

## Contribuições do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde

### *Contributions of Montes Claros Project for the Unique Health System*

João Alves Pereira<sup>1</sup>  
Kimberly Marie Jones<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiro. Graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Coordenador da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Sá (MG).

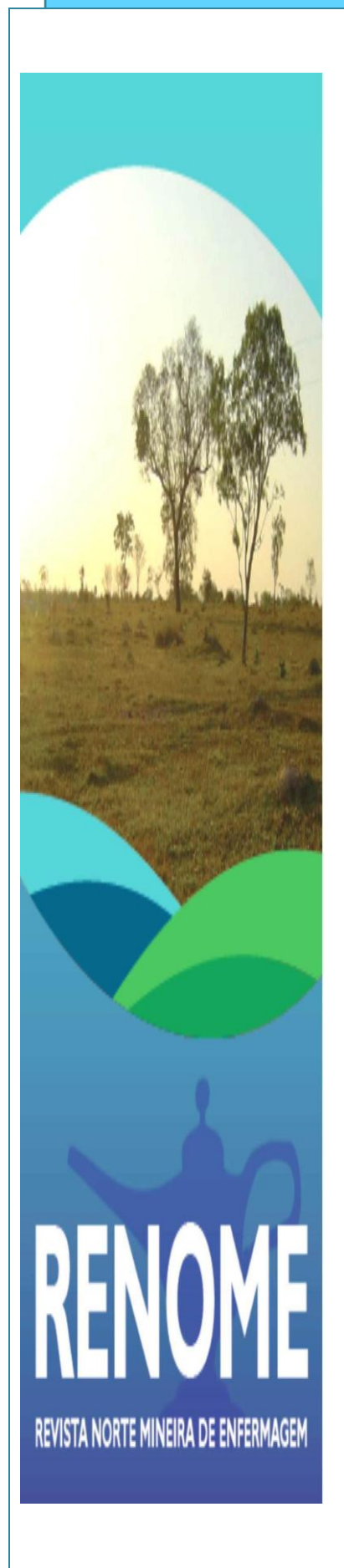
<sup>2</sup> Doutora em Antropologia pela Universidade de Pittsburgh, Pensilvânia, EUA, área de concentração em Antropologia Médica. Diretora do SOEBRAS *Center for International Studies* em Belo Horizonte (MG). Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

#### **Autor para correspondência:**

João Alves Pereira  
Rua Antônio Gonçalves Ruas, 55, Vila Vieira  
Francisco Sá, MG, Brasil  
CEP. 39.580-000  
E-mail: [joao\\_alvespereira@yahoo.com.br](mailto:joao_alvespereira@yahoo.com.br)

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo refletir sobre as contribuições do Projeto Montes Claros (PMC) para o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizado um estudo descritivo-exploratório e qualitativo. O método utilizado foi a História Oral. Foi utilizada a entrevista semiestruturada gravada e transcrita. O material foi submetido à análise do discurso. Emergiram três categorias temáticas: *O PMC como embrião do SUS; Universalização da assistência à saúde; e A expansão do projeto.* O PMC é considerado um modelo demonstrativo para o SUS, por propor o acesso universal aos serviços, o trabalho em equipe, a territorialização e o planejamento em saúde.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde; Saúde Pública; Reforma dos Serviços de Saúde.



**Abstract:** This study aimed in reflecting on the contributions of the Montes Claros Project (MCP) for the Unique Health System (UHS). A descriptive, exploratory and qualitative study was conducted. The method chosen for this paper was the oral history. Semi-structured recorded and transcribed interview was used for the study. The material was analyzed by the discourse analysis. Three themes were revealed: *The MCP as originated from the UHS*; *the Universal health care*; and *The expansion of the project*. MCP is considered a demonstrative model for the UHS by proposing universal access to services, teamwork, territorialization and health planning.

**Descriptors:** Unique Health System; Public Health; Health Care Reform.

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público de saúde brasileiro, foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e trouxe incontestáveis benefícios para a saúde dos brasileiros, apesar dos grandes desafios existentes na busca pela garantia da qualidade e do acesso dos brasileiros aos serviços de saúde.<sup>(1)</sup>

Antes de 1988, o acesso à saúde oferecido pelo estado não era universal e ocorria mediante a Previdência Social (PS) somente para os trabalhadores da economia formal e seus dependentes.<sup>(2)</sup> Os prejuízos à saúde da população advindos do sistema de saúde geraram, nos trabalhadores e, posteriormente, na sociedade, um movimento pela reforma sanitária e pela reformulação dos paradigmas do referido sistema.<sup>(3)</sup>

Dessa forma, a trajetória ainda inconclusa de construção do SUS é fruto da convergência de fatores sócio-político-econômicos, como a vigência de um sistema de saúde excludente e desarticulado, as profundas mudanças conceituais sobre o processo saúde - doença, e a necessidade de reorganização das práticas assistenciais no país, além da atuação marcante do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).<sup>(4,5)</sup>

Diversos autores argumentam que o SUS tem suas origens no Projeto Montes Claros (PMC), projeto de extensão de cobertura de serviços comunitários de saúde desenvolvido em Montes Claros, Minas Gerais, na década de 1970.<sup>(6,7)</sup>

O PMC foi uma experiência de gestão que se contrapunha à política governamental de saúde e é considerado, juntamente com outros projetos de saúde pública, como o de Caruaru (PE), Londrina (PR), Patos (PB) e Campinas (SP), como projetos que estão inseridos na constituição do MRSB e, conseqüentemente, na formulação do SUS.<sup>(8,10)</sup>

O PMC trouxe vários conceitos e inovações que foram incorporados posteriormente pelo SUS, como o trabalho em equipe multidisciplinar, a territorialização, a utilização do planejamento em saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS), como eixo estruturante dos serviços de saúde.<sup>(6)</sup>

### **Breve histórico do PMC**

A implantação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (SIPSSNM) ou Projeto Montes Claros (PMC), como é mais largamente conhecido, remete-nos ao contexto institucional das propostas de medicina simplificada no Brasil, à experiência do enfermeiro norte-americano Leslie Charles Scofield Jr. no norte de Minas Gerais, ao processo de modernização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), às experiências de medicina comunitária e à atuação dos movimentos partidários de esquerda na formulação das políticas públicas de saúde brasileiras.<sup>(11-13)</sup>

O primeiro acontecimento relacionado à criação do PMC diz respeito à disponibilização de grandes volumes de recursos financeiros para o financiamento de projetos de medicina comunitária no Brasil. Na década de 1960, os Estados Unidos da América (EUA) e os países latino-americanos iniciaram uma política de cooperação que previa um investimento externo americano para o financiamento de projetos que visassem à elaboração de programas de desenvolvimento social nesses países.<sup>(11)</sup>

Nesse período, a SES/MG buscava sua modernização político-administrativa, o planejamento e a racionalização dos recursos financeiros. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) foi o órgão responsável pelo planejamento das ações de modernização. Em Montes Claros, foi criado, a partir da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e com assessoria da OPAS, o Centro Regional de Saúde (CRS), instituição que seria responsável pela implantação do PMC na região.<sup>(11,12,14)</sup>

O segundo evento remete à atuação do enfermeiro norte-americano Leslie Charles Scofield Jr., no Vale do Rio São Francisco, em Minas Gerais. Na década de 1960, durante seis anos, ele e sua

esposa atuaram na região prestando assistência religiosa e de saúde à população ribeirinha. Anos depois, em 1971, a tese de doutorado de Scofield daria origem ao projeto que subsidiaria conceitualmente a implantação do Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR).<sup>(11-13)</sup>

O IPPEDASAR, considerado a primeira fase do PMC, foi um projeto de assistência rural com objetivos claros de planejamento familiar e de controle de natalidade, desenvolvido entre os anos de 1971 e 1974.<sup>(11-12)</sup> A sede do IPPEDASAR foi o prédio da Fundação Universidade Norte-Mineira (FUNM), atual Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).<sup>(14)</sup>

O PMC ocorreu nos anos de 1975 a 1977, graças a um convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano por intermédio *United States Agency for International Development* (USAID), para um empréstimo de US\$ 7,6 milhões ao governo brasileiro, a fim de financiar projetos de serviços de saúde em Montes Claros (MG), Patos (PB) e Caruaru (PE).<sup>(10)</sup>

O PMC tinha um programa bem detalhado e mostrou-se inovador por propor a reorganização dos serviços de saúde em âmbito local, e por adotar um processo de trabalho oposto ao vigente, baseado na democratização das relações dentro da equipe de saúde, que era multidisciplinar, na perspectiva da participação comunitária e na valorização do conhecimento popular.<sup>(10)</sup>

O objetivo do projeto seria 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, que seriam conduzidos por auxiliares de saúde, os quais teriam a função de estimuladores da participação comunitária; e na construção de um hospital regional em Montes Claros, que seria o centro especializado do sistema.<sup>(15)</sup>

Entretanto, o projeto somente atingiu o módulo básico, ou seja, a construção dos postos de saúde nas cidades do norte de Minas. A construção do Hospital Regional não foi possível devido a questões políticas, administrativas e pela falta de recursos. Apenas em 1980, o Hospital Clemente Faria, à época pertencente à Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), seria anexado ao projeto e transformado em hospital regional. Como faltavam recursos financeiros e uma estrutura física adequada, não garantia acesso e atendimento adequados a toda a população.<sup>(16)</sup>

Mesmo sendo o PMC gradativamente desativado, suas propostas originárias foram absorvidas em projetos posteriores, que propunham a reorganização dos serviços de saúde, como o projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS), o Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Sistema Unificado e Descentralizado dos Serviços de Saúde (SUDS), e o arcabouço legal e ideológico que deu origem ao SUS.<sup>(17)</sup>

Diante do exposto, fazem-se os seguintes questionamentos sobre a influência do PMC na constituição/construção do SUS: Quais foram as reais contribuições do PMC para o SUS? Qual foi a influência do PMC na conformação do SUS? Que importância teve o PMC para o SUS?

Dessa forma, este estudo teve como objetivo apontar as contribuições do PMC para o SUS, e refletir sobre elas.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de cunho qualitativo, e que utilizou o método de abordagem da História Oral.

A pesquisa descritivo-exploratória tem o objetivo de descrever as características de uma população ou fenômeno, de tornar um problema explícito ou construir hipóteses sobre ele. Sua operacionalização envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que vivenciaram o problema pesquisado.<sup>(18)</sup>

A abordagem qualitativa permite conhecer um universo da realidade dos sujeitos que não pode ser quantificado. Dessa forma, oferece a possibilidade de conhecer muito da vivência, dos significados e das subjetividades, atingindo, assim, um espaço mais íntimo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à análise de variáveis.<sup>(19)</sup>

A História Oral é um termo amplo, que abarca vários tipos de relatos obtidos por meio de fontes orais, ou seja, fatos ainda não documentados, ou fatos cuja documentação se quer completar, ou se deseja abordar por ângulo diferente. Dessa forma, a abordagem da História Oral permite que se registre a experiência vivida ou o depoimento de um indivíduo ou de vários indivíduos de uma coletividade.<sup>(20)</sup>

Foram entrevistados cinco profissionais de saúde que atuaram no PMC. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: o profissional ter atuado no PMC e se dispor a ser entrevistado. O número de participantes foi diretamente determinado pela dificuldade de se

estabelecer contato com os profissionais remanescentes do PMC, e porque se optou por realizar a coleta de dados mediante contato pessoal com o entrevistado. As entrevistas foram realizadas nos meses de agosto a outubro de 2009.

Para a coleta de dados, foram utilizadas técnicas de pesquisa bibliográfica e entrevista semiestruturada, com questões abertas e individuais. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise do discurso, conforme o preconizado por Minayo<sup>(19)</sup>, enfocando a discussão sobre as contribuições do PMC para o SUS, e foram livremente concedidas pelos participantes, que, cientes dos objetivos e métodos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Objetivando a garantia da confidencialidade dos sujeitos do estudo, as falas foram codificadas. A cada participante foi atribuída uma letra alfabética, e a cada trecho transcrito, um número. Dessa forma, o primeiro trecho transcrito da primeira entrevista recebeu o código A1, o segundo trecho transcrito da mesma entrevista recebeu o código A2, e assim por diante.

O estudo segue as regulamentações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regula, no Brasil, as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIMONTES, mediante o parecer nº 1.398/2009.

## **Resultados e Discursões**

Do discurso dos entrevistados emergiram três categorias temáticas relativas às contribuições do PMC para o SUS: *O PMC como embrião do SUS*; *A universalização da assistência à saúde*; e *A expansão do projeto*, conforme as falas mais representativas relacionadas abaixo.

### **O PMC como embrião do SUS**

Em relação à categoria temática denominada *O PMC como embrião do SUS*, foi dito o seguinte:

“Montes Claros serve de subsídio para o SUS, porque originou o SUS.”(A1)

“O Projeto Montes Claros, eu sempre defendi que foi embrião do SUS.”(A5)

“Todas as fontes de informação, todo o trabalho que tem acesso sobre o SUS fala que Montes Claros é palco do SUS.”(B4)

“O pessoal de Montes Claros não estranhou nada do SUS, porque já vinha vindo não é? [...] como a gente já atendia a população quando chegou o SUS, para a gente foi normal. Minha concepção é a seguinte: oficializou, com a Constituição [...] legitimou...” (C3)

A contribuição do PMC para a implantação do SUS foi enfatizada relacionando os princípios do projeto, como regionalização, interiorização e participação social, e que se tornariam norteadores do novo sistema de saúde pública brasileiro.

O PMC foi uma experiência política articulada com o movimento sanitário.<sup>(10)</sup> Serviu como modelo demonstrativo para o novo sistema de saúde brasileiro, pois visava implantar, no norte de Minas Gerais, um sistema regional de saúde, com base em uma rede de postos e centros de saúde, objetivando universalizar o acesso aos serviços.<sup>(16)</sup>

Foi realizado um grande diagnóstico regional objetivando o conhecimento das condições de saúde da população. Esse diagnóstico serviu de subsídio para a programação das ações de saúde e para a organização da rede local de serviços.<sup>(6,21)</sup>

As cidades foram agrupadas em polos de saúde, e o projeto previa a construção de postos de saúde em aproximadamente 50 comunidades rurais. Esses postos seriam conduzidos por auxiliares de saúde, que deveriam atuar na estimulação da participação comunitária nas questões relacionadas à saúde. O centro do sistema seria o Hospital Regional, a ser construído na cidade de Montes Claros.<sup>(6,21)</sup>

Convém ressaltar as semelhanças entre a atuação do auxiliar de saúde do PMC e a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no SUS, no que se refere às orientações e à estimulação da comunidade em relação às demandas mais prevalentes da área de saúde nos territórios. Tanto no PMC quanto no SUS, a figura do auxiliar/agente de saúde foi idealizada enfatizando o conhecimento que esse indivíduo possui sobre a comunidade em que vive e a possibilidade da utilização desse conhecimento para o desenvolvimento de ações de saúde junto à população local.

Ressalta-se, também, que o PMC propunha um tipo de organização dos serviços muito semelhante ao estabelecido no SUS, composto por uma rede regionalizada de postos de saúde destinados ao primeiro contato com o cidadão, e por um Hospital Regional destinado aos casos de maior complexidade.

Ficam caracterizados, portanto, os princípios da regionalização e da interiorização das ações de saúde e da participação popular, que foram institucionalizados no arcabouço legal do SUS, alguns anos mais tarde.

### **A universalização da assistência à saúde**

Quanto à categoria temática *A universalização da assistência à saúde*, as falas mais representativas apontam o seguinte:

“Esse foi o objetivo do projeto, vamos dar cobertura para quem não tem carteirinha.” (D2)

“O Projeto Montes Claros [...] passou a atender qualquer um. Independente se tinha ou não a carteira, se era preto ou branco, se tinha partido...”(A4)

“O que me encantou no Projeto Montes Claros e depois no SUS foi facultar o acesso à população a concretizar esse direito.”(E1)

A questão do acesso do cidadão aos serviços de saúde foi observada pelos entrevistados. Antes da Constituição de 1988, a saúde era garantida para o cidadão que estivesse inserido na economia formal e para seus dependentes. O restante da população deveria recorrer aos serviços particulares, caso tivesse condições financeiras para isso. A maior parte da população ficava à mercê da caridade.

O objetivo mais amplo do PMC era a promoção do acesso da população aos serviços de saúde, independentemente da situação laboral do cidadão, ou seja, não havia nenhum pré-requisito a ser preenchido a não ser a necessidade de atendimento. Qualquer pessoa que se dirigisse a um dos postos de saúde da região e apresentasse sua queixa clínica seria atendida. <sup>(6,21)</sup>

Isso vai ao encontro do proposto no SUS, que é universalizar o acesso aos serviços públicos de saúde a todos os cidadãos brasileiros. Trata-se de um princípio finalístico, ou seja, um ideal a ser alcançado. Para que esse ideal seja atingido, faz-se necessária a eliminação de barreiras legais, e socioeconômicas e culturais que se interpõem entre a população e os serviços de saúde.<sup>(22)</sup> O PMC eliminou essas barreiras ao promover o acesso aos serviços de saúde das pessoas que não tinham condições financeiras para recorrer aos serviços particulares e, por isso, eram amparadas somente pela caridade.



O princípio fundamental da universalidade está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece: “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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Esse artigo traz a ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos os brasileiros. Traz também a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade pela promoção da saúde, a proteção do cidadão contra os riscos que podem acarretar o adoecimento e a garantir à assistência, em caso de doença instalada ou outro agravamento à saúde.<sup>(23)</sup>

### **A expansão do projeto**

Quanto à categoria temática *A expansão do projeto*, foi dito o seguinte:

“Então a gente fazia os projetos, denominava “Projeto Nordeste”, “Projeto Gorutuba”, vários projetos. Que determinava o que vai fazer - se era melhoria habitacional, se era outra coisa. Então, o Projeto Montes Claros foi ampliando, foi para o Nordeste. Antes de 88, ele já era atendido em boa parte do país. Mesmo no Sul.”(A2)

“O Projeto Montes Claros começou assim e extrapolou para outras regiões do país e outros países. Quem começou não iria imaginar isso. A gente ultrapassou todos os limites. A gente também fez por etapas; primeiro, norte de Minas; depois, os 10 estados do polígono da seca; depois, outras regiões.”(A3)

[...] “o projeto repercutiu internacionalmente...”(E2)

O exposto acima é corroborado por Fleury, ao afirmar que o PMC transcende sua dimensão local e se torna referência nacional obrigatória no processo de transformação da realidade sanitária e social.<sup>(6)</sup>

As propostas provenientes do PMC foram absorvidas em projetos posteriores que propunham a reorganização de serviços de saúde, como o PIASS, as AIS, o SUDS, e o próprio SUS.<sup>(7)</sup>

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi instituído em 1976, e tinha o objetivo de organizar a estrutura básica de saúde em pequenos municípios. Tratava-se de um programa de interiorização do atendimento em saúde, objetivando maior eficiência a baixos custos. Basicamente reproduzia, em âmbito nacional, as principais ações do

PMC, sob a coordenação de um grupo executivo, composto por profissionais dos Ministérios da Saúde, Previdência, do Interior e do Planejamento. O maior êxito do programa foi a ampliação da rede física instalada para o atendimento da população, sem que houvesse um maior investimento na melhoria das ações de saúde.<sup>(24,26)</sup>

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram instituídas em 1984, e constitui-se em uma estratégia de reorganização do Sistema Nacional de Saúde. As principais características das AIS, que vão ao encontro do estabelecimento do SUS como sistema de saúde, são: princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; a possibilidade concreta de participação popular organizada; e a incorporação do planejamento à prática institucional. As AIS são consideradas um importante marco no percurso para o estabelecimento de um Sistema Unificado de Saúde.<sup>(25,26)</sup>

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi instituído em 1987, e significou a descentralização de parte do poder decisório do âmbito federal para os estados. O arranjo organizacional previa que o primeiro nível assistencial ficaria sob gestão municipal, e o secundário e o terciário, sob gestão dos estados. Houve uma descentralização de recursos financeiros para custeio de ações de saúde dos estados aos municípios mediante a assinatura de convênios. Os objetivos prioritários desse novo sistema seriam a universalização da assistência à saúde; a redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde e controle social; a descentralização das decisões políticas; a superação da dicotomia entre ações curativas e preventivas; a regionalização e hierarquização das ações de saúde; a busca pela qualidade do atendimento público; o controle do setor privado; a resolutividade; a integralidade das ações de saúde; e o planejamento ascendente.<sup>(26)</sup>

Conforme Fleury, muitas experiências no campo da saúde contribuíram para o debate e para a criação de instrumentos para a modificação do sistema de saúde. Entretanto, nenhuma outra obteve o caráter simbólico e político como a experiência de Montes Claros.<sup>(6)</sup>

## Considerações finais

Este trabalho contribuiu para a análise das contribuições do PMC para o SUS. O PMC é uma etapa importante dentro do processo da reforma sanitária e do processo de elaboração do SUS, mas ainda é um tema pouco explorado.

Ficou evidente que o PMC serviu como modelo demonstrativo para a conformação do SUS, como é conhecido hoje: uma rede de serviços de saúde composta por unidades que prestam diversos tipos de serviços, em diferentes complexidades.

O PMC também foi inovador quando buscou prestar assistência à saúde de toda a população, instituindo a universalização da assistência na região. Sem exceção, todo cidadão que se dirigisse aos postos da rede de serviços seria atendido. Não era preciso apresentar documentação que comprovasse vínculo empregatício, como era a regra na época.

As ações de interiorização e regionalização dos serviços de saúde, de expansão da rede física, a garantia do acesso dos cidadãos à saúde e a participação popular são inovações trazidas pelo PMC, que foram mantidas no cerne do SUS.

Acredita-se que as contribuições teóricas apresentadas aqui sejam importantes para a análise do processo de construção do SUS, sobretudo por permitir o conhecimento das contribuições que o PMC trouxe para esse processo.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416p.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). SUS 20 anos. Brasília: CONASS; 2009.
4. Cordeiro H. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2004 nov, 14(2): 343-62.

5. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública*. 2008 jan, 24(1): 197-206.
6. Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. 262p.
7. Felipe JS. Apresentação. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p.09-11.
8. Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2006 dez, 14(1): 1325-35.
9. Ministério da Saúde (Brasil). A Mobilização Instituinte (Décadas de 1970 e 1980). In: *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. cap01. p.35-109.
10. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1998. 208p.
11. Santos RCN. A história do Projeto Montes Claros. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap02. p.21-60.
12. Fonseca DS. *Primeira história da medicina simplificada no Brasil [dissertação]*. Belo Horizonte: Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais; 1984.
13. Lima FV. *Etnografia histórica das ações de saúde no Brasil: um estudo de caso sobre o Projeto Montes Claros*. Anais da IX Reunião de Antropologia do Mercosul, 10 a 13 de julho de 2011 - Curitiba, PR. Disponível em [http://www.sistemasmart.com.br/ram/arquivos/13\\_6\\_2011\\_11\\_27\\_16.pdf](http://www.sistemasmart.com.br/ram/arquivos/13_6_2011_11_27_16.pdf). Acesso em 20 de junho de 2011.
14. Mendonça JMG, Rodrigues RA. *Resgate oral dos eventos que envolveram Montes Claros - MG e sua colaboração para a formação do Sistema Único de Saúde [trabalho de Conclusão*

- de Curso]. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem; 2006.
15. Sobrinho DF. Ascensão e queda da República Socialista de Montes Claros. In: Fleury S. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap11. p.239-249.
  16. Van Stralen CJ. Do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas. In: Fleury S. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap07. p.165-191.
  17. Felipe JS. Apresentação. In: Fleury S. (Org.). Projeto Montes Claros: A utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p.09-11.
  18. Silva EL, Menezes EM. Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação. 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC; 2001. 121p.
  19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3a. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994. 406p.
  20. Lang ABSG. História oral: muitas dúvidas, poucas certezas e uma proposta. In: Meilhy JSSB. (Org.). (Re) introduzindo história oral no Brasil. São Paulo: Xamã; 1996. p.33-47.
  21. Pereira JA, Mendonça JMG. Análise da atuação dos profissionais de enfermagem no Projeto Montes Claros. Rev APS. 2012 jul/set; 15(3): 245-259.
  22. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf). Acesso em 14 fev 2014.
  23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Centro de Documentação e Informação. Brasília: Edições Câmara. 35ª ed. 2012.
  24. Castro MHG, Viana, ALA. Brasil: a reforma do Sistema de Saúde. Campinas: NEPP. 1992.

25. Paim JS. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cad. Saúde Pública. 1986 abr/jun; 2(2): 167-183.
26. Pugin SR, Nascimento VB. Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996). Série Didática. 1996. Disponível em: [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/didati1.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/didati1.pdf). Acesso em 21 ago 2013.