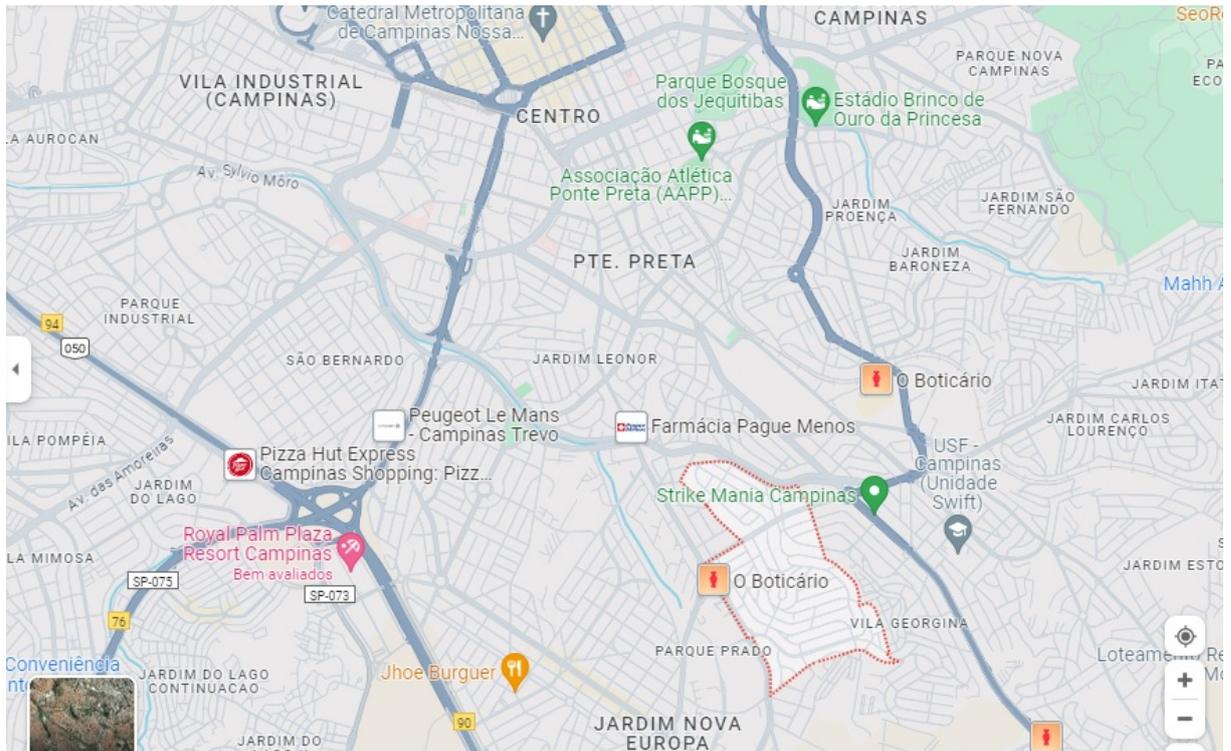
RUBEM, José. Depoimento. *In*: Abreu, R.; Franco Netto, G.; (coord.). **Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca**. Relatório Sérgio Arouca 1967-1975. Rio de Janeiro; 2005; p.35-48. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>. Acesso em: 23 nov de 2023.

SILVA, Guilherme Rodrigues da. Da Higiene à Medicina Preventiva. **Rev Med Edição Comemorativa dos 90 Anos da FMUSP**, São Paulo, v. 81(especial), p. 24-27, novembro/2002.

SILVA, Guilherme Rodrigues da. Depoimento. *In*: Abreu, R.; Franco Netto, G.; (coord.). **Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca**. Relatório Sérgio Arouca 1967-1975. Rio de Janeiro; 2005; p.24-48. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>. Acesso em: 22 nov de 2023.

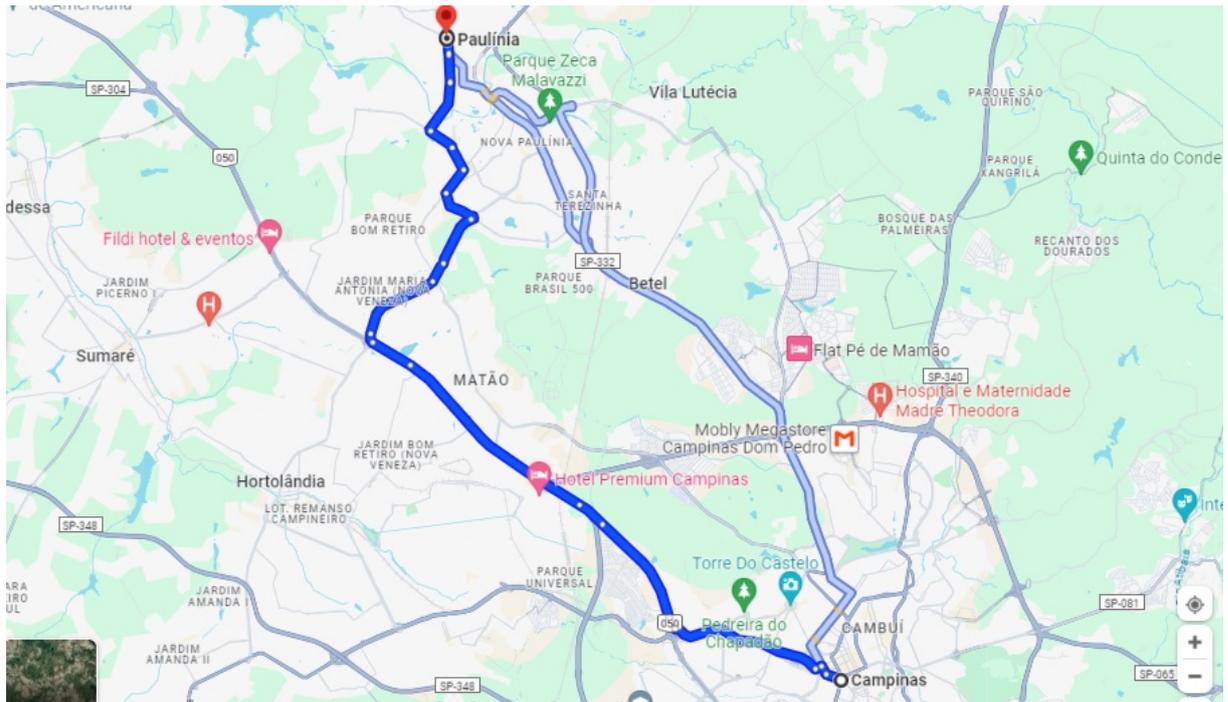
TAMBELLINI, Anamaria. Depoimento. *In*: Abreu, R.; Franco Netto, G.; (coord.). **Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca**. Relatório Sérgio Arouca 1967-1975. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>. Acesso em: 22 nov de 2023.

ANEXO A – Mapa de uma parte de Campinas, com o bairro Jardim dos Oliveiras destacado em vermelho.



Fonte: A autora, a partir de imagens do Google Maps, 2024.

ANEXO B – Mapa que aponta a localização geográfica de Paulínia em relação a Campinas.



Fonte: A autora, a partir de imagens do Google Maps, 2024.