

Projeto Montes Claros: Construção do Sistema Único de Saúde na Visão de Atores Envolvidos Historicamente no Processo

Montes Claros Project: Creation of the Unified Health System in View of Historically Actors Involved in the Process

Patrick Leonardo Nogueira da Silva¹
Fabiana Mota Schitini²
Priscila Pereira Ramos de Oliveira²
José Márcio Girardi de Mendonça¹
José Ronivon Fonseca²

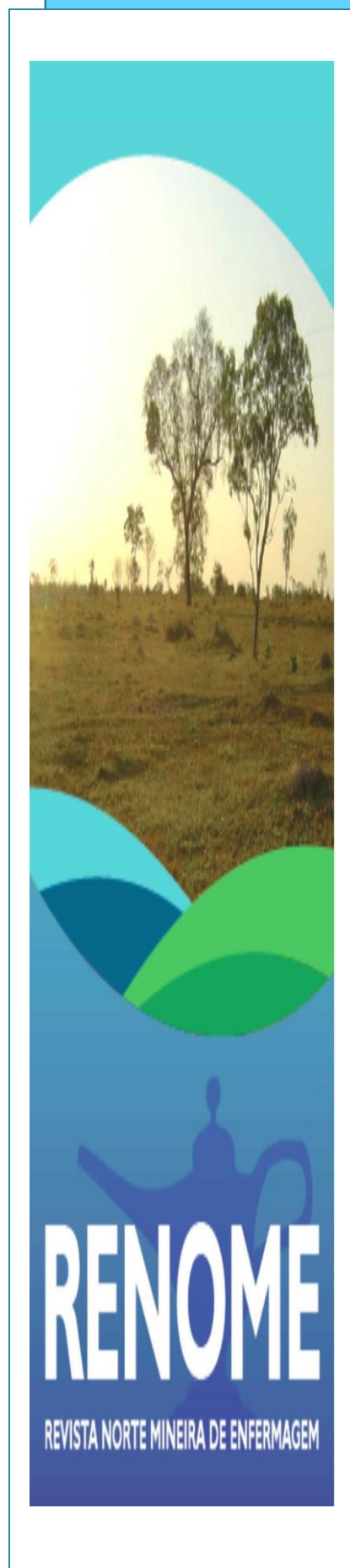
¹ Universidade Estadual de Montes Claros
² Faculdades Unidas do Norte de Minas

Autor para correspondência:

Patrick Leonardo Nogueira da Silva
patrick_mocesp70@hotmail.com

Resumo: O presente estudo objetiva identificar a relevância do Projeto Montes Claros na construção do Sistema Único de Saúde na visão de atores envolvidos historicamente no processo. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, abordagem qualitativa, utilizando-se a História Oral na qual buscou resgatar informações do passado através de testemunhas históricas. A pesquisa foi realizada através de uma entrevista a dois atores do processo. Segundo os atores, o Sistema Único de Saúde nasceu em Montes Claros. A experiência iniciada e estendida pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento e por todo o nordeste foi um passo a frente em relação ao Plano de Localização de Unidades de Serviço, já que um modelo alternativo não foi apenas construído, mas vivido, transformando a proposta teórica em experiência de luta política. Contudo, Montes Claros foi o palco onde se enfrentaram propostas divergentes de organização dos sistemas regional e nacional de saúde.

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



Abstract:: This study aims to identify the relevance of design in the construction of Montes Claros Health System in view of historically actors involved in the process. This is a research, descriptive, qualitative approach, using oral history in which we seek to retrieve information from the past through historical witnesses. The research was conducted through an interview process to two actors. According to the actors, the Health System was born in Montes Claros. The experience started and extended by the Program of Actions Internalization of Health and Sanitation and the entire northeast was a step forward in relation to the Plan of Location Service Units, as an alternative model was not only built but lived, transforming the proposed theoretical experience of political struggle. However, Montes Claros was the scene where he faced divergent proposals for organizing regional and national health.

Descriptors: Health Care Reform; Public Health; Unified Health System.

Introdução

A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) vê-se como processo histórico de suma relevância no cenário nacional tendo mobilizado todo o âmbito político-econômico-administrativo, principalmente nas décadas de 70, 80 e 90 do século XX. Após a sua implementação, viu-se como mola propulsora de múltiplas mudanças teórico-práticas das instituições de ensino, prestação de serviços e dos paradigmas relacionados à saúde. Para a construção desse sistema foram necessárias estratégias que não admitiam continuidades ou linearidades, avanços ou recuos. As ações administrativas não podiam deter ou controlar a dinâmica das forças políticas, dos grupos de pressão, dos interesses corporativos que sempre se constituíram em obstáculos aos princípios da reforma⁽¹⁾.

A área acadêmica também foi envolvida e, de acordo autores, a formação das bases universitárias do movimento sanitário teve origem na década de 60. Este período foi marcado pelo estímulo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) à utilização das Ciências Sociais aplicada à saúde na América Latina. O divisor de águas para o início da teoria social da medicina no Brasil foi o ano de 1975 com as defesas das teses: O Dilema Preventista, de Sérgio Arouca, e Medicina e Sociedade, de Cecília Donnangelo⁽²⁾.

A Reforma Sanitária precursora da formação do SUS discutia o compromisso social da medicina. Nesta época a assistência médica era restrita aos contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que era vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Os demais cidadãos eram atendidos somente em serviços filantrópicos. Em 1985, a urgência de soluções era imperativa. Sendo assim, o Ministério da Previdência e Assistência Social decretou a humanização das ações assistenciais, o saneamento financeiro da Previdência, além da universalização do atendimento médico, como sendo indispensáveis e prioritários em sua pasta. As populações rurais e urbanas, contribuintes ou não, foram equiparadas entre si⁽³⁾.

“A Reforma Sanitária Brasileira nasceu da luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na VIII Conferência Regional de Saúde, em 1986, na qual pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na constituição, por meio da emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado⁽⁴⁾”.

O presente trabalho resume a parte da história da gênese do nosso sistema de saúde que não está escrita: O papel de Montes Claros na construção do SUS brasileiro. Segundo atores que participaram dos fatos históricos que culminaram na elaboração do SUS, este sistema nasceu em Montes Claros. E o ponto de partida foi o projeto implantado no início da década de 70, mais especificamente em 1973.

O Projeto Montes Claros se constituiu como peça relevante para a criação do SUS. Durante a década de 70, esta cidade foi a “Meca da Saúde Pública Brasileira”. Todos os sanitaristas importantes figuraram no cenário montesclarenses. Autoridades do atual cenário nacional como José Gomes Temporão, José Saraiva Felipe e Eugênio Vilaça foram atores protagonistas neste processo histórico. Montes Claros foi o palco onde se enfrentaram propostas divergentes de organização dos sistemas regional e nacional de saúde⁽²⁾.

Ainda de acordo o autor supracitado, o Projeto Montes Claros (PMC) teve seu desenvolvimento caracterizado por três fases: a primeira, entre 1971-1974, denominada Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR) e o controle da natalidade; a segunda, entre 1975-1977, o PMC propriamente dito; e a terceira após 1978, ano de sua incorporação ao Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

A ideologia do PMC é um bom exemplo de presságio, ou antevisão da realidade: o engajamento das pessoas conduziu-as a um envolvimento com os fatos da Reforma Sanitária e da vida política, isso assumido como desafio, luta, conquista e equívocos reconhecidos e necessidade de reencontrar a realidade através da reconstrução dos espaços da utopia⁽⁵⁾.

Diante do exposto, este estudo tem por finalidade pesquisar as situações ou fatos ocorridos que contribuam para o desenvolvimento do PMC de forma a conhecê-los e registrá-los bem como suas implicações e relevância na construção do SUS na visão de atores envolvidos historicamente no processo.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo com abordagem qualitativa. A opção metodológica para análise e compreensão do objeto foi a História Oral na qual se buscou resgatar informações do passado através de testemunhas que presenciaram o acontecimento ou o fato.

A escolha desta metodologia é uma necessidade do pesquisador ir além da simples coleta de dados históricos através de bibliografias que tratam o tema proposto inespecificamente. Esse método de pesquisa permitiu compreender os fatos ocorridos na cidade de Montes Claros/MG que tornaram objeto de pesquisa correlacionando-a com a construção do SUS.

A história oral é um conjunto de procedimentos que vão desde o planejamento do projeto, a definição da colônia (um grupo amplo que tenha uma comunidade de destino), a eleição das redes (subdivisões significativas da “colônia”), o estabelecimento de uma pergunta de corte (um dilema comum, importante ou explicativo da experiência coletiva), um recurso básico de unidade dos depoimentos (questão que deve estar presente em todas as entrevistas), a elaboração das entrevistas, a elaboração dos textos bem como sua devida guarda, a conferência e a devolução do documento à comunidade que o gerou⁽⁶⁾.

A história oral remete a uma dimensão técnica e a uma dimensão teórica. Esta última evidentemente a transcende e concerne à disciplina histórica como um todo. Ela, bem como as outras metodologias, apenas estabelece e ordenam procedimentos de trabalho, tais como os diversos tipos de entrevistas e as implicações de cada um deles para a pesquisa, as várias possibilidades de transcrição de depoimentos, suas vantagens e desvantagens, as diferentes maneiras de o historiador relacionar-se com seus entrevistados e as influências disso sobre seu trabalho funcionando como ponte entre teoria e prática⁽⁷⁾.

Cabe pontuar que a história oral no Brasil assim como no restante da América Latina, principalmente nos países que viveram governos ditatoriais, teve sua incorporação associada ao processo de redemocratização, o que diferencia o papel da história oral latino-americana da europeia ou norte-americana. Outra diferença entre a história oral brasileira e a história oral primeiro mundista, era o fato de não podermos utilizar os mesmos critérios analíticos usados pelos autores estrangeiros para estudar, por exemplo, a escravidão, a miscigenação, os grupos marginalizados e excluídos⁽⁶⁾.

“A história oral é uma história construída em torno de pessoas. Ela lança a vida para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação. Admite heróis vindos não só dentre os líderes, mas dentre a maioria desconhecida do povo. Traz a história para dentro da comunidade e extrai a história de dentro da comunidade⁽⁸⁾”.

Para participação nesta pesquisa, incluíram-se apenas os atores envolvidos historicamente no processo de desenvolvimento do Projeto Montes Claros.

Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro de entrevista estruturado apresentando três questões norteadoras. A coleta de dados foi realizada com dois atores envolvidos historicamente no processo de desenvolvimento do PMC, os quais se enquadram no critério de inclusão supracitado. As entrevistas foram realizadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa através de visitas domiciliares nas residências dos mesmos (mediante devido consentimento), em datas e horários previamente agendados com eles. As entrevistas foram gravadas com gravador MP4.

Após a coleta, as mesmas foram ouvidas, transcritas na íntegra e em seguida procedeu-se a análise na qual foi possível agrupá-los nos principais temas destacados.

No que tange aos aspectos éticos, para a realização da pesquisa foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos entrevistados que aceitaram participar do estudo. Este termo garante o sigilo da identidade e privacidade na participação do estudo, atendendo também aos princípios éticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 196/96 para a realização de pesquisas em seres humanos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas (CEP FUNORTE) sob parecer consubstanciado de Nº. 0264/2010.

Análise e Discussão

Após a análise das entrevistas, bem como do referencial teórico, foi possível destacar os seguintes itens: (1) *A relevância do Projeto Montes Claros (PMC) na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)*, a qual é concernente às opiniões dos entrevistados a respeito da importância do PMC; (2) *O desenvolvimento histórico da fase I do PMC*, que se refere à opinião dos entrevistados quanto ao devido reconhecimento da fase I do PMC ante a construção do SUS; e por fim (3) *Ações para o resgate histórico do PMC*, a qual aborda as questões relativas às ações pertinentes ao resgate da memória do PMC como peça importante na formação do SUS.

A relevância do Projeto Montes Claros (PMC) na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Foi durante o período da ditadura brasileira – final da década de 60 e início da década de 70 – que a abordagem dos problemas de saúde sofreu mudanças e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico social⁽²⁾.

De acordo com o mesmo autor supracitado, a construção da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi feita pelos departamentos de medicina preventiva, em um processo de críticas à medicina preventiva e à sua base filosófica: as ciências sociais positivistas.

As bases universitárias do movimento sanitário têm seu início na década de 60. Neste período, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimulou a utilização das ciências sociais aplicada à saúde na América Latina. Percebe-se neste contexto uma crítica ferrenha aos efeitos negativos da medicalização bem como surgem propostas para a “desmedicalização” da sociedade. Este processo consistia em transformar o paradigma medicalocêntrico num conceito de saúde mais amplo e comunitário de promoção e prevenção sanitárias na qual o médico não mais teria o papel hegemônico em relação aos demais profissionais. Ele teve início com as discussões para promover a extensão de cobertura e melhorar a saúde das populações rurais, e culminou com a Declaração de Alma-Ata em 1978, onde os Governos propuseram a conseguir alcançar ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, por meio da estratégia da atenção primária. O Plano Decenal de Saúde para as Américas foi aprovado em 1972, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a OPAS elaboram e difundiram os conceitos de extensão de cobertura de atenção à saúde, participação comunitária, auxiliar de comunidade (Agente Comunitário de Saúde) e outras⁽²⁾.

O movimento transformador na área da saúde surgiu e articulou-se dentro de um panorama muito bem definido: a política de saúde então vigente era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O movimento sanitário representava uma ideologia anti-hegemônica que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra de serviços privados, pela mobilidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US)⁽²⁾.

No final da década de 70 e início da década de 80, observou-se o fortalecimento e o amadurecimento dos movimentos sociais. Profissionais de saúde, apropriando-se de uma metodologia pedagógica inicialmente desenvolvida pela igreja católica junto às comunidades eclesiais de base, passaram a criar outras formas de prestação de serviços, tais como programas de educação dirigidos a agentes de saúde e incorporaram nos seus discursos, a luta

pelos direitos sociais mais amplos, como a posse da terra e o enfrentamento dos problemas de saúde⁽⁹⁾.

“[...] As primeiras experiências, nas quais a noção de participação popular em serviços de saúde foi enfatizada, ocorreram em projetos pilotos de iniciativa de departamentos de medicina preventiva de algumas universidades, por exemplo, na UNICAMP, em algumas Secretarias Estaduais de Saúde a cargo de profissionais de esquerda. Havia uma forte crença de que, nos serviços de saúde, a pedagogia ‘libertadora’ sistematizada por Paulo Freire, seria capaz de formar agentes locais de mobilização social que levariam à organização da população. Na mesma época, ocorria um processo de reconstrução dos movimentos sociais⁽¹⁰⁾”.

Experiências municipais de projetos-pilotos de estruturação de serviços como o de Campinas (SP) e Londrina (PR) são registros importantes desse movimento.

O caso mais marcante dessas experiências foi o Projeto Montes Claros no norte de Minas Gerais. Este projeto é considerado fundador do Movimento Sanitário no Brasil, notadamente pela implantação de uma extensa rede pública de serviços, como também pela constituição de um pensamento crítico de caráter anti-hegemônico. Por se tratar de uma região marcada por estruturas de dominação política e pela ausência de organizações populares, a participação comunitária era algo a ser construído pelos profissionais de saúde. Assim, a singularidade do Projeto Montes Claros deveu-se à capacidade de articular dimensões críticas da produção de saúde⁽⁹⁾.

O Projeto Montes Claros se constituiu como peça relevante para a criação do SUS⁽²⁾. O mesmo iniciou-se como uma proposta abstrata do pastor americano Leslie Scofield, materializando-se ao transformar a realidade da saúde do norte de Minas. Foi a semente do SUS. Porque a época à qual o pastor elaborou sua dissertação de mestrado, já existiam experiências mundiais, principalmente na Inglaterra, nas colônias Africanas e nos Estados Unidos da América, abordando a chamada medicina comunitária, com uma proposta de se fazer uma medicina social para a população mais carente⁽⁵⁾.

O processo de implantação do projeto foi feito através de uma Organização Não-Governamental (ONG); o Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária da Área Rural (IPPEDASAR) criado em 1971. Ele foi criado por um pastor americano da 7ª Igreja Adventista, que veio para o norte de Minas com o intuito de realizar um trabalho religioso na região do vale do rio São Francisco. Do ponto de vista do movimento sanitário, um projeto poderia ser uma experiência de luta na medida em que a defesa de um determinado modelo fosse feita consciente e coletivamente⁽²⁾.

De acordo com o mesmo autor, o fulcro deste instituto era implantar no norte de Minas Gerais um programa de planejamento familiar que poderia significar um teste-piloto para um projeto continental. Firmou-se assim um convenio entre o Governo do Estado, o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane (EUA) e a Fundação Universidade Norte Mineira, tendo como órgãos executores o IPPEDASAR, o Centro Regional de Saúde e a Faculdade de medicina do Norte de Minas. Apesar do interesse do Governo brasileiro em arrecadar a venda de sete milhões e seiscentos mil dólares com o projeto, a Secretaria Estadual de Saúde rejeitou o que foi preconizado no Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas, principal documento elaborado pelo IPPEDASAR por suas intenções antinatalistas.

Em 1974 houve uma conjuntura favorável onde se reformula a concepção antinatalista e o projeto é assim aceito e o convênio com os EUA é assinado⁽¹¹⁾.

Durante muitos anos, o pastor e sua equipe desciam e subiam o rio São Francisco, no trecho que ia de Pirapora/MG a Juazeiro/BA. O transporte era feito em barcas que se chamavam Luminárias. Este pastor se chamava Leslie Charles Scofield e seu cônjuge, Dina Scofield. Ambos eram enfermeiros formados nos Estados Unidos da América. Durante o percurso pelo rio, estes religiosos encontraram muitos problemas de saúde na população ribeirinha.

A comunidade era muito mal assistida. E como os dois possuíam essa formação na área de saúde, começaram a prestar esse tipo de assistência à população. Vê-se aí o pioneirismo do PMC ao experimentar a aplicação de uma das ideologias adotadas pelo SUS: o atendimento da população por auxiliares de saúde. As Luminárias eram procuradas pela comunidade que vinha para perto dos barcos quando eles aportavam nas cidades. O pastor começou a treinar os religiosos que o acompanhavam na evangelização. Muito embora eles não fossem profissionais, recebiam o treinamento para desempenhar técnicas de enfermagem. Esta equipe morava no barco. Havia vários pontos de parada onde se situavam as igrejas⁽²⁾.

Posteriormente à realização deste trabalho de assistência à saúde, Leslie retornou para os EUA com o objetivo de fazer o seu mestrado em saúde pública na Universidade de Tulane.

Os anos 70 foram marcados pela hegemonia da medicina tropical e das idéias do movimento preventivista dando o tom do novo movimento emergente na América Latina. O ensino de epidemiologia era feito por professores de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Os conteúdos estavam relacionados às doenças transmissíveis e se constituíam de conceitos básicos de epidemiologia, modelos explicativos das doenças, níveis de prevenção, saneamento, imunizações, vigilância epidemiológica e noções de estatística associadas à construção dos indicadores de saúde. Neste período, de acordo com o ideário preventivista de desenvolver uma nova atitude nos

estudantes de medicina, a ênfase estava no aspecto formativo e o enfoque era predominantemente voltado para a Saúde Coletiva, com base nas doenças infecciosas⁽¹²⁾.

Ainda segundo o mesmo autor supracitado, o ensino caracterizava-se por uma visão clínica do processo saúde e doença, mas também por um deslocamento das pesquisas médicas do ambiente hospitalar para os trabalhos de campo. Esse fato contribuiu para estabelecer as bases para o conhecimento de projetos de pesquisa que proporcionaram a articulação com os serviços de saúde. Esta articulação foi fundamental para a transição da tradição da medicina tropical à incorporação das propostas da Reforma Sanitária pelo Departamento de Medicina Preventiva.

Foi nesse ínterim, contextualizando toda esta atmosfera de saúde coletiva, na qual o estudante, agora não só restrito ao meio acadêmico, mas incorporando à prática de campo os seus conhecimentos teóricos, que Leslie resolveu propor um sistema de saúde para a região do norte de Minas Gerais posteriormente utilizando o desenvolvimento deste processo de assistência sanitária como dissertação de seu mestrado. O trabalho utilizou a literatura vigente na época sobre conceitos de medicina comunitária, atenção primária à saúde, dentre outros. As universidades constituem a terceira vertente na composição do movimento sanitário no período de 1975-1979. Fica evidente assim a importância que tiveram na origem do movimento através de mudanças do modelo preventivista em médico-social, bem como na sua difusão e seu desenvolvimento. Sua Dissertação foi defendida na Universidade de Tulane em Nova Orleans na Luisiania. No processo de defesa ele encontrou uma fundação que se interessou em financiar a volta dele aqui para o norte de Minas, no intuito de implantar o Projeto Montes Claros. Então, em 1970, ele retornou à região e criou o IPPEDASAR, esta ONG, com recursos internacionais. Ele recrutou uma equipe multiprofissional da área da saúde⁽²⁾. O líder técnico dessa equipe era o renomado sanitarista professor Eugênio Vilaça Mendes que veio morar aqui em Montes Claros juntamente com João Batista Silvério e Itagiba de Castro Filho para trabalhar no projeto. Estes dois últimos eram médicos formados pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Havia também Joel Camacha, membro da igreja e pedagogo, e Alexandre Pires Ramos, ex-superintendente da Fundação Hospitalar de Montes Claros, também conhecida como Hospital Aroldo Tourinho. Alguns montesclarenses também integravam a equipe, como Meire Figueiredo e Jaci Ribeiro.

O funcionamento do IPPEDASAR foi viabilizado através do convênio firmado com a extinta Fundação Norte Mineira de Ensino Superior (FUNM) – antecessora da Unimontes –, a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de Tulane (EUA). As práticas implementadas, na ocasião, no âmbito do IPPEDASAR, serviram de base para o projeto elaborado por grupo de médicos

sanitaristas e pesquisadores, liderado pelo professor Eugênio Vilaça Mendes, que, mais tarde, foi utilizado para a implantação do SUS⁽²⁾.

A ONG reformou um seminário desativado no bairro Todos os Santos para alojar a antiga Faculdade de Medicina de Montes Claros, hoje Unimontes. A antiga faculdade funcionava no porão do colégio Marista São José. No prédio reformado funcionavam três unidades: o hospital municipal, a faculdade de medicina e o IPPEDASAR. Isso foi no período de 1972-1973, quando essa equipe colocou na prática a concepção do modelo teórico idealizado pelo pastor.

Os princípios e a terminologia, os conceitos que se usam hoje pelo SUS foram programados naquele projeto original que criou um sistema regional de saúde do Norte de Minas, pioneiro na elaboração dos princípios do SUS como a universalidade, anteriormente denominada de extensão de cobertura; a integralidade, que hoje mantém o mesmo conceito, mesma terminologia. O que ele denominou de regionalização, hoje é chamado de municipalização. O que se intitulou na época de hierarquia do sistema, hoje também é chamado de hierarquização ou se fala em rede de serviço⁽²⁾.

O Projeto Montes Claros propunha a participação comunitária, o que hoje se denomina controle social. Inicialmente, previa-se uma rede de 180 postos de saúde na zona rural do Norte de Minas. Naquela época, a região possuía 42 municípios e um milhão e duzentos mil habitantes, segundo dados informados pelo Dr. João Batista Silvério, um dos idealizadores do projeto. Os postos de saúde da zona rural eram unidades simples que não possuíam médicos. Os funcionários eram leigos e recebia a denominação de auxiliares polivalentes de saúde, o que de certa forma hoje é o que se conhece por agente comunitário de saúde. Havia também 50 centros de saúde localizados na zona urbana, sendo um em cada município e oito em Montes Claros, além de hospitais locais em algumas cidades pequenas. Para Montes Claros, o projeto previa a construção do Hospital da Faculdade de Medicina do Norte de Minas (FAMED). Este contava com uma grande unidade ambulatorial especializada. Naquela época, foi feito um estudo de migração sobre os pacientes da região, focalizando o itinerário deles para se prestar ajuda aos mesmos. E baseado neste estudo, a região foi dividida em oito áreas denominadas de AP: Área Programática, prevalente nos dias atuais. São as oito microrregiões de saúde do norte de Minas. O fluxo continua o mesmo.

A fase II do Projeto Montes Claros compreendida entre 1975-1977, passou a ser chama de Sistema Integrado de Prestação de Serviços do norte de Minas. E a partir desde marco, há registros históricos. Todavia estes relatos históricos são distorcidos, porque eles negam a fase anterior da implantação do projeto. Faz-se uma resistência à primeira fase.

A segunda fase do projeto iniciou-se com a assinatura do convênio em março de 1975 e com a transferência de Francisco de Assis Machado, coordenador do programa do Vale do Jequitinhonha entre 1971-1974, para a direção do Centro Regional de Montes Claros. Essa fase constituiu o PMC propriamente dito, que se transformou em palco da luta do movimento sanitário⁽²⁾.

Assim, com o desenrolar do processo de transformação do cenário sanitário brasileiro, tendo o PMC como um dos protagonistas históricos, acontece em 1985 o Encontro de Montes Claros. Conforme autor⁽⁵⁾, o Encontro de Montes Claros ocorreu em fevereiro de 1985 numa conjuntura, sob muitos aspectos, especial e privilegiada. Havia prefeitos municipais progressistas em muitos municípios do país, particularmente nos maiores e mais importantes politicamente. Tais prefeitos tinham seu mandato, de seis anos na ocasião, cumpridos em menos que a terça parte. Também havia conjunturas políticas favoráveis em muitos Estados. A área da saúde nos municípios ansiava por um evento de caráter mais amplo, do ponto de vista temático e político. O fato mais importante, contudo, era sem dúvida, a eleição recentíssima de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral, e as esperanças e promessas da Nova República.

O Encontro de Montes Claros se deu sob o signo da política. Nos diversos momentos de sua ocorrência estiveram presentes futuras autoridades do primeiro escalão do Governo que se instalaria ali há dias. O presidente eleito foi representado por Marco Maciel, futuro Ministro da Educação, que fez uma alocução *up to date* com o ideário reformista da saúde⁽⁵⁾.

José Saraiva Felipe, Secretário Municipal de Saúde de Montes Claros, anfitrião do evento, enumera as características fundamentais do conclave: foi articulado mediante forte racionalidade política, procurando compor todo o esquema de forças neo-republicano; muitas articulações visando à nomeação de cargos para os primeiros escalões do novo Governo ocorreram durante o encontro, como por exemplo, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Os fatores locais também pesaram, visto ter sido o então prefeito Luís Tadeu Leite responsável por uma profunda transformação no fazer político da cidade e gozar de grande legitimidade perante a sociedade local. Foi registrada a presença de cerca de 500 pessoas. Desse montante, 150 eram secretários municipais de saúde. A *Carta de Montes Claros* é o primeiro dos documentos municipalistas com referência toponímica. Ela se inicia com a afirmativa de que seu conjunto de diretrizes “deverão orientar a Política Nacional de Saúde do futuro Governo Tancredo Neves, como parte do compromisso com o povo brasileiro para a transição e consolidação da Democracia”. A redação coube a Hésio Cordeiro. A *Carta de Montes Claros* reforça e enfatiza as posições já lançadas no cenário deste ano anterior, através dos documentos do Centro

Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) – *Questão Democrática na Área da Saúde* –, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do V Simpósio de Política Nacional de Saúde. Ocorre maior detalhamento, contudo, de determinadas questões institucionais, como por exemplo, a recomendação de transferência, para o Ministério da Saúde, do INAMPS, do setor de Saúde Ocupacional e da formulação da política de saneamento básico. Com relação à municipalização, é adotada a estratégia de referendar as recomendações e conclusões dos encontros anteriores de Secretários Municipais de Saúde através dos seguintes tópicos:

1. Priorização de uma rede própria municipal;
2. Conceituação da Atenção Primária à Saúde, com certo distanciamento do basismo e da simplificação de propostas anteriores, resgatando a necessidade de integralidade, qualidade e difusão de informações;
3. Integração interinstitucional, com ênfase em regionalização e hierarquização da rede de serviços, definição de responsabilidades entre esferas de governo e níveis de complexidade;
4. Revisão das políticas de financiamento, com reforma tributária, de recursos humanos e de participação social, incluindo os trabalhadores de saúde;
5. Ampliação do conceito de saúde e suas práticas.

A circulação na imprensa local da *Carta de Montes Claros*, desde o segundo dia do evento motivou críticas contumazes em certos setores presentes à reunião, já que a mesma deveria se constituir em conclusão do evento. Contudo, há que se convir, todo o seu conteúdo já era altamente consensual no movimento municipalista. Qualquer assembleia de secretários municipais de saúde compromissados com o ideário da reforma certamente a referendaria indiscutivelmente⁽⁵⁾.

Dessa forma, encontrou-se a seguinte fala a respeito da importância do PMC na construção do SUS:

“A importância do Projeto Montes Claros na construção do SUS pode ser identificada de várias maneiras dependendo do foco ou do ângulo que você olha. Ele acabou se constituindo num campo onde as Organizações Cívicas e suas manifestações se concretizavam na luta contra o sistema falido de saúde vigente à época. Ele foi o embrião do SUS”. (Entrevistado 1).

O Desconhecimento Histórico da Fase I do Projeto Montes Claros (PMC)

A utopia de Montes Claros é um bom exemplo de presságio, ou antevisão da realidade: o engajamento das pessoas conduziu-as a um envolvimento com os fatos da reforma sanitária e da

vida política – isso assumido como desafio, luta, conquista, equívocos reconhecidos e necessidade de reencontrar a realidade através da construção dos espaços da utopia. O projeto, para muitos um quilombo, por onde passaram intelectuais, técnicos, estudantes e políticos, assim revisitados, continua postulando, nas páginas que se seguem, um sopro de vanguarda: o de se constituir na ponte entre as origens do que era genuinamente – e até ingenuamente, por que não? – uma novidade criativa e contagiante e a necessidade de repensar o sistema de saúde vigente, contaminado pela incorporação dos mesmos princípios generosos que inspiraram o Projeto Montes Claros, mas ainda incapaz de assegurar um atendimento digno à população⁽⁵⁾.

De uma proposta abstrata do pastor americano Leslie Scofield até sua implantação através do IPPEDASAR, o PMC se configurou como um transformador da realidade sanitária do norte de Minas⁽⁵⁾.

Depois de um ano de intensa atividade, o IPPEDASAR confeccionou seu principal documento intitulado Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas, na qual a proposta era desenvolvida em detalhe. A partir da concepção teórica baseada na teoria de sistemas, o documento apresentava um modelo de sistema de saúde onde são consideradas as questões do aumento da cobertura, da compatibilidade inter-setorial e intra-setorial, financiamento multilateral, regionalização, hierarquização de serviços, relacionamento com o sistema informal, participação da comunidade e utilização de equipe de saúde⁽¹¹⁾.

No passado esta história foi ignorada. Só recentemente que se começou a admitir a existência da primeira fase do PMC. A partir da segunda fase do projeto desengavetado por Francisco Assis Machado, o processo foi tendo um desdobramento. O passo seguinte foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que já era na verdade uma extensão do PMC para o nordeste. E foi assim que Francisco Assis Machado foi para Brasília implantar o PIASS.

O PMC era especificamente uma proposta de reorganização de serviços, que se propõe a desenvolver todas as ações de saúde, integrais, reunindo os elementos curativos e preventivos onde a arrogância técnica foi substituída pela primazia da ação política: com a democratização das relações internas da equipe regional, uma nova perspectiva de participação comunitária, uma percepção mais realista dos limites do conhecimento técnico e em contraposição – a importância do saber popular. O mais importante que se trouxe no PMC foi a descoberta de que as normas podem ser questionadas e reformuladas, de que não são necessariamente corretas, de que quase sempre trazem em si a cristalização de interesses particulares⁽¹³⁾.

O PIASS foi o projeto que significou, por um lado, a viabilização e expansão do modelo alternativo já experimentado em Montes Claros, e por outro, uma fase mais avançada do movimento sanitário, já que sua existência era mais visível. Foi através do PIASS e da movimentação política provocada pelo Programa que o movimento sanitário tornou-se uma força interlocutora, um ator social no cenário da política de saúde ao final do período em 1979⁽²⁾.

Posteriormente em 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, foi lançado o PREVSAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos) incorporando uma análise cuidadosa dos principais problemas do sistema de saúde nessa época. A universalização da cobertura de atendimento médico, agenda defendida pela Reforma Sanitária trazendo uma concepção de inclusão universalista nas políticas públicas, marcou o que há de mais avançado neste período. Este processo configurou-se como uma tentativa de se expandir o PMC para o Brasil inteiro.

Logo após veio o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e finalmente a Constituição de 1988 que instituiu o SUS. Os atores da fase I do IPPEDASAR seguiram outros caminhos. Esta instituição foi extinta, tendo o pastor Leslie doado o patrimônio da ONG para a Fundação Norte Mineira de Ensino Superior (FUNM) – atual Unimontes. Uma das doações foi a casa de folclore no bairro São José, onde funciona o Grupo Banzé. Outra foi uma fazenda que se localizava às margens do rio Pandeiros denominada Fazenda Remansinho. A FUNM vendeu esta propriedade de aproximadamente 300 hectares. A ONG doou também todo o seu mobiliário para a FUNM. Também foi doado o prédio da faculdade de medicina onde funcionava o antigo seminário dos padres. Finalmente, o IPPEDASAR pagou o salário dos funcionários e professores de medicina durante quatro anos.

Dessa forma, encontraram-se as seguintes falas a respeito:

“A fase I não foi na época adequadamente registrada no ponto de vista do registro histórico científico”. (Entrevistador 1).

“A Family Health Foundation, na figura do seu presidente, se envolveu na década de 70 com um escândalo de corrupção nos EUA. Segundo rumores na época, havia duplicidade de financiamento dos projetos para controle de natalidade”. (Entrevistador 2).

“Não se tratava de programa para controle de natalidade, mas sim de planejamento familiar durante a repressão da época da ditadura. Tudo era considerado contra o sistema. Mulheres novas de trinta e poucos anos, com aparência de sessenta e com seis a sete filhos sem nenhuma assistência de saúde”. (Entrevistador 1).

Ao se avaliar a percepção dos entrevistados a respeito do desconhecimento histórico por parte da população brasileira do PMC, observa-se a falta de registros históricos divulgados em nosso meio que revelem a importância da fase I do referido projeto na construção do SUS.

Segundo ainda os entrevistados, houve à época muitas discussões a respeito do real objetivo do projeto. Distorções foram feitas em torno do possível cunho antinatalista do PMC, bem como de corrupções envolvendo a Organização internacional fomentadora do projeto. Juntam-se a esses fatos ainda, de acordo com os sujeitos da pesquisa, as intrigas e disputas políticas regionais da época do PMC.

O que corrobora com o pressuposto acima é quando se diz que a Secretaria Estadual de Saúde rejeitou o documento do IPPEDASAR discorrendo sobre seu estudo, principalmente por suas intenções antinatalistas. Porém, deixou claro seu interesse na captação de recursos, desde que o projeto fosse modificado. Até 1974, o IPPEDASAR e a SES/MG lutaram para obter e gerenciar esses recursos, principalmente após sua captação efetiva pelo convênio assinado em 1973 entre os Governos brasileiro e americano (representado pela USAID). Nessa disputa, alguns fatos favoreceram a SES/MG: o IPPEDASAR foi paulatinamente desativado por falta de recursos e por estar sob suspeita de corrupção. Em dezembro de 1973 deixou de existir⁽¹¹⁾.

O PMC originalmente desenvolvido pelos técnicos da Assessoria de Planejamento e Coordenação da SES/MG (APC/SES/MG) foi substancialmente modificado a partir da direção de Francisco Assis Machado e sua equipe. Entre os níveis central e regional, passaram a ocorrer conflitos entre a visão racionalizadora, tecnocrática da APC e a visão política e estratégica do PMC. Sem desconsiderar a existência de embates, conflitos e antagonismos, tanto estratégicos quanto programáticos, pode-se dizer que a disputa ocorreria entre as faces racionalizadora e estratégica de um mesmo movimento⁽²⁾.

Todavia, ao serem questionados, os entrevistados foram unânimes em afirmar a improcedência de tais suposições. O que procedia era uma tentativa de esclarecimento das famílias carentes e paupérrimas de conhecimento quanto aos métodos contraceptivos através de um planejamento familiar adequado. O que se configura muito distante de um programa deliberadamente antinatalista.

Depreende-se, assim, que todas essas questões pontuais como conflitos internos, conceituações e denúncias de corrupção, juntamente com a existência de registros científicos pouco divulgados, possam ter contribuído para o reconhecimento indevido do PMC na construção do SUS perante a população brasileira.

Ações para o Resgate Histórico do Projeto Montes Claros (PMC)

Acreditando-se que o cidadão consciente como sujeito de sua própria história deva trabalhar para a preservação das fontes documentais e jamais desvincular-se das atividades de pesquisa, elaborou-se o presente artigo no ano de 2010 com o intuito de pesquisar e preservar a memória histórica e se fazer notada adequadamente a relevância do PMC na construção do SUS.

“A importância da recuperação histórica do Projeto Montes Claros está, portanto, não só em se conhecer melhor um pedaço de nossa história, mais especificamente aquela das políticas públicas de saúde no Brasil. Rever a experiência legal de Montes Claros após a conquista legal da Reforma Sanitária [...] pode auxiliar a um olhar crítico de todo esse processo, que tem no Projeto Montes Claros um passo importante⁽¹⁴⁾”.

O reconhecimento do PMC pode ser corroborado pela doação futura do acervo particular à Unimontes por um dos atores do processo de formação do projeto na década de 70.

Esta intenção vem de encontro às falas dos entrevistados como se vê abaixo:

“Deve ser feito mais trabalhos científicos, porque o material que se tem está se perdendo. Tem que se fazer um registro específico para além das falas. Porque as falas têm um sentido enviesado”. (Entrevistado 1).

“Existe uma possibilidade de se doar à Unimontes num projeto futuro, a documentação da fase I do Projeto Montes Claros (PMC)”. (Entrevistado 2).

Considerações Finais

A partir dos resultados alcançados mediante a realização da pesquisa, foi possível pontuar algumas considerações a respeito do assunto abordado.

Através da programação de um projeto-piloto na década de 70 na cidade de Montes Claros/MG, podem-se estabelecer as bases de um programa maior e inovador de saúde no Brasil. O PMC viu-se assim como pioneiro na implantação de conceitos e ideologias postas na prática mediante um cenário de lutas políticas e sociais à época da ditadura brasileira.

Vindo com uma proposta de vanguarda em termos de saúde pública, ele tornou-se uma realizada condizente aos anseios de uma população que até então vivia a mercê de um sistema de saúde falido e excludente para a maioria nacional.

Em meio a um cenário político turbulento, ele conseguiu estabelecer bases sólidas precursoras do que hoje é preconizado pelo SUS, materializadas em proposições como

Universalidade, Descentralização, Regionalização; inovações implantadas no período em que ocorreram os fatos.

Sendo palco de transformações, Montes Claros recebeu atores imprescindíveis à construção do período da história que não deve ser relegado ao ostracismo.

Além dos aspectos supracitados, pontua-se o resgate da memória histórica do PMC através do relato oral dos entrevistados analisados à luz de referenciais teóricos como um pilar de reconhecimento do papel de Montes Claros na criação do SUS. Ressalta-se a importância do referido projeto enquanto baluarte da reforma sanitária vivenciada nas décadas de 60, 70 e 80, culminando com a consolidação de um sistema de saúde avançado condizente com as necessidades da população.

Depreende-se do estudo ainda a carência de pesquisas científicas concernentes ao PMC em sua fase I que venham elucidar os fatos que ocorreram para a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Assim, faz-se necessária a elaboração de projetos que visem ao relato científico respaldado por documentos fidedignos que perpetuem nossa história. Que evidenciem através de estudos aprofundados a relevância histórica de Montes Claros no cenário nacional.

Todo homem só consegue ir adiante quando compreende seu passado. É fazendo uma releitura de erros e acertos pretéritos que a humanidade consegue situar-se bem no momento presente, trabalhando coerentemente na construção do seu futuro.

REFERÊNCIAS

1. Cordeiro H. Controvérsias no financiamento do SUS. *Saúde Debate*. 1991;(31):19-24.
2. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
3. Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. *Guia de acervo da casa de Oswaldo Cruz. Coleção Políticas Prioritárias*. 1985 [access 2010 apr 03]. Available from: http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/colecao.
4. Arouca S. *Histórico da saúde pública*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fiocruz. 1998 [access 2010 mar 05]. Available from: http://www.ensp.fiocruz.br/historico_00.cfm.
5. Teixeira SM (org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 1995.
6. Meihy JCSB. *Manual de história oral*. 3 ed. São Paulo (SP): Editora Loyola, 2000.
7. Amado J, Ferreira MM (Coord.). *Usos e abusos da história oral*. 3 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora FGV, 2000.
8. Thompson P. *A voz do passado: história oral*. 2 ed. São Paulo (SP): Editora Paz e Terra, 1998.
9. Rocha SM. *Características demo-epidemiológica da população idosa da Ilha da Conceição*. Rio de Janeiro: Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 1999.

10. Vasconcelos EM. Os movimentos sociais no setor de saúde: um esvaziamento ou uma nova configuração? *Cad Saúde Educação*. 1998.
11. Sobrinho DF. Autoritarismo e política social: os programas de medicina simplificada no Brasil [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 1984.
12. Torres CHDA. Ensino de epidemiologia na escola médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); 2002.
13. Machado FA. As possibilidades de controle social das políticas públicas. *Rev Adm Pública*. 1987;22(1):32-49.
14. Lobato LC. Estrutura e relações de poder. In: Teixeira SM (org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisada*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Abrasco, 1995.