

**O LEGADO DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS PARA A  
HISTÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

*THE LEGACY OF THE CITY MONTES CLAROS TO HISTORY  
SINGLE HEALTH SYSTEM*

**Humberto Gabriel Rodrigues<sup>1</sup>**  
**Ertz Ramon Teixeira Campos<sup>2</sup>**  
**Karide Christiane Ladeia Sena<sup>3</sup>**  
**Fernando Fernandes Gonçalves da Silva<sup>4</sup>**  
**Olivia Abreu Versiani<sup>5</sup>**  
**Savio Dantas<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>**Universidade de Brasília – UnB**  
humbertobriel@gmail.com

<sup>2</sup>**Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES**  
ertzramon@hotmail.com

<sup>3, 4, 5, 6</sup>**Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros – MG**  
karide.ladeia@hotmail.com, fernandofernandesmed@gmail.com,  
oliviaaversiani@hotmail.com, savioalves\_52@hotmail.com

**RESUMO**

Antes da implantação do Sistema único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços de saúde ocorria apenas para quem podia pagar e para quem possuía assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, excluindo os cidadãos carentes e os trabalhadores autônomos. Os primeiros movimentos sanitários que mudaram esse paradigma ocorreram dentre outros municípios em Montes Claros, Minas Gerais que constituiu projeto piloto da implementação de modelos alternativos de atenção à saúde contribuindo para a unificação do Ministério da Saúde e INAMPS e consequente criação do SUS.

**Palavras-chave:** Montes Claros, Saúde, SUS.

**ABSTRACT**

Before the implementation of the Unified Health System (SUS), access to health services had only to those who could pay and who had assistance provided by the National Social Security Institute, excluding the needy citizens and the self-employed. The first sanitary movements that changed this paradigm occurred among other municipalities in Montes Claros, Minas Gerais which was pilot implementation of alternative models of health care contributing to the unification of the Ministry of Health and INAMPS and the consequent creation of the SUS.

**Key-words:** Montes Claros, Saúde, SUS.

## **INTRODUÇÃO**

Antes da criação do SUS, o acesso direto à saúde era feito apenas por quem podia pagar pelos serviços e quem tinha direito a assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, posteriormente, denominou-se Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), excluindo os cidadãos que não se encontravam nessas duas “categorias”, ou seja, as pessoas de baixa renda ou que não têm acesso ao trabalho formal. Essas pessoas não tinham direito algum e dependiam da caridade e da filantropia e, às vezes, utilizavam de escambo de seus bens pelo atendimento (SOUZA, 2002). A crítica sobre a forma de obtenção de tais serviços por parte dos cidadãos evidenciou a necessidade de políticas públicas voltadas para a área social (JUNIOR & ALVES, 2007). Após a promulgação da Constituição da República em 1988, o Brasil instituiu a saúde como direito do cidadão e um dever do Estado, denotando que a reforma do setor de saúde ocorreu simultaneamente com o processo democrático. A sociedade civil, através de profissionais de saúde, organizações e movimentos sociais, após estudar o panorama brasileiro, promoveu diversos encontros acerca da temática, sendo que em 1986 ocorreu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, formando a base para um programa de atuação nacional. Dessa forma, norteador um importante princípio doutrinário do SUS: A universalidade; princípio que garante a atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (MS, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2000), o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país, pois esta era vista, antes de sua criação, como o “estado de não doença”, o que fazia com que toda a lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significa apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção concentrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde, sendo que esta passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer etc. Enfim, o homem é visto como um ser integral, bio-psico-social, e deve ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (MS, 1990).

Além disso, antes da criação do SUS a atenção à saúde havia grande disparidade devido à heterogeneidade regional e social no país. Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. Sendo assim, um dos princípios que ainda hoje é almejado e que fora instituído com o SUS é a equidade, princípio doutrinário que tenta tratar desigualmente os desiguais assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. (MS, 1990; MS, 2000).

O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. A gestão da saúde antes da criação

do SUS era a cargo basicamente do executivo federal constituindo como única entidade mantenedora do setor. Havia grande resistência dos estados e municípios para serem responsabilizados pela organização e manutenção da saúde pública. Somente após a constituição de 88 e a extinção do INAMPS em 1993 ocorreu a descentralização consequente consolidação do SUS (MS, 2000).

A descentralização facilitou a hierarquização dos serviços de saúde nas competências dos gestores estaduais e municipais. Ajudou a nortear as ações tendo como base níveis de complexidade tecnológica crescente. Assim, o paciente é atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico dentro de um polo regionalizado. Assim, pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde, podem ser encaminhados (referência) para centros de saúde e hospitais de alta complexidade. Depois de ter sua necessidade atendida e o seu quadro clínico estabilizado, o paciente é reencaminhado (contrarreferência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento, evitando, assim, a diminuição do erário público e aumentando o poder de resolubilidade, uma vez que, antes da criação do SUS, nem todos os agravos eram cobertos pelos serviços de saúde, sendo que o contribuinte deveria arcar com o ônus dessa não cobertura. Hoje, o SUS garante o prosseguimento do tratamento, mesmo que haja insuficiência do setor público, visto que outro princípio organizacional é a complementariedade através da contratação de serviços privados garantindo, assim, o dever do estado (MS, 1990).

A saúde foi democratizada a partir da criação do SUS, pois antes dele ela era regida apenas por profissionais da saúde e militares. Não abrindo espaço para a participação da “sociedade civil” (MS, 1990). Nos dias atuais, a participação popular pode ser feita através de conselhos de saúde com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço e, através de conferências de saúde periódicas, deliberaram prioridades e demandas sobre a saúde atual, observando seus princípios doutrinários e organizacionais.

É importante ressaltar que comparar antes e depois da criação do SUS e fazer um exercício de avaliação assimétrico, pois são comparados espaços de temporais muito discrepantes. Mesmo sendo anacrônicos, os 27 anos de atividade do SUS comparados aos 388 anos que o precedia, notam-se avanços significativos no que rege a saúde brasileira (tabela 1).

Tabela 1: Tabela histórica

<b>Antes da criação do SUS</b>	<b>Depois da criação do SUS</b>
Excluía os cidadãos de baixa renda e sem trabalho formal	Universal – Para todos
Baseado na cura de agravos à saúde (estado de não doença)	Integralidade – Promoção da saúde
Disparidade na atenção à saúde devido à heterogeneidade regional	Equidade – Trata desigualmente os desiguais
Responsabilidade da União sem a participação de estados e municípios	Descentralização
Atenção à saúde somente nos hospitais independente da complexidade	Hierarquização

Os serviços de saúde não garantia tratamento para todos os agravos	Resolubilidade
Complementaridade com recursos próprios mesmo para quem tinha direito	Complementaridade do setor privado
A cargo de profissionais da saúde e militares, excluindo outras parcelas da sociedade.	Participação popular

*Fonte:* autoria dos próprios autores.

## O LEGADO: MONTES CLAROS E A CRIAÇÃO DO SUS

Cidade emancipada em 1857, com o atual nome de Montes Claros, esta pertencia a Antônio Gonçalves Figueira, desde a chegada dele, nessa região, em 1707. Antônio Gonçalves Figueira componente da Bandeira de Fernão Dias, sendo esta estruturada em três fazendas: Jaíba, Olhos d'Água e Montes Claros, quais constituem, atualmente, municípios da região DOSSIÊ, (2005).

No ano de 1768, em torno da capela erguida por José Lopes de Carvalho, ergueu-se primeiramente o Arraial das Formigas, depois chamado Arraial de Nossa Senhora da Conceição e São José das Formigas. Em 1831, passou a denominar-se Vila de Montes Claros das Formigas, a qual, por fim, em 1857, com pouco mais de dois mil habitantes, veio a ser a cidade de Montes Claros.

O projeto Montes Claros, grosso modo, foi uma proposta de organização do sistema de saúde brasileira criada com o nome do município, mas com ambições nacionais.

O projeto Montes Claros iniciou-se no início da década de 70, período em que a região passou a receber incentivos governamentais por pertencer a área mineira da SUDENE (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste) e, dessa forma, vários recursos para o desenvolvimento social e econômico foram disponibilizados. Isso atraiu para a região diversos intelectuais, técnicos, estudantes e políticos. Desse modo, a cidade de Montes Claros se constituiu como a “Meca da saúde pública brasileira”, pois todos os sanitaristas importantes figuraram no cenário Montes-clarense, apresentando propostas divergentes, mas com o intuito de uma organização de um sistema nacional de saúde (TEIXEIRA, 1995).

O projeto foi realizado em meio a diversas crises e mudanças institucionais brasileiras como a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (1974) e do Sistema Nacional de Previdência Social, o que reforçava, à época, o modelo privatizante da previdência, abrindo-se espaço para uma discussão de ações públicas pautadas em programas que contemplassem o restante da população.

É preciso ponderar que o projeto Montes Claros tornou-se viável a partir de aportes financeiros internacionais, como, da USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional) mediada pelo Ministério da Saúde. Esses recursos tornaram possível a construção de uma rede física de 40 postos de saúde numa área geográfica de 144 mil Km<sup>2</sup>, a compra de equipamentos necessários para sua instalação e o investimento em treinamento de 625 auxiliares de saúde (TEIXEIRA, 1995). Dessa forma, o objetivo do projeto era implantar, em aproximadamente 50 municípios do Norte de Minas, um sistema de prestação de serviços de saúde baseado na construção de postos de saúde nas comunidades rurais, os quais seriam conduzidos por auxiliares de saúde e funcionariam como estimuladores da participação comunitária. Anexo a esse

projeto, estaria à construção de um hospital regional em Montes Claros, qual, obviamente, seria o cerne do sistema.

Não obstante, o projeto Montes Claros já imbuía em sua filosofia os pressupostos e princípios de uma política valorativa da atenção primária e da educação, promoção da saúde e controle de natalidademarcado pela implantação do Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural – IPPEDASAR, criado, segundo Escorel (1999), por um pastor norte-americano da 7ª Igreja Adventista que se chamava Leslie Charles Scofield Jr., que viajou para o Norte de Minas com a intenção de realizar na região do vale do São Francisco um trabalho religioso, que, por fim, foi realizado entre o trecho indo de Pirapora/MG a Juazeiro/BA, com barcas apelidadas de “Luminárias”, pois chamavam a atenção da população nos pontos de parada em que ele, junto à sua comitiva, dava assistência à população ribeirinha.

Outro fator considerável foi às experiências da Medicina comunitária no Brasil. Diante da grave crise nacional em propiciar assistência Saúde, através da previdência, os departamentos de Medicina das Universidades passaram a desenvolver experiências de projetos financiados por organismos internacionais. Alguns destaques foram realizados nos municípios Caruaru (PE), Londrina (PR), Patos (PB) e Campinas (SP). NASCIMENTO & CORREA (2007); PEREIRA & MENDONÇA (2012).

Aproveitando-se do ciclo autoritário de presidentes da república, com a candidatura de Tancredo Neves, no mês de janeiro de 1985, realizava-se a Reunião de Montes Claros, da qual participaram lideranças que se apresentavam para debater propostas ao novo governo. Para Teixeira (1995), o Encontro de Montes Claros se deu sob o cerne da política. Nos vários momentos de sua ocorrência, estiveram marcando presença futuras autoridades do primeiro escalão do governo. Tancredo Neves foi representado por Marco Maciel, futuro Ministro da Educação, que, por sua vez, demonstrou em suas palavras um ideário reformista da saúde. Nesse evento, estiveram presentes aproximadamente 500 pessoas e, entre elas, 150 secretários municipais da saúde.

O marco do projeto ocorreu em 1985, quando os secretários de saúde reunidos no IV Encontro Municipal do Setor da Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde aprovaram um conjunto de 11 diretrizes, quais norteariam a Política Nacional de Saúde do futuro governo de Tancredo Neves. Esse documento seria a Carta de Montes Claros, intitulada, “Muda Saúde” (Figura 1).

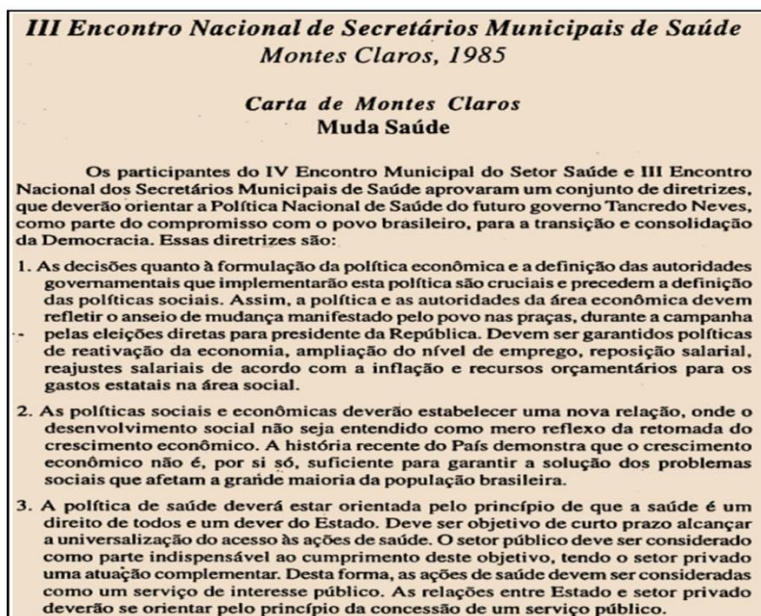


Figura 1: Imagem da carta de Montes Claros constituída por 3 páginas e 11 diretrizes.

FONTE: disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_montes\\_claros.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_montes_claros.pdf)>. Acesso em: 25 Mar. 2016.

Segundo NASCIMENTO & CORREA (2007), a partir de Montes Claros, sucederam-se reuniões para aprofundar e detalhar a futura operacionalização da proposta para a denominada Nova República, principalmente quanto ao processo de unificação do Ministério da Saúde e INAMPS, e a passagem da Central de Medicamentos da Previdência Social para a Saúde.

Corroborando tal afirmação sobre o marco dessa reunião e o legado deixado por ela, MOROSINI (2007) ressalta que, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 na forma do artigo 196 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transformaram-se em objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Seção II DA SAÚDE, Art.96)

A lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e caracteriza o SUS, que teve a redação do Art. 3º alterada pela Lei 12.864 de 2013, apregoa:

(...)

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e

de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

(LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm))

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou em extensa bibliografia as formulações, as terminologias, os princípios e conceitos usados para a criação do SUS e sua relação com o projeto Montes Claros. Ao nosso entender, pedra fundamental no ordenamento, a princípio regional, mas que depois se estendeu para uma amplitude nacional, traçando diretrizes e preceitos para nortear os serviços de saúde no país. Precursor na disposição de universalidade, levando acesso à saúde a todos, estendendo sua cobertura mesmo ao cidadão sem trabalho formal, enxergando o paciente de forma integral e oferecendo serviços com equidade. Dessa forma, fica claro que o projeto Montes Claros e seu ineditismo foram cruciais naquela conjuntura político-social, uma vez que soube abarcar investimentos, infraestrutura e concepções, mesmo divergentes, para encontrar um caminho a ser traçado de forma a se conseguir unificar o sistema de saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em janeiro de 2016.

Dossiê a integralidade na formação e atenção em saúde: Perfil do médico em Montes Claros e sua atuação no Sistema Único de Saúde - SUS Loco-Regional UNIMONTES CIENTÍFICA. Montes Claros, v.7, n.1 - jan./jun. 2005.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

JUNIOR, Aluísio; ALVES, Carla. **Modelos Assistenciais em Saúde:** Desafios e Perspectivas. P 1 - 7. 2007.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. Doutrina e Princípios. Brasília, 1990.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípio e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério Saúde, 2000

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Modelos de atenção e a saúde da família**. EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S.; NOZAWA, M. R. O município de Campinas e a organização da rede municipal de saúde. Revista de Ciências Médicas, Campinas, v. 16, n. 3, p. 161-173, 2007.

PEREIRA, João Alves; MENDONÇA, José Márcio Girardi de. **Análise da atuação dos profissionais de enfermagem no projeto montes claros**. Rev APS. 2012 jul/set; 15(3): 245-259.

SOUZA, Renilson Rechem de. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento eo processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

SOUZA, Renilson Rechem de. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Projeto Montes Claros: A Utopia Revisada**; *Abrasco*. Rio de Janeiro, 1995.

**Recebido para publicação em 03 de março 2015**

**Aceito para publicação em 09 de julho de 2015**