

Projeto Montes Claros

Sonia Fleury  
organizadora



# A Utopia Revisitada

ABRASC0  
Rio de Janeiro

Esta publicação foi produzida pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde – NUPES/ENSP/FIOCRUZ, através da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

PROJETO MONTES CLAROS  
A UTOPIA REVISITADA

# PROJETO MONTES CLAROS

## A UTOPIA REVISITADA

*Sonia Maria Fleury Teixeira*  
(Organizadora)

Autores:  
*Cornelis J. van Stralen, Délcio da Fonseca Sobrinho, Federico Tobar, Francisco de Assis Machado, Francisco Eduardo Campos, Lenaura de Vasconcelos C. Lobato, Lívia Maria Fraga Vieira, Mercês Somarriba, Neusa Maria Lima, Regina Célia Nunes dos Santos, Sarah Escorel e Sonia Maria Fleury Teixeira*

**ABRASC0**

Rio de Janeiro

1995

© Copyright 1995 by ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Coordenação editorial:  
*Lenaura de Vasconcelos C. Lobato*

Supervisão Gráfica:  
*Walter Duarte*

Capa:  
*Mauro Campello*

Editoração Eletrônica:  
*Norma da Silva Massa*

Fotolitos:  
*Studio La Cor*

T 266p Teixeira, Sonia Maria Fleury (org.)  
Projeto Montes Claros: a utopia revisitada /  
Organizadora Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio  
de Janeiro : ABRASCO, 1995.  
262 p.

1. Planejamento e saúde – Montes Claros. 2.  
Política de saúde – Montes Claros. 3. Mudança  
Social – Montes Claros. I. Título.

CDD-20.ed.- 362.1098151

**ABRASCO**

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 208 – Manguinhos  
21041-210 – Rio de Janeiro, RJ  
Tel.: (021) 270-9599 – Fac-símile: (021) 270-9326

# Índice

APRESENTAÇÃO .....	9
PARTE I .....	19
INTRODUÇÃO .....	13
Sonia Fleury Teixeira	
A HISTÓRIA DO PROJETO MONTES CLAROS .....	21
Regina Celia Nunes dos Santos	
CONCEPÇÃO DO COLETIVO, PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL PELA SAÚDE .....	61
Livia Maria Fraga Vieira; Neusa Maria Lima	
ESTRUTURA E RELAÇÕES DE PODER .....	81
Lenaura Costa Lobato	
NOVA RACIONALIDADE TÉCNICA .....	101
Federico Tobar	
PARTE II .....	127
PROJETO MONTES CLAROS - PALCO E BANDEIRA DE LUTA, EXPERIÊNCIA ACUMULADA DO MOVIMENTO SANITÁRIO .	129
Sarah Escorel	

DO PROJETO DE MONTES CLAROS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O HIATO ENTRE IDEOLOGIA E REALIZAÇÕES PRÁTICAS .....	165
Cornelis J. van Stralen/UFMG	
PARTICIPAÇÃO E SAÚDE: REVISITANDO O PROJETO MONTES CLAROS .....	193
Mercês Somarriba	
A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO PROJETO MONTES CLAROS .....	207
Francisco de Assis Machado	
O SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS COMO ESPAÇO DE ATUAÇÃO ACADÊMICA. ....	219
Francisco Eduardo de Campos	
ASCENSÃO E QUEDA DA REPÚBLICA SOCIALISTA DE MONTES CLAROS .....	239
Délcio da Fonseca Sobrinho	
MONTES CLAROS: A UTOPIA DEMOCRÁTICA .....	251
Sonia Fleury Teixeira	
GLOSSÁRIO .....	259

## APRESENTAÇÃO

O objetivo desse livro é revisitar o projeto Montes Claros - numa busca de projeção retrospectiva e prospectiva do movimento da reforma sanitária, vinte anos após um caminho árduo e ainda inconcluso. Tarefa nada fácil a re-contextualização de um tempo/lugar mítico, onde a esperança de vazar o autoritarismo se materializava numa proposta de organizar o sistema de saúde de forma contra-hegemônica. A utopia estava em desconhecer ou esquecer os limites, forçando-os : tudo era possível e factível em Montes Claros, ao sabor da disposição de um grupo de jovens vindos daqui e dali , sob o olhar severo do Dario Tavares, a batuta do Chicão e a cumplicidade lúcida de gente como o Arouca e a Sônia Fleury.

O mérito do esforço presente está em re-unir pessoas que viveram aquela experiência, única apenas pela impossibilidade de reproduzir historicamente determinada situação. Hoje, à luz de novas análises, desvenda-se a organicidade sistêmica do que se passou em Montes Claros: por que naquele momento sisudo e naquele lugar existiu a ilha das idéias livres, das experiências estapafúrdias, da aventura de um bando de excêntricos que acreditava até na transformação da sociedade chegando pelo ramal secundário de um projeto de saúde? Estas indagações de agora são discutidas nos artigos que compõem esse livro, juntamente com o elo que permitiu a consistência do trabalho: o esforço sério e comprometido em encontrar soluções e caminhos para a inoperância e vícios dos serviços de saúde no Brasil.

A mim me cabe apenas, nessa introdução, tentar recuperar o clima em que se desenvolveram as muitas e profícuas atividades do



projeto, clima esse que se constituiu num pano-de-fundo primordial (ou seria um alibi?) para que tantas coisas pudessem ser feitas e experimentadas. Muitas das propostas e experiências vieram a ser aproveitadas, ou desdobraram-se, em iniciativas posteriores como os projetos pioneiros de municipalização e regionalização dos serviços de saúde, o Projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS) e Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), desenvolvidos pelo Governo Federal, bem como outras iniciativas de larga abrangência como o Sistema Unificado e Descentralizado dos Serviços de Saúde (SUDS) e o próprio arcabouço surgido da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). A terminologia e o conteúdo de muitas dessas propostas denotam a ontogênese montesclareense.

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 reconstrução dos espaços da utopia. Eis aí, no meu entendimento, o aspecto liricamente prático, necessário, anti-nostálgico e atual do livro e de seus autores-personagens.

O projeto, para muitos um quilombo, por onde passaram intelectuais, técnicos, estudantes e políticos, assim revisitado, 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 o atendimento digno à população.

Um aspecto não abordado no livro, mas sem dúvida muito importante, merecedor de um estudo posterior, é o envolvimento de parte da equipe responsável pela condução do projeto na política administrativa e partidária do município de Montes Claros e região, bem como na própria política institucional da saúde no Estado. O "grupo da saúde" participou efetivamente na renovação da forma de se fazer política no Norte de Minas, e estendeu a sua atuação através da ocupação de espaços políticos a nível de Minas Gerais. Acredito que tenha sido essa uma resposta previsível aos limites impostos ao trabalho iniciado no campo institucional da saúde. A incorporação desses novos rumos representou um papel no processo de comprometimento e formação política de muita gente.

Enfim, o projeto Montes Claros poderia merecer a mesma indagação poética de Carlos Drummond de Andrade a respeito do autor

da Saga de Riobaldo Tatarana, acontecida exatamente neste trecho de sertão:

Fico sem saber se Montes Claros (o Projeto) existiu mesmo de se pegar...

Existiu sim, existe e continuará existindo, enquanto a chama da solidariedade, a coragem inovadora e o fermento do compromisso social puderem morar no coração dos homens.

*José Saraiva Felipe (\*)*

---

*(\*) Coordenador do Projeto Integrado das Ações de Saúde do Norte de Minas (77/81).*

*Secretário de Estado da Saúde (91/94).*

*Secretário Nacional de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social MPAS (85/88).*

*Professor de Medicina Preventiva e Social da UFMG.*

*Deputado Federal eleito (1994) por Minas Gerais.*

# INTRODUÇÃO

*Sonia Fleury Teixeira\**

## 1. O SIGNIFICADO E A OPORTUNIDADE

Já se foram duas décadas desde aqueles tempos em que o Projeto Montes Claros se transformou na "Meca da Saúde Pública", passagem e referência obrigatórias para todos aqueles que se comprometeram com a construção de uma alternativa de mudança do sistema de saúde no Brasil.

Para Montes Claros - região marcada por contrastes entre o domínio dos coronéis, a aridez do seu solo e a pobreza de sua gente; um pedaço do sertão que iniciava seu processo de industrialização - convergiram pessoas de diferentes formações técnicas, com distintos projetos políticos, unidas, no entanto, pela esperançosa vontade de transformar a realidade social deste país.

No Projeto encontraram um espaço de criação, experimentação, improvisação e, sobretudo, de comunicação, ou seja, de construção democrática de significados, estratégias e atores coletivos, consti-

---

\* *Psicóloga, Mestre em Sociologia, Doutora em Ciência Política. Professora da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e da Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.*

tuindo-se em um verdadeiro oásis em meio ao contexto repressivo que atravessava o país e grande parte da região latino-americana.

É por isso que até hoje o Projeto Montes Claros transcende sua dimensão local e mesmo a de referência política, provocando em todos que ali estiveram uma profunda emoção.

O caráter emblemático do projeto pode ser tributado à sua capacidade de combinar uma utopia formulada como meta de um movimento que incorporava uma direção carismática com a construção de bases materiais que dessem suporte político-institucional aos avanços conquistados.

Como um laboratório da democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como, a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais.

A trajetória desta luta contra-hegemônica ficou marcada, na experiência do Projeto Montes Claros, pelo caráter contestatório e crítico em relação às estruturas de poder existentes: poder político-econômico local, poder médico, poder do modelo hegemônico de privatização dos serviços de saúde, poder repressor...

A singularidade deste Projeto foi sua capacidade de buscar responder a todas aquelas estruturas estabelecidas com a proposta de sua superação, através de um processo criativo de construção coletiva de:

- um novo modelo de organização de serviços;
- novas práticas pedagógicas;
- transformação radical das relações no interior da equipe de saúde;
- participação cidadã da comunidade e dos servidores;
- práticas inovadoras no planejamento e gestão;
- autonomia e fortalecimento do nível local.

Em resumo, pode-se apontar que a construção do coletivo, a intenção inovadora e o planejamento estratégico das ações, voltados para a alteração das relações de poder local foram as "marcas registradas" do Projeto Montes Claros, que instaurou uma lógica expansiva, quase contagiante de engajamento no processo de transformação da realidade sanitária e social.

A celebração destas duas décadas de história da saúde não poderia deixar de ser um resgate desta experiência, que, apesar da sua importância nacional, seguia até agora restrita aos seus participantes e ao registro em algumas teses acadêmicas. Trazê-la para um

público mais amplo é um compromisso político com a história, em um país que pouco preserva sua memória, já que acreditamos que o olhar crítico sobre o passado permite a compreensão do presente e cria a possibilidade de se projetar o futuro.

Neste sentido, este trabalho se insere em um âmbito maior, qual seja, o estudo do próprio processo da Reforma Sanitária, que teve em Montes Claros seu ponto de inflexão, marcando uma trajetória que hoje já requer ser avaliada. Há que se buscar, através de sua reconstituição histórica, compreender aqueles aspectos que definiram os rumos da Reforma, bem como aqueles que foram abandonados desde suas experiências pioneiras.

## 2. RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA, RECONSTRUÇÃO ESTRATÉGICA

O trabalho de investigação sobre o projeto Montes Claros foi levado a cabo por uma equipe liderada pelo NUPES- Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, da ENSP/FIOCRUZ<sup>1</sup>, constituindo-se em três etapas distintas.

A primeira delas diz respeito ao trabalho propriamente de pesquisa, no qual foram coletadas informações e entrevistados inúmeros participantes do Projeto Montes Claros, com vistas a reconstituir e analisar criticamente a história do Projeto. A pesquisa social realizada tomou como núcleo temático algumas dimensões analíticas consideradas fundamentais para a compreensão da origem, dinâmica e abrangência do Projeto.

Em primeiro lugar, a DIMENSÃO HISTÓRICA, que trata das diferentes histórias que confluíram para conformar a experiência vivida no Projeto Montes Claros. Pudemos identificar pelo menos 5 histórias que se cruzaram na formação daquele Projeto: o contexto institucional do surgimento das propostas de medicina simplificada; a experiência pioneira de um brasileiro no Norte de Minas; a modernização administrativa da SES/MG; os projetos de Medicina Comuni-

---

<sup>1</sup> A equipe da pesquisa foi coordenada por Sonia Fleury e composta pelos pesquisadores: Lenaura Lobato, Federico Tobar, Regina Célia Nunes dos Santos, Lívia Maria Fraga Vieira, Neusa Maria Lima, Romualdo Dâmaso, Dilene do Nascimento. Contou com o apoio institucional da Secretaria de Estado de Saúde, através da ação de José Francisco da Silva e Marisa Amorim.

tária que se implantaram em diferentes pontos do país; a participação das esquerdas na formulação e implementação das políticas de saúde nos anos recentes.

Marcado por esta origem, o Projeto vai definir uma trajetória própria que, no entanto, pode ser subdividida em etapas relativas à sua concepção, negociação, revisão e implementação, consolidação e expansão.

Em segundo lugar, tratamos da DIMENSÃO SOCIOLÓGICA, buscando resgatar e reconhecer o núcleo gerador das inovações e singularizador desta experiência, que se refere à concepção do coletivo ali implantada, onde a participação comunitária foi assumida como o caminho da transformação social na saúde. Esta concepção materializou-se por meio de um conjunto de instrumentos - diagnóstico, seleção, equipes, treinamentos - que caracterizaram a capacidade inovadora e o potencial contestador do projeto.

Em todos os momentos de construção do Projeto evidencia-se a busca da superação do predomínio do saber e do poder técnico, a valorização do conhecimento e das práticas populares, o rompimento das cadeias hierárquicas, o engajamento das ações de saúde na compreensão da realidade sócio-econômica à ser transformada. É na figura do auxiliar de saúde que se consubstancia a concepção inovadora do Projeto, bem como é na sua prática que se evidenciam as enormes contradições e impasses que seriam vividos. Em outros termos, o auxiliar de saúde - seu lugar e sua prática - é o melhor analisador do Projeto, de suas potencialidades, limitações e frustrações.

A terceira linha de análise foi a DIMENSÃO POLÍTICA, na qual foram abordadas as estruturas e relações de poder existentes, bem como os atores políticos, suas alianças e estratégias de transformação daquele contexto social.

Neste sentido, foram identificadas duas fases marcadas por diferentes estilos de liderança na condução do projeto, bem como pela diversidade das disposições políticas adotadas. A primeira fase esteve voltada para o interior do próprio projeto, construindo o espaço de autonomia e participação e a dinâmica de criação de instrumentos de gestão coletiva, com ênfase na experimentação dos conflitos percebidos. A segunda fase caracterizou-se tanto pela ênfase na negociação quanto na expansão do Projeto, que alcançara uma dimensão nacional e um peso político inusitado ao nível da estrutura de poder local, com a emergência de novos atores e abertura da cena política.

Como estruturas de poder que interatam no espaço do Projeto foram identificadas a interna, a local, a institucional e a externa, sendo que, em cada uma delas gravitaram atores com seus interesses distintos. É na sua interação que se construíram as coalizões que buscavam viabilizar as transformações na estrutura de poder, em uma

situação de equilíbrio, politicamente construído, entre autonomia e legitimidade.

Finalmente, a DIMENSÃO GERENCIAL aponta para a inovação alcançada nas formas de organização e na adoção do planejamento estratégico como base para o processo de tomada de decisões. A preponderância da lógica política sobre a técnica manifesta-se na flexibilidade organizacional, que embora se aproxime a uma administração pelo caos, guarda coerência com os objetivos políticos postulados. Assim, aspectos técnico-operacionais como a regionalização, descentralização, hierarquização, modelo de programação, sistema de informação, modelo de treinamento, gestão de recursos financeiros etc, ganharam novos significados à luz de uma lógica política e de uma visão estratégica.

A primeira parte deste livro reproduz as análises realizadas pela equipe de pesquisadores, de acordo com a proposta acima descrita.

A apresentação destes resultados em um seminário realizado em Montes Claros em outubro de 1993 constituiu-se na segunda etapa deste nosso trabalho, aproximando, em um mesmo cenário, investigadores e atores, em uma reflexão coletiva que trouxe de volta a mesma liberdade de circulação de pessoas e idéias que havia caracterizado o projeto sobre o qual nos debruçávamos em busca de uma compreensão política não apenas daquela época como também dos destinos e projetos atuais daqueles que ali se encontravam.

Esta segunda etapa foi documentada através de meio audiovisual e, portanto, não fará parte deste livro:

Como decorrência deste segundo momento, fomos levados a buscar, nesta publicação, abrir um espaço para que este discurso pudesse se fazer ouvir. É preciso ter em conta que alguns dos principais atores que passaram pelo Projeto Montes Claros continuam sendo lideranças políticas e acadêmicas expressivas, tanto no Estado de Minas quanto em termos nacionais. Resgatar esta palavra, misto de emoção e análise da experiência ali vivida, é poder manter a fidelidade aos princípios que orientaram o Projeto, nos quais as divisões entre a razão e a emoção, o individual e o coletivo, a ciência e a política eram superadas a cada momento por uma prática social que contestava sua adequação a uma ordem social vigente.

Assim, a segunda parte deste livro foi composta pela fala dos atores, que nos propiciam momentos de grande emoção ao resgatar

---

\* O trabalho em audio-visual foi coordenado por João Paulo Pinto Cunha da SES/MG.

suas vivências no Projeto, bem como nos oferecem a possibilidade de aprofundarmos certas análises através de suas visões argutas e críticas.

Temos que agradecer a todos que nos apoiaram e facilitaram nosso trabalho de investigadores - em especial ao ex-Secretário de Saúde José Saraiva Felipe e ao atual Secretário José Maria Borges, aos quais oferecemos esta publicação, na certeza de que se constitui em importante subsídio para repensarmos os rumos da democratização da saúde no país.



# PARTE I

# A HISTÓRIA DO PROJETO MONTES CLAROS

*Regina Celia Nunes dos Santos \**

## 1. AS HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

### 1.1. Antecedentes técnicos e políticos.

O Projeto Montes Claros foi implantado na conjuntura de "Crises e Reformas" do modelo previdenciário (Oliveira & Teixeira, 1986), no qual comandava a política de mercantilização da medicina. A partir de meados dos anos 70, assiste-se à mudanças institucionais no setor saúde, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, bem como a redefinição do papel das políticas sociais, a partir do II PNDES (1974/1979), calcadas no reconhecimento de que o desenvolvimento social devia ser perseguido conjuntamente com o desenvolvimento econômico.

Neste momento, o que se observa é que ao mesmo tempo em que o modelo privatizante da Previdência Social é reforçado, abre-se espaço, dentro da nova ordenação institucional, para a discussão de

---

\* *Assistente Social, assessora técnica da Secretaria Estadual de Minas Gerais.*

ações governamentais de saúde possibilitando a elaboração de programas através dos quais o Movimento Sanitário, com habilidade política, foi experimentando suas propostas de forma localizada e marginal (Teixeira & Mendonça, 1989). Destacam-se como principais diretrizes desses programas as seguintes:

- utilização da rede pública para uma atenção integral;
- introdução de mecanismos de planejamento na administração dos serviços;
- introdução da perspectiva da co-gestão entre os órgãos públicos;
- participação dos profissionais e da população no controle da gestão dos serviços.

Além de sua inserção nesta conjuntura de rearticulações institucionais na saúde, pode-se acrescentar os antecedentes técnicos e políticos do "Projeto Montes Claros" como pré-condições que viabilizaram a sua execução naquela região com a entrada do novo secretário estadual de saúde, Dr. Dario de Faria Tavares, no Governo Aureliano Chaves (1975) em Minas Gerais.

Eugênio Vilaça, em entrevista, enfatiza a primeira gestão Dario Tavares (1975/1978), como experiência única de Reforma Sanitária institucional no Brasil. Para ele, a experiência transformadora do Projeto Montes Claros não deve ser entendida como isolada das transformações que se operavam na saúde em Minas Gerais no mesmo período: "a primeira gestão do Dario Tavares foi muito revolucionária, reformadora. Começamos a criar Centros Regionais em todos os lugares ... Montes Claros tinha mais dinheiro, mais viabilidade, mas existiam trabalhos excelentes em outros Centros Regionais."

É preciso considerar que a sua implantação em 1975 foi possível porque contava com grandes aportes de recursos financeiros internacionais (USAID), que estavam sendo negociados através do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, desde 1972 (Fase IPPEDASAR do Projeto). Estes recursos foram destinados à construção da rede física de 40 postos de saúde numa área geográfica de 144.000 km<sup>2</sup>, aos equipamentos necessários para a sua instalação e ao investimento em treinamento de 625 auxiliares de saúde, que foram recrutados massivamente para operar na rede.

Por ser área da SUDENE, a região do Norte de Minas recebeu significativos recursos para financiamento de projetos de desenvolvimento social e econômico. Integrou com especial atenção os planos de desenvolvimento e modernização administrativa do estado de Minas Gerais, desde meados dos anos 60.

Na área da saúde, e acompanhando a construção de uma estrutura de planejamento estadual, coexistem as condições técnicas e

políticas para a crítica da organização departamentalizada e verticalizada da Secretaria da Saúde e a proposta de um novo modelo de organização administrativa, que visou romper com o poder concentrado na estrutura por departamentos. A Assessoria de Planejamento e Coordenação é criada em 1972 e um pouco mais tarde se implanta o orçamento-programa, que centraliza a atividade financeira da Secretaria, antes a cargo de cada departamento.

Articulada à experiência de prestação de serviços primários de saúde, desenvolvida no Vale do Rio São Francisco na década de 60 pelo pastor americano Scofield, a proposta técnica do IPPEDASAR para a organização de uma rede de serviços de saúde no Norte de Minas contribuiu para criar as condições que antecederam as negociações de recursos financeiros junto à USAID. Segundo Francisco de Assis Machado, diretor do CRS/MOC no momento da implantação do Projeto (1975), o IPPEDASAR possibilitou a elaboração técnica do Projeto, chegando a implantar diretamente um posto de saúde na Faculdade de Medicina de Montes Claros.

Dentro do processo de regionalização da Secretaria de Saúde iniciado em 1969, a experiência do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha serviu como formadora de quadros técnicos críticos, que depois foram aproveitados em Montes Claros: "a experiência do Vale do Jequitinhonha serviu para o pessoal desenvolver um pensamento mais crítico em relação à saúde pública tradicional: suas idéias, as questões colocadas de atender prioritariamente à demanda da população, questionar essas prioridades definidas pelo nível de planejamento exclusivamente, sem levar em conta a realidade local; isso foi aprendido no Vale do Jequitinhonha" (entrevista com Francisco Assis Machado, diretor do CRS de Montes Claros no período de implantação do "Projeto Montes Claros", em 09/02 93).

À semelhança de Fonseca (1984: 8) que escolheu o método de narrar várias "estórias", a história do "Projeto Montes Claros" não pode ser vista senão no contexto de uma série de acontecimentos ou "estórias" já narradas pelo autor em questão, e que propiciaram a implantação do "SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS", em 1975.

O Programa de Montes Claros viria a ser, posteriormente, o principal modelo a partir do qual seria montado, novamente sob a coordenação técnica do mesmo Dr. Francisco, a primeira e maior experiência já levada à prática, a nível nacional, de extensão de serviços de "medicina simplificada" à zona rural: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS (Fonseca, 1984: 136).

## 1.2. Primeira história: o contexto institucional do surgimento das propostas de medicina simplificada

O primeiro acontecimento, ou primeira "estória", segundo Fonseca (1984, p.9), tem a ver com o contexto das relações políticas entre os Estados Unidos e a América Latina, depois da Revolução Cubana em 1959, que significou em termos concretos uma ameaça à hegemonia norte-americana.

A Conferência dos 21, em Bogotá, realizada em setembro de 1960, aprovou na "Ata de Bogotá" com apenas um voto contrário, de Cuba, "a inauguração de uma nova fase na postura dos Estados Unidos frente aos países latino-americanos, na qual a ajuda econômica e o apoio material ao desenvolvimento econômico e social surgiriam como um complemento à diplomacia e à intervenção militar na política externa norte-americana" (Fonseca, 1984: 17).

A partir daí, vários estudos foram feitos a respeito dos problemas de saúde, habitação, educação e do papel que as Universidades, principalmente as Faculdades de Medicina, teriam a desempenhar na reprodução da dominação norte-americana. Desses estudos participaram representantes do Departamento de Estado Norte-Americano, de instituições internacionais como a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, a Fundação Kellogs, o Peace Corps e a American Public Health Association.

Em agosto de 1961, realiza-se a Conferência de Punta del Este, quando foi criada a "Aliança para o Progresso".

Na "Declaração dos Povos da América" estão colocados os compromissos da Aliança na área social, tais como habitação, saneamento básico, educação e saúde, que seriam alvo da ajuda externa norte-americana aos países da América Latina. Estes, em troca da ajuda, deveriam formular programas nacionais de desenvolvimento, com assessoria de técnicos competentes colocados à disposição pela "Aliança".

Um "Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso", (Resolução A.2 da Conferência), teria importância fundamental na formulação da política de saúde nos países membros da OEA, com a proposição de medidas a longo prazo, como a elaboração de planos decenais, a criação de unidades de planejamento e avaliação nos Ministérios da Saúde, a capacitação de recursos humanos e a organização e gerência dos serviços de saúde. Como medidas de curto prazo estavam os projetos simples de captação de água e de tratamento de dejetos, o combate à mortalidade infantil, à desnutrição e o controle de doenças transmissíveis.

A preocupação dos Estados Unidos com a América Latina e em especial com o Brasil, pela grande extensão territorial e a ameaça co-

munista, principalmente no Nordeste, levou o governo americano a fazer um convite especial ao economista Celso Furtado, então diretor da SUDENE para uma visita à Casa Branca, onde foi recebido pelo Presidente Kennedy.

Após a visita foi acordado que o nordeste do Brasil seria visitado por uma equipe de técnicos norte-americanos chefiados por Mervin L. Bohan (missão Bohan, de outubro a dezembro de 1961). O relatório elaborado apresentou os grandes problemas da miséria dos nordestinos, assim como chamou a atenção para o perigo e a ameaça comunista através da grande liderança de Francisco Julião. A criação da SUDENE não tinha conseguido resolver os problemas, segundo eles, apesar da grande competência de Celso Furtado, e finalmente o relatório apontava para uma proposta de ajuda externa, viabilizada através daquele órgão.

Em fevereiro de 1962 iniciam-se os preparativos para, através da USAID, o Brasil negociar a liberação de uma verba de 33 milhões de dólares para o nordeste Brasileiro. O acordo foi assinado em abril de 1962, já no governo João Goulart, com recursos ampliados para 276 milhões de dólares no início e previsão de 672 milhões de dólares no final.

No entanto, alguns acontecimentos como o fracasso norte-americano na Baía dos Porcos e o assassinato de Kennedy trouxeram mudanças na política externa americana, com o abandono gradual dos programas da Aliança, ao mesmo tempo em que se ampliava no Brasil um movimento político de oposição aos Estados Unidos, de setores mais organizados do movimento operário e estudantil e que perdura até a queda de João Goulart, em 1964.

O golpe militar veio facilitar os entendimentos para as doações e empréstimos de ajuda da USAID ao nordeste. Os planos de saúde recomendados desde a Reunião de Punta del Este e que nunca haviam saído do papel, principalmente pela ineficiência dos Ministérios, foram retomados, assim como o programa de capacitação de técnicos foi implantado.

No Brasil foi criada a Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais - PAPPE - ligada ao Ministério da Saúde, assim como em outros países latino-americanos também foram criadas Unidades de Planejamento.

A OPAS ficou sendo o organismo responsável pela elaboração de uma metodologia de planejamento em conjunto com o ...

"... Centro de Estudios del Desarrollo" - CENDES, da Universidade da Venezuela. Daí o método ficar conhecido como o método "CENDES / OPS".

"Mas na verdade esse método foi difundido por toda América latina, através de uma estratégia de formação maciça de

quadros. Foram formados mais de 4000 planejadores na América Latina" (entrevista com Eugênio Vilaça Mendes em 28/04/93).

Um método "com sua aparente neutralidade de procedimento racional e técnico, era na realidade portador de uma ideologia onde o planejamento, a racionalização dos recursos e a modernização administrativa cumpriram um papel central na tecnificação/despolitização das questões sociais e políticas" (Fonseca, 1984: 25).

No Brasil o método CENDES / OPS "entra em dois lugares, dois centros ideológicos de planejamento. Um que é a ENSP e o outro que foi o mais importante, a SUDENE, que na época tinha um grande poder" (entrevista com Eugênio V. Mendes em 28/04/93).

Tanto a Divisão de Saúde da SUDENE quanto a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP - ofereciam os cursos e os técnicos treinados eram, principalmente, das Secretarias Estaduais de Saúde e da Fundação SESP. Esta última criou em 1968 sua unidade de planejamento.

Neste mesmo ano, técnicos formados pela ENSP com assessoria da OPAS criam na Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul a primeira unidade de planejamento instalada nas secretarias do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com a intermediação da Fundação SESP.

No Nordeste este movimento de modernização das secretarias foi liderado pela Divisão de Saúde da SUDENE, que dispunha de maiores recursos que os Ministérios para a região. Estes recursos eram destinados à criação das unidades de planejamento nas secretarias, com pessoal treinado e carga horária integral, com objetivo de realizar diagnósticos e planos regionais de saúde para a criação de centros executivos regionais de saúde.

A região do Polígono das Secas de Minas Gerais, que também fazia parte da região da SUDENE, e onde já havia unidades da Fundação SESP, foi a primeira a ser contemplada em Minas, com a criação do Centro Executivo Regional na cidade de Montes Claros.

O convênio com a SUDENE foi fundamental em dois aspectos, pois permitiu consolidar a estrutura descentralizada na Secretaria de Saúde, comprar equipamentos e complementar os salários dos técnicos.

### 1. 3. Segunda história: a experiência de Scofield no Norte de Minas

A segunda "estória", segundo Fonseca (1984: 9), tem início em julho de 1956, quando o missionário americano da Igreja Adventista

do 7º dia, Leslie Charles Scofield Jr. e sua esposa chegam ao Brasil incumbidos de levar assistência religiosa e de saúde à população ribeirinha do Vale do Rio São Francisco em Minas Gerais.

Durante um período de seis anos, o casal e um grupo coordenado por eles atendia à população com a ajuda de um barco. Uma instituição - a SODESA - ligada à Igreja Adventista, foi criada por eles para executar as tarefas.

Em 1962 Scofield, voltou aos EUA e após concluir o mestrado em saúde pública, retornou ao Brasil, mas já com a idéia de um sistema nacional de saúde baseado na alta cobertura, com serviços simplificados e com a utilização de pessoal auxiliar, o que era "um primeiro passo na estratégia de introdução, gradual e discreta, de um programa de controle de natalidade" ( Fonseca, 1984: 68.).

Decorridos alguns anos, Scofield se desliga da Igreja retornando de novo aos EUA para seu doutorado em saúde pública, na Universidade de Tulane, em New Orleans. Lá, entra em contato com o professor. Joseph Beasley, que chefiava o Departamento de Saúde Familiar e Dinâmica Populacional, que logo se interessou pelo trabalho de Scofield no Brasil. Beasley também era presidente da Louisiana Planning Program, promotora de programas de planejamento familiar.

Defendida sua tese de doutoramento em 1968, orientada por Beasley, intitulada "A Proposal for a Rural Health Auxiliary Training Program Applicable to Rural Brasil", financiada pela Family Planing Inc. e já com motivação e interesse pela questão do controle da natalidade, Scofield se voltou para a construção de uma proposta de serviços de saúde onde estivesse colocada esta questão. E em conjunto com Beasley, propôs a criação de um programa internacional da Family Planning Inc. para o Brasil e outros países latino-americanos, com pretensões de extensão talvez para Ásia e África.

A experiência desenvolvida por Beasley em estudos realizados no município de New Orleans, tanto na área urbana como na zona rural, de uma rede de clínicas hierarquizadas de atendimento materno-infantil, desde os níveis mais simples até os mais complexos e com a utilização de pessoal auxiliar, foi de uma importância fundamental para o programa que seria iniciado no Norte de Minas.

Além do mais, a idéia do programa internacional daria poder e status à instituição, além de contribuir sobremaneira para os planos eleitoreiros de Beasley nos EUA.

Daí para a organização do "projeto Brasileiro" da Family Health Foundation foi um passo rápido, sendo "Planning" substituído por "Health" para tornar a idéia mais palatável.

A AID proporcionou os primeiros estudos de viabilidade, no final de 1970, da implantação do programa a nível de Brasil depois de vários contatos informais feitos por Leslie e Beasley entre a Universida-



de Norte-Mineira, a Secretaria de Saúde de Minas, a Faculdade de Medicina da UFMG e o Ministério da Saúde.

Foi elaborado um documento - "Brazil Feasibility Study - Stage III - for a Prototype Family Planning System for the Northern Minas Gerais Health Region", que no entanto não foi divulgado para o Brasil.

De acordo com Scofield, a estratégia para a aceitação do programa por parte do Governo Brasileiro seria a de oferecer o programa de planejamento familiar através de ações de saúde materno-infantil, já que o planejamento familiar não era assumido oficialmente pelo governo federal, pela oposição bastante forte de alguns setores militares, inclusive por questões de segurança nacional. Segundo Fonseca(1984), a tese de doutoramento de Scofield apontava como um super-problema a explosão da taxa de crescimento populacional no Brasil, agravado pelas posições contrárias ao controle da natalidade por parte do governo e da Igreja Católica.

"Neste período, eu não preciso bem a data, já havia um entendimento entre a Secretaria e representantes da Universidade de Tulane, para a realização de um programa no Norte de Minas, de controle da natalidade. Nesta época, eles implantaram um órgão em Montes Claros, o IPPEDASAR, destinado a proceder a estudos sobre esse propósito. E você sabe que naquela época havia facilidade de se conseguir recursos nos E.U.A. para programas de controle da natalidade. Então se criou o IPPEDASAR, e...porque o programa trazia implícito o objetivo do controle da natalidade, e basta mencionar que a população-alvo desse programa eram mulheres em idade fértil, ou seja, de 15 a 45 anos" (entrevista com José Ribeiro de Paiva Filho, em 09/07/93 ).

Concluído o "Feasibility Study", foi fundado em 1971 o Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural - IPPEDASAR, com sede em Montes Claros, a principal cidade do Norte de Minas.

#### 1.4. Terceira história: a modernização da Secretaria de Saúde de Minas Gerais

A terceira "estória" tem lugar na Secretaria de Saúde de Minas Gerais, onde se inicia nos meados dos anos sessenta um processo de modernização, fruto do processo de modernização do estado e, ao mesmo tempo, fruto da influência dos "planificadores" treinados pelo método CENDES / OPS.

Quando toma posse o governo Magalhães Pinto, assume a pasta da Saúde o médico Roberto Resende, que tinha uma visão mais mo-

terna de organização de serviços. Encontrou a Secretaria com uma grande dificuldade de comunicação entre o nível central e a execução, a nível de municípios, devido à grande extensão territorial do estado. Os postos e centros de saúde estavam localizados em mais da metade dos setecentos municípios, “e era natural que houvesse uma distorção entre o que se decidia a nível central e o que era executado a nível de municípios” (entrevista com José R. Paiva F. em 09/04/93).

Por essa razão, a Secretaria abriu inscrições para médicos que quisessem trabalhar em regime de tempo integral, na função de supervisão. Os que foram selecionados fizeram um treinamento introdutório na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, durante seis meses, e depois foram designados para a supervisão.

Alguns deles iniciaram, nesse trabalho de supervisão, uma forma de integração entre as unidades sanitárias mais próximas, dando os primeiros passos para a instalação de futuras administrações regionais.

Até o final do governo Magalhães Pinto a Secretaria viveu um período de grande instabilidade, reflexo do quadro nacional. Basta dizer que passaram por ela nesse período nove secretários de saúde.

Em dois de janeiro de 1964, três meses antes do golpe militar, é assinado o Decreto 7355, que implantou a chamada “Reforma Paulo Neves de Carvalho”, definindo a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde. É criada a Assessoria de Planejamento e Controle e consolidada a estrutura departamental, que vigorava a partir de 1948, à semelhança da estrutura do Ministério da Saúde, quando o então Departamento Estadual de Saúde foi transformado em Secretaria de Saúde e Assistência...

“... A Secretaria de Saúde era praticamente uma secretaria de saúde pública mesmo, na linha do sanitarismo, tendo como pano de fundo o paradigma sanitarista, executando programas através de departamentos como o de lepra, tuberculose, de hospitais, de odontologia, todos com função executiva. O poder da Secretaria estava fortemente concentrado na figura dos chefes de departamento, pessoas poderosíssimas, pois eram os ordenadores de despesas dos programas que coordenavam” (entrevista com Eugênio V. Mendes em 28/04/93).

Esses departamentos tinham um grau de autonomia muito grande. Eram departamentos especializados e estanques, tendo cada um o seu recurso próprio advindo do Ministério da Saúde ou do Tesouro do Estado.

Alguns desses chefes de departamento eram professores de Faculdade de Medicina e aliavam os interesses da corporação médica

aos dos políticos, que ocupavam cargos no governo, utilizando o espaço institucional para barganhas políticas.

No entanto, a reforma "Neves" concilia o tradicional dos chefes de departamento com a absorção da proposta de planejamento, através da Assessoria de Planejamento e Controle, fruto da ideologia do planejamento já presente na administração pública no estado. Foi possível com essa reforma, introduzir algumas propostas da III Conferência Nacional de Saúde que deveriam ser implementadas através da Assessoria, como o planejamento e a implantação de sistemas regionalizados e hierarquizados de serviços de saúde, ainda chamados de distritos sanitários, com inspiração no modelo da Fundação SESP. No entanto, a implantação só se deu de fato em 1969, já no governo Israel Pinheiro.

O regime militar implantado em 1964 viabilizou o processo de modernização do estado com a concentração de poder e recursos a nível federal e impôs as mudanças necessárias ao desenvolvimento. O Decreto-Lei 200, de 1966, dispondo sobre a organização da Administração Federal, estabeleceu as diretrizes para a Reforma Administrativa e a Reforma Tributária de 1967 veio facilitar a difusão do planejamento e a modernização administrativa pois, para conseguir recursos, o estado e os municípios eram obrigados a planejar.

Para atingir o principal objetivo, ou seja, o crescimento econômico, o planejamento foi a opção como instrumento. Assiste-se à centralização das decisões, a utilização de formas coercitivas de controle e a supremacia dos técnicos sobre os políticos.

Nessa época, as universidades no Brasil, estimuladas por organismos internacionais, iniciam um processo de crítica ao setor público, trazendo idéias de racionalidade, regionalização e integração de recursos. Tais críticas são incorporadas pela administração pública e "as universidades fornecem os novos quadros que irão implantar em todo o País o processo de regionalização e a descentralização dos serviços públicos. Em termos nacionais, o período de 67a 74 é a fase áurea dos técnicos" (Machado, 1979.).

Minas Gerais já contava com um grupo de "novos planejadores", os economistas do Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais, BDMG, oriundos da Faculdade de Ciências Econômicas - FACE - da UFMG, em substituição aos engenheiros da CEMIG, os planejadores da década de cinquenta.

Estes economistas através do BDMG, elaboraram um "Diagnóstico da Economia Mineira", que permitiu com a credibilidade alcançada pelo trabalho, a ascensão de uma equipe de técnicos de alto nível, em detrimento da classe política que é afastada dos centros de poder.

Os elementos facilitadores dessa ascensão foram a criação do

Instituto de Desenvolvimento Industrial, INDI; o acordo entre o Banco e o Instituto Latino Americano de Planejamento Econômico e Social, ILPES; a criação da Fundação João Pinheiro, além do Centro de Ensino e Pesquisa de Problemas Regionais na FACE, em 1966.

Este grupo de técnicos, os "novos planejadores", foram ocupando mais espaço dentro da burocracia estatal, alguns com uma visão algo iluminada, de realizar transformações sociais através de políticas públicas, já que o movimento pelas reformas sociais que estava em curso no Brasil no início da década de sessenta foi bruscamente interrompido pelo golpe militar.

"Essa visão "iluminista" encontrou raízes no processo de formação pelo qual tinham passado os novos tecnocratas mineiros. Fizeram seus estudos no final da década de cinquenta e início da década de sessenta, num período em que se generalizavam as expectativas de transformações sociais rápidas principalmente nos meios universitários mais sensíveis à miséria social" (Van Stralen, 1985: 27).

Destes novos tecnocratas, muitos participaram da Ação Católica (JEC, JUC), e era esse grupo de "ex-jucistas" que estava se tornando hegemônico dentro do estado, e que ocupou a Secretaria de Planejamento em 1969.

Na Secretaria de Saúde este grupo de técnicos "ex-jucistas" vai chegando e cria-se naquela estrutura velha um enclave modernizante, o que foi possível porque estava à frente da Secretaria uma figura muito interessante que era Clóvis Salgado, um homem moderno de idéias muito abertas (entrevista com Eugênio V. Mendes, em 28/04/93).

Com a assessoria do ILPES, o grupo de economistas implanta no estado o orçamento-programa, o que permitiu que a tecnocracia se consolidasse no poder. No caso da Secretaria de Saúde, ocorreu uma mudança fundamental que seria o elemento facilitador da reforma administrativa. O orçamento se desloca das mãos dos Chefes de Departamento para as mãos da Assessoria de Planejamento, à frente da qual estava o médico José Ribeiro de Paiva Filho, do quadro da SES e que havia participado no Rio de Janeiro, em 1967, de um curso formal de planejamento - o "Curso de Planejamento em Saúde" -, na Escola Nacional de Saúde Pública, promovido pela OPS.

Dois fatores contribuíram para acelerar o processo de modernização da Secretaria: a criação do Escritório Técnico de Racionalização Administrativa - ETRA - em 1969, e a ajuda técnica e financeira, proposta pela Divisão de Saúde da SUDENE.

A reforma administrativa iniciada em todos os seus setores através do ETRA, propõe a transformação de toda a estrutura das Secretarias. No caso da Secretaria de Saúde, a proposta é a substituição

do critério de especialidades pelo critério de área geográfica. A Assessoria de Planejamento e Controle passa a denominar-se Assessoria de Planejamento e Coordenação e cria-se a Superintendência Geral de Saúde para a qual foi nomeado o médico Clóvis Boechat de Menezes, e a Superintendência de Atividades Especiais, cujo primeiro superintendente foi o médico Benedictus Philadelpho de Siqueira.

Novos técnicos são contratados através do ETRA, para compor os quadros da SES, assim como são comprados equipamentos mais modernos para o nível central e complementados os salários para um regime de tempo integral, com recursos oriundos da Divisão de Saúde da SUDENE. "Como a primeira tarefa de planejamento executada pela Assessoria, foi feito um diagnóstico de saúde da região do Norte de Minas, visando expandir a rede de cuidados primários e de unidades de saúde e montar, na cidade-polo da região que era Montes Claros, um Centro Executivo Regional de Saúde para executar uma ampla programação de saúde" (entrevista com José R. Paiva F., já citada.).

A Secretaria de Saúde criou então em 17 de abril de 1969, através do Decreto 11806, o Centro Executivo Regional de Montes Claros, o primeiro do estado.

Quatro outros Centros Executivos Regionais foram criados em 1971; em Juiz de Fora, Diamantina, Belo Horizonte, e Uberlândia.

"Os Centros de Montes Claros e Diamantina passaram a dispor de recursos extra-orçamentários, o primeiro com recursos da SUDENE e posteriormente, com recursos da USAID e o segundo, com financiamento do Ministério do Planejamento, obtido mediante projeto especial para o Vale do Jequitinhonha, o que, de certo modo, refletia o bom conceito e até mesmo um certo respeito que naquela época, pelo menos nos níveis técnicos, a Secretaria de Saúde de Minas passou a merecer junto aos órgãos do Governo Federal, principalmente, do Ministério da Saúde e do Ministério do Planejamento" (entrevista com José Ribeiro de Paiva Filho, em 09/07/93).

Na implantação do CER de Montes Claros, a Secretaria solicitou a ajuda da Fundação SESP, que forneceu alguns técnicos para trabalhar no Centro Regional.

### 1.5. Quarta história: as experiências de Medicina Comunitária no Brasil

A quarta "estória" se refere à conjuntura da saúde no Brasil nos anos sessenta e setenta, e às respostas dadas pelo Estado no contexto das profundas transformações políticas, econômicas e sociais.

A grave crise no setor saúde traduzia-se pela incapacidade progressiva do Estado brasileiro em propiciar assistência à saúde através da Previdência - um compromisso histórico com os assalariados - dada a incorporação massiva de contingentes da população antes marginalizados, e portando novas doenças, já não mais controláveis pela medicina preventiva.

Procurando a saída para a crise, surgem então como alternativas ao modelo da simples compra de serviços de saúde ao setor privado e no bojo de outras propostas, a da "Medicina Comunitária" e a dos "Programas de Extensão de Cobertura".

No desenvolvimento desses programas, havia, de um lado, as agências internacionais de saúde como a OPS, e de financiamento, como a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford, o Banco Mundial e a Fundação Kellogg; e de outro, profissionais e intelectuais, dos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina.

Com discurso semelhante, mas com interesses diversos, os primeiros tinham em mente a preocupação dos E.U.A. com os efeitos da crise econômica na população, ameaçando a hegemonia norte-americana no continente. Trouxeram para os países latino-americanos as novas propostas de reorganização dos serviços, conhecidos como Medicina Comunitária.

Tais programas faziam parte das diretrizes do "Plano Decenal de Saúde para as Américas", aprovado pela III Reunião dos Ministros da Saúde das Américas, em Santiago do Chile, em 1972, situando como objetivo principal a extensão de cobertura dos serviços de saúde ao campo.

Os segundos, preocupados com as condições de vida e saúde do povo brasileiro, o alto custo dos serviços de saúde e a baixa cobertura da população,...

"... passaram a denunciar, por meio de publicações especializadas, no mais das vezes mimeografadas e com tiragem limitada, as posições do governo no setor. Estes profissionais e intelectuais passaram a divulgar a proposta de medicina simplificada como sendo uma alternativa popular, de "esquerda", e passaram a defendê-la em simpósios e reuniões, ainda que manifestando desconfiança diante do fato de que o governo brasileiro e as agências internacionais comesçassem também a expressar interesse e abertura aparentes para a idéia." (Fonseca, 1984: 213).

Os Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades passaram, então, a desenvolver experiências e projetos financiados pelos organismos internacionais. Dessas experiências, as mais conhecidas são:

- Projeto de atuação médica simplificada para uma área peri-urbana do Estado do Rio de Janeiro: patrocinado pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, em Nova Iguaçu, RJ;
- Programa de Medicina Comunitária de Londrina, Paraná: patrocinado pela Universidade de Londrina, em convênio com a Prefeitura Municipal, 1969;
- Projeto de Saúde Comunitária da UNICAMP (Campinas, SP), conhecido como Projeto de Paulínea: financiado pela Fundação Kellogg e que teve início entre 1971 e 1972;
- Programa de Saúde Comunitária - Projeto Vitória - realizado pela Universidade Federal de Pernambuco em Vitória de Santo Antão, PE;
- Projeto de área programática para serviços integrados de saúde, patrocinado pela Universidade de São Paulo (USP), através do Departamento de Medicina Preventiva, em convênio com a Secretaria de Saúde de São Paulo. O projeto desenvolveu-se no Vale da Ribeira, no início da década de setenta" (Rosas; 1980: 60).

Em outras experiências ligadas às secretarias de estado, como foi o caso da Secretaria de Saúde de Minas, desenvolveram-se propostas de "medicina simplificada" e "extensão de cobertura" de serviços, com projetos mais amplos a partir da organização de serviços de saúde propriamente ditos, e se propondo a atingir parcelas significativas da população.

Os programas de saúde do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, em Diamantina, iniciado em 1971 e o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros, em 1975, foram experiências - piloto de implantação de serviços de saúde e que se caracterizaram como "espaços de liberdade e resistência, quase a sublimação, no campo da saúde, da participação política frustrada". (Fonseca, 1984: 216.)

Ambas as experiências tiveram uma ligação estreita com a Universidade, pois serviram de campo de estágio para os estudantes de medicina. A primeira como embrião e a segunda como consolidação do internato rural da Faculdade de Medicina da UFMG, pioneiro no país.

## 1.6. Quinta história: a participação das esquerdas na formulação das políticas de saúde no Brasil

A quinta "estória" não contada, mas apenas referida, diz respeito aos projetos de uma esquerda militante com certa presença na tecno-burocracia e na intelectualidade do país, em diversos níveis e escalões (Fonseca, 1984: 10).

Esta quinta "estória", em parte escrita, em parte referida, talvez seja a mais importante para a proposta de "Recuperação Crítica e Reconstrução Estratégica"<sup>2</sup> do Projeto Montes Claros, pois é a que vai levar à reflexão sobre os rumos que tomou a Reforma Sanitária Brasileira.

Ela começa nos anos sessenta, pela opção de vários militantes de esquerda, que buscaram várias formas de lutar pela melhoria das condições de vida do povo brasileiro, seja através das instituições públicas, seja na clandestinidade ou na luta armada.

Dos que optaram pelo trabalho nas instituições públicas, muitos escolheram a área de saúde<sup>2</sup> como uma forma de concretizar seus ideais reformistas. Nas Secretarias Estaduais de Saúde, nas Faculdades de Medicina, encontraram um campo aberto onde contribuíram com sua formação teórica para o movimento de reforma do estado e das universidades.

"Eu acho que, em muitos lugares se tinha essas idéias, mesmo quando eu era estudante, em 1963, na época das lutas pela Reforma Universitária, tinha gente da JUC, da POLOP, do PARTIDÃO, todos com o objetivo de transformar o ensino médico, de voltá-lo para a realidade" (entrevista com José Teubner Ferreira, em 18/09/93).

Na Secretaria de Saúde de Minas, esse grupo assumiu as tarefas de reorganização dos serviços, partindo para a coordenação de projetos e programas de vulto, tanto a nível central, em Belo Horizonte, com a nível de regiões onde se instalaram programas especiais, como a região do Vale do Jequitinhonha e a região do Norte de Minas.

"Porque já dominava nesse tempo a área social, em Minas. Nessa área de planejamento, havia grupos que vinham sendo formados há anos, digamos assim, e que tinham uma solidariedade, dado que nós pertencíamos a um movimento religioso e político que era a JUC. E eu fui da Ação Católica e as pessoas que me convidaram também" (entrevista com Francisco Assis Machado, em 09/02/93).

Em Diamantina, com o Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha, em 1971, realizado com bastante êxito técnico, congregam-se pessoas desses quadros formados na Ação Católica, e que posteriormente entram em contato com outras experiências brasileiras mais expressivas da chamada Medicina Comunitária, onde militavam

---

<sup>2</sup> nome do projeto de pesquisa realizado pelo NUPES/ENSP/FIOCRUZ que originou esta publicação.



sanitaristas ligados a partidos de esquerda, como o Partido Comunista Brasileiro.

De certa forma prestigiados pelo êxito técnico do Programa de Diamantina, sua direção assume, em 1975, a implantação do Projeto Montes Claros que, com grande autonomia, vai permitir articulações de pensamentos políticos diversos e uma presença marcante das lideranças mais expressivas do sanitarismo de esquerda que militavam nas instituições de saúde.

“Nessa época, eu estava em Campinas e Montes Claros tem muito a ver com as experiências que foram conduzidas em Campinas, principalmente no Projeto Paulínea. Em muito as idéias de participação da população, de pesquisas, Campinas foi durante esse período um ponto de referência” (entrevista com Sergio Arouca, em 28/06/93).

“Aí, por volta de 71, 74, os militantes desses partidos estavam mais voltados para experiências menos vulneráveis, de universidades e a nível técnico. As pessoas passam a se interessar por esse tipo de modelo de participação, ou mesmo uma coisa que tinha uma idéia de democracia, medicina comunitária. Eu acho que aí, os militantes dos partidos de esquerda tinham uma atração maior. Então começou a se desenvolver uma solidariedade, fora do Estado, e eu acho que a gente levou isso para Montes Claros. E quando começamos a trabalhar em Montes Claros, fomos acompanhados, e quando a experiência começou a ganhar uma certa visibilidade, essas pessoas acompanharam mais de perto” (entrevista com Francisco Assis Machado, em 09/02/93).

Como tais grupos dispunham de poucos espaços institucionais para seus experimentos, encontraram na prática da implantação do Projeto Montes Claros o espaço próprio e adequado para desenvolvê-las.

O deslocamento do grupo que dirigia o Projeto de Paulínea para a Escola Nacional de Saúde Pública e o crescimento de sua influência teórica e seu prestígio, facilitaram muito a articulação nacional do Projeto Montes Claros, que passa a ser referência nacional.

A essa época, vai para o Ministério da Saúde um grupo de técnicos que impulsiona grandes mudanças.

“Esse grupo do Ministério da Saúde foi um grupo interessante. Acho que pela primeira vez entrou no Ministério um grupo de esquerda, um pessoal ligado à Ação Popular, à Igreja... ...Começou-se a pensar na questão da reorganização do sistema de saúde. Foram eles que promoveram a Lei do Sistema Nacional de Saúde, e começaram a trazer muita gente de esquerda. Para trazer essa gente, o PPREPS funcionou como um

mecanismo para contratar o pessoal e aí não teria a "tal ficha" ... ..Acabou sendo uma espécie de composição entre uma esquerda ligada à Igreja Católica, e pessoas do PCB ou próximas" (entrevista com Sergio Arouca, em 28/06/93).

Com a ida de Francisco Machado para o PIASS, em 1977, vindo de Montes Claros, manteve-se a articulação, não só com a equipe que permaneceu lá, mas com outros grupos.

Em 1979, com a mudança no governo federal e nos governos estaduais, algumas pessoas se reaglutinam no PPREPS / OPS, e outras voltam aos seus estados de origem.

Dentro do Ministério da Saúde as pessoas que conseguiram algum espaço se lançam na proposição de um programa nacional, com perspectivas de aprovar pela primeira vez no país um programa avançado que seria o PREV-SAÚDE, propondo um Sistema Nacional de Saúde com todos os seus níveis de atendimento.

A estratégia, ao contrário do que ocorreu em Montes Claros e no PIASS, é lançá-lo publicamente, na VII Conferência Nacional de Saúde, o que tornou muito visível a proposta maior do projeto - a constituição de um Sistema Único de Saúde hegemônico - o que o torna o alvo principal de grupos contrários dentro do próprio Ministério da Saúde e da Previdência Social; principalmente do INAMPS, do empresariado médico, da Federação Brasileira de Hospitais e das lideranças da corporação médica. As reformulações que passaram a ser feitas levaram à total descaracterização do PREV-SAÚDE.

Com a posse dos novos prefeitos em 1983, várias pessoas do Movimento Sanitário são indicadas para as Secretarias Municipais de Saúde, propiciando uma articulação maior dos secretários. O "III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde" realizado em Montes Claros, em fevereiro de 1985, aprovou a "Carta de Montes Claros" propondo diretrizes para a Política Nacional de Saúde do futuro governo.

O movimento torna a se organizar mais tarde, na Direção Geral do INAMPS, quando se elabora o "Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social", também conhecido como Plano do CONASP que, entre outras atividades, propõe o "Programa das Ações Integradas de Saúde" - PAIS, com a participação efetiva, na sua elaboração, de nomes como o de Eleutério Rodrigues Neto. Em 1985, na Nova República, Hésio Cordeiro é indicado para a presidência do INAMPS, Francisco Machado para o Departamento de Promoção das Ações Integradas de Saúde e Sergio Arouca para a FIOCRUZ.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, as Ações Integradas de Saúde - AIS - são colocadas como estratégia preferencial para a

implantação do Sistema Único de Saúde.

Em 1987, a Direção Geral do INAMPS articulada com a Secretaria de Serviços Médicos da Previdência Social, à frente da qual estava José Saraiva Felipe, lançam os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS - que "estadualizam o INAMPS", transferindo aos Secretários Estaduais de Saúde a gerência de seus recursos em cada unidade da Federação.

Nas universidades, o "Movimento da Reforma Sanitária", reprimido desde o golpe de 1964, começa a se articular novamente no início da década de 70. Nas Faculdades de Medicina, as discussões feitas em torno da "Medicina Social", da "Medicina Comunitária" ou da "Saúde Comunitária", reaglutinam professores e alunos liderados por nomes como Sergio Arouca, Ana Maria Tambellini, Célia Leitão Ramos, da UNICAMP, Hésio Cordeiro do Instituto de Medicina Social da UERJ, Cecília Donnangelo da USP e Domingos Gandra da UFMG (Campos, 1980: 2).

Em 1974, alguns estudantes de medicina da UFMG fundaram, através do Diretório Acadêmico Alfredo Balena, um "Centro de Estudos de Saúde" e promoveram a partir daí várias discussões acerca da Medicina de Comunidade. Daí surgiu a idéia de se organizar, com apoio de alguns professores, a "I Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária" - SESAC.

A primeira SESAC foi em Belo Horizonte, em 1974, e ...

".... é interessante, se você pensar hoje, quem estava na lista de convidados: o Sergio Arouca, a Cecília Donnangelo, o Hésio Cordeiro, a Ana Maria Tambellini, sendo que a pessoa que mais nos orientou aqui foi o Domingos Gandra" (entrevista com Francisco Eduardo de Campos, em 29/06/93).

Ocorreram várias "SESAC". Em Londrina, Curitiba, Campinas, São Paulo, Santo André, Vitória; essa última, já a VII SESAC, em 1980. Documentos importantes foram produzidos sobre a prática médica e a saúde comunitária. Essas discussões contavam também com a assessoria da OPS, cujos técnicos na época eram Juan Cesar Garcia e Carlos Vidal, entre outros.

"O Juan Cesar Garcia tinha aqui no Brasil, na verdade, quatro ou cinco "filhos",...que foram as pessoas que fizeram Medicina Social no Brasil. Essas pessoas quem foram? Sergio Arouca, um rapaz jovem de Campinas, a Cecília Donnangelo, o Hésio Cordeiro e o Domingos Gandra. Ele identificou também, no México, a Cristina Laurell, e no Equador, o Edmundo Grandá e o Jaime Breilh. Ele teve essa percepção e articulou organicamente um projeto de Medicina Social, sendo que as estruturas reprodutoras desse projeto são basicamente, o

mestrado da UERJ, que teve uma importância fundamental na formação da grande maioria dos quadros da Reforma Sanitária Brasileira, e o mestrado do México, onde se formou a intelectualidade da "Associação Latino-Americana de Medicina Social" - ALAMES (entrevista com Francisco Eduardo de Campos, em 29/06/93).

A partir das discussões das "SESAC", do estágio realizado por iniciativa da direção do Centro Regional de Diamantina, e do D.A. Alfredo Balena, e das Proposições da Reforma do Ensino Médico, foi viabilizado com o apoio da Secretaria de Saúde e do CRS de MOC a implantação do Internato Rural da UFMG, no início de 1978.

A experiência desenvolvida pelo Internato Rural da UFMG, propiciou um trabalho político na região, com a fundação de vários sindicatos rurais. "Além do trabalho médico, a gente desenvolvia junto à população um trabalho político e conseguimos montar os sindicatos rurais" (entrevista com José T. Ferreira, em 18/09/93).

"O Internato Rural era basicamente composto de militantes de partidos como o PT, PC do B, MR-8, PCB e setores do MDB. Nós estávamos mais interessados em trabalhar o movimento de base, em formar sindicatos, em mobilizar o povo" (entrevista com Apolo H. Lisboa, 02/04/93).

Ao lado desses movimentos nas instituições de saúde e nas Universidades, ocorreram a nível da sociedade civil outros movimentos, determinados principalmente pela conjuntura sócio-política, agudizada pela crise econômica de 1974, quando setores do empresariado nacional e setores do movimento popular se mobilizam e abrem espaços de participação política. Eclodem movimentos grevistas em 1977, 1978 e 1979, e outros movimentos populares como o "Movimento do Custo de Vida".

"Os médicos foram o primeiro setor dos trabalhadores a desafiar o governo militar e convocar uma greve geral por melhores condições salariais, colocando as reivindicações corporativas no contexto das lutas por um sistema de saúde mais democrático; isto é, menos subordinado aos interesses empresariais, por melhores condições de atendimento da população, melhores condições de trabalho e remuneração dos profissionais" (Teixeira & Mendonça, 1989, p.205).

Em Belo Horizonte, nessa época, surge o Grupo de Estudos Médicos - GEM - que foi o início do "Movimento de Renovação Médica" - REME - em Minas. Reunia vários profissionais médicos em torno de questões da prática médica, das condições do trabalho médico, da

democratização dos serviços de saúde, do acesso a estes serviços por parte da população, além das lutas mais gerais de oposição ao regime militar, como a luta pela Anistia. A partir do GEM foi criada a "Oposição Sindical Médica" que venceu as eleições no Sindicato dos Médicos de Belo Horizonte, liderada pelo médico Célio de Castro.

"Concomitante ao GEM, começaram também as organizações dos partidos de esquerda, na área médica. E eu me lembro da organização do PCdoB e de algumas pessoas que tinham proximidade com o partido. Fizemos um esforço enorme de sindicalização dos médicos em Belo Horizonte" (entrevista com Roberto Assis Ferreira, em 18/09/93).

O REME surgiu inicialmente como oposição sindical, e sua atuação foi maior e mais organizada no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Minas. Segundo Campos (1988), "as primeiras plataformas do REME foram através de plataformas eleitorais, seguidas das propostas de reorganização das entidades médicas e, finalmente, uma postura de oposição ao regime militar e às leis de exceção".

"Em 1980, participei de uma reunião no Rio de Janeiro, com o objetivo de uma articulação nacional do REME. E essa articulação tinha ligação com as eleições dos Conselhos Regionais de Medicina e das Associações Médicas. Mas nós participamos ativamente do processo de luta pela Reforma Sanitária, que era a grande bandeira de luta do movimento médico. A luta pela democratização do sistema de saúde, por verbas para a saúde, o processo do SUS, isso tudo nós participamos. No entanto, o REME não tinha origem no movimento sanitarista, tinha origem no movimento médico. Tinha interface, tinha ligações. Algumas pessoas que representam esse movimento, como o Arouca, tinham ligações políticas com o movimento médico, mas o movimento médico não tinha raízes no movimento sanitarista" (entrevista com Roberto A. Ferreira, em 18/09/93).

Outro movimento do meio médico importante para o movimento da Reforma Sanitária foi o dos médicos residentes, que se organizou a nível nacional. Criando a "Associação Nacional dos Médicos Residentes", conseguiu várias conquistas para a residência médica no país.

Destacam-se no processo da Reforma Sanitária Brasileira as atividades desenvolvidas associadamente pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES -, criado em 1976 por um grupo de intelectuais e profissionais de saúde, e pela...

"...Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, no seu planejamento estratégico e nas suas articulações políti-

cas.” O CEBES passou a editar a Revista “Saúde em Debate” e um conjunto de livros em uma linha editorial com o mesmo nome. Através desse Centro de Estudos, de suas publicações, promoções de eventos e conferências, difundia-se uma nova proposta para a organização do sistema de Saúde, inserida na luta mais geral pela democratização de país” (Teixeira & Mendonça, 1989: 206).

Todas estas articulações confluíram para a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília, e depois na implementação de suas propostas com a criação da “Comissão Nacional da Reforma Sanitária”, que tinha representação de todos esses segmentos. Mais tarde, já preparando sua intervenção na Constituinte, constituem a “Plenária Nacional de Saúde”, para a defesa da Saúde como Direito na Assembléia Nacional Constituinte e posteriormente na Lei Orgânica da Saúde.

## 2 . OS MOMENTOS DA HISTÓRIA

### 2.1. Concepção: o IPPEDASAR - 1971 a 1972

Os investimentos norte-americanos através da USAID e o interesse da Family Health Foundation viabilizaram a criação do “Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural - IPPEDASAR- em 3 de setembro de 1971, por um convênio assinado entre o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane/ Family Health Inc., o Governo de Minas Gerais e a Fundação Universidade Norte Mineira.

“O Scofield passa por aqui já com um projeto pronto, em articulação com a USAID, com o convênio já assinado com a Fundação Norte Mineira e começa a conversar na Secretaria com o pessoal técnico. O secretário na época, Dr. Fernando Veloso, era amigo do Dr. João Valle Mauricio, reitor da Universidade Norte Mineira... e naquele momento acabou assinando um convênio tripartite” (entrevista com Eugênio V. Mendes, em 28/04/93).

“Então se criou o Ippedasar, que recrutou muitos profissionais para trabalhar. Mas a formalização desse entendimento demorou muito, porque houve divergências; e eu me recordo que a primeira proposta de programação que eles elaboraram para o norte de Minas , e que foi submetida à Secretaria, gerou

por parte da Assessoria de Planejamento uma rejeição contundente" (entrevista com José R. Paiva F., em 07/09/93).

O IPPEDASAR foi criado como uma instituição civil, mas planejando um projeto para uma região do estado. Para tal montou-se uma equipe de alto nível, com competência técnica e representação política e institucional, que possibilitasse a viabilização do projeto. Eram ao todo 34 pessoas, "um monstro macrocéfalo, nas palavras do Dr. Hermes de Paula, convidado pelo seu prestígio junto aos médicos da região, para exercer o cargo de vice - presidente do Instituto (Fonseca, 1984: 87). Leslie Scofield era o diretor executivo do Instituto e a equipe técnica era composta de ...

"... Um grupo forte de gente jovem, de gente com muita potencialidade e muita disciplina de trabalho... e este grupo começou a crescer muito, crescer intelectualmente. Já tinha assessoria internacional, acesso às informações." A medida que o grupo vai crescendo, começa a ameaçar muito o grupo da Assessoria de Planejamento da Secretaria. Nós trabalhávamos no prédio da Faculdade de Medicina de Montes Claros, sob a coordenação de Scofield e a partir desses estudos e discussões começa a surgir o esboço do Projeto Montes Claros" (entrevista com Eugênio V. Mendes, em 28/04/93).

Esse grupo desenvolveu nesse ano e no ano seguinte enorme quantidade de avaliações, relatórios, estudos e principalmente contatos institucionais que, segundo Delcio Fonseca, visava cumprir a função político-ideológica de "vender" a idéia do projeto (1984: 90).

Foi produzido um primeiro documento, um ante-projeto do "Programa Piloto de Pesquisa e Desenvolvimento de Assistência Sanitária Rural" apresentado à Faculdade de Medicina e à Secretaria e em linhas gerais já continha a proposta do modelo a ser implantado.

O segundo documento intitulado "Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas", preparado pela equipe técnica do IPPEDASAR, era composto do diagnóstico de saúde do Norte de Minas com a descrição da região (aspectos físicos e demográficos), as características socio-econômicas, a análise dos níveis de saúde e do sistema de saúde existente e a proposição do Sistema Regional de Saúde com a descrição do modelo e a estratégia de implantação.

Este segundo documento era ainda um documento interno de circulação restrita, não oficial. Foi trazido à Secretaria de Saúde pessoalmente pelo Dr. Eugênio Vilaça, com um ofício do Dr. João Valle Maurício, em 28 de agosto de 1972, solicitando parecer para ser logo encaminhado ao Ministério para aprovação, sendo uma cópia do mesmo entregue à Secretaria de Educação. "Quando este documento

surgiu, foi um ciúme exagerado, exatamente porque era um documento muito bom para a época... um documento articulado" (entrevista com Eugênio V. Mendes, em 28/04/93).

Em 11 de setembro de 1972, o Reitor da Universidade Norte Mineira, Dr. João Valle Maurício, enviou telegrama ao Governador Rondon Pacheco, solicitando informações urgentes a respeito de uma reunião das duas Secretarias para resolução do projeto e posterior encaminhamento aos Ministérios da Saúde e Planejamento, para inclusão no orçamento da União.

No entanto, observou-se que, pela tramitação do documento nas duas Secretarias, ambas tinham ressalvas ao projeto encaminhado, além das apresentadas pelo Conselho Estadual de Desenvolvimento - CED -, que também examinou o projeto por solicitação da Secretaria de Saúde.

Em 12 de setembro de 1972, é encaminhado ao Dr. Paiva pelo Dr. Cesar Augusto Vieira um estudo realizado pelo Setor de Programação da APC sobre o "Projeto Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas." O estudo em questão discorreu sobre os vários aspectos do projeto e concluiu pela não aprovação do mesmo, por discordância com os termos do convênio firmado em 1971, ressaltando três pontos: "a possível substituição de médicos por auxiliares ..., a não consideração da política da própria Secretaria e a prioridade dada ao grupo etário de mulheres de 15 a 49 anos, em função de um possível programa de controle da natalidade" (Van Stralen, 1985: 38).

Nessa mesma data, a Coordenadoria de Política de Saúde do CED e a chefia da APC/Saúde encaminham ao Secretário um ofício em que propõem a reformulação do projeto, de acordo com o estudo já apresentado. O Secretário, Dr. Fernando Veloso, envia ao governador, em 14 de setembro de 1972 um ofício confidencial no qual endossa o parecer técnico da SES e do CED, solicitando que ...

"...o financiamento de Cr\$11.000.000,00 atende altamente aos interesses da saúde pública no estado, devendo portanto ser encaminhado, porém, com as modificações sugeridas a Vossa Excelência, objetivando resguardar a perfeita adequação de propostas originárias ou aprovadas por essa Secretaria com as normas do Governo Federal. A solicitação de urgência no pronunciamento da Secretaria de Saúde, levou a que estas ponderações fossem agora feitas, para não se tornar necessário o retorno do documento a Montes Claros, para ali sofrer as modificações acima enumeradas e que nos parecem imprescindíveis" (Ofício SES/1623, de 14/09/72).

"Por uma série de razões, nós nos posicionamos, todo o grupo da Assessoria de Planejamento, e posteriormente os próprios elementos do Conselho Estadual de Desenvolvimento também



assumiram a mesma posição, contrária a este programa em massa de controle da natalidade, e que contrariava as nossas concepções pessoais, seja por razões éticas, por razões políticas ou religiosas. Mesmo porque o programa de controle em massa de natalidade era contrário à política de saúde estabelecida no país, e havia esse obstáculo de ordem legal, para que a SES se comprometesse com programas dessa natureza. Portanto, fomos categoricamente contrários a qualquer programa desse tipo, embora muitos de nós fôssemos favoráveis a atividades de planejamento familiar, o que é muito diferente, entendido como uma ação do governo no sentido de ampliar os serviços de saúde e oferecer meios e recursos para o controle da natalidade, sempre com total aquiescência e desejo da clientela. Nós entendemos que este assunto seja da competência exclusiva da mulher e do casal, e não de de uma política de governo e muito menos de uma política internacional, que cheirava muito nesse momento a uma política de colonização. Com relação a isso, ficamos absolutamente tranquilos, e o Secretário deu total apoio à nossa posição, e partimos então para uma tentativa de reformulação daquela programação” (entrevista com José R. Paiva F., em 09/07/93).

Outro motivo alegado pela equipe de assessores da SES foi que o programa propunha a execução de ações de saúde por pessoal auxiliar em substituição ao médico.

“O programa visava preparar pessoal de nível primário, para executar ações mediante um treinamento de seis meses, e pretendia-se atribuir a esse pessoal funções de diagnóstico e tratamento, o que nos parecia ir contra o aspecto legal do exercício da medicina, e também era um desrespeito àquela população pobre, pois então vamos oferecer um programa de saúde executado por pessoal sem nenhuma qualificação profissional para isso” (entrevista com José R. Paiva F., em 09/07/93).

O Secretário de Saúde, ex-presidente da Associação Médica de Minas Gerais, corroboraria a preocupação quanto à utilização de mão de obra de auxiliares de saúde: “uma ameaça ao mercado de trabalho médico”. Entretanto, mesmo após o fim do IPPEDASAR, continuou o titular da Saúde a fazer forte oposição ao projeto, impedindo que aquele grupo pudesse assumi-lo ( Van Stralen, 1985).

Em novembro de 1972, foi apresentado outro documento, pelo IPPEDASAR, com o diagnóstico detalhado, a descrição do modelo e as

etapas da programação, partindo da concepção teórica da "Teoria dos Sistemas".

Como principais características do modelo estão descritas:

- 1 - Coordenação inter-institucional;
- 2 - Máxima cobertura;
- 3 - Financiamento multilateral;
- 4 - Hierarquização dos serviços;
- 5 - Relacionamento com o sistema informal;
- 6 - Participação da comunidade;
- 7 - Utilização da equipe de saúde com delegação de funções;

O modelo previa uma estrutura hierarquizada em quatro níveis: domiciliar, local, de área programática e de região, e os serviços distribuídos hierarquicamente entre os quatro níveis. O estudo da descentralização foi feito em conjunto com o Centro Executivo Regional de Montes Claros, para serem definidas as áreas programáticas em número de sete. "Partiu-se de um estudo de descentralidade hospitalar, no qual se procurou descrever quantitativamente a movimentação ou fluxo da população em busca da assistência, determinando-se as cidades-polo de cada área" (Documento IPPEDASAR, 1972: 68).

Além disso, em conjunto com o Centro Executivo Regional de Montes Claros e a Faculdade de Medicina Norte Mineira, foi montada uma "Unidade Auxiliar Laboratório", que funcionava com um auxiliar de saúde especialmente treinado.

## 2.2. Negociação de compromissos institucionais - 1972 a 1975

Neste meio tempo, precisamente em 9 de dezembro de 1972, o governo estadual teve a comunicação oficial da USAID através de correspondência de J. Michael Farley ao Governador Rondon Pacheco, que um empréstimo estava sendo negociado com os Ministérios da Saúde e Planejamento, para aplicação em três áreas-piloto: em Patos (Paraíba), em Caruaru (Pernambuco) e no Norte de Minas (Montes Claros), com o objetivo de testar modelos de sistemas regionais de saúde.

"Em relação ao estado de Minas Gerais, define-se como projeto-piloto o que está sendo desenvolvido na região mineira do Polígono das Secas, através do convênio entre o governo de Minas Gerais, o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane /Family Health Foundation e a Universidade Norte Mineira, e que objetiva implantar o Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas" (USAID, Brasília, 09/12/72).

Posteriormente, a Secretaria de Saúde veio a saber que se tratava de negociações feitas por Scofield e Beasley, num total de 4 milhões de dólares para um período de três anos.

O governador de Minas foi plenamente favorável, mas a Secretaria de Saúde, dizendo tratar-se do desenvolvimento do projeto do IPPEDASAR, deu o mesmo parecer no sentido de que o projeto deveria ser reformulado permitindo maior participação da Secretaria. Foi encaminhado telegrama ao coordenador do empréstimo, Mr. Farley, pelo Dr. Fernando Veloso e ao Ministro da Saúde, solicitando o empenho desse último à obtenção do empréstimo.

Para tentar resolver o impasse do projeto, o Secretário de Saúde assinou uma Resolução em 24 de janeiro de 1973, criando um grupo-tarefa para, sob a coordenação da SES, "conduzir trabalho comum de definição de modelo a ser testado de um Sistema Regional de Saúde na região do Polígono das Secas, em Minas Gerais" (Resolução s/n, de 24/01/73). O grupo era constituído por Woodrow Pimentel Pantoja, de Ministério da Saúde, José Pinto Machado e Eugênio Vilaça Mendes, do IPPEDASAR, Sydney Araujo Oliveira, da Sudene, Margarida Faria Leão, do CED, e Cesar Augusto Vieira e Benedictus Philadelpho de Siqueira, da SES.

Esse grupo de trabalho se reuniu em fevereiro e junho, conforme convocação de seu coordenador, e elaborou um relatório ao Secretário de Saúde em 13 de julho de 1973.

O documento do IPPEDASAR seria então encaminhado ao Ministério da Saúde, para servir de base a um projeto de financiamento para a região do Norte de Minas. Segundo Eugênio Vilaça isto foi importante porque iria viabilizar o Projeto Montes Claros mais tarde.

O Acordo do Empréstimo entre a USAID e o Governo Brasileiro foi assinado em agosto de 1973 mas o empréstimo não se viabilizou.

O IPPEDASAR a partir daí já estava com os seus dias contados; não só pela forte resistência da Secretaria de Saúde de Minas, como "pela prática da "compra de influência", caracterizada pelo fato de que várias pessoas no Norte de Minas recebiam um salário (em dólar, se dizia) sem trabalharem no projeto". (Fonseca, 1984: 93), além de uma acusação à Family Health Foundation nos EUA que foi processada criminalmente, por desvio de recursos.

Além desses dois motivos, havia um terceiro: a forte desconfiança por parte dos técnicos da Secretaria e de alguns técnicos do próprio IPPEDASAR, do propósito do controle da natalidade embutido no projeto, como ficou evidenciado no Seminário Internacional sobre "Delivering Innovative Health Services in Latin America" ocorrido em New Orleans, Louisiana, em agosto de 1973. Este seminário contou com a participação de técnicos brasileiros da equipe do IPPEDASAR, e

nos dois documentos elaborados como conclusão, está claramente assumida a idéia de se implantar programas de planejamento familiar na América Latina (Fonseca, 1984: 96).

O terceiro motivo teve outra versão na entrevista de Eugênio Vilaça quando afirma que a questão do controle da natalidade teve um peso menor que a resistência por parte da Secretaria de Saúde, que queria ter o controle total do projeto.

No entanto, outros técnicos da Secretaria tinham a informação de que no financiamento externo através da Fundação Kellogs estava embutido o interesse de realizar programas de controle da natalidade, no Norte de Minas (entrevistas com José T. Ferreira e José R. Paiva F.).

No segundo semestre de 1973, a equipe começa a se dissolver e finalmente em dezembro o IPPEDASAR deixa de existir.

Os técnicos da Secretaria que estavam à disposição do projeto retornam ao nível central e outros são contratados pelo Centro Executivo Regional de Montes Claros.

Depois da saída da Universidade de Tulane do Projeto, surgiu imediatamente o interesse da Unidade de Planejamento do Ministério da Saúde, dirigida pelo Dr. Pantoja, no sentido de que se retomassem os entendimentos com a USAID, para se executar um programa de saúde sem o controle de natalidade. Foi possível reformular o projeto, aproveitando alguns trabalhos da Secretaria, como o diagnóstico do Norte de Minas, o trabalho executado pela equipe do IPPEDASAR, sendo montado um novo programa de saúde com a utilização de pessoal auxiliar.

No entanto, as negociações para o empréstimo da USAID não se viabilizam e o projeto é arquivado no Ministério da Saúde.

O ressurgimento da proposta se deu através da "nova administração que assumiria o controle da Secretaria de Saúde de Minas e que deixaria de ser um obstáculo à implementação do modelo desenvolvido pelo IPPEDASAR, que assim ressurgiria, ainda que nunca citado" (Fonseca, 1984: 103).

"Eu acho que eles partiram da concepção do projeto que estava pronto; eles usaram o diagnóstico de saúde que estava feito, mas isto tem de ser negado, porque tinha que ser uma concepção original" (entrevista com Eugênio V. Mendes, em 28/04/93).

Assim, a implantação do "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas" é viabilizada a partir de 1975, quando assume o governo do estado Aureliano Chaves, e a Secretaria de Saúde o Dr. Dario de Faria Tavares.

Um grupo de técnicos da Secretaria, bem articulados, sob a liderança de Eugênio Vilaça, se aproxima do novo secretário e aca-

bam assumindo os cargos do segundo escalão. O Secretário-Adjunto, Dr. Archimedes Theodoro, e o Superintendente Geral, o prof. Pinto Machado, já tinham sido escolhidos pelo Dr. Dario, mas os outros cargos são distribuídos entre esse grupo. Eugênio Vilaça Mendes vai para a Assessoria Técnica de Saúde, Cesar Augusto Vieira para a Assessoria de Planejamento, José Teubner Ferreira para a Superintendência Adjunta. Francisco Assis Machado é nomeado diretor do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, após ter sido vetada sua indicação para o cargo de Superintendente-Adjunto, fato que lhe permite impor condições para aceitar a direção do "Projeto Montes Claros", entre elas a autonomia. José Maria Borges assume posteriormente a Superintendência de Saúde depois do afastamento do prof. Pinto Machado, por motivo de aposentadoria.

"Quando eu assumi a Secretaria no dia 17 de março de 1975, como Secretário do governador Aureliano Chaves, ...e já estava com uma equipe montada, com os elementos escolhidos para dirigir os diversos setores da Secretaria. E encontrei um projeto na gaveta do Secretário, Dr. Fernando Veloso, o projeto do Sistema Regional de Serviços de Saúde do Norte de Minas, a ser financiado pela USAID" (entrevista com Dario de Faria Tavares, em 13 /04/93).

Eugênio Vilaça, que havia participado do IPPEDASAR, convence o Secretário a procurar o Superintendente da USAID para a América Latina, para, já com o projeto reelaborado, propor negociações entre a Secretaria, o Ministério da Saúde e a USAID. Finalmente, em 18 de abril de 1975, é assinado o convênio para o desenvolvimento do projeto previsto no Acordo entre o Brasil e a USAID (Fonseca, 1984: 161).

"No entanto, houve uma mudança substancial no financiamento. O recurso que anteriormente seria transferido a fundo perdido, com a eliminação da proposta de controle de natalidade, passa a ser um empréstimo de quatro milhões de dólares para o programa" (entrevista com José R. Paiva, em 07/09/93).

### 2.3. Implementação do Projeto: revisão do projeto e desenvolvimento das atividades programadas - 1975 a 1978

Francisco Assis Machado foi o escolhido para dirigir a implantação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, por sua competência na direção do Centro Regional

de Saúde do Vale do Jequitinhonha em Diamantina a partir de 1971, onde tinha desenvolvido uma experiência de implantação de serviços de saúde com um volume muito grande de recursos (naquela época, correspondia a dois terços do orçamento da Secretaria), oriundos do Fundo Especial da União para o controle da Doença de Chagas. Estes recursos seriam usados pela Secretaria para o programa de tuberculose e hanseníase e implantação dos serviços na região. Francisco Machado desenvolveu uma experiência de gestão participativa na administração do Centro, com a criação de um "Conselho Técnico Administrativo", órgão colegiado com representação de todos os funcionários do Centro Regional, e uma forma de supervisão inovadora na Secretaria que foi a "supervisão polivalente." Esta forma de supervisão permitia aos técnicos supervisores uma visão do conjunto das ações de saúde, na medida em que na prática da supervisão deveriam tomar conhecimento de todos os problemas mesmo que não fossem de sua área específica de atuação e dar suporte ao nível local.

O CER de Diamantina sediou também um estágio de alunos da Faculdade de Medicina da UFMG, em 1974, por iniciativa do D.A. Alfredo Balena, e do próprio diretor do Centro. Esse estágio foi o embrião do Internato Rural da UFMG.

A Secretaria, a esta época já em um estágio avançado de modernização administrativa, parte para a criação de outros Centros Regionais após o estudo de regionalização feito por um grupo de técnicos coordenados por Francisco de Assis Machado a partir de uma Resolução do Secretário, com o objetivo de definir as medidas e recursos necessários à sua implantação.

O "Projeto Regionalização", como foi chamado, foi entregue ao Secretário de Saúde em julho de 1975, mês em que já estão consolidadas as diretrizes de implantação dos C.R.S. Francisco Machado assume a direção do Centro Regional de Saúde de Montes Claros para a implantação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas.

"Assim eu aceito ser diretor do "Projeto Montes Claros", e já vou com o sentido de reestruturar a diretoria regional para ter a capacidade de deslançar o Projeto. E, obviamente, me favorece muito o fato de que eu, sendo indicado para uma função hierarquicamente maior na Secretaria e tendo sido vetado por grupos,.... isto me dá muitas vantagens. E para aceitar Montes Claros, eu exijo e imponho uma série de condições, inclusive para indicar pessoas, para contratar quem eu quisesse para compor os quadros. De certa forma, eu fui bastante fortalecido para o Centro Regional, com muita autonomia dada pelo Secretário" (entrevista com Francisco Assis Machado, em 09/02/93).

A Secretaria de Saúde se organiza então com a finalidade de acompanhar a implantação dos novos Centros Regionais de Saúde a serem criados e reorganizar os já existentes, com o apoio de técnicos para implantar os serviços e compor as equipes de trabalho dos Centros.

“Naquele tempo, nós desenvolvemos uma estrutura descentralizada. O Centro Regional era uma unidade orçamentária; demitia e contratava com autonomia, sem interferência política. Não era autonomia total mas tinha um grau de desconcentração muito grande que dava para tocar o trabalho com uma margem de liberdade grande, e sobretudo havia muitos recursos. Quer dizer, o que viabiliza o Projeto Montes Claros é a existência de um recurso extra-orçamentário e de grande flexibilidade. O Projeto MOC tem o discurso moderno, e eu aproveito o trabalho do IPPEDASAR na sua concepção, mas agregando outras coisas” (entrevista com Eugênio Vilaça, em 28/04/93).

A entrada de Chicão, como era por todos conhecido Francisco Machado, constituiu a nosso ver o primeiro elemento de ruptura do Projeto Montes Claros. É ele quem, a partir de uma concepção ideológica, imprime as características inovadoras em MOC.

“Com o financiamento externo, criaram-se quadros, porque o Chicão vinha com uma experiência interessante de Diamantina. Criaram-se condições muito favoráveis para o desenvolvimento daquele projeto. O Chicão quis dar uma originalidade. O projeto foi gestado no IPPEDASAR. Sem dúvida, o Projeto MOC começa no IPPEDASAR, o que para mim é em 1972. O Projeto MOC não teria dado nada, se toda esta história para trás não tivesse acontecido: se não tivesse existido uma história de modernização na economia mineira, a Sudene... Num determinado momento, ele começa com os fatores favoráveis” (entrevista com E.V.Mendes, em 28/04/93).

“O que eu acho que aconteceu foi um salto qualitativo do projeto. Quando o Chicão assumiu ele propôs uma reeleitura desta proposição técnica do modelo, e daí veio uma proposta política, ou seja, você tinha uma matriz técnica que estava difundida em toda a América Latina ...e nós criamos ali um espaço de uma proposta de modelo de contestação do atendimento médico curativo” (entrevista com José Saraiva Felipe, em 02/93).

“Eu acho que o Chicão fez uma mudança na proposta do projeto, uma conotação política. O regime militar sabia perfeitamente das questões políticas que eram discutidas em Montes

Claros, mas estava interessado em desenvolver a região, que era economicamente muito importante. Havia necessidade de se levar assistência médica à população, através de um programa de extensão da cobertura, e mesmo de se repor a força de trabalho naquela região" (entrevista com José T. Ferreira em 01/06/93).

Na montagem da equipe do CRS MOC, foram selecionadas em sua maioria pessoas jovens, recém-saídas da universidade, e que foram atraídas pelo que poderia se transformar Montes Claros.

"Quando fomos selecionados, o Ricardo tinha dois meses de formado e eu, quatro. Nós éramos "verdes", não tínhamos nenhuma experiência, e esse era o critério para a seleção de pessoal. Pessoas "verdes", sem experiência, sem vícios de outras instituições de saúde, mas que eram pessoas que tinham uma determinação de trabalho muito grande" (entrevista com José Agenor A. da Silva, em 03/09/93).

Decidiu-se refazer todo o diagnóstico, checando-se os dados, com as equipes distribuídas em cada micro-região, com a participação de todo o pessoal do Centro: supervisores, motoristas e pessoal administrativo, todos com igual responsabilidade. "Recomendava-se a maior preocupação possível com a observação do modo de vida do povo, sua visão das coisas em geral e dos serviços de saúde em particular, a estrutura do poder local, etc. Durante seis meses, oito equipes cobriram 42 municípios numa área de 120000 km<sup>2</sup>" (Machado, 1988).

"Eu me lembro que nessa primeira viagem, fomos o Chicão, a Leonor e eu. Nós fomos para Salinas, Taiobeiras e outros lugares. E as distâncias eram grandes, não tinha estrada direito, era abrindo porteira de fazenda, levando o dia inteiro para chegar no lugar, e fizemos todo esse trabalho em três, quatro meses; era semana sim, semana não, uma na área com as prefeituras colhendo informações, sensibilizando o pessoal, e a semana seguinte, fazendo avaliações no Regional. Nós terminamos esse trabalho no final do ano. Visitamos todos os municípios, não ficou um sem a gente visitar, um distrito sequer, uma localidade do Norte de Minas sem a equipe visitar. Nós vimos então, o papel que as prefeituras iam desempenhar, o engajamento que poderiam ter, pois não existia nada em termos de atendimento de serviços de saúde, na maioria dos lugares" (entrevista com José Agenor A. da Silva, em 03/09/93).

"Nós tivemos muita assessoria de fora, mas teve uma que foi fundamental, a do Mario Hamilton. Ele, da mesma forma que o Chicão, foi a grande liderança política da equipe. Ele



conseguia manter todo mundo animadíssimo, trabalhando quase vinte horas por dia. Doze horas era comum, quinze também. Era uma tarefa a ser cumprida, e o pique era total. O Chicão conseguia envolver todo mundo no espírito da coisa, aquela idéia fundamental de que aquilo ali não era uma secretaria, um trabalho burocrático, mas uma grande transformação que a gente estava começando, era um trabalho político” (entrevista com Delcio Fonseca, em 24/ 01/ 93).

Todo o trabalho era desenvolvido de forma participativa e democrática, com a constituição de um colegiado de direção, o “Conselho Técnico Administrativo” - CTA - experiência de administração participativa, vivida em Diamantina.

“Nós tínhamos duas instâncias de decisão no Regional. Em primeira instância, o CTA, que foi muito importante para a compreensão do que é uma representatividade de grupo. Cada segmento tinha seus representantes no CTA. Outra instância de decisão era a Assembléia Geral, que a gente fazia toda segunda-feira, e onde todos participavam. Nós éramos cinquenta e poucos funcionários e só a telefonista ficava na porta, para escutar quando o telefone tocasse. Todo o mundo participava, com direito a voto e voto igualitário. Todas as decisões tomadas eram soberanas. O espírito coletivo sempre esteve presente em Montes Claros. Não se tinha mesa individual de trabalho. Era uma mesa grande no corredor, onde todas as pessoas se sentavam para discutir o trabalho, algum assunto importante, a supervisão”... (entrevista com José Agenor A. da Silva, em 03/09/93).

Essas características inovadoras do modelo eram percebidas pelo Ministério da Saúde como um projeto-piloto para a implantação do Sistema Nacional de Saúde. “Era a proposição básica de que todas as diretrizes do Sistema Nacional de Saúde, criado pela Lei 6229, de 17 de julho de 1975, poderia ser levado a cabo através dos projetos experimentais” (Somarriba, 1978).

Pessoas credenciadas pelo Ministério da Saúde, através do PAPPE, acompanhavam de perto o “Projeto Montes Claros”, assim como representantes do PESES - Fundação Oswaldo Cruz, que junto com o Ministério da Saúde tiveram um envolvimento grande com o trabalho.

Ainda, através do PESES e da Escola Nacional de Saúde Pública, e em convênio com a UFMG, uma grande pesquisa, sob a coordenação de Cornelis Van Stralen, levou para Montes Claros pesquisadores e estudantes universitários interessados na experiência. Alguns per-

maneceram na equipe, como José Saraiva Felipe e José Francisco da Silva.

Outro estudo importante, foi o apresentado como tese de doutoramento de Maria das Mercês Gomes Somarriba, e intitulado "Community Health and Class Society: The health program of Norte de Minas." Mercês Somarriba interessou-se pelo trabalho de gestão participativa desenvolvido em Diamantina, quando se organizaram as "Semanas de Saúde Comunitária," e veio à procura da equipe chefiada por Francisco Machado, para seu trabalho de campo, quando tomou conhecimento que a equipe estava em Montes Claros, desenvolvendo um novo projeto.

Concluído o diagnóstico, passou a integrar a equipe o Dr. Dalton Mario Hamilton, especialmente contratado pela Secretaria de Saúde para dar assessoria ao Regional, como assessor credenciado pelo Ministério da Saúde, através do PAPPE. Partiu-se para a reelaboração do projeto, preparando-se um grande documento, o Plano Regional, contendo as propostas definidas e detalhadas, município por município.

"O Mário Hamilton chegou e logo ganhou a confiança da equipe. E ele realmente deu aquele elemento que faltava para nós, que era a capacidade de organizar as idéias do projeto, dar uma forma palatável para os planejadores do Ministério" (entrevista com F.A. Machado, em 9/02/93).

Com o documento pronto, foi marcado um Seminário Interinstitucional em Belo Horizonte, em abril de 1976, para a apresentação do Projeto, a "1ª Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas", que contou com a participação de representantes da USAID, OPS, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência, Secretarias de Estado, Fundação João Pinheiro, Associação dos Hospitais, Associação Médica, Sindicato dos Médicos, visando a repercussão do Projeto Montes Claros a nível nacional.

Na preparação dessa reunião, "foi feito um grande mutirão", nas palavras de José Agenor, para a elaboração do documento a ser apresentado, a partir do Plano Regional. "Segundo ele, a Secretaria não confiou no trabalho do Centro Regional, e alguns assessores, como o Eugênio e o Cesar, passaram uma semana em Montes Claros burlando o documento, sem fazer nenhuma mudança de conteúdo, mas apenas de forma".

Os documentos apresentados nesta reunião em Belo Horizonte, continham a proposta do modelo a ser implantado, em quatro temas:

Tema 1 - Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde

do Norte de Minas: características básicas e estrutura funcional do modelo;

Tema 2 - Infra-estrutura do Sistema de Saúde: unidades auxiliares de saúde;

Tema 3 - Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas: programa de extensão de cobertura;

Tema 4 - Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas: mecanismos de coordenação interinstitucional.

A forma como esses documentos foram apresentados não difere praticamente em nada do documento do IPPEDASAR. "Algumas partes são coincidentes, mostrando claramente que do ponto de vista da racionalidade técnica, o Sistema de Saúde a ser implantado no Norte de Minas era baseado na proposta que tinha sido escrita quatro anos antes" (Fonseca, 1984: 167).

Depois da reunião de Belo Horizonte, o Projeto MOC começa a tomar forma, com o Secretário de Saúde dando total apoio. Até o final de 1976, foram treinados 292 auxiliares de saúde, construídas 100 Unidades auxiliares de saúde e 33 Centros de Saúde. Ao final de 1977, 625 auxiliares de saúde tinham sido treinadas, e quase todos os módulos básicos implantados.

"Nesse momento, ainda não se tinham muitos postos montados, era mais a prática administrativa dentro de uma idéia participativa, essa inovação de refazer o diagnóstico, esse contato, isso estava espelhado também em outras atividades. O treinamento, por exemplo, também espelha essa maneira de ver mais inovadora, criativa. Eu acho que foi uma das atividades que mais cresceu. Eu pretendo, tenho sempre uma idéia de retomar aquele método pedagógico que foi desenvolvido ali" (entrevista com Francisco Machado).

"No treinamento prático, no conteúdo do treinamento, saía de tudo. As técnicas de enfermagem, dar injeção, fazer curativo, preencher a ficha, orientação sobre tratamento de verminoses. Surgia também como produto do curso um entrosamento muito grande, um ajuste de linguagem. O pessoal saía falando em participação comunitária, em participação nas decisões, em coisas do tipo "esconder conhecimento". E eu me lembro que nós até fizemos um filme super-oito, que se chamava "esconder conhecimento" (entrevista com Delcio Fonseca).

Mas este trabalho teve muitas dificuldades e muitos conflitos, principalmente por parte do pessoal dos setores administrativos do nível central da Secretaria, e certa competição com o nível técnico que

via a experiência de Montes Claros escorregar-lhes das mãos, crescendo e criando renome nacional.

“No entanto o pessoal, do ponto de vista técnico, respeitava muito o projeto MOC, apesar de não batalhar muito pelo mesmo. Este projeto teve muitas dificuldades e muitas limitações, não se imaginava tantas dificuldades políticas. Muitas questões políticas não puderam ser contornadas tecnicamente, e ainda a questão do recurso, pois o recurso do projeto começa a se esgotar. Apesar do pessoal da SES achar que MOC ia às mil maravilhas, havia muitas dificuldades, o próprio treinamento dos auxiliares não foi suficiente pois eram previstas reciclagens de 6 em 6 meses” (entrevista com J.T.Ferreira , em 01/06/93).

As dificuldades nas relações com o nível central da SES levaram a direção do CRS MOC a buscar apoio externo para o projeto; tanto a nível de região, dos prefeitos dos Municípios,...

“a partir dessa convivência muito estreita com as pessoas conseguimos, em seis meses, estabelecer laços políticos importantes com os prefeitos, com as lideranças políticas da região. Inclusive nós conseguimos romper com alguns preconceitos. A gente tinha uma afinidade maior com o político tradicional, com o prefeito, do que com o pessoal técnico. A ideologia tecnocrática que prevalecia na SES criou uma resistência muito grande com o político tradicional. E a gente apostou no prefeito, repassou o dinheiro para as construções dos postos e centros de saúde, demos as especificações e controlamos” (entrevista com F.A.Machado , em 09/02/93).

A estratégia usada permitiu estabelecer certos vínculos com as prefeituras da região, “uma solidariedade interna ,dentro da região, política”. E dentre os 42 Municípios, só um não cumpriu o acordado (entrevista com F.A. Machado em 09/02/93).

Essa aproximação foi feita, segundo o diretor, desde o trabalho do diagnóstico, se estendendo durante os dois anos que Francisco Machado esteve à frente da direção do Centro, tanto que quando saiu para ocupar o cargo de coordenador do PIASS, em 1977, além de sair fortalecido, pode indicar seu sucessor, respaldado no apoio dos políticos da região, e com o apoio do Secretário de Saúde.

Outro tipo de apoio externo viabilizado pelo Projeto Montes Claros, foi o conseguido através de alianças, com a repercussão que alcançou a nível nacional, pelo fato de significar naquele momento um espaço privilegiado de discussões políticas a respeito da problemática da saúde no Brasil. Ali estava sendo experimentado um modelo de prestação de serviços de saúde com possibilidade de reprodução a

nível nacional, e por isso mesmo aglutinava em seu redor pessoas de vários cantos do país interessadas nas propostas de mudanças do Sistema de Saúde.

A sucessão do Chicão foi muito “traumática”, nas palavras de José Agenor; “nós chegamos até a eleger em assembléia um triunvirato, mas era evidente que a Secretaria não aceitou.”

Foram apresentados ao Secretário Dario Tavares, para a direção do Centro Regional por Francisco Machado, dois nomes, o de José Agenor e de José Saraiva Felipe, sendo este último escolhido pelo Secretário.

Assumindo a Secretaria Técnica do PIASS, em meados de 1977, Francisco Machado imprime novo dinamismo ao trabalho, realizando contatos com todos os Secretários de Saúde do Nordeste e viabilizando recursos para a extensão de cobertura dos serviços de saúde. A estratégia usada foi a de tentar consolidar o modelo de Montes Claros, a partir da experiência adquirida, reforçando a equipe de trabalho com pessoas que haviam trabalhado em Montes Claros e na Secretaria de Minas...

“Fomos o Scotti, eu e o Pellegrini, e depois o Pignatti, e nesse segundo semestre de 1978, até março de 1979, trabalhamos muito. Tínhamos apenas sete meses para consolidar o modelo e a proposta, e a estratégia usada foi buscar o máximo de apoio das Secretarias de Saúde nos estados. Nós promovemos em Montes Claros, em outubro de 1978, uma grande reunião de avaliação do PIASS. Foi onde o PIASS passou a ser um Projeto, um Programa de respeito, a nível do Ministério da Saúde. Nessa época, o ministro Paulo de Almeida Machado convidou alguns Secretários de Saúde do Nordeste, para uma reunião no interior da Bahia, e o PIASS convidou os mesmos Secretários para a reunião de Montes Claros. Todos os Secretários foram à reunião do PIASS em Montes Claros” (entrevista com José Agenor da Silva, em 03/09/93).

Essa “1ª Reunião para o Desenvolvimento do Processo de Avaliação do PIASS” com a participação de várias instituições e de quase todas as prefeituras do Norte de Minas, teve uma grande repercussão no Ministério da Saúde e em todo o Nordeste, o que contribuiu para fortalecer o PIASS. Foi redigido um documento em defesa do Programa, assinado por todos os Secretários presentes, o que consolidou o PIASS dentro do Ministério da Saúde. Nessa Reunião, através da assinatura de um convênio, o INAMPS assumiu “o compromisso de financiar o funcionamento de toda a rede de unidades implantada na região. Mesmo que ínfima, se comparada aos recursos destinados à rede hospitalar privada, a participação do INAMPS na-

quele programa significou um novo marco no desenvolvimento institucional dos serviços de saúde do país. Pela primeira vez o INAMPS, o grande financiador da atenção médica nacional, destinou verbas para esse tipo de atividade. Isto teve seu desdobramento, mais recentemente, no surgimento do programa "Ações Integradas de Saúde" - AIS - no qual este órgão do Ministério da Previdência passou a celebrar convênios com secretarias estaduais de saúde e prefeituras municipais, e a assumir a manutenção de sistemas locais de serviços de saúde" (Fonseca, 1984: 172).

"Foi o primeiro movimento unificado de Secretários de Saúde em defesa de algo comum, para conseguir o financiamento da Previdência Social para essa rede. Foi a primeira experiência de financiamento de uma rede de saúde que pudesse atender não apenas aos segurados da Previdência Social" (entrevista com José Agenor. A da Silva, em 03/09/93).

A coordenação do PIASS manteve estreito contato com a direção do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, agora sob a direção de José Saraiva Felipe, que consolidou o trabalho a nível dos municípios, contando com o apoio político das prefeituras da região, apesar de passar a enfrentar várias dificuldades com a intervenção da Secretaria de Saúde de Minas, principalmente nas áreas administrativa e financeira.

A implantação do Internato Rural da UFMG em janeiro de 1978 na região do Norte de Minas, contou com o apoio da Secretaria de Saúde, através do Secretário Dario Tavares e de seus assessores, do Reitor da UFMG Eduardo Cisalpino e da Faculdade de Medicina. Significou naquele momento uma proposta avançada de integração docente-assistencial e uma forma de viabilização de recursos humanos - os estagiários de medicina - para o atendimento à população, principalmente onde não havia médico. Em reuniões de avaliação depois de implantado o Internato (10/03/78), foi constatado pelos estudantes, como pontos positivos, a integração com a comunidade e o preparo do estudante para enfrentar a realidade; tanto do ponto de vista teórico quanto prático, e apesar das grandes dificuldades enfrentadas (Campos, 1980).

A partir do Internato Rural, segundo um de seus supervisores, "a população começa a cobrar melhor atendimento médico e a cobrar mais consultas e, em grande parte dos lugares em que se rompeu o convênio, a prefeitura depois era obrigada a prestar assistência médica, a levar médicos, e os políticos são cobrados a garantir a assistência médica como direito social" (entrevista com José T. Ferreira. em 01/06/93).

A gestão de José Saraiva Felipe teve continuidade até 1981, mas no período de 1979 a 1981 o trabalho a nível institucional ficou muito difícil. Nas palavras do próprio Saraiva...

“Nós não tínhamos mais o apoio federal, pois em 1979 o Chicão não era mais o coordenador do PIASS, ou seja, não tínhamos mais apoio de ministérios e nem das Secretarias. Não havia mais o fascínio do gueto. Já estava acontecendo a abertura política, com movimentos grevistas e a luta pela anistia. As condições políticas eram outras ...e o pessoal de esquerda ...aquelas formas de participação que antes eram importantes, passaram a servir como formas controlistas. E aí houve uma explosão na época do sindicalismo... A abertura partidária começou a ser efetuada, e ficou até meio difícil de discutir a participação dentro do Projeto. Você tinha a participação social, novos canais de participação, mais amplos. Começamos a viajar, a montar diretórios do MDB na região. Tinha-se espaço político na região. Mas tudo isso não vai tirar nunca de Montes Claros a história que eu chamo de Meca, de 1975 a 1979, para onde convergiram todas as discussões, a criação do modelo. Foi o primeiro grupo no país inteiro que teve a participação da Universidade, através de projeto específico, o Projeto teve um papel fundamental” (entrevista com José Saraiva Felipe, 02/02/93).

Finalmente, toda essa aglutinação possibilitada pela proposta desenvolvida, seja a nível da direção participativa, seja pelos treinamentos dos auxiliares de saúde, seja pela proposta ampla do modelo, levou à formação de um grupo político coeso e que depois com a abertura política se viabiliza enquanto movimento político.

No entanto, não foi só este movimento político que transformou Montes Claros em um movimento - símbolo da Reforma Sanitária no Brasil, mas todo o contexto de luta pela Saúde como Direito, viabilizado naquele “locus privilegiado”, e que depois teve continuidade no PIASS, nas AIS e no SUS.

## BIBLIOGRAFIA

CAMPOS, Francisco Eduardo de . *A Integração Docente - Assistencial como Prática da Educação Médica: o caso da FMUFMG*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro Biomédico da UERJ. R.J. 1980

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Os Médicos e a Política de Saúde*. Ed. Hucitec, S.P.1988.

CEBES. "O Movimento Médico e a Saúde". *Revista Saúde em Debate*, 13, R.J.1981.

FONSECA. Delcio Sobrinho. *Estado e População:uma História do Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos: FNUAP,1991. 203p.

\_\_\_\_\_. *Primeira História da Medicina Simplificada no Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada ao DCP / UFMG. Belo Horizonte, 1984. Mimeo.

INSTITUTO DE PREPARO E PESQUISA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA RURAL (IPPEDASAR). *Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas*. Mimeografado, 1972.

MACHADO. Francisco de Assis. "Participacion del Personal en la Direccion de um Servicio de Salud Publica". *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 84 (6), 1978.

\_\_\_\_\_. "As Possibilidades de Controle Social das Políticas Públicas". *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, n.22 (1),jan/mar, 1988, R.J.

\_\_\_\_\_. Documento 2. Belo Horizonte, 1979, manuscrito.

MENDES. Eugênio Vilaça. *O Planejamento no Sistema Operacional de Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte, Mimeografado, s/d.

PIASS. *O Relato e a Análise de uma Experiência*. Brasília, 1979. mimeo.

\_\_\_\_\_. *Documento Básico no 1*, Brasília, 1976

\_\_\_\_\_. *Convênio INPS/ FUNRURAL*. Governo do Estado de Minas Gerais./ SES, Montes Claros, 1978, mimeo.

ROSAS, Eric Jenner. *A Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil. PIASS análise de uma experiência*. Dissertação de Mestrado, apresentada à ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1981.

SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 1ª Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. Belo Horizonte, 1976 .

SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Documentos relativos ao IPPEDASAR*. APC/SES.Belo Horizonte, 1972/1973.

SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS.Documento interno, de circulação restrita. mimeo. s.d.



SOMARRIBA. Maria das Mercês G.. *Community Health and Class Society: the health program of Norte de Minas*. Brazil. Tese de doutorado. University of Sussex, 1978.

VAN STRALEN. Cornelis J.. *O Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas: um programa social como processo político*. Dissertação de Mestrado apresentada ao DCP / UFMG. Belo Horizonte. 1985, mimeo.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. (Org.) *Reforma Sanitária, em busca de uma Teoria*. Ed. Cortez-Abrasco. S.P. 1989.

# CONCEPÇÃO DO COLETIVO, PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL PELA SAÚDE

*Lívia Maria Fraga Vieira \**  
*Neusa Maria Lima \*\**

## 1. INTRODUÇÃO

O “Projeto Montes Claros” - Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas - foi sem dúvida importante experiência fundadora do Movimento Sanitário no Brasil, tanto pela extensão da *rede pública* de serviços que implantou, como pela constituição de um pensamento crítico de caráter contra-hegemônico (Escorel, 1987), concretizador das propostas de transformação do Sistema de Saúde em vigência naquele período.

Mais que um projeto regional, ele pode ser considerado como experiência singular na conformação de um projeto de transformação do setor saúde. Esta singularidade deveu-se, em parte, à sua capacidade de articular dimensões críticas da produção em saúde, tais como: a produção do saber; a reestruturação político-institucional; a reorganização da prestação dos serviços.

---

\* *Psicóloga, doutoranda em Educação, assessora técnica da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Belo Horizonte.*

\*\* *Socióloga, assessora técnica da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Belo Horizonte.*

Esta singularidade pode ser atribuída ainda ao fato de que estas dimensões foram desenhadas a partir de uma crítica à estrutura do poder existente em diferentes níveis - poder político-econômico local, poder médico, poder do modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, - propondo sua superação através de um processo criativo de construção coletiva de:

- um novo modelo de organização de serviços;
- uma nova prática pedagógica;
- uma nova relação entre equipe de saúde;
- o resgate da cidadania de usuários e servidores;
- a construção de novas práticas políticas;
- a difusão de uma nova consciência sanitária;
- a interpelação de novos atores políticos;
- a construção de uma nova base social para o exercício do poder.

Busca-se aqui a recuperação crítica do Projeto na perspectiva dos sujeitos que o vivenciaram, contribuindo para o re-dimensionamento de questões e problemas recorrentes na saúde e assistência médica, colocados para o Movimento de Reforma Sanitária no país.

## 2. PREMISSAS E PRÁTICAS INOVADORAS DO "PROJETO MONTES CLAROS"

Num contexto marcado pela ausência de liberdades democráticas, o Projeto Montes Claros, em seu processo de implantação, articulou premissas e práticas que lhe emprestaram sentido inovador. Destacam-se:

- a exigência de negociação política e de uma relação especial com a demanda no processo de planejamento e construção de uma nova racionalidade técnica: experiência de contato direto com a demanda na proposta de organização do modelo de serviços de saúde e na elaboração do diagnóstico da situação sócio-econômica dos municípios da região e dos seus problemas na área epidemiológica;
- a articulação com o poder local para legitimação do Projeto: definição estratégica de trabalhar com prefeituras da região na construção e operacionalização da rede de serviços de 40 postos de saúde. Os recursos financeiros eram então repassados aos prefeitos, que se responsabilizavam pelo andamento e formato das obras. Isto os interessava, implicando-os diretamente. A eles também se solicitava a indicação de pessoas, que posteriormente eram selecionadas e trei-

nadas pelo Centro Regional. O Projeto emprestava suporte técnico, contratando, alocando e treinando auxiliares de saúde.

- a experiência de administração regional pública participativa e democrática: reclamando autonomia para contratar pessoas, compor o quadro técnico, reorganizar o Centro Regional de Saúde/MOC segundo critérios politicamente definidos, a Gestão de Francisco de Assis Machado - diretor regional - desenvolveu formas de gestão e incentivou práticas administrativas democráticas, através de assembleias, reuniões, conselhos decisórios paritários entre diferentes categorias de funcionários e da crítica à especialização (supervisão integrada).
- as práticas de ensino (treinamentos, reciclagens) e de supervisão baseadas em metodologias pedagógicas não-tradicionais, participativas e conscientizadoras, visando a autonomia e a organização dos sujeitos.

O conceito chave do Projeto Montes Claros: saúde/doença como produção de condições sócio-políticas - permeava esse conjunto de práticas.

Saúde depende das condições de vida e de trabalho, do acesso à terra, da organização política, da consciência das demandas. Desse conceito resultava uma ênfase na vocação pedagógica do Projeto e no princípio da participação comunitária.

Elege-se o profissional leigo, oriundo da própria "comunidade" - o auxiliar de saúde -, como aquele que levará a efeito a proposta de participação comunitária nos serviços de saúde e de organização das demandas da população.

A metodologia adotada na administração participativa e sua expressão na extensão da prestação de serviços à população, tomou como referência os princípios político/libertários da pedagogia do educador Paulo Freire. Em consequência, a relação médico/auxiliar de saúde pressupunha uma troca de saber exercitada através de encontros e treinamentos preparatórios do profissional leigo e da valorização das competências.

O conceito "transformador" da saúde resultou não somente da participação dos dirigentes e técnicos, mas também da própria prática do auxiliar de saúde:

"o sujeito começava a discutir que não tinha resolvido aquele problema porque não tinha água, então tinha que reivindicar do prefeito, fazer reunião(...)" de que adianta nós comprarmos remédios para os meninos que têm dor de barriga? (...) não adianta comprar remédio se a pessoa está com fome, ela tem que comer e pra comer precisa de um pedaço de terra"...Esse conceito maior de que a questão da saúde estava relacionada

com o contexto de vida das pessoas começou a fazer com que os auxiliares de saúde tivessem outras práticas, que não só de medicamentos. Apesar de o medicamento ser uma tentação doída para as pessoas. Mas elas começaram a se envolver concretamente com a vida do lugar onde elas moravam, porque isso foi muito batido nos treinamentos, nas cartas de supervisão, nos contatos que nós fazíamos, nas reuniões que nós conseguimos produzir posteriormente para refletir sobre o que estava acontecendo...e levar as pessoas a realmente associar a questão da saúde e da doença com a vida das pessoas" (entrevista com Heliomar V. da Silveira em 12/2/93).

### 3. MOMENTOS MOBILIZADORES DO "PROJETO MONTES CLAROS"

#### 3.1. A seleção e montagem da equipe

*"Era importante contar com uma equipe capaz de inovar, sem estar aprisionada a preconceitos"*

*(Francisco de A. Machado - 9/2/93)*

Assim, optou-se por selecionar técnicos sem experiências anteriores de trabalho ou de formação acadêmica em pós-graduação, "porque os cursos eram ainda muito tradicionais", para que desenvolvessem ao máximo sua capacidade criativa: "eu discutia com eles o Projeto, as orientações, e dizia para eles que a gente tinha a liberdade de errar" (entrevista com Francisco de Assis Machado em 9/2/93).

A seleção do pessoal administrativo também foi inovada, quando se abandonou o concurso público tradicional e se valorizou o saber empírico e a melhor competência:

*"seleção de motorista, por exemplo, e de qualquer cargo técnico: nós passamos a utilizar muito mais para a seleção o saber empírico de um motorista padrão. Eu peguei o melhor motorista que tinha lá no Vale do Jequitinhonha, o mais completo na minha visão e estabeleci para ele um papel importante na seleção de motoristas. Ele é quem fazia a entrevista final (depois de uma pré-seleção seguindo normas de concurso público)(...)e compus uma equipe de seleção com pessoas assim" (entrevista com Francisco de Assis Machado em 9/2/93).*

### 3.2. O diagnóstico da situação sócio-econômica e de saúde da Região do Norte de Minas

O diagnóstico foi concebido como estratégia de educação da equipe recém formada para operacionalizar o Projeto na região, pelo contato com a realidade, as demandas e as necessidades da população:

“Então esse processo, eu diria que é um banho de realidade que essas pessoas tomam. Tinham pessoas que vinham de Belo Horizonte, quer dizer, elas tinham que viajar, ficar uma semana inteira viajando, naquelas condições que haviam na época, andando de barco, conhecendo o povo (...) E levando um roteiro para observar os costumes, ter contato, levantar a história, conhecer a história de cada lugar, enfim, ter um contato que permitisse uma melhor compreensão da realidade e portanto, a partir daí, redefinir as prioridades de algumas coisas do projeto. Rediscutir o Projeto já com base” (entrevista com Francisco de Assis Machado em 9/2/93).

Segundo depoimento de supervisora, que participou desse processo de levantamento de informações sobre a região,

“a pesquisa serviu mais como motivação para você conhecer, saber que você não tinha dado nenhum, saber como funcionava a saúde naquela época; a saúde não, mas como que a prestação de serviço ocorria naquela época. E aí foi visto que era de uma forma muito local, cada um decidia como era. Quer dizer, o tipo de assistência dada à saúde era só uma assistência naquela parte curativa. Os médicos receitavam, ficavam lá consultando o pessoal. Os auxiliares de saúde ficavam lá dando injeção e vacina esporadicamente, quando tinha campanha. Os municípios não tinham rede física, era minúsculo, muito pequeno. Isto tudo foi visto e serviu como motivação para o pessoal junto com o Chicão querer modificar e fazer aquela proposta de prestação de serviços para o Norte de Minas” (entrevista com Alcione G. Ribeiro Vieira em 10/2/93).

Segundo Stralen (1986), refazendo o diagnóstico realizado pela equipe do IPPEDASAR, buscou-se conhecer agora as relações de poder no setor saúde e identificar as forças sociais e políticas favoráveis ou desfavoráveis a uma transformação da organização existente. O novo diagnóstico partia do pressuposto de que o Projeto Montes Claros se integraria num processo social, confrontando vários interesses.

### 3.3. Os treinamentos em Porteirinha: valorização do saber e da mobilização popular

*“O treinamento era um verdadeiro laboratório pedagógico: ele tinha objetivos políticos”.*

*(Heliomar Silveira - 12/2/92)*

Estes treinamentos tinham o objetivo de preparar o auxiliar de saúde para a atividade técnica no posto de saúde (aplicar injeções, fazer pequenas suturas, vacinações, triagens, etc) e para a atividade política de mobilização da comunidade. Isto porque concebia-se que a saúde da população dependia de sua organização em torno de demandas por melhores condições de vida e pela transformação das relações de trabalho.

Treinar para a mobilização, a participação democrática e a transformação social. O projeto político era a “pedagogia do oprimido” de Paulo Freire: “educação como prática da liberdade”, num contexto de fechamento político, imposto pelos governos militares.

O material produzido pelo Centro Regional de Saúde de Montes Claros a partir de 1975 sobre treinamentos, cursos para profissionais de nível superior e supervisão, expressa esse objetivo ao tornar persistentes algumas categorias de prática pedagógica:

- a necessidade sempre presente de uma relação dinâmica entre teoria e prática. O pressuposto de que a experiência deve ser suporte para a teoria. Crítica ao tecnicismo;
- a educação deve estar baseada na participação do educando e numa relação dinâmica e democrática educador/educando; supervisor/supervisionado. Crítica ao autoritarismo e à educação bancária.

Tentava-se assim a democratização da gestão do treinamento e da transferência de conhecimentos: “havia comissões lá com representantes de turma, representantes dos monitores...toda noite havia reuniões para decidir questões disciplinares, questões de horário, questões de gerenciamento e do funcionamento do próprio treinamento numa tentativa de que as pessoas assimilassem mais a questão da participação comunitária como um pequeno exercício, durante o treinamento, de participação” (entrevista com Heliomar Silveira em 12/2/93).

- valorização dos saberes: relação entre o saber técnico e o saber popular em saúde

“Nesse treinamento (...) houve o momento de negar muito o conhecimento que nós tínhamos e supervalorizar os conhecimentos e experiências que o pessoal trazia. Como houve mo-

mento de você tender para o outro extremo. Então, a história desse treinamento é a história de você buscar quase que um equilíbrio entre como se desenvolver uma metodologia que fosse capaz de, tendo-se o conhecimento técnico-científico já apropriado pelo pessoal técnico, repassar isso para as pessoas; mas ao mesmo tempo, incorporar das pessoas as práticas e os conhecimentos que elas tinham nessa área" (entrevista com Heliomar Silveira em 12/2/93).

- ênfase no uso de técnicas de ensino dinâmicas: teatro, slides, filmes, grupos de trabalho e de discussão.

Stralen (1986) analisa que os treinamentos dos auxiliares de saúde, pela metodologia utilizada, constituíram-se em um dos pontos mais inovadores do programa, onde se buscava mais a identidade do profissional com o programa e menos a sua formação técnica: "os treinamentos não colocavam em primeiro plano a formação, mas a preparação para um trabalho comunitário." Concepção também presente, como apontamos acima, na contratação de outros profissionais como médicos, enfermeiros etc, onde se procurava a identidade ideológica com o programa e menos a especialização técnica, chegando-se a entender que o profissional menos "formado e estudado" estaria menos viciado e portanto mais aberto para práticas inovadoras.

Como era uma experiência muito intensa - 45 dias de treinamento intensivo em um mesmo lugar, onde se reuniam muitas pessoas vindas de lugares diferentes - o treinamento contribuiu para mudar comportamentos, formas de pensar e hábitos. Foi experiência marcante na vida de quem participou.

Os treinamentos realizados em Porteirinha sob o regime de internato e através de processos co-gestionários, gerando uma experiência de participação ativa, engendrou a formação de um "espírito" de grupo marcado por relações recíprocas e emocionais e o "sentimento" de pertencer a um "movimento inovador", definido pela proposta da participação comunitária: "surgiram vários grupos que se entrecruzaram, surgiram tendências de se recobrir diferenças reconhecidas e salvar o "pseudo-consenso" através da normatização tanto do treinamento como da vida em regime de internato" (Stralen, 1986).

A burocratização recusada, a manutenção do "pseudo-consenso", o engajamento psico-afetivo eram sustentados pela proposta de participação comunitária: "entendida como forma objetiva - negava a estrutura de dominação prevalente no Norte de Minas, e como forma subjetiva - proporcionava já no treinamento uma experiência comunitária" (Stralen, 1986).

Na opinião de auxiliares de saúde os treinamentos (assim como



as reuniões entre o pessoal dos módulos básicos), eram um momento de troca e de convivência e sempre se aprendia muito:

*“a gente se informava como é que eles prestavam o atendimento deles, o atendimento às comunidades. Esse trabalho não é feito só no Centro de Saúde, é um trabalho feito na comunidade, é um trabalho que a gente que trabalha no Centro de Saúde, a gente tem que estar envolvido em tudo, associações (...) a gente tem que estar envolvido nas reuniões de igreja, clubes de mães. Então a gente via aquele trabalho como experiência para nós. Não sei, hoje parece que isso acabou” (entrevista com Ana Martins em 10/2/93).*

### 3.4. A construção do modelo de supervisão integrada

*“O Projeto era educativo: a parte principal era a educação que vinha dessas visitas de supervisão” (Toninho - auxiliar de saúde - entrevista 11/2/93).*

A construção e a implantação de um modelo de supervisão foi outro momento importante do “Projeto Montes Claros”, onde se criticou a especialização e se criou instrumentos diversos de acompanhamento e educação. Concebida como supervisão integrada, em cuja equipe estavam representadas as áreas técnica, administrativa e financeira, o objetivo era o de manter ativas as relações entre o sistema e os serviços

Nas reuniões de módulo básico - instrumento coletivo de supervisão - participavam os auxiliares de saúde, os médicos, sindicatos dos trabalhadores rurais, a Igreja, etc. Nessas ocasiões eram discutidas as diretrizes de trabalho e a sua tradução em propostas de ações concretas.

Criou-se também o Boletim dos auxiliares de saúde - “Cá entre Nós” - visando a informação e a participação dos auxiliares de saúde. Este Boletim, inicialmente elaborado pelos supervisores a partir de cartas enviadas pelo auxiliares de saúde, servia como canal de organização, onde se trocavam informações e idéias. A partir de 1978, o Boletim passa a ser assumido pelos próprios Auxiliares de Saúde.

Além das reuniões de módulo básico e do Boletim “Cá entre Nós”, outros instrumentos foram incentivados pela equipe técnica do CRS/MOC para estimular a participação: a publicação das “Orientações Gerais para os auxiliares de saúde” e a criação da Associação dos Auxiliares de Saúde.

As “Orientações para os auxiliares de saúde” colocavam, de um lado, sugestões de ações para sensibilizar e estimular a participa-

ção da população no trabalho nas Unidades de Saúde e, de outro, alternativas coletivas de trabalho. Criou-se um programa mínimo: "existem problemas que a própria comunidade pode solucionar através de seus próprios recursos (fossas assépticas, caixa comum para transporte de doentes, etc), mas para outros problemas ela tem que reivindicar recursos do CRS e de outros (vacinas, transporte, poços artesianos, etc)" (Stralen, 1986).

A Associação dos Auxiliares de Saúde, criada e facilitada pelo CRS/MOC a partir do Encontro dos Auxiliares de Saúde em Londrina (1978), foi posteriormente desligada do órgão regional.

#### 4. A concepção do coletivo no Projeto Montes Claros

A intenção pedagógica do Projeto Montes Claros é uma de suas marcas mais destacadas. Esta intenção se expressa nos diferentes momentos mobilizadores do Projeto em seu processo de implantação.

O modelo de administração adotado, que enfatizava a tomada de decisões não só com a participação dos dirigentes, mas envolvendo equipe técnica e administrativa, o modelo de treinamento participativo e não-diretivo, a supervisão integrada, que questionando a especialização buscava relação dinâmica dos serviços com a administração regional, foram concebidos como estratégia de exercício democrático. Mobilizava-se a equipe, relevando a capacidade crítica e criativa de seus membros, condição fundamental para a implantação do Projeto dentro de sua concepção inovadora.

Buscou-se reestruturar o Centro Regional para que tivesse capacidade de deslanchar o Projeto: "eu chego em Montes Claros encontrando uma organização bem tradicional. Tinha um almoxarifado, mais da metade do pessoal trabalhava no almoxarifado. A principal função era distribuir medicamentos e coisas para a região.(...) O Centro era mais um entreposto de medicamentos. Um almoxarifado" (entrevista com Francisco de A. Machado em 9/2/93).

O novo diretor, Francisco de A. Assis Machado, transfere a experiência desenvolvida no Vale do Jequitinhonha no que respeita aos mecanismos de gestão e administração. Parte-se da consciência de que a proposta de organização dos serviços de saúde trazida pelo Projeto Montes Claros era inovadora. Rompia com o tradicional na área do setor público de saúde. Exigia, portanto, novidades na gerência e administração, apropriadas aos objetivos de transformação social, defendidos pela nova equipe.

Instauram-se os seguintes mecanismos de gestão:

- assembléia semanal com todos os funcionários do Centro Regional de Saúde: espaço onde circulavam informações e onde se debatiam as propostas de trabalho;
- o Conselho Técnico e Administrativo, formado por representantes eleitos das várias categorias de funcionários: inicialmente proposto como órgão consultor da direção, tornou-se posteriormente a instância onde eram discutidas e decididas questões de funcionamento do Centro Regional, principalmente aquelas que diziam respeito à política de pessoal.
- a metodologia participativa dos treinamentos dos auxiliares de saúde, pela qual se buscava formar os auxiliares para a participação comunitária no exercício mesmo da democracia.

Interpretando a participação comunitária como transformação das relações de poder, a direção do Centro Regional, respaldado no grupo crítico dos supervisores, privilegiou, na condução administrativa do Regional mecanismos de gestão democrática, pois o que importava era “desencadear um processo de participação”.

A concepção do coletivo vai se manifestar também nas relações internas da equipe de saúde nas unidades de atendimento. Buscava-se troca de saber entre médicos e auxiliares de saúde e uma relação mais horizontalizada da equipe. Recusava-se o avental branco, como “vestimenta de médico”, que expressava o poder da medicina.

## 5. O PAPEL DO AUXILIAR DE SAÚDE: ENTRE O CURATIVO E O PREVENTIVO

*“a maioria dos municípios não tinha médico; na zona rural, menos ainda. Então, a idéia de treinar pessoal auxiliar para poder cumprir um papel de linha de frente nesse atendimento foi uma idéia muito interessante”*

*(Heliomar Silveira - 12/2/93).*

No início do projeto o saber do auxiliar foi valorizado. Era o profissional reforçado no sistema: “antes o auxiliar tinha poder”.

A carência de médicos possibilitou que os auxiliares de saúde tivessem um espaço mais amplo de trabalho: “tudo de saúde vinha para o auxiliar dar a sua opinião. Então a gente tinha uma função muito vaga, muito grande, com um espaço muito grande para a gente trabalhar. O nosso trabalho é importante, porque a gente, mesmo os

que tiveram um emprego melhor, até hoje têm uma liderança" (entrevista com Toninho em 11/2/93).

O contato mais próximo com o cotidiano da população era realizado pelo auxiliar, através de visitas domiciliares: "Antes a gente tinha um trabalho muito bom de visitas domiciliares(...) As visitas eram mais para a educação, educação em todos os sentidos; trazer as mães gestantes para o Centro de Saúde, as crianças(...), o esquema de vacinação era muito precário" (entrevista com Ana Martins em 10/2/93).

"Eles tinham visitas dos auxiliares de saúde. Antigamente era difícil uma pessoa da zona rural vir ao posto. Então você fazia a visita servir como orientação: ver se o menino vacinou, ver se as pessoas estavam fazendo comida direitinho, ver se estavam cuidando da higiene, se tinha fossa, se não tinha. Fazia um trabalho de orientação mesmo" (entrevista com Adilson Borges Buda em 11/2/93).

O "Projeto Montes Claros" introduziu para os profissionais que já possuíam prática anterior em saúde e que foram recrutados como auxiliares de saúde - como motoristas e laboratoristas - a perspectiva preventiva: "nós estávamos preocupados com a doença. O hospital tinha aquela parte assim de medicina curativa, aprendia a conviver com aquela parte curativa: chegou é para tratar e para sarar. E quando eu passei para o projeto, eu passei a enxergar um outro lado. Não, aqui nós fazemos ao contrário. Aqui nós cuidamos para não adoecer.(...)é prevenir, e não tratar" (entrevista com Aprígio F. de Araujo em 10/2/93).

As atividades educativas desenvolvidas pelos auxiliares se organizavam em torno de orientação ao trabalho das parteiras, reforço ao uso da medicina popular caseira (chás), orientação alimentar com os produtos da região, orientação em puericultura e amamentação natural, visitas domiciliares, consultas coletivas, etc. Todas essas ações foram caracterizadas como preventivas.

No entanto, ao longo do tempo começam a aparecer choques de "concepção" do trabalho em saúde: de um lado, o projeto com uma proposta de medicina preventiva e curativa, fazendo parte de um esforço para mudar o estado de saúde da população. E a população, de outro, cobrando uma medicina curativa, a presença de médicos nos postos de saúde, medicamentos.

"o auxiliar de saúde ficou muito dentro do tratamento curativo. Então hoje, nós temos 2, 3 ou 4 médicos atendendo. A pessoa vai consultar com um hoje, amanhã consulta com outro. Ela quer ganhar o medicamento e não toma o medicamento direito. Depois ela quer marcar uma consulta em MOC, quer que você o leve a MOC.(...)Então, o trabalho educativo talvez

podia mudar um pouco isso. Deixaria o pessoal menos ansioso para sair de casa. Por exemplo: a pessoa deixa desidratar primeiro. Quando ela chega no Centro de Saúde, já não tem condições de ser atendido, tem que mandar para o hospital. Mas ele poderia ter cuidado disso antes, com preventivo. Isso afetou a nossa população, que ficou mais dependente do município, do prefeito ou dos cabos eleitorais.(...) Então, a preocupação nossa era essa, tornar a pessoa menos dependente dos coronéis, para que um dia ela pudesse tomar uma posição que ela achasse certa" (entrevista com Toninho em 11/2/93).

Levando em conta a diferença de pontos de vista e a proposta de se trabalhar os interesses comuns, buscando-se objetivos coletivos, o trabalho comunitário e preventivo a partir do posto de saúde ganha a característica de um trabalho de conscientização: "no contexto brasileiro (América Latina) a busca de conhecimento, do ponto de vista de interesses socialmente conflitantes, foi descrita pela idéia de conscientização. Este conceito implica que a solução dos problemas dos oprimidos devem vir deles mesmos" (Somarriba, 1978).

Isto levava à mobilização, à participação. Do trabalho preventivo resultava a organização política em torno de problemas comuns, pois o auxiliar de saúde "era uma pessoa que tinha uma identificação muito grande com a comunidade (...), tinha um vínculo mais fácil de aproximação e o trabalho começou a crescer muito" (entrevista com Solange F. C. Durans em 11/2/93).

O embate com os prefeitos foi consequência natural deste trabalho:

"a participação era muito grande e a partir do momento que a gente começou a trabalhar com a comunidade, e que a gente esclarecia a causa dos problemas que ela estava passando, porque tinha a ver com a questão da água, do saneamento, é que ela passava a cobrar. Na região houve muitos casos de demissão porque isto entrava em choque com o poder municipal (entrevista com Solange Durans em 11/2/93).

A criação da Associação dos Auxiliares de Saúde foi uma necessidade e forma de defesa dos auxiliares contra perseguições políticas. Além disso, visava-se defender a própria regulamentação da profissão e condições salariais:

"...a cada mudança de prefeito ele demitia funcionários e você tinha uma perda da questão do treinamento, do pessoal. E a gente viu que precisava de uma Associação também pela questão da própria função de auxiliar de saúde que não existia. É tanto que não existe e até hoje não foi regulamentada.

Então a intenção era trabalhar por esse lado também" (entrevista com Solange Durans em 11/2/93).

## 6. O AUXILIAR DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA : IMPASSES

Vários autores que estudaram a experiência do Projeto Montes Claros colocam a participação comunitária como um de seus princípios mais destacados.

Implantado em 1975, ele é contemporâneo da emergência do debate sobre a medicina comunitária no Brasil, introduzido no país, a partir do "Plano Decenal da Saúde para as Américas" (Santiago do Chile, 1972). Nesse debate, e nas experiências daí resultantes, enfatizava-se a incorporação da população na extensão dos serviços de saúde para as massas do campo e das periferias de centros urbanos, através da participação comunitária.

Segundo Barrancos & Leal (1980), na América Latina esta incorporação enfatizou os aspectos preventivos dos serviços e a participação comunitária. A sua ênfase possuía dois significados mais importantes: forma de contestação ao sistema sócio-econômico (saúde como simples reprodução da força de trabalho e do sistema) e instrumento de mudança social.

Os autores buscam sair do eixo argumental economicista, situando a participação comunitária sobretudo como necessidade política, de uma especial configuração de poder em crise, cristalizadas nas políticas de bem-estar social: "é ilustrativo o fato de que os planos de bem-estar social emergiram com maior impulso onde os sistemas políticos se fechavam (...). Em condições de abertura o problema tem um claro deslocamento para questões reais de distribuição de renda - disputa por salários, poder dos sindicatos, reforma agrária, etc."

A utilização do Auxiliar de Saúde, uma das características marcantes dos programas de extensão de cobertura, assumiria assim o lugar de alternativa na dualidade crítica entre medicina individual e coletiva, pública e privada. O Auxiliar de Saúde faz parte da ficção da participação, tornando esse papel dilemático.

O exercício da proposta de participação comunitária foi, portanto, marcada por limites de ordem estrutural: a inexperiência de organização das comunidades; o relacionamento das comunidades com a sociedade em geral, em que pessoas e grupos ocupam posições sociais e econômicas diferentes na estrutura social; as diferentes visões acerca da participação comunitária com um consenso dentro do programa de sua importância e prioridade; e por último, o lugar dilemático

do auxiliar de saúde frente aos interesses conflitantes na própria comunidade e desta com os interesses do programa.

A ação transformadora atribuída ao auxiliar de saúde foi interpretada diferentemente pelos sujeitos envolvidos. Para alguns, este profissional deveria ser o elo articulador de demandas e da organização popular. Para os próprios auxiliares, a ação transformadora foi identificada com a sua capacidade de desenvolver práticas preventivas em saúde, onde a educação popular em saúde ganhou destaque.

Stralen (1986) considera que, apesar da convivência no Projeto de concepções que enfatizavam o caráter transformador do trabalho em saúde, "prevalencia a prática médica tradicional pelo auxiliar de saúde e pela clientela, que não valorizava um trabalho preventivo e educativo, mas sim o acesso à receita médica pelo auxiliar de saúde e aos medicamentos distribuídos. Somente nos locais onde os auxiliares de saúde possuíam anteriormente liderança é que ocorreram práticas comunitárias."

Sem negar impactos relevantes do projeto na organização da prática médica, através da fundação de uma experiência de extensão de cobertura na zona rural, o lugar que o auxiliar de saúde ocupou no Projeto parece ter se perdido na história, até mesmo enquanto categoria profissional. O retorno à medicalização nos postos esvazia a experiência do antigo papel desse profissional enquanto mobilizador de demandas comunitárias.

Estes fatores contribuíram para redefinição estratégica do projeto, em que a participação comunitária e o agente desta proposta - o auxiliar de saúde - perderam o lugar de destaque: "hoje eu acho que o auxiliar de saúde é funcionário público mesmo. Trabalha no posto, tira ficha pro médico, não tem aquele espaço que ele tinha. O salário foi defasando demais" (entrevista com Adilson Borges - Buda- em 11/2/93).

"Só que naquele tempo a gente tinha toda a liberdade" (entrevista com Maria Dulce dos Santos em 10/2/93).

## 7. "SACO VAZIO NÃO SEGURA EM PÉ": EXPERIÊNCIA E PROBLEMAS DA GESTÃO PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

*"A população cobra demais. A população cobra muito. Às vezes, eles cobram que são mal atendidos, eles chegam e não têm remédios. Às vezes faltam medicamentos. Esse pessoal, eles consultam, mas eles só vão acumulando receitas, porque não têm condições de comprar o medicamento, por-*

*que o Centro de Saúde realmente não tem o medicamento. Então, eles reclamam demais(...) Antes isso se resolvia porque a gente conscientizava mais e também não faltavam medicamentos e também tinha um salário adequado. Porque saco vazio não segura em pé. O médico, ele não vai ficar no Centro de Saúde 4 horas prestando atendimento, coitado, ele nem tem como, porque faltam medicamentos que ele tem que dar para o pessoal. Ele acha que é desgastante sair para fazer uma reunião com a comunidade. Falar, falar, falar, sendo que o povo está passando fome, não tem nada no Centro de Saúde para a gente oferecer. Então acaba naquele blá, blá, blá"*

*(entrevista com Ana Martins ,10/2/93).*

Os problemas que começam a se evidenciar ao longo da operacionalização do Projeto Montes Claros referem-se tanto à incapacidade de manutenção eficiente dos serviços e de resolução das demandas, quanto à desvalorização do papel "transformador" do auxiliar de saúde, o que expressa o "avanço" da prática da medicina curativa. Os problemas e questões detectadas pelos entrevistados podem ser assim agrupados:

- o abastecimento de medicamentos e outros materiais deixa de ser sistemático: "não se conseguia ter regularidade de fornecimento de vacinas, de insumos, de material de consumo, de medicamentos, pela falta de recursos orçamentários" (entrevista com Heliomar Silveira em 12/2/93);
- sistema de referência e contra-referência não funcionou: "dá pra imaginar que são muitos os casos que precisava referenciar e o auxiliar de saúde não tinha como referenciar" (entrevista com Heliomar Silveira em 12/2/93);
- a supervisão deixa de ser educativa e passa a ser meramente administrativa, além de assistemática;

Ressaltou-se a importância da reciclagem em serviço e a supervisão, pois além de médico, o posto de saúde precisa de um auxiliar experiente: "a supervisão deve ir no local e conviver no local, para ver as dificuldades que aquela pessoa passa lá para trabalhar(...), porque não adianta vir aqui e juntar e dar um treinamento de falar como deve funcionar um Centro de Saúde" (entrevista com Toninho em 11/2/93).

O treinamento e a supervisão eram considerados momento de troca, inclusive entre o pessoal de outros Regionais do estado de Mi-



nas. Acabar com esses momentos educativos foi considerado uma perda para os auxiliares de saúde.

Com o fim do acompanhamento regular do Centro Regional, os auxiliares de saúde sentiram que o seu trabalho não era mais “cobrado”:

“a gente ficou deixado, nós ficamos esquecidos. Depois, não sei se é porque vieram também as enfermeiras e ficou tudo a cargo delas. Elas é que prestam contas. Quem traz as respostas.(...) A gente parece que teve uma participação da gente, de quem está vivendo todo o dia com o pessoal (usuário).(...) Teve casos de crianças que faziam o controle e a mãe não dava o medicamento e o tratamento não ia para frente. Aí, um dia prometi ao Dr José Luiz: “Dr José Luiz, vou tomar conta dessa criança”. Sabe o que eu fiz ? Eu ia lá dar o medicamento à criança, para ver se ela fazia o tratamento. Sei lá, a gente fazia aquilo com carinho tão grande e o negócio dava resultado. E hoje eu não sei o que está acontecendo” (entrevista com Ana Martins em 10/2/93).

“(...)o controle de tuberculose...eu tomava conta aqui no Centro de Saúde da tuberculose. Eu tive até 60 pacientes e eu tomava conta. Era direitinho. Todo mês, quem não vinha eu ia atrás, com o maior carinho. Não era nenhum sacrifício fazer aquilo. E todo o mês a gente tinha reunião para prestar conta” (entrevista com Ana Martins em 11/2/93).

- não há formação continuada dos auxiliares, que além disso, comecem a perder “poder” e função para os enfermeiros, que passam a operar cada vez mais na rede;

“Antigamente tinha esses treinamentos para a gente tirar as dúvidas, igual ao médico. Médico nunca pára de estudar. Sempre está estudando, renovando. E o sistema de saúde, de um certo tempo para cá, não teve mais esses treinamentos.(...) *Tem treinamento assim: vem cá, estão chamando uma ou duas de cada turma. Mas não aquele treinamento ao todo, como era antigamente.*(...) Tinha parte técnica e prática para aprender a fazer sutura, injeção” (entrevista com Dulce dos Santos em 10/2/1993) (grifos nossos).

“olha, o nosso povo tem uma ansiedade muito grande por médico. E o ser humano fica naquele ditado que todo mundo tem um pouco de médico e de dom. Então, o pessoal começou a receitar muito. Mesmo os auxiliares. Então, precisava de uma supervisão mais constante para que fosse mais dominadora,

que conseguisse mostrar ao pessoal que a função nossa não era só aquela" (entrevista com Toninho em 11/2/93).

Com a entrada dos enfermeiros e dos médicos, o auxiliar de saúde foi relegado a funções quase burocráticas no posto de saúde. Suas funções técnicas foram esvaziadas, sem no entanto se fortalecer outras, como aquelas vinculadas à educação em saúde, práticas preventivas etc.

"Antigamente um auxiliar de saúde poderia ser treinado para ser uma parteira, poderia ser treinado para fazer sutura. Depois veio a burocracia da saúde mesmo que tirou tudo isso do próprio auxiliar. Então, só poderia ser o médico. Ao passo que a gente vê que a maioria dos municípios e distritos, para poder levar um médico é muito difícil e fica caríssimo. Talvez o auxiliar de saúde resolvesse parte da situação. Não ele tomando o lugar do médico, não, mas fazendo um trabalho que ia ajudar os usuários da comunidade" (entrevista com Lacerda de Queiroz - motorista - em 11/2/93);

- clientelismo e grande permissividade de interesses políticos locais nas administrações municipais: no serviço público a continuidade ou não dos projetos é dada pelo interesse dos dirigentes, pelos interesses político/partidários; predominância de cargos comissionados para a coordenação dos equipamentos sociais básicos.

"Eu acho que a saúde no Brasil não pode ficar de fase. 4 anos passam muito rápido. E o nosso povo é o seguinte: quase todo lugar que você vai, tem um prédio de hospital começado. Então, um começa, aí perde a política e outro não dá continuidade. Mesmo que ele dê continuidade ele já derrubou um bocado de parede..." (entrevista com Toninho em 11/2/93);

- predomínio da medicina curativa sobre a medicina preventiva, também pela ausência de uma prática pedagógica permanente que enfatizasse uma relação política do auxiliar de saúde com a demanda de assistência : - assiste-se ao crescimento da demanda pela assistência, o aumento da rede de serviços de saúde na região, assim como da demanda de serviços de maior complexidade, colocando novas questões e problemas para a organização dos serviços.

"Hoje o que se vê é que prevenção não dá retorno político e sim a medicina curativa e a presença do médico. Isto é o que aparece para a Prefeitura" (entrevista com Toninho em 11/2/93);

- impasses na política de participação comunitária

As dificuldades para fazer avançar a proposta de participação comunitária são creditadas, por Stralen (1986), à fraca organização política das populações rurais, devido às relações de dominação estabelecidas no conjunto da sociedade. Ressalta, no entanto, que o envolvimento emocional com a proposta de participação comunitária não deixou de produzir frutos, tais como: a politização dos auxiliares de saúde; o seu engajamento político-partidário; o reforço à imagem inovadora do Projeto Montes Claros, permitindo sua sobrevivência e sua legitimação enquanto modelo para a reorganização do setor saúde; politização da equipe técnica que se envolveu no movimento político local, apoiando candidaturas de oposição no período e contribuindo para a organização dos sindicatos de trabalhadores rurais.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O empreendimento de construir e colocar em operação 133 unidades de saúde no prazo de 2 anos, numa região do país extremamente pobre, carente de serviços básicos (como eletricidade, vias de acesso, saneamento básico, etc), inserida numa estrutura de poder local fortemente tradicional, tem uma dimensão nem sempre suspeitada. Os recursos financeiros e de pessoal que foram mobilizados, articulados à construção de uma nova concepção de organização de serviços públicos de saúde, possibilitaram experimentar a crítica do modelo hegemônico da assistência médica no Brasil.

O Projeto Montes Claros não foi certamente a única experiência inovadora nesta perspectiva. Tornou-se, no entanto, emblemática, não só pela extensão dos serviços públicos que implantou, como também pelas forças políticas que nela se fizeram presentes e pelos conflitos/contradições que evidenciou no campo da saúde. Contribuiu para a construção de uma cultura política na área de saúde, onde os sujeitos aí implicados chegaram a ocupar lugar de destaque e decisão no processo de construção e efetivação política da Reforma Sanitária ao longo dos anos 80. O "Projeto Montes Claros" tornou-se "fato político" na constituição do Movimento Sanitário no Brasil.

Importante ressaltar também que o "Projeto Montes Claros" foi pioneiro ao inaugurar uma relação ensino-serviço inovadora, abrindo espaço para a participação da Universidade - no caso a UFMG - com o desenvolvimento do Internato Rural (criado em 1978 com apoio efetivo da Secretaria Estadual de Saúde). Possibilitava o estágio de 3 meses dos estudantes da Faculdade de Medicina/UFMG nos municípios da região, trabalhando nos postos de saúde. O Internato Rural da

UFMG significou experiência "revolucionária" na reformulação do ensino médico no país.

No entanto, isto não evitou o seu evidente esvaziamento. Ao longo do tempo começa-se a sentir diferentes problemas ligados ao financiamento da operação dos serviços: "não se conseguiu sustentar o ritmo, a velocidade e a intensidade do momento da implantação" (entrevista com Heliomar Silveira - em 12/2/93).

## BIBLIOGRAFIA

BARRANCOS, Dora; LEAL, Aroldo. *Considerações sobre políticas sociais: medicina simplificada e papel do auxiliar de saúde*. Belo Horizonte, s/d. (mimeo).

ESCOREL, Sara. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro, ENSP, 1987 (Dissertação de Mestrado).

FONSECA, Délcio da. *Primeira história da medicina simplificada no Brasil*. Belo Horizonte, Departamento de Ciências Políticas, UFMG, 1984 (Dissertação de Mestrado).

OLIVEIRA, Jaime A.; TEIXEIRA, Sônia M. F. *(Im)Previdência Social: 60 anos da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO, 1986.

SOMARRIBA, M. Mercês Gomes. *Community Health and Class Society: the Health Programme of Norte de Minas, Brazil*. University of Sussex, september, 1978 (Tese de Doutorado).

STRALEN, Cornelis J. van. *O sistema regional de saúde do Norte de Minas: um programa social como processo político*. Belo Horizonte, Departamento de Ciência Política, UFMG, 1986. (Dissertação de Mestrado)

TEIXEIRA, Sônia M.F.; MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. IN, TEIXEIRA, S.M.F. (org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez/ABRASCO, 1989.

# ESTRUTURA E RELAÇÕES DE PODER

*Lenaura Costa Lobato \**

## 1. INTRODUÇÃO

A investigação acerca do que foi e o que representou o Projeto Montes Claros no que se refere às relações e mudanças na estrutura de poder traz de imediato duas vantagens.

A primeira implica na possibilidade de análise da constituição e transformação do poder político em um espaço e tempo bem delimitados. Não só pelo porte e abrangência geográfica do projeto, mas principalmente pelo caráter singular que representou sua experiência. O que faz com que sejam melhor visualizados diferentes atores, circunstâncias e fatos a ele relacionados.

A outra vantagem, decorrente da primeira, implica na possibilidade de que as relações de poder sejam vistas aonde elas são em verdade mais intrincadas e complexas. Ou seja, no plano da prática política concreta, do poder enquanto exercício político cotidiano.

O Projeto Montes Claros representa em um nível micro o que de alguma forma se reproduz hoje na sociedade brasileira. Os limites e diferenças entre Estado e sociedade; os diversos e nem sempre visíveis interesses envolvidos na formulação e implementação de políticas;

---

\* *Socióloga, mestre em Administração Pública, pesquisadora do Núcleo de Estudos Políticos-Sociais em Saúde/ENSP/FIOCRUZ.*

a convivência “pari-passu” de padrões conflitivos de relacionamento político ao interior das instituições do Estado e da sociedade. Mais ainda, a experiência do projeto demonstra, como o vemos hoje, os avanços e retrocessos que o processo político impõe a qualquer estratégia de poder, assim como o caráter sempre conflitivo das relações políticas que para tanto se estabelecem.

Na área da saúde, a persistência e mesmo agravamento das condições de assistência reproduzem ainda a necessidade constante de conformação política de demandas para que estas sejam atendidas. E apesar das conquistas democráticas desde o Projeto Montes Claros, persiste ainda o caráter instável e frágil das organizações da sociedade civil, contrariamente ao crescimento e complexificação dos interesses econômicos no setor, mantendo-se a distância entre o legal e o efetivo.

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 de saúde no Brasil. Diversos trabalhos realizados sobre o projeto já fizeram essa recuperação e de forma mais completa do que se propôs nossa pesquisa. Nesse sentido, nossa contribuição será a de reintroduzir alguns aspectos cuja discussão é vital à análise dos caminhos escolhidos e dos acertos e erros cometidos. Rever a experiência de Montes Claros após a conquista legal da Reforma Sanitária e de sua implementação por quase 5 anos pode auxiliar a um olhar crítico de todo esse processo, que tem no Projeto Montes Claros um passo importante.

Para a análise das relações de poder no Projeto Montes Claros, recorreremos inicialmente à discussão acerca do que representou o projeto, através da identificação de sua concepção estratégica. A partir disto, localizamos as formas e caminhos políticos pelos quais se desenvolveu essa estratégia. Posteriormente, acompanhamos sua trajetória através das diferentes arenas por onde passavam as relações políticas entre o Projeto Montes Claros e o que chamamos de diversas estruturas de poder.

## 2. A ESTRATÉGIA DE MONTES CLAROS - TRANSFORMAÇÃO SOCIAL VIA SAÚDE

A identificação de uma estratégia que orienta o Projeto Montes Claros decorreu da necessidade metodológica de estabelecermos uma periodização para nossa análise. Por um lado, os dados apontavam o Projeto Montes Claros como parte de um processo de transformações ocorridas no estado de Minas Gerais e na própria dinâmica da socie-

dade brasileira, tendo como especificidade aquelas ocorridas no setor saúde nas duas últimas décadas. Ou seja, o Projeto teria sido decorrência de um processo anterior ao estabelecimento do Programa Montes Claros, assim como teria influenciado as transformações ocorridas no setor a partir dele. Nesse sentido, poderíamos optar por um recorte de acordo ao nosso enfoque principal.

Contudo era também muito presente na memória de seus participantes - principalmente técnicos de nível elementar e médio -, a idéia de que o projeto teria tido um "começo" e um "fim". Mesmo que para alguns desses a análise da totalidade do processo pudesse ser difícil, o certo é que não identificavam em nenhum outro lugar semelhanças com o ocorrido em Montes Claros. Mesmo que também para esses não fosse unânime a localização do período do projeto, este era majoritariamente identificado através de determinadas características reconhecidas como específicas a ele. Ou seja, mesmo considerando o Projeto como parte de um processo amplo de transformações, era impossível desconhecer sua singularidade.

Fez-se necessário então estabelecer opções sobre o que entendemos tenha sido o Projeto Montes Claros. Não opções prévias, mas decorrentes da própria pesquisa e análise dos dados.

Em seu transcurso, pudemos identificar diferentes "olhares" sobre o projeto, presentes não só nos trabalhos técnicos e acadêmicos, como principalmente nos diversos depoimentos coletados. Diferentes formas de apreensão de um mesmo episódio, o que por si só já indicavam sua singularidade. Poderíamos optar por aprender essa singularidade sob quaisquer desses olhares, como nos ensinaria a Antropologia. Ou também agregar o maior número possível deles, fazendo um registro amplo de suas características, como faria a História. Um e outro intentos seriam ricos e reveladores.

Entretanto, interessava-nos localizar o que determinou a singularidade do Projeto Montes Claros. Porque todos os "olhares" são unânimes em apontá-lo como original. Mesmo os mais acadêmicos, que o vêem como "parte de um processo...", "parte das transformações ocorridas...", parte dos acontecimentos registrados...", apontam nele características que não identificam em outras "partes" do mesmo processo, transformações ou acontecimentos.

Em verdade, o Projeto Montes Claros foi, antes e acima de tudo, diferente. E poderíamos afirmar que sua diferença se deu pela inovação, pela criatividade e pela vontade política. Embora não ousemos considerar essas qualidades como determinantes da sua singularidade, é certo que esta também não se explica pelos diversos fatores que influenciaram a execução do Projeto. Esses fatores foram sim condições que possibilitaram que o Projeto ocorresse. Por outro lado, se não podemos tratar inovações, criatividade e vontade política como cate-

gorias de análise, é inegável - e nisso a realidade atual é reveladora -, que elas são diferenciadoras quando o assunto é exercício do poder.

É nesse sentido que, sob o ponto de vista das relações de poder, nosso tema em particular, a singularidade do Projeto Montes Claros está em que, pela intervenção de determinados atores com projeto político-ideológico similar e não hegemônico, ele se constitui em um programa de serviços de saúde implementado de forma original e contrária aos padrões institucionais então prevalentes. Baseado em uma concepção ideológica de transformação social em favor dos setores subalternos da sociedade, elege-se a alteração das relações de poder como prática prioritária, a partir e em função da qual se daria o exercício de poder político. As características principais encontradas no projeto - participação de técnicos e população, ampla utilização de auxiliares de saúde, alianças políticas com o poder local e com a Academia (através do internato rural) - decorrem menos das iniciativas institucionais e mais da concepção dos atores que implementam o projeto.

Tanto essa forma de exercício do poder quanto a concepção ideológica que o embasa encontram unidade em uma mesma estratégia, que direcionará toda a trajetória do projeto - *a transformação social via setor saúde, cuja tradução é a alteração das relações de poder através da utilização de espaços institucionais*. É a aplicação dessa estratégia em uma conjuntura de extrema repressão política, um contexto institucional modernizante porém tecnicista e em uma região com relações de poder conservadoras e arcaicas, que determinam a singularidade do Projeto Montes Claros.

Assim é que optamos por restringir nossa análise ao período que melhor identifica o desenvolvimento dessa estratégia ao interior do Programa Montes Claros - as gestões de Francisco Machado e de José Saraiva Felipe -, entre 1975 e 1982.

Essa periodização não visa desconsiderar os diversos fatores que viabilizaram o Projeto MOC, nem tampouco as características posteriores do setor saúde na região de Montes Claros. Ao contrário, procura exatamente diferenciá-los em relação a um período singular, cuja trajetória, conflitos e contradições interessa-nos apreender. Trajetória esta que tanto altera aqueles fatores condicionantes quanto influencia o quadro político e institucional posterior da região. Da mesma forma, também não exclui as transformações no setor saúde entre as quais o Projeto se insere - que entendemos enquanto o processo da Reforma Sanitária. Mas o considera na medida em a trajetória da Reforma a partir de então seria em grande parte decorrência da própria dinâmica e resultados do Projeto MOC.

Para desenvolver a estratégia de transformação social via se-



tor saúde, os protagonistas do projeto - o grupo técnico que se forma a partir da entrada de Francisco Machado - adotaria dois caminhos ou táticas principais - autonomia e legitimação. A autonomia implicava na gestão do projeto segundo a estrutura e propósitos definidos a partir do Centro Regional de Saúde de Montes Claros - CRSMOC. Já a legitimação implicava no reconhecimento do projeto enquanto atendendo aos objetivos propostos - não só os do próprio projeto de assistência, como também aqueles dos diversos atores a ele relacionados.

Para cada ator diferente envolvido no Projeto MOC, essas táticas eram aplicadas de forma também diferenciada, dependendo dos interesses e necessidades em jogo, assim como da localização de cada ator. Ou seja, de seu posicionamento frente ao projeto e sua capacidade de nele intervir - positiva ou negativamente. Ademais, sua aplicação também alterava-se de acordo a períodos diversos.

Uma e outra táticas poderiam ser maximizadas em relação a um ator e minimizadas em relação a outro. Por outro lado, em relação a um mesmo ator, o alcance de uma tática era condição para o sucesso de outra. Assim por exemplo, em relação à Secretaria Estadual de Saúde - SES, a maior autonomia do projeto dependeria de sua legitimação. Entretanto, legitimar-se frente a ela era diferente de fazê-lo, por exemplo, frente às prefeituras locais.

No primeiro caso, o Projeto deveria mostrar que seguia e cumpria os requisitos técnicos exigidos. Esta era a condição necessária para manter a autonomia e evitar o tecnicismo e mesmo a intervenção direta da SES. Já quanto às prefeituras, os objetivos eram outros. Não importavam requisitos técnicos ou mesmo efetividade do Projeto, mas sim a capacidade que este tinha de responder aos interesses materiais e políticos daquelas. Assim, a legitimação dependia do atendimento, por parte do CRSMOC, de objetivos diversos das diferentes prefeituras. E nesse caso, a autonomia era consequência da legitimação.

O alcance da estratégia dependeria da maximização da autonomia e da legitimação do projeto, mesmo que fossem elas distintas e em graus diversos para diferentes atores. Assim, autonomia e legitimidade não deveriam necessariamente caminhar juntas, mas não poderiam ser contraditórias.

As relações políticas eram por sua vez estabelecidas através de alianças e rompimentos, para cada situação concreta vivenciada pelo projeto frente a outros atores. As alianças representavam entendimentos ou acordos visando a troca de benefícios materiais (recursos financeiros, de pessoal e infraestrutura) e/ou benefícios políticos (apoio explícito, parcial ou simplesmente por isenção). No primeiro caso estariam por exemplo as prefeituras locais e a Faculdade de Medicina - FAMED. No segundo, estariam por exemplo setores da Academia, a OPAS, alguns técnicos da SES/MG e o PIASS. Já os rompimentos, ao

contrário, representavam enfrentamentos e/ou dissensos entre o grupo técnico do Projeto e os diferentes atores. É o caso das relações com a Fundação SESP ou com a medicina liberal.

As gestões de Francisco Machado e José Saraiva Felipe marcariam dois momentos ou fases diversas na consecução da estratégia desenvolvida em Montes Claros, decorrentes de mudanças ao interior do Projeto, determinadas por alterações na conjuntura política e nas relações de poder entre os diversos atores relacionados ao projeto.

Essas reformulações ocorrem não no conteúdo da estratégia - a criação de um espaço não-hegemônico de poder via setor saúde, mas sim na forma de atuação política e no "locus" privilegiado para essa atuação. Em um primeiro momento - a gestão de Francisco Machado - a atuação política se dá no sentido de colocar em prática um modelo alternativo de assistência à saúde baseado na participação e conscientização popular. E o "locus" privilegiado era o próprio Projeto, a partir e em função do qual as relações políticas se estabeleciam. Já em um segundo momento, - a gestão de José Saraiva -, a atuação passa a se dar no sentido da organização democrática de segmentos sociais da sociedade, por onde passaria a conscientização em saúde, com vistas a alterar a estrutura de poder vigente na região. Paralelamente, divulgar e aprofundar o modelo assistencial experimentado com vistas à sua adoção ao nível nacional. O "locus" privilegiado deixa assim de ser exclusivamente o Projeto e passa a ser concomitantemente a sociedade civil e as instituições do Estado.

A primeira fase caracteriza-se assim pela expansão e efetivação do modelo assistencial proposto. Era necessário mostrar a viabilidade de um projeto alternativo e democrático. Menos pela crença de que ele pudesse alterar as condições de saúde da população e mais pela possibilidade de que, através dele, se pudesse introduzir uma nova consciência sanitária, com a população conhecendo suas dificuldades e vivenciando as alternativas políticas para solucioná-las.

É assim que, ao contrário de dar continuidade ao projeto do IPPEDADAR ou assumir o da SES, o que faz a equipe que assume o CRSMOC em 1975 é estabelecer uma clara ruptura na concepção de suas diretrizes. As orientações básicas do IPPEDASAR reformuladas pela SES foram logo de início subordinadas à duas outras que seriam prioritárias na implantação do Projeto - participação democrática e conscientização política, tendo como premissa a assunção da técnica a serviço da política, através do planejamento estratégico. A estratégia central passa assim a comportar a forma pela qual deveria se dar: pela participação democrática de técnicos e população.

Como para isso era necessário romper com o estabelecido e a conjuntura de então sabidamente não permitia qualquer transgressão, o rompimento deveria passar sempre por onde não fosse reconhecido,

daí o caráter quase totalmente marginal do projeto em sua fase inicial. Caráter esse que viria a se transformar paulatinamente, por necessidade do próprio projeto, implicando no aumento proporcional dos conflitos e também em alterações internas.

Até 1977, com a gestão de Francisco Machado, o projeto alcançou uma ampla autonomia, o que permitiu o desenvolvimento das ações previstas e conseqüentemente um alto grau de legitimação. A grande quantidade de recursos e o fato de serem gerenciados pelo próprio Centro Regional permitiu que todo o trabalho político e técnico fosse realizado segundo os preceitos do grupo dirigente. Além de toda a rede física instalada, o próprio trabalho - através dos auxiliares e supervisores - foi altamente criativo e inovador. Em um período de profunda repressão, o Projeto conseguiu aprofundar e avançar na experimentação de propostas já adotadas em outros projetos alternativos tentados através da Academia.

Entretanto, passa o projeto a enfrentar tanto o acirramento de problemas políticos quanto dificuldades internas para sua implementação. Em 1977 os recursos já eram escassos, comprometendo a manutenção da rede e dos serviços. Ademais, as eleições de 1976 haviam trazido mudanças nas prefeituras antes aliadas ao CRSMOC. Neste ano, uma reunião de assessores do projeto (Mário Hamilton, Sérgio Arouca, Pellegrini e membros da UFMG) já identificava enfrentamentos políticos mais acirrados e "foram substituindo a luta intra-burocrática por uma luta extra-burocrática, favorecida pela abertura política" (Stralen, 1985:139).

O sucesso da estratégia de Montes Claros começava a ameaçar a correlação de forças existente na região, comprometendo interesses ao interior da SES, que não conseguia controlá-lo; das prefeituras, para as quais a expansão das demandas e reivindicações de técnicos e população ultrapassava sua intenção de utilizar os serviços oferecidos pelo projeto de forma clientelista; dos interesses dos médicos liberais e empresários, que se viam ameaçados pela utilização prioritária dos auxiliares de saúde e também pela possibilidade de extensão dos serviços públicos em substituição aos privados.

O apoio com o qual o projeto contava passa a ser insuficiente para sua expansão ao interior das atividades propostas. As contradições entre legitimidade e autonomia começam a surgir, quando para realizar a primeira, é necessário abrir mão da segunda. Para o grupo dirigente do projeto, a estratégia em seu momento inicial havia demonstrado, em primeiro lugar, a possibilidade de alteração das relações de poder ao nível institucional e, em segundo lugar, a conformação de um modelo assistencial público passível de ser adotado ao nível nacional. Mas, por outro lado, demonstrara também a necessidade

tanto de apoio político na sociedade para a efetivação de ambos, como a de ampliação e ocupação de espaços de poder .

Francisco Machado é substituído em 1977 por José Saraiva, médico e então membro do movimento estudantil. Sua entrada vai determinar as mudanças no curso da estratégia do projeto. Este tratou de fazer do Projeto MOC um movimento para fora, utilizando-o como mola propulsora da estratégia.

A segunda fase da estratégia iria se caracterizar pela transformação da experiência de Montes Claros em dois projetos distintos, mas interligados em sua intenção de serem não hegemônicos e possuírem como instrumento e objetivo central a questão da saúde. Um projeto local, de criação e expansão de um poder regional através do estímulo à organização de entidades sindicais e associativas da sociedade, da formação e consolidação partidária de oposição e da disputa e ocupação de cargos legislativos e em instituições públicas. E um projeto nacional, de transformação da assistência à saúde sob a responsabilidade do Estado, cuja proposta deveria se dar pela conformação de uma rede de pessoas comprometidas com essa transformação e que, desde fora do Estado, criasse as condições para sua execução, prioritariamente através da ocupação de lugares institucionais no setor.

Essa nova etapa será possível devido às alterações conjunturais que se intensificam a partir de 78 com a ampliação da democracia, abrindo perspectivas de transformação ao interior do Estado e da sociedade. As dificuldades de realização dos objetivos do Projeto, paralelamente ao sucesso de sua concepção, permitiram e mesmo impuseram a extensão do trabalho político para instâncias além dele próprio.

É importante considerar também nessas diferentes fases da estratégia as características pessoais e concepções políticas próprias dos dois diretores, o que é unânime nos depoimentos coletados pela pesquisa. A Chicão é atribuída uma personalidade criativa e um descompromisso com interesses próprios ou pessoais. Já Saraiva é reconhecido como tendo enorme capacidade de articulação política, sendo mais pragmático e realista. Enquanto Chicão preferia o conflito, Saraiva escolhia a negociação, o que foi fundamental para a expansão do trabalho político em Montes Claros.

A trajetória política posterior de ambos evidencia também as diferenças e intenções pessoais. Apesar de liderança altamente carismática, Chicão não alcançou posições diferenciadas na política regional, ocupando preferencialmente postos na estrutura institucional, entre as quais o PIASS. Candidato a deputado pelo então PCB no pleito de 1982, não conseguiu eleger-se.

Saraiva, ao contrário, percorreu trajetória que o fez desde secretário municipal de saúde de Montes Claros até atual secretário

estadual de saúde. Sua atuação foi principalmente no sentido de consolidar fora do projeto aquelas conquistas já alcançadas ao nível interno. Investiu na expansão democrática através da prática político-partidária, sindical e de movimentos sociais. Além do primeiro sindicato metalúrgico, liderou a criação do MDB em toda a região. A partir de MOC, conseguiu criar uma força política regional da qual se tornou líder. Tendo muitos de seus membros surgidos do Projeto MOC, esta força é hoje ainda reconhecida por seus opositores como "o grupo da saúde".

As diferenças entre as duas gestões seriam sentidas de forma diversa ao interior do projeto e fora dele, mas sempre como fazendo parte de um mesmo objetivo e de uma mesma concepção estratégica. Para analisar a trajetória dessa estratégia, localizamos as arenas diversas através das quais se desenvolvem as relações políticas no Projeto Montes Claros. Correspondem a diferentes atores ou grupos de atores com dinâmica político-institucional relativamente similar - que denominamos estruturas - com as quais o Centro Regional manteve as relações necessárias ao desenvolvimento da estratégia. São elas: a estrutura interna, a local, a institucional e a estrutura externa.

A estrutura interna corresponde ao grupo técnico dirigente do Centro Regional - CRSMOC e aos demais técnicos do projeto (auxiliares, motoristas etc). A estrutura local refere-se às instâncias de poder localizadas na região onde se desenvolveu o projeto, e que incluem aqueles atores instituídos tanto formal quanto informalmente. Nela estariam as 46 prefeituras abarcadas pelo projeto, a FAMED, as entidades ou representações médicas e os usuários.

A estrutura institucional refere-se às instâncias governamentais de poder. Nela incluem-se a SES/MG, o MS, o INAMPS e a FSESP. Já a estrutura externa corresponde aos agentes e/ou instituições que participaram direta ou indiretamente da "rede" de apoio e incentivo ao projeto. Nela incluímos os assessores (principalmente da OPAS e PESES), a UFMG através do internato rural e o PIASS.

### 3. ESTRUTURAS DE PODER NO PROJETO MONTES CLAROS - AS ARENAS DO JOGO POLÍTICO

#### 3.1 Estrutura Interna

Ao nível interno, o projeto MOC teve como principal característica procurar implantar uma estrutura de poder efetivamente democrática e participativa. Para tanto, foram buscados dois caminhos. Em primeiro lugar, formar uma equipe dirigente que pudesse assumir as

diretrizes do projeto. E posteriormente, possibilitar que esta equipe atuasse política e tecnicamente na formação de quadros em saúde que encaminhassem o projeto.

Quando assume a direção do CRSMOC no início de 1975, a primeira atitude de Chicão é levar para MOC algumas pessoas "estratégicas" que tinham participado com ele do projeto de Diamantina. Sua idéia era formar uma equipe capaz de inovar. Para tanto, encaminhou uma seleção de pessoal onde o principal critério era ideológico. Levar para o projeto pessoas que estivessem alinhadas ideologicamente com a idéia de transformação social. Os que assim não estivessem, deveriam ser "verdes"; ou seja, sem idéias pré-concebidas.

A partir de uma equipe de mais ou menos 15 pessoas, iniciou-se o levantamento das condições da região, levantamento este que já era um trabalho ideológico e político em si.

Em fevereiro de 1976 chega a MOC, por indicação de Eugênio Vilaça, um consultor em planejamento - Dalton Mario Hamilton. Mesmo indicado pela SES, com quem o projeto já tinha as primeiras divergências, este integra-se totalmente à concepção de Chicão e passa a dividir com este o encaminhamento da estratégia de MOC.

De fevereiro a abril de 76 a equipe organiza o projeto para apresentação aos técnicos do Ministério da Saúde, de forma "palatável para os planejadores..., que deveriam aprovar os recursos" (entrevista com Francisco Machado).

Esta reunião representou o primeiro elemento da tática de legitimação frente à burocracia pública. Começa aí o reconhecimento do projeto como contendo proposta altamente inovadora. Tendo como máxima a ampliação de cobertura, a proposta condensava as orientações anteriores, sendo que de forma renovada. Ultrapassa o modelo de medicina comunitária "de pobre para pobre" e propõe um outro de assistência integral; ampla utilização de pessoal auxiliar; interação preventivo curativo com ênfase no preventivo; integração e inter-coordenação de ações e financiamento multilateral. Tudo isso baseado em ampla participação comunitária. Segundo Mario Hamilton, a proposta elaborada nessa reunião era "a proposta da Reforma Sanitária de hoje" (entrevista com Mário Hamilton, em 28/04/92).

A expansão do trabalho do Projeto se dá a partir daí pela implantação da rede física, treinamento dos auxiliares de saúde e execução das ações de saúde. Tudo isso tendo como norte a conscientização política para a transformação.

Eram três as instâncias da estrutura interna do CRSMOC (Stralen, 1985). O conselho técnico-administrativo, formado pela direção e por representantes dos diversos setores técnicos, funcionou inicialmente como órgão consultor, teve e posteriormente caráter decisório, principalmente quanto à política de pessoal. A supervisão integrada, subs-

tituta da polivalente, procurava abarcar técnicos das diversas áreas para a orientação do trabalho. E também a metodologia participativa dos cursos de treinamento, baseada na experiência concreta e cotidiana dos auxiliares em suas localidades como elemento principal para sua formação.

Principalmente na gestão de Francisco Machado, a participação no projeto se dá através de assembleias abertas com discussão e tomada de decisão por todos os membros - técnicos (auxiliares ou não) e comunidade. Esse "assembleísmo" não implicava entretanto na inexistência de conflitos. Ao contrário, o conflito era segundo Chicão o principal estímulo à criação. Para o próprio diretor, pode ter havido exagero em muitos casos. Entretanto, defende ter sido esta uma estratégia em si: "...jogar com contradições entre quem tem poder. Isso, prá gente que trabalhou em Montes Claros, (...) foi um eixo de estratégia (...). Sempre."

Já para outro importante dirigente do Projeto, Délcio Sobrinho, a participação talvez não fosse tão democrática assim. Sobre a concepção dos treinamentos dos auxiliares, ele comenta: "era uma coisa ambígua, porque eles exerciam o poder delegado por nós. Nós éramos os donos do curso. A gente chegava e falava: vocês é que resolvem. Mas a gente é que decidia que eles resolveriam."

Outro autor, Stralen (1985), também aponta para dificuldades na participação. Para ele, havia uma "fraternidade duvidosa", um "pseudo-consenso" nos treinamentos, mantido através tanto de uma identificação constante do inimigo burocratizador - a SES -, quanto por um ufanismo da participação, enquanto elemento de combate àquele inimigo. Isso fazia com que quaisquer iniciativas contrárias à lógica do treinamento fossem entendidas como contrárias a ele e à própria participação. Havia obviamente um envolvimento emocional muito forte, que fazia com que pessoas que jamais tinham participado de qualquer coisa, se engajassem em um projeto inovador de trabalho.

Os cursos de treinamento representaram em verdade a grande experiência participativa do Projeto, independentemente de cedida ou não. Realizados em Porteirinha a partir de 1976, formaram até 78 cerca de 650 auxiliares. Foi sem dúvida aí que a conscientização política tomou maior visibilidade, transformando por vezes radicalmente a vida de muitos de seus participantes.

Para os integrantes dos treinamentos e pessoal de nível médio entrevistado, a participação foi decisiva e só é superada na lembrança pela experiência do trabalho em si.

É possível perceber inclusive que não há para estes uma diferença entre a participação enquanto metodologia dos cursos e o trabalho em si. Este, além de gratificante, era bem remunerado. Isto, aliado à importância que os auxiliares tinham nas diretrizes do

projeto, lhes conferia status em suas comunidades. Um ex-auxiliar, comentando sobre a remuneração, dizia que em dois anos de trabalho conseguiu comprar um automóvel novo. Outro técnico lembrava que na época do Projeto eram referência nas localidades duas instalações: o posto de saúde e a casa do auxiliar de saúde - pelo "telhado novo". Hoje contudo, a remuneração do técnico não chega a um salário mínimo.

O estilo participativo, mesmo com deficiências, alcançou o objetivo de expansão dos auxiliares como agentes de transformação, com a característica singular de que a conscientização política estava intrinsicamente relacionada ao trabalho. Uma das questões mais levantadas por níveis técnicos superiores de dirigentes era de que o Projeto não tinha nenhuma crença na possibilidade de transformar as condições de saúde da população. Entretanto para os auxiliares, isto foi efetivo. Alcançava-se resolver problemas simples com sua assistência. É ressaltada a predominância do preventivo sobre o curativo, a importância da supervisão e a reciclagem. Isso criava um compromisso que transcendia o trabalho em si.

A participação no Projeto MOC, comparativamente ao projeto do IPPEDASAR e às ações previstas hoje na municipalização apontam para a relevância da relação entre participação e trabalho.

Uma participante do IPPEDASAR, do Projeto MOC e até hoje nos serviços de saúde, refere-se ao primeiro como tendo incluído a participação enquanto "coisa a parte", que faria com que as pessoas se motivassem, "mas dentro de uma coisa que já estava construída nos mínimos detalhes". Sobre isso, é conhecido o grau de normatização do projeto do IPPEDASAR. Um de seus manuais, por exemplo, ensinava com detalhes como deveria um funcionário de limpeza proceder, indicando a maneira correta de segurar a vassoura.

Mesmo mais animada quanto à municipalização, a mesma depoente aponta de novo a relação entre participação e prática de trabalho, quando diz que é coisa ainda muito "teórica...", não conseguiu chegar na prática. Para ela, "hoje a proposta é mais ampla que a outra. A prática é que não condiz. Na época, a prática era mais adiantada do que a proposta. Hoje a proposta é mais adiantada e a prática não condiz. Você não tem os caminhos". Sobre os conselhos de saúde hoje, por exemplo, é comum a idéia de que há o lugar garantido, mas não há a informação.

A dinâmica de "inventar e re-inventar novas formas de trabalho a partir da realidade local" (Stralen, 1985:136) ou da "vivência-elaboração/elaboração-vivência" (entrevista com Francisco Machado), teve também seus pontos negativos. Para Stralen essa lógica fez com que o Centro Regional se recusasse sempre a normatizar o papel e trabalho dos auxiliares, que entendiam como "burocratizar o proje-



to", em oposição é intenção da SES. Ainda segundo o autor, quando resolve o Centro Regional institucionalizar as formas de participação, através de um novo estatuto, é este rejeitado pela SES como "subversivo". Essa informalidade pode ter contribuído para que a profissão jamais tenha sido regulamentada; uma das principais reivindicações da Associação de Auxiliares. Criada em 1979, foi um dos momentos de maior expressão do Projeto e contou com amplo apoio do Centro Regional.

O papel dos auxiliares começa a decair quando o projeto passa a sofrer pressões do setor médico, que não reconhece sua função; quando decaem os salários (principalmente a partir de 1982) e também quando se enfraquece um dos principais mecanismos do Projeto - a supervisão, apontado como o responsável pelo distanciamento entre as Unidades Básicas, as Ambulatoriais e o CRSMOC.

A supervisão polivalente, ao lado dos ASs, formavam o principal mecanismo de relacionamento político no Projeto. Eram responsáveis pela ligação entre unidades, localidades diversas e pelos contatos e acordos com as prefeituras. Na maioria das vezes de forma mais eficiente que os próprios dirigentes.

Antigos supervisores e auxiliares concordam que o fim da supervisão foi importante componente na desagregação do Projeto. Segundo Eliomar, ex-supervisor, a partir de 77 e 78 o projeto não mais funcionou: "o choque com a realidade foi paralisante". A carência de recursos e de mecanismos de distribuição de insumos transformaria a "festa de suprimentos" na impossibilidade de operacionalizar toda a rede. Assim, começou a atrofiar a composição do serviço; "não se conseguia continuar no pique da implantação".

Mesmo com a existência de conflitos entre os diversos níveis da estrutura interna do projeto, foram marcos o caráter inovador e dinâmico de relacionamento e a democracia, apesar de com aspectos questionáveis. O Projeto criou a possibilidade concreta de questionar o poder e tentar alternativas para transformá-lo. A coesão do grupo dirigente foi para isso fator fundamental. Délcio Fonseca assume que era "como se a gente estivesse tentando um partido político, do qual nós áramos o comitê central e os auxiliares os militantes".

Essa dinâmica interna se altera com a saída de Chicão e a entrada de Saraiva. Para os auxiliares e mesmo para algumas áreas da supervisão, as mudanças nas prefeituras após as eleições de 1976 já tinham trazido problemas. E a partir de 78 intensifica-se a oposição do setor médico liberal e empresarial ao projeto.

As dificuldades no tocante à estrutura interna, não são atribuídas à mudança de gestão. Ao contrário, para os auxiliares, os nomes de Chicão e Saraiva são usualmente interligados como tendo encaminhado direções similares. Já para os técnicos dirigentes há diferenças

claras, mas relacionadas às dificuldades externas e às características pessoais de ambos. Entretanto, apontadas como presentes no encaminhamento da estratégia do Projeto e não na forma de condução da estrutura interna.

Mesmo que não relacionada à mudança de gestão, a desagregação é contudo sentida por todos os membros de nível auxiliar e médio. Esta em verdade correspondeu a uma necessidade do Projeto, decorrente da nova dinâmica da estratégia, decidida e discutida a partir do Centro Regional, que indicava a expansão "para fora" do Projeto de suas lideranças, no sentido de alterar a correlação de forças na região. É assim que após a saída de Chicão, outros membros passam a deixar o projeto e voltar-se mais às atividades agora definidas como prioritárias.

A partir daí passa a haver diferenças entre o projeto local e o nacional desenvolvidos na segunda fase da estratégia do Projeto, quando seus principais quadros passam a se dedicar à formação de organizações de base e do então MDB na região, inclusive iniciando sua participação efetiva, já que mesmo os filiados não tinham prática partidária. As conquistas nesse campo foram bastante significativas. O grupo, além de formar diretórios em todas as cidades da região, ajuda a formar a Comissão Pastoral da Terra - CPT e o primeiro sindicato de trabalhadores rurais.

Para uma dessas lideranças entretanto, não era clara então a falência do projeto como causa para buscar outros canais de ação: "não sei se posso falar que nós desistimos ou não acreditamos mais no projeto de saúde. Mas a gente viu que era pouco...tinha que ampliar...". E relembra o discutido então: "se a gente não aproveitar esse momento...e não começar a mexer com política, ...esse movimento que a gente faz vai morrer". As consequências dessa atuação foram além do esperado, quando o mesmo depoente afirma que se surpreenderam quando a candidatura de oposição que apoiaram às eleições municipais de 1982 saiu vencedora. Assim, é claro que apesar das deficiências do Projeto MOC, seu impacto político foi significativo e bem aproveitado naquele momento.

No plano da prática política, ficaria mais clara a partir de então a distinção entre um projeto local - criação e expansão de uma força política de oposição na Região - e um projeto nacional - elaboração e difusão de uma proposta transformação da assistência à saúde. Esses dois projetos, mesmo não sendo contraditórios, não representariam mais partes da mesma estratégia concebida no projeto MOC - transformação social via saúde. O projeto local mesmo sendo mais presente através das questões de saúde, não tinha nessas sua preocupação principal. Já o projeto nacional pautou-se na politização dos temas atinentes à saúde, sendo esta sua principal bandeira política.

Essa nova configuração do trabalho político trouxe um outro elemento característico do Projeto - a formação de diversos quadros políticos. Atualmente são diversas as lideranças na área de saúde e fora dela que começaram alguma atividade política a partir do Projeto. Entretanto, a grande maioria permaneceu na região como parte do grupo político que se forma entorno a Saraiva. Mesmo tendo sido o Projeto marco inicial da Reforma Sanitária, não logrou desenvolver agentes políticos reconhecidos nesse processo.

### 3.2 Estrutura local

Ao nível local, as relações do CRSMOC se deram principalmente com as prefeituras dos diversos municípios que o projeto abarcava. Elas representaram um poderoso instrumento à legitimação do projeto.

Todas as prefeituras eram então dirigidas pela Arena, o que repelia obviamente a ala progressista da SES, que não supunha negociação. Mas o CRSMOC conseguiu com esses políticos "tradicionais" o que não conseguiria da própria SES. Entretanto, as negociações eram também tradicionais. O Projeto dispunha de muitos recursos e conseguia com isso o apoio das prefeituras. Os acordos eram todos feitos sobre obras que o projeto poderia realizar. Fora isso, limitaram-se a conseguir que os prefeitos, ao invés de escolherem diretamente as pessoas que fariam os cursos de treinamento, enviassem uma lista tríplice para que o Centro fizesse a escolha. Mesmo assim, não era incomum listas tríplices onde apenas um cumpria os requisitos mínimos exigidos. Devido à importância desse tipo de função na disponibilidade de cargos de uma prefeitura pequena e do próprio trabalho político dos auxiliares, obviamente aquele, que cumpria os requisitos era o que interessava ao prefeito.

Para Chicão, o relacionamento com as prefeituras foi melhor do que com a própria FSESP. Contudo, pelas características desses acordos, esse tipo de aliança se mostraria extremamente frágil. Não a toa quando o projeto deixa de dispor dos recursos necessários a essas negociações, o poder local já não é mais aliado do Projeto. A construção e manutenção dos serviços pelo Projeto tinha sido o principal instrumento de negociação com as prefeituras. Contudo, mesmo com a falta deles, a direção do Projeto jamais deixou de cobrar e incentivar a população a cobrar ações dos prefeitos. Nem mesmo do ponto de vista da estrutura de assistência essas negociações deram muitos frutos. A lógica de criação de demanda em muitos lugares incorreu em postos abandonados e serviços inexistentes.

Na gestão de Saraiva o poder local, principalmente agora através de deputados eleitos em 78, passa a impor fortes divergências ao projeto. Principalmente os representantes do empresariado médico, pelo perigo de que o sucesso de iniciativas de caráter essencialmente público viessem a ameaçar o setor privado. A partir de 79, intensifica-se a disputa pelo direcionamento das políticas do INAMPS, devido ao já evidente esgotamento financeiro da Previdência. Para Saraiva inclusive, o Projeto não deixou de ser uma iniciativa experimental para o próprio Estado, que buscava alternativas de coadunar a assistência pública com os interesses privados do setor.

As contradições na estrutura local encontraram no setor médico sua maior expressão. E tanto do ponto de vista político, quanto no próprio corpo dos serviços do projeto. Neste plano, as resistências dirigiam-se principalmente ao trabalho das auxiliares, que eram sempre tratadas como meros atendentes. Seu trabalho dava mais certo onde não existiam médicos. Eram constantemente desautorizadas por estes, tendo havido inclusive casos de processos jurídicos pelo exercício ilegal da medicina. Um desses ocorreu por ter a auxiliar escrito em um papel como deveria o paciente tomar uma aspirina.

Além disso, os médicos se recusavam a reconhecer que faziam parte de um sistema de serviços que não se reduzia a eles. Como lembra Stralen (1985), isto teria em muito contribuído para que não funcionasse o sistema de referência e contra-referência, já que não havia supervisão médica para as unidades básicas, nem contato destas com as unidades ambulatoriais. Os médicos também não aceitavam supervisores não médicos. Neste sentido, foram tentados cursos com a participação de médicos, mas que não funcionaram.

Algum sucesso conseguiu-se com reuniões de médicos, supervisores e pessoal das prefeituras, mas a integração em verdade só ocorreu com os médicos contratados diretamente pelo CRSMOC ou pelos participantes do Internato Rural (Stralen, 1985).

Com o setor médico hospitalar a situação também não foi diversa. As tentativas de referência entre conveniados com o FUNRURAL e as unidades ambulatoriais em troca de equipamentos não funcionaram, já que eles passavam a selecionar os pacientes. Só em 1980 foi incorporado um hospital ao Sistema, que mesmo assim era precário e não comportava a demanda (Stralen, 1985).

O Projeto teve que se restringir às unidades ambulatoriais e básicas, não tendo alcançado a integração e hierarquização que propunha. Não a toa Chicão declara que fazia parte do planejamento inicial deixar a cidade de Montes Claros para o final da implantação do sistema, onde sabidamente as resistências seriam maiores. É quando o projeto chega lá que intensificam-se os conflitos. Saraiva atesta que as resistências do setor médico eram fortíssimas. E nesse sentido

afirma o caráter marginal do projeto: “nós não tínhamos a mínima possibilidade de intervenção na área de assistência”.

Com a Faculdade de Medicina de Montes Claros a relação foi de não interferência de ambas as partes. Uma tentativa foi feita através de um programa docente-assistencial, visando contribuição mútua para a reformulação de currículo e treinamento orientado nas localidades. Logo na 1ª reunião, segundo Mário Hamilton, ficou claro: “com esses caras não vai dar”. O intercâmbio ficou por conta de equipamentos cedidos pelo projeto para a Faculdade. Da parte dos alunos, não queriam nem ouvir falar em ir para o interior. Entendiam que tendo estudado já em uma cidade menor, deveriam buscar especialização nos grandes centros.

### 3.3 Estrutura Institucional

Dentro da estrutura da burocracia de saúde Projeto Montes Claros logo perdeu o apoio da SES. Para os dirigentes do Projeto, isto se deu pelas tentativas fracassadas de implantação, pela Secretaria dos padrões tecnocráticos por ela defendidos. E posteriormente porque o Projeto viria a fazer mais sucesso que ela própria. Para Eugênio Vilaça entretanto, sua divergência era principalmente com o aparelhamento do Projeto, que se tornou um “espaço de afirmação nacional na saúde do Partidão.” “O Partidão escolhe o Projeto para concentrar esforços ali e dali sair uma experiência prática para a Reforma Sanitária”.

Sobre os conflitos que viriam a se agravar com a Secretaria, diz o depoente: Se você aparelha um pedaço de uma instituição, você tem que ter conflito dentro da instituição. Se você põe um pedaço de uma instituição a serviço de um partido, claro que você tem que ter conflitos..., se o secretário não é daquele partido.” Já sobre a gestão de Saraiva, Vilaça defende ter representado não mais um projeto do Partidão, mas “um projeto político regional”, que cai nas mesmas regras do jogo de poder tradicional.

Em verdade, as desavenças existentes entre o Centro Regional e a SES estiveram, em grande parte mais no imaginário de ambos os lados do que na realidade concreta. Era muito mais uma disputa estritamente ideológica, entre concepções novas que queriam se consolidar. A subversão das normas tinha o caráter emblemático da subversão ao poder. O exagero nos conflitos é reconhecido pelos próprios dirigentes. O ponto alto desses conflitos foi a intervenção da SES no almoxarifado do CRSMOC, fato hoje considerado como pouco relevante para os destinos do Projeto. Mesmo os dirigentes assumem que eram muito “petulantes” no trato com a SES. Como afirma Saraiva, apesar das divergências, o Projeto foi muito útil e positivo para a SES.

Segundo ele, "a SES nunca nos temeu, embora sabendo com quem estava lidando lá em MOC".

Se com a SES a disputa pode ser localizada entre diferentes visões mas nem tão diferentes intenções, com outros órgãos a afinidade era completamente inexistente. Entre estes, estavam principalmente a Fundação SESP e o INAMPS.

Com a primeira não houve nenhum trabalho conjunto. Com concepção completamente diversa do Projeto, foi mais difícil o contato do que com a própria iniciativa privada. Com sua estrutura altamente verticalizada, viam no Projeto uma ameaça da qual nem deveriam se aproximar. Em verdade também aqui havia preconceitos de ambas as partes. Nem a FSESP nem o CRSMOC abriam mão de seus princípios. Houve por parte do Centro Regional tentativa de incluir a Fundação em uma área programática, onde esta tinha uma unidade de atendimento mista. Apesar de alguns de seus membros participarem do Centro regional, a iniciativa não deu certo.

Para o Centro Regional seria mais fácil tentar articular-se com um serviço público, mas que funcionasse segundo seus preceitos. Sem dúvida, apesar da estrutura pesada e pouco eficiente, a FSESP era reconhecida como competente no plano administrativo e não sujeita ao clientelismo do Ministério da Saúde. Sérgio Arouca assume uma auto-crítica em relação a esse rompimento, devido à intransigência do Centro Regional à época. Para ele foi um equívoco tratá-la como "inimigo", já que a divergência principal era entre um modelo participativo e um burocrático e a FSESP "era uma coisa pública mesmo. Se o sujeito fosse fazer medicina particular era demitido".

Segundo Stralen (1985), em 79 teria a FSESP ajudado em muito à implantação do Centro Executivo de Montes Claros, sendo um sanitarista da instituição seu primeiro diretor. Mesmo aí, contudo, a disputa chegou a fazer a FSESP reforçar sua estrutura para competir com o Centro Regional. É bastante citado o exemplo de Bocaiuva, onde a uma distância de 100 metros funcionavam uma unidade da Fundação e uma do Centro Regional, ambas em condições bastante precárias.

Com o INAMPS a situação não foi diferente. Até 1978 não houve qualquer interesse ou participação do órgão no projeto. E a partir deste ano é ele quem passa a financiá-lo, com a maior parte dos recursos. Obviamente sua ingerência passou a ser direta e no sentido de desestabilizar o projeto, com cobranças técnicas, burocráticas e controle sobre os repasses.

Para a assinatura do convênio com o INAMPS, conseguido com a interferência do PIASS (sob a direção de Chicão), a direção do Projeto MOC realizou o famoso "show pirotécnico", onde mostrava com painéis luminosos os feitos do projeto. As resistências ao projeto

eram fortes por parte principalmente da Federação Brasileira de Hospitais - FBH e Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, que condenavam os convênios com estados e municípios alegando que estes eram inoperantes e utilizavam mal os recursos, favorecendo o clientelismo. Os recursos da USAID para a instalação da rede física tinham acabado e a SES não tinha a menor condição de tocar o projeto.

A proposta do CRS quando desta famosa reunião era a integração dos recursos a gerência interinstitucional. Entretanto o INAMPS já respondia então com aproximadamente 60% dos gastos totais de assistência na região, sendo a maior parte em Montes Claros. Mesmo com setores da Previdência concordando com a proposta, limitou-se o INAMPS ao repasse de recursos. E mesmo não baseado em produtividade ou número de pacientes atendidos, a avaliação era por produção e pelas ações médico-assistenciais. Não houve portanto qualquer tipo de integração, tendo os recursos se tornado escassos com o tempo (Stralen, 1985).

Tanto este autor quanto Saraiva concordam que o Projeto se tornou compatível com o modelo privatizante, por se restringir à saúde pública, enquanto, como diz Saraiva, "a condução real da política de saúde estava fora desse espaço..." (entrevista com José Saraiva Felipe em 09/02/93).

### 3.4 Estrutura externa

Entre as relações políticas, foi sem dúvida através da estrutura externa que o Projeto encontrou maior expressão e apoio. Pelas ligações políticas e/ou partidárias com a esquerda, estabeleceu-se a partir do Projeto uma "cadeia nacional" de sanitaristas, uma "rede informal" que propagandeava as conquistas do projeto Brasil afora.

Antes mesmo do Projeto Montes Claros, alguns projetos vinham sendo desenvolvidos na área de saúde, principalmente através das Universidades. Eram todos projetos alternativos na área de medicina comunitária, dirigidos por membros de esquerda, que faziam deles lugares de atuação política contra o regime autoritário. Através desses projetos e do PPREPS do MS, inicia-se uma estratégia definida e desenvolvida pelo então Partido Comunista Brasileiro - PCB, que visava a identificação e contato com pessoas e grupos localizados em diferentes pontos do país, que estivessem relacionados a projetos ou atividades alinhadas com a transformação do sistema de saúde. Seu objetivo era, por fora das instituições do Estado e utilizando-as na medida do possível, articular politicamente esses grupos e pessoas visando a

formulação de uma proposta de reorganização do sistema nacional de saúde.

Inicialmente a partir do PPREPS, onde membros de esquerda e ligados à ala progressista da igreja ocupavam cargos, são contratadas pessoas que começam essa articulação. Através do que Arouca chama de "dois discursos", um técnico e outro político, fazia-se o assessoramento dos projetos em andamento. Depois do PPREPS, seria através do PESES que se daria essa estratégia. Projeto acadêmico de medicina comunitária dirigido por Sérgio Arouca, foi na época o principal articulador dessa rede e a partir de onde começam a se concretizar as bases teóricas, técnicas e políticas do pensamento transformador em saúde, já buscando substituir o modelo existente por outro de assistência integral, de caráter nacional e voltado para a maioria da população.

Pelas características do Projeto Montes Claros, uma experiência que já estava se encaminhando, ele é "eleito" por essa rede, que lhe dá desde o início assessoria formalmente técnica e efetivamente política. Durante a gestão de Chicão, o principal papel dessa estrutura foi propagandear o projeto, no sentido não só de dar-lhe legitimidade, como de expandir a própria rede, através de contatos com membros da OPAS e da SES. Internamente ao projeto, dava assessoria em reuniões constantes. Uma das principais atividades que estimula é o Internato Rural da UFMG, de onde saem importantes quadros para o que viria a ser o movimento sanitário.

É principalmente a partir da gestão de José Saraiva Felipe que essa estrutura toma seu papel principal. Decorrência da nova modalidade assumida pela estratégia do Projeto, é através dela que se desenvolve o projeto nacional de reforma do setor, expresso nas articulações com a previdência para manutenção do financiamento do projeto e destacadamente na ida para o PIASS de Chicão. É a partir daí que o Projeto Montes Claros será tomado como modelo para a reorganização dos serviços de saúde, constituindo-se em marco inicial da proposta da Reforma Sanitária.

## BIBLIOGRAFIA

FONSECA, Délcio. *Primeira História da Medicina Simplificada no Brasil*. Dissertação de mestrado apresentada ao DCP/UFMG. Belo Horizonte. 1984.

STRALEN, Cornelis Van. *O Sistema Regional de Saúde de Minas Gerais - um programa social como processo político*. Tese de dissertação de mestrado, Belo Horizonte, UFMG, 1985.



# NOVA RACIONALIDADE TÉCNICA

*Federico Tobar \**

## 1. INTRODUÇÃO

Motivado por uma razão fundamentalmente política, produzir uma “transformação social”, o Projeto Montes Claros se valeu tanto da articulação com diferentes setores quanto do desenvolvimento e consolidação de instrumentos, técnicas e práticas de gestão. Portanto, para consolidar-se, a razão política precisou recorrer à procura de uma racionalidade técnica adequada capaz de instrumentar aqueles propósitos. A mesma foi marcada por dois traços permanentes no seu desenvolvimento: a intenção inovadora nas formas de organização e o planejamento estratégico das ações.

Estas duas características são dominantes não só por causa da vontade política de transformação do grupo que protagonizou o Projeto Montes Claros, mas também porque instauraram uma lógica expansiva, quase contagiante, que impunha aos atores um compromisso, cada vez maior, com a inovação e o planejamento estratégico em cada tomada de decisão.

Grande parte da experiência de Montes Claros serviu, logo, como referência do discurso reformista no âmbito da saúde. Porém, para continuar alimentando os discursos e práticas reformistas faz-se

---

\* *Sociólogo, mestrando em Administração Pública.*

necessária uma avaliação crítica dos instrumentos de gestão desenvolvidos naquele contexto.

É importante a recuperação crítica do Projeto Montes Claros para a reconstrução estratégica do movimento sanitário, porque existe necessariamente uma continuidade entre história e plano. E, este intento precisa nutrir-se de tecnologias de gestão apropriadas aos objetivos da transformação social. É apontando nesse sentido que se tenta aqui descrever e avaliar os modos de atuação estratégica utilizados no Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. Isto significa identificar o que foi feito, em que momento foi feito e para que foi feito.

Na análise aqui apresentada são abordadas as diferentes inovações implementadas tentando-se caracterizar o valor ou peso estratégico de cada uma delas nesse momento particular do processo de transformação.

Para avançar na recuperação crítica e reconstrução estratégica do Projeto MOC, deve ser avaliada a eficácia da racionalidade técnica desenvolvida. Mas nesta avaliação da razão instrumental no Projeto de Montes Claros precisam ser distinguidos, no mínimo, dois níveis:

- I. Por um lado, uma análise apontando ao interior do projeto, que retrate a coerência interna do mesmo.
- II. Por outro, uma análise orientada ao meio, que retrate a ambiência do projeto e permita identificar até que ponto aquela eficácia obtida em Montes Claros é extrapolável a outros contextos.

## 2. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA ESTRATÉGICA DO PROJETO MONTES CLAROS

Para a análise da eficácia estratégica de um projeto Mario Testa (1989) formulou o postulado de coerência, que estabelece a necessidade de uma relação de coerência entre os *propósitos*, *métodos* para alcançá-los, e a *organização* das instituições que se encarregam disso. Caso contrário, quando não há coerência suficiente entre estes três níveis, se produz uma perda na eficácia relativa do projeto de poder.

### 2.1. Propósitos do Projeto Montes Claros: democratização e transformação social

O modelo analítico de Testa permite dar conta da racionalidade instrumental desenvolvida no Projeto MOC onde o propósito maior

era de natureza fundamentalmente política. Através da análise do discurso dos documentos do projeto pode-se identificar como *propósito fundamental*<sup>1</sup> a “democratização”, e associados a ela aparecem outros *propósitos secundários* como a “participação” e a expansão da “consciência popular”.

Atualmente, tanto nos documentos oficiais quanto na literatura crítica, tem-se generalizado a utilização do conceito de “cidadania” para fazer referência a estes propósitos que foram proclamados em MOC há vinte anos atrás.

A democracia tal como era entendida no Projeto MOC radicava no seu compromisso com a transformação social. A mesma se conseguiria através da conscientização e mobilização da população para o reconhecimento dos processos de saúde-doença e a consequente articulação de demandas populares para a incorporação de direitos de cidadania.

Como fora adiantado acima, derivam-se do propósito fundamental outros propósitos tais como a “participação”. A participação no projeto MOC implica a progressiva incorporação de mais e mais pessoas no processo decisório. A mesma se manifesta basicamente através de dois tipos de ações: as orientadas à participação comunitária, e as que apontavam à gestão participativa.

## 2.2. O planejamento estratégico e a inovação no método

O método aplicado para a consecução dos objetivos do projeto MOC recorreu aos princípios teóricos do Planejamento Estratégico, privilegiando-se a razão político-ideológica sobre a instrumental e antepondo-se a análise centrada na categoria “poder” aos exames da eficiência técnica formulados em termos quantitativos.

Desde sua formulação no IPPEDASAR o Projeto foi evoluindo, amadurecendo tanto no que tange à identificação dos propósitos quanto na definição dos métodos e organização adequados. Mas assim como desde o começo aparecia claro no discurso do Projeto MOC a intenção de formular-se como uma “proposta alternativa de organização de serviços de saúde no nível nacional” (Stralen, 1980: 192) também, muito antes dos técnicos e especialistas em planejamento se incorporarem ao projeto já se manifestava o compromisso com a inovação, concebida como método, que, nas palavras de Machado (1978: 471):

---

<sup>1</sup> Ao se fazer referência aos propósitos do Projeto MOC está-se falando do Projeto na sua versão mais amadurecida, isto é, a partir de 1975 e não às versões anteriores e ao IPPEDASAR.

“..não surgiu da colocação em prática de um plano pré-concebido e nem de hipóteses de trabalho, mas das respostas dadas pelo pessoal a situações que ocorriam cotidianamente no Centro Regional - CRS; contudo, a coordenação do CRS, ciente da necessidade de mudança, estimulou sempre este processo de modificações técnico-administrativas”.

A necessidade de inovação no âmbito da racionalidade técnica é a contrapartida do que no plano da estrutura de poder pode definir-se como ruptura com as práticas estabelecidas. Cabe destacar que até então existia um modelo hegemônico de gestão dos serviços de saúde do qual a Fundação SESP constituía um claro exemplo e que poderíamos caracterizar como burocrático-autoritário .

O método adotado na implementação do projeto relativizava as noções de eficácia e eficiência e isto o conduziu a um duplo confronto, por um lado contra o planejamento normativo estabelecido pelas estruturas centrais, por outro contra o tecnicismo adotado pela OPAS.

A nível da estratégia operacional incorpora-se a premissa de lograr resultados a curto prazo, a partir da consideração estratégica de que a condução técnica interessava menos do que os resultados.

Mas também a avaliação do Projeto MOC não pode ser considerada desde a ótica das mudanças no quadro sanitário. Se o propósito fundamental era a democratização via transformação social então o objetivo era criar uma demanda política, identificar necessidades da população e estimular expressões que as convertessem em demandas por políticas públicas. Portanto, o resultado esperado pelo projeto é o próprio processo, são avanços num rumo desconhecido.

Isto levou a uma relativização dos princípios de eficiência, eficácia e efetividade. Por um lado, porque se rejeitavam as metas, já que isso fazia parte do modo de atuação do planejamento oficial de caráter normativo e, em segundo lugar ,porque a eficácia era relativa às formas de vida dos pacientes:

“Podemos então dizer que a saúde das pessoas vai depender em primeiro lugar de como as pessoas ganham a vida: como trabalham, o que comem, quanto ganham, em que gastam seu dinheiro, onde moram. Em segundo lugar, vai depender de características biológicas: como seu corpo reage às suas condições de vida. Onde entram, então, os serviços de saúde? Só em terceiro lugar. Pode acontecer que a gente, discutindo um projeto de saúde, fala como se a saúde da população dependesse só de vacinas, cuidados médicos, etc., mas de fato todo mundo sabe que para uma boa saúde é necessário, em primeiro lugar, a melhoria das condições de vida e traba-

lho. Desta forma não adianta definir saúde e doença de forma muito estrita..." (CRS, 1977)

Em terceiro lugar, porque dentro do projeto a eficiência seria relegada a ter uma função legitimadora a nível das "justificativas técnicas". Ou seja, eram requisitos que deviam ser satisfeitos para se manter a imagem externa do sistema integrado e assim ser menos vulnerável às críticas das instituições técnicas. Como se verá mais abaixo, isto foi o que aconteceu com o sistema de informações.

Por mais que a nível da grande estratégia tenha-se formulado a missão institucional do projeto no sentido de promover a participação comunitária e incentivar a organização de demandas concretas do setor saúde, em relação às práticas cotidianas constatou-se que alguns dos auxiliares de saúde não conseguiam articular uma efetiva mobilização e conscientização da população. Assim, numa instância de revisão se avaliou que deveria implementar-se uma estratégia operacional que diferenciase aqueles auxiliares capacitados para organizar uma demanda popular de políticas de saúde daqueles que atuavam como simples técnicos fornecendo assistência de saúde. Finalmente se optou por avaliar de maneira diferenciada o desempenho de ambas categorias de auxiliares e, para tanto, começou-se a cobrar eficiência técnica a uns e performance concientizadora e mobilizadora aos outros.

A implementação segundo os moldes do planejamento normativo requeria um grande diagnóstico que logo não enriquecia suficientemente a intervenção e operação no sistema. Começava-se a acumular grandes quantidades de informação para a formulação de um diagnóstico que logo estaria completamente divorciado da capacidade de aproveitamento do mesmo para a intervenção. Em relação a esta dinâmica inibidora que prescreviam os manuais de planejamento, tentou-se implantar modelos simplificados de informações, de programação, etc., cujo aproveitamento fosse factível ao nível local, nos marcos da realidade rural do Polígono das Secas.

Para o imediato início do sistema os passos descritos nos manuais de planejamento não podiam ser cumpridos rigorosamente, porque as condições não estavam dadas e muitas vezes o propósito de "racionalizar" terminava atrapalhando a obtenção de resultados. Assim, por exemplo, os recursos obtidos junto a fontes externas não seriam liberados até que se desse início às ações de saúde.

Outro choque de racionalidades técnicas se produziu entre o Projeto MOC e o modelo técnico da OPAS. E isso porque, ao visar o propósito da obtenção de resultados imediatos, se incorporam em MOC métodos totalmente heterodoxos. Por exemplo, na intenção de montar um modelo de programação suficientemente simples, para ser execu-

tado imediatamente nos 47 municípios, optou-se por estabelecer arbitrariamente padrões de produção de serviços. Posteriormente seria avaliada a pertinência desses padrões e os mesmos seriam reformulados nos níveis mais adequados às necessidades da população.

A premissa de implementar as unidades primeiro partia da avaliação de que outros passos do processo de implementação do sistema seriam facilitados em decorrência da pressão política que geraria o fato das unidades já existirem e a população sabê-lo. Uma vez que as unidades existissem e os prefeitos, secretários e/ou governador não apoiassem o projeto, terminariam carregando um ônus político por esta omissão.

Este modelo de racionalidade técnica subordinada ao critério da eficácia política, terminava questionando a tecnologia de planejamento e gestão mais avançada. Não se podiam implementar modelos de programação por objetivos e nem técnicas sofisticadas para a avaliação e programação de tarefas e recursos necessários como o do Caminho Crítico (CPM) ou PERT, porque os mesmos exigiam um conjunto de condicionantes impossível de serem satisfeitos naquela realidade.

Esta tática permitia quebrar um círculo vicioso que muitas vezes afetou as organizações brasileiras onde, por exemplo, não se pode descentralizar os recursos por falta de infraestrutura e capacidade operativa nos níveis locais, e nunca se desenvolvem a infraestrutura e a capacidade operativa nos níveis locais porque não há disponibilidade de recursos.

### 2.3 A flexibilidade organizacional do Projeto MOC: A "administração pelo caos" como alternativa ao modelo burocrático - autoritário de gestão.

Ao nível da *organização* o desafio era o de implementar uma estrutura que:

- a) Por um lado, constituísse um modelo de *massas* para a organização de serviços de saúde. Isto aparece como um requisito importante ao se considerar que o Projeto MOC pretendia constituir-se em um "modelo alternativo" não só para o Nordeste mas também para o país inteiro.
- b) Por outro lado, não estivesse reproduzindo o modelo então hegemônico na administração pública brasileira, fornecendo, ao mesmo tempo, um padrão alternativo na organização dos serviços de saúde. Foi apontando nesse sentido que se implementaram instrumentos e procedimentos específicos para permitir o deslocamento das tomadas de decisões, a hierarquização do sistema, o desen-

volvimento de um sistema de informações e modelos simplificados de programação e gestão financeira apropriados aos interesses e possibilidades locais.

Assim como todas as estruturas no marco do regime burocrático-autoritário, também na área de saúde o modelo vigente caracterizava-se pela subordinação da população e por um ordenamento fragmentado e vertical das ações. O método implementado se apoiava na centralização absoluta do poder ou, frequentemente, se usavam critérios clientelistas para a distribuição do mesmo. As ações se estruturavam através de dicotomias tais como preventivo - curativo, mantendo-se a prevalência do último sobre o primeiro, e público - privado, privilegiando-se o segundo.

Mas no nível organizacional isso se traduzia em uma divisão do trabalho que gerava a compartimentalização das funções e do conhecimento. Assim, o pessoal técnico não transferia conhecimentos para subsidiar a tomada de decisões no nível administrativo e nem assumia tarefas administrativas. A característica básica da organização era o agrupamento das atividades em especialidades ou projetos cujas tarefas específicas eram responsabilidade dos departamentos. Estes departamentos tinham uma estrutura administrativa própria, com linhas hierárquica e de comunicação verticais; esta estrutura se repetia exatamente nos serviços periféricos e nos níveis regional, municipal e distrital. Em decorrência desta verticalidade se produzia uma certa falta de harmonia na atuação do setor saúde, posto que cada departamento e seus correspondentes serviços periféricos atuavam de forma não sincronizada e, muitas vezes, competitivamente (Machado, 1978: 472).

Em contraposição a este modelo autoritário, fragmentado institucional e assistencialmente, baseado em programas verticais, centralizado, apoiado no planejamento normativo e no tradicionalismo, começa a ser formulado um sistema baseado nos princípios da democracia e da participação. As mudanças na organização refletir-se-iam em aspectos tais como a integração institucional, a integralidade das ações de saúde, a descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, etc.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Eugênio Vilaça Mendes, enfatiza, em seu depoimento (entrevista 29-04-93) que esse processo de revisão do modelo de gestão é mais um pano de fundo e um condicionante da eficácia do projeto de que um resultado do mesmo. Porém, independentemente do sentido da conexão causal, considera-se válido tomar o Projeto MOC como instância representativa deste choque paradigmático.

## COMPARAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO HEGEMÔNICO E DA ALTERNATIVA FORMULADA NO CONTEXTO DO PROJETO MOC

MODELO VIGENTE	PROJETO MOC
Visa a reprodução do sistema	Visa a transformação social
Reproduz a dominação-subordinação	Procura emancipação-conscientização
Planejamento Normativo	Planejamento Estratégico
Reprime a demanda	Cria Demanda
Ações verticais	Ações horizontais

Contudo, como decorrência da incorporação do planejamento estratégico, o Projeto MOC não era monolítico desde o ponto de vista organizacional. Por um lado, existia uma frente externa para a qual o modelo e o discurso a ele associado deveria ser rigoroso e suficientemente sólido para resistir aos embates tanto da administração central quanto dos organismos técnicos nacionais e internacionais. Por outro lado, o próprio método inovador exigia certo compromisso com a criatividade, que não pode ser amarrada a estruturas e procedimentos burocráticos. Portanto, como declara Mário Testa:

“... para quem chegava de fora a equipe de Montes Claros brindava um panorama, uma imagem impressionista, caótica. Não havia uma estrutura organizacional hierárquica clara, o sistema era predominantemente horizontal e informal, não existia um organograma claro, mas uma extrema fluidez. Eu chamei a esse modelo de *administração pelo caos*” (entrevista em 02-06-93).

Este duplo carácter da estrutura organizativa é também colocada por Mario Hamilton ao se referir à necessidade de formular “justificativas técnicas” para cumprir com os requisitos de racionalidade dos organismos técnicos. Ou seja, existiam dois planos de operação claramente diferenciados, um guiado pela premissa da criatividade e o compromisso com a inovação, e um segundo plano que funcionava como instância de legitimação, onde os procedimentos administrativos eram seguidos com rigor e precisão: “a coordenação do projeto era ciente de que qualquer transgressão às instâncias de prestação



de contas poderia ser mortal ao projeto" (entrevista com Mario Testa em 02/06/93).

## 2.4. Coerência interna nas principais instâncias inovadoras do Projeto MOC

Uma vez enunciado o tripé configurado pelos propósitos, o método e a organização no caso do Projeto MOC, a análise da coerência interna requererá o exame do comportamento de cada uma destas categorias nos principais aspectos inovadores do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, dentre os quais são destacados: a descentralização e regionalização, a hierarquização, o desenho de programação, o sistema de informações, os modelos de treinamento e supervisão de recursos humanos, e a gestão dos recursos financeiros.

### 2.4.1. Regionalização e descentralização

Apesar de no contexto autoritário que vivia o país, propostas como participação comunitária e demandas populares representavam uma ameaça ao poder instituído, na concepção do Projeto estes princípios foram articulados com outros que, contavam com maior legitimidade, tais como "regionalização" e "descentralização", estabelecidos como meios para atingir a participação e mobilização popular.

Estes princípios aparecem em um contexto de oportunidade, já que a regionalização dos serviços e a descentralização administrativa eram propósitos recomendados pelo II Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social (PMDES).

Mas o propósito da descentralização é concebido no Centro Regional como um instrumento para a democratização dos serviços de saúde e a ampliação da participação comunitária:

"..regionalização e descentralização devem representar, basicamente, decisões cada vez mais próximas daqueles que vão sofrer as ações de saúde.." e são "instrumento da abertura para a participação popular".

De maneira análoga a regionalização foi concebida como "..a organização dos serviços por regiões, municípios e povoados de modo que cada nível possa cumprir determinadas ações e para isso goza do máximo de autonomia e competência" (CRS, 1977).

Ao nível organizacional, para implementar a descentralização e regionalização dos serviços, o sistema regional foi subdividido em 8

áreas programáticas, atribuindo-se aos módulos básicos funções de planejamento, execução e avaliação.

Contudo, uma vez avançado o processo de descentralização surgiram uma série de conflitos com a Secretaria Estadual de Saúde, que apesar de ter assumido a premissa da transferência efetiva do poder decisório, praticava mais uma desconcentração administrativa, transferindo só as tarefas burocráticas menos agradáveis.

Paralelamente, estas relações entre o CRS e a SES tinham se reproduzido ao interior do Projeto MOC, e havia reclamações acerca da existência de uma separação marcante entre tarefas de supervisão (grupo de coordenação) e tarefas de execução (auxiliares de saúde) (Stralen, 1980). A partir desta instância de revisão foram tomadas medidas que apontavam para uma maior descentralização organizacional tais como indicação de supervisores de área residentes nas áreas programáticas, criação de sub-almoxarifados por áreas programáticas e descentralização da programação orçamentária.

Portanto, desde a ótica do postulado de coerência, devem-se distinguir dois momentos relativos ao propósito descentralizador. Um primeiro onde a coerência foi menor e houve a conseqüente perda de eficácia que fez com que o propósito descentralizador terminasse limitando-se a uma desconcentração, sem conseguir subverter as relações tradicionais de autoridade e de relacionamento entre centro e periferia. Numa segunda instância de revisão isto foi reformulado e foram descentralizadas também estruturas tais como almoxarifado e programação. Isto permitia a imposição de dinâmicas de trabalho mais adequadas a cada área. O sucesso relativo desta estratégia poderia ser avaliado desde a ótica das trajetórias dos atores que protagonizaram o Projeto MOC. Tal como foi formulado no Projeto, a eficácia da estratégia descentralizadora não deveria observar-se estritamente no plano técnico, mas especialmente no plano político. Assim, o fato de terem surgido várias lideranças locais a partir do Projeto MOC pode ser considerado como um indicador de desempenho atingido neste propósito. Por outro lado, deve-se creditar ao Projeto MOC uma ação pioneira, mesmo que talvez intuitiva, na formulação do que depois veio a se chamar distritos sanitários.

#### 2.4.2. Hierarquização

Enquanto propósito, a hierarquização perseguia a imagem objetivo de conseguir a auto-suficiência sobre 90% dos atendimentos médicos da região. O método utilizado partiu da idéia de que a maioria dos problemas de saúde que atingem à população rural pode ser resolvida a partir de intervenções simples. Portanto, a oferta de servi-

ços foi estruturada a partir de um desenho piramidal com uma base ampla de unidades com equipamentos simples e operados por agentes de saúde não especializados. Na medida em que a complexidade dos problemas de saúde aumentasse, os tratamentos seriam efetuados em unidades mais complexas e por pessoal mais especializado.

Na implementação, tanto para a regionalização quanto para a hierarquização dos serviços, foram definidos quatro níveis organizacionais de complexidade crescente. O nível mais simples seria constituído pelo domicílio, no qual se realizavam ações preventivas através de visitas domiciliares dos auxiliares de saúde e ações curativas através do sistema informal.

Em segundo lugar estavam as Unidades Auxiliares, que eram distribuídas em áreas de pelo menos 2.000 habitantes. Nelas os auxiliares de saúde prestavam assistência primária, e as mesmas se constituíam em unidades básicas para o desenvolvimento de ações comunitárias.

Os quadros mais complexos eram encaminhados às unidades ambulatoriais que se localizavam nas áreas urbanas das sedes dos municípios. Nelas, havia auxiliares e no mínimo um médico generalista que, além da atenção primária, oferecia consultas médicas e serviços básicos de laboratório.

Por último, nas áreas urbanas de maior densidade existiam hospitais onde se realizavam cirurgias, atendimento ambulatorial especializado e radiologia básica.

Porém, apesar do modelo ser extremamente coerente no papel, na prática cotidiana verificaram-se iniquidades derivadas da dispersão geográfica dos serviços. De fato, tanto no Norte de Minas quanto em outras áreas rurais, as unidades de saúde ficam distantes de grande parte da população, e geralmente nestes lugares não existem meios de transporte coletivos.

Esta exterioridade própria das zonas rurais obstaculizou o atingimento da meta de estender os serviços a pelo menos 70% da população rural.

Da mesma maneira, a distribuição dos medicamentos reproduziu aquelas iniquidades, fazendo com que a maior concentração dos mesmos se desse nas áreas mais desenvolvidas urbana e economicamente.

### 2.4.3. O modelo de Programação

Na fase inicial, visando a rápida obtenção de resultados, procurou-se alocar os recursos que o USAID tinha destinado desde 1971. Nesse sentido, o propósito era conseguir expandir a cobertura dos

serviços distribuindo os recursos com racionalidade suficiente tanto para não desperdiçá-los, como para não virar alvo de críticas das instituições acadêmicas e técnicas.

Os princípios fundamentais a partir dos quais se formulou um método para a programação foram:

- 1º - A programação tem o valor estratégico de viabilizar uma rápida expansão da cobertura ao permitir alocar os recursos disponíveis;
- 2º - A programação é simplesmente um suporte técnico que viabiliza a implantação mas não é o que dá conteúdo ao programa. É uma atividade meio, não a finalidade do sistema.

Assim, em um primeiro momento da implantação, optou-se por uma estratégia organizativa baseada em uma programação da oferta de serviços, sem se levar em conta a demanda. Foram definidas oito áreas programáticas, com seus respectivos coordenadores. Desenhou-se um modelo de localização geográfica e a partir disso estabeleceu-se um modelo extremamente simples e de base normativa.

Somente foram consideradas duas normas relativas à oferta de serviços (quantidade de consultas por habitante/ano) e a produção dos mesmos (quantidade de consultas por hora/médico). Os padrões foram extrapolados da experiência da FSESP no município de Diamantina e, a partir dos mesmos, cada coordenador de área programática podia estabelecer a oferta de serviços "adequada" e os custos globais da mesma.

Desde o momento de sua concepção atribuiu-se à revisão uma importância central no processo de programação. Em primeiro lugar, porque ao se optar pela implantação veloz do sistema finalizou-se sacrificando a reflexão, a crítica e a participação. O modelo não deixou de ser arbitrário e normativo ao serem incorporadas normas sem nenhum questionamento crítico. Porém, previu-se que no segundo ano existiria uma redefinição da programação de maneira a:

- a) revisar os padrões estipulados e eventualmente corrigi-los;
- b) incorporar os auxiliares nas atividades de programação.

Neste segundo ponto o projeto encontrou obstáculos que dificultaram o avanço da dinâmica descentralizadora e participativa. Isto porque delegar as responsabilidades do cálculo da programação a nível das unidades auxiliares implicava em uma perda de eficácia e eficiência que não se compensava com os ganhos obtidos nos níveis de participação. Os cálculos da programação apresentavam maiores dificuldades para os auxiliares, posto que em grande parte trata-se de atividade abstrata e baseada em uma lógica matemática que se configura como uma qualidade pouco comum na população das áreas ru-

rais. Isto levou a manter a execução desta atividade a nível da área programática.

Por outro lado, os auxiliares participavam na fase de revisão ao nível da estratégia operacional. Com eles se discutiam os modelos e as práticas de atenção. Se avaliava a atividade do dia a dia tentando-se identificar as necessidades da população.

Portanto, a participação foi redefinida mantendo-se o diálogo com as unidades de saúde mas não a discussão sobre: Quanto é necessário? e sim sobre: O que é necessário?

Em conclusão, a coerência do propósito de minimizar os recursos ociosos, implícita no modelo de programação, foi garantida quando através de um diagnóstico estratégico, se conseguiu dimensionar a importância da programação. De outra maneira, este propósito poderia ter ameaçado o objetivo maior de fomentar a participação.

#### 2.4.4. O Sistema de Informações:

No que tange ao levantamento de dados o modelo de informações associado aos programas verticais do Ministério da Saúde partia de uma estrutura piramidal. Ou seja, tinha uma ampla base de registro e levantamento de dados, conformada pela totalidade das unidades de saúde, e um vértice superior que sistematizava todas estas informações.

A disponibilidade de informações nesse modelo seguia a forma de uma pirâmide invertida, posto que os níveis centrais possuíam toda a informação enquanto que as unidades de saúde dispunham de muita pouca coisa.

Este modelo centralizador era, portanto, duplamente negativo. Por um lado sobrecarregava com trabalho burocrático as Unidades de Saúde diminuindo sua disponibilidade para cuidar de suas atividades fins. Por outro, não permitia que as unidades recuperassem reflexiva e criticamente essas informações, de forma que pudessem aproveitá-las para redefinir suas atividades cotidianas.

Portanto, o propósito central do sistema de informações em saúde implementado em MOC era o de veicular o planejamento de baixo para cima, invertendo a dinâmica vigente.

As seguintes premissas básicas constituíram o método deste sistema para registro e processamento de informações no Projeto MOC (Hamilton, 1981):

1º - o sistema deveria ser extremamente simples de modo que os indicadores pudessem ser compreendidos e aproveitados pelos auxiliares de saúde;

- 2º - se bem o sistema fosse necessário tanto por questões de eficiência quanto por questões relativas à legitimidade do projeto, o levantamento e processamento dos dados não poderia consumir muito trabalho no nível da Unidade de Saúde;
- 3º - sua incidência no custo operacional deveria de ser mínima;
- 4º - deveria ser suficientemente flexível para permitir seu aperfeiçoamento progressivo.

A nível da organização foi preciso tomar várias decisões importantes. Em primeiro lugar, existiam duas alternativas para a implementação do registro nas unidades individual ou familiar. Optou-se pela última por se entender que a família constitui o núcleo mínimo que permite compreender as relações entre condições de vida e saúde.

Em segundo lugar, definiram-se seis instrumentos para a coleta de dados:

- a) ficha índice: organizada alfabeticamente pelo sobrenome das famílias, servindo como ponto de referência para localizar o número de arquivo correspondente do envelope família.
- b) Envelope família: reúne as informações básicas sobre o grupo familiar e as fichas individuais, de encaminhamento e de visita domiciliar.
- c) Ficha Individual: funciona como ficha clínica.
- d) Ficha de encaminhamento: facilita a referência de pacientes em distintos níveis de atenção, contém dados sobre diagnóstico e tratamentos aplicados nos diferentes centros de saúde.
- e) Ficha de visita domiciliar: permite programar e avaliar as atividades de saneamento e controle de doenças transmissíveis.
- f) ficha de controles programados: se aplica nos casos que requerem acompanhamento durante um período mais ou menos prolongado.

Em terceiro lugar, definiram-se três grupos de indicadores: de cobertura global (relacionados com os objetivos gerais do sistema), de coberturas específicas (relacionados com as ações de saúde tradicionalmente consideradas como de programas verticais) e de produção de atividades (orientados à avaliação do cumprimento de metas e resultados esperados).

Para a produção das informações implementaram-se dois procedimentos simultâneos: um, simples, a cargo dos auxiliares de saúde; outro, um pouco mais complexo, a cargo dos supervisores ou do grupo técnico "ad hoc" da unidade de informática da Secretaria de Saúde. Os primeiros transcreviam diariamente, em um resumo geral, todas as fichas de registros. Logo, os resumos diários seriam consolidados num relatório mensal. Os segundos realizavam uma avaliação

normativa; caso considerassem necessário poderia ser definido um estudo em profundidade baseado em amostras representativas.

O modelo permitia um armazenamento e processamento inteligente e ágil das principais informações necessárias, e a sua disponibilidade a nível da unidade. Níveis maiores de detalhamento poderiam ser obtidos se necessário, mas seu processamento seria efetuado caso as autoridades centrais definissem objetivos específicos e delimitassem a amostra apropriada.

Desta forma, o sistema satisfazia as necessidades das Unidades e, ao mesmo tempo, fornecia justificativas técnicas para o relacionamento com as esferas centrais.

#### 2.4.5 O Modelo de Treinamento para os auxiliares de saúde:

O método do modelo de treinamento para auxiliares de saúde no Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas foi totalmente inovador porque se apoiou em duas premissas que invalidaram aquele modelo tradicional:

- a) partia da inexistência de normas pré-estabelecidas,
- b) se apoiava no conhecimento coletivo.

A norma aparecia não como uma coisa rígida e imposta desde esferas superiores do poder mas como algo construído coletivamente a partir da reflexão sobre a prática.

O modelo estabelecia o treinamento como processo coletivo de formação porque partia da necessidade de rediscutir as práticas cotidianas considerando que as pessoas tinham experiências de vida e conhecimentos prévios e que eles deviam ser compartilhados e rediscutidos para, desta maneira, poder achar novas soluções e avançar na construção de conhecimentos e na aquisição de saberes apropriados.

Uma característica fundamental do treinamento era sua concepção como uma atividade contínua. Segundo este critério, não se podia conceber o auxiliar de saúde como um produto acabado do processo de treinamento, mas como um sujeito em permanente procura dos saberes apropriados. Um sujeito que já dispõe de muitos dos saberes necessários para se desenvolver nos serviços, mas também que assume o caráter incompleto dos seus conhecimentos.

Cabe destacar que, a nível da organização, o treinamento só tinha uma instância formal de início mas não um fim. Este início se dava a partir de um curso no Centro de Porteirinha que se baseava na problematização e na discussão coletiva. Logo devia ser aprofundado na prática cotidiana e fundamentalmente na reflexão sobre essa práti-

ca, realizada de maneira conjunta com os colegas e supervisores. O treinamento também continuava a partir de módulos formais que eram discutidos em reuniões mensais. O mesmo era organizado a partir de 10 grupos de 10 auxiliares, ou seja, o treinamento era iniciado com contingentes de cem pessoas por vez.

Num segundo momento, logo depois do curso, os auxiliares faziam um estágio de uma semana em um Centro de Saúde antes de assumirem seus respectivos postos de saúde.

A próxima instância formal de treinamento se realizaria trinta dias depois quando, em um dia sábado, se reuniam os auxiliares de cada área programática para continuar discutindo os problemas que apareciam, para repassar experiências e identificar soluções.

Como consequência e também parte do momento de revisão foi identificada a importância de transformar os conteúdos programáticos na discussão das experiências prévias. Posteriormente, se avaliou que parte do conteúdo de treinamento estava sendo determinado pelo material de referência colocado à disposição dos participantes. Para contrabalançar isso, os participantes iniciaram a confecção de apostilas a partir das discussões coletivas realizadas (Stralen, 1980: 221).

Uma vez avançado o processo de revisão, institucionalizou-se o "Grupo de Decisão do Treinamento" conformado tanto por representantes dos alunos quanto pelos docentes. O mesmo assumiria progressivamente a gestão do Centro de Treinamento.

#### 2.4.6 O Modelo de Supervisão:

É importante ressaltar que ao mesmo tempo que o modelo rejeitava a norma, impunha a necessidade de um novo modelo de supervisão. Os propósitos básicos do modelo de supervisão eram colaborar na estruturação do sistema de baixo para cima e assim fomentar a participação.

O método baseou-se na idéia de que a demanda seria formulada pelo auxiliar. Para isso tinha-se montado um sistema de supervisão integrada onde se deixavam de lado as especialidades médicas.

Desde o momento em que não existiam normas e nem programas verticais, que o treinamento era uma reflexão sobre a prática, o que se precisava eram supervisores polivalentes, generalistas mais do que técnicos em cada uma das áreas; pessoas que entendessem todo o conjunto e atuassem como coordenadores da discussão orientando a análise e sistematizando as reflexões sobre as práticas dos próprios auxiliares.

O papel do supervisor foi considerado central por dois motivos fundamentais; por um lado, o treinamento se constituía em uma ativi-



dade continuada, fazendo da supervisão uma tarefa igualmente permanente e, por outro lado, dado o modelo pedagógico participativo e a premissa da ausência de modelos, o supervisor tinha que fazer um grande esforço para não tentar impor e nem reproduzir os modelos com os quais ele mesmo havia sido instruído.

A supervisão foi então definida como "o produto final do trabalho de todos os funcionários do Centro Regional; tem por objetivos desencadear e manter ativas as relações entre o sistema institucionalizado de serviços de saúde e o povo; tem um conteúdo eminentemente crítico; tem um caráter absolutamente dialógico" (CRS, 1977).

A atividade era atribuída como responsabilidade de todos os funcionários, porque a premissa de um sistema participativo conduzia à idéia de que se todos tivessem acesso às informações todos seriam capazes de participar na execução das tarefas.

#### 2.4.7. A gestão dos recursos financeiros

O Projeto MOC surge em um contexto de oportunidade também no sentido financeiro, posto que teve grande facilidade para captar recursos externos dado o grande interesse de certos organismos internacionais em financiar e apoiar projetos alternativos e a inexistência de concorrência pela disputa desses recursos.

Os recursos provenientes do USAID que tinham sido negociados através do IPPEDASAR cumpriram a função de factibilizar economicamente o projeto. Eles seriam suficientes para permitir a implementação das Unidades de Saúde mas insuficientes para garantir seu custeio. Portanto, a continuidade do projeto dependia da capacidade dos seus gestores de legitimar a experiência, de maneira que fosse possível barganhar novos recursos de fontes nacionais. Em síntese, os recursos externos facilitavam a realização de uma primeira fase do projeto (a implementação do Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas). Em uma segunda fase seria preciso conseguir que o custeio do sistema fosse assumido por organismos nacionais (recursos do INAMPS no nível federal, do tesouro estadual e recursos próprios dos municípios).

Este fator foi contemplado e, em decorrência, definiram-se dois orçamentos diferentes respondendo a propósitos particulares para cada uma das fases.

Desta maneira, o orçamento foi separado em duas estruturas diferentes. Uma que atendia ao financiamento global da implantação do sistema integrado, e outra que contemplava os recursos para a gestão do sistema.

O método utilizado para facilitar esta divisão organizacional foi a adoção de uma estrutura programática adequada às necessidades de negociação de cada fase. A divisão orçamentária em programas permitia, por um lado, separar os projetos de investimentos em infraestrutura das atividades relativas às ações de saúde e sua administração e por outro, distinguir os recursos destinados a cada tipo e ações de saúde. Diante da necessidade de prestar contas às entidades financiadoras externas, era possível justificar os recursos utilizados em sub-programas já concretizados. Diante da necessidade de barganhar novos recursos era possível demonstrar a insuficiência financeira do projeto.

Assim, em um primeiro momento, a divisão dos recursos a partir de dois orçamentos era fundamental, já que com os recursos misturados em um bolo único a vulnerabilidade do projeto seria maior. No momento de negociar novos recursos era preciso enfatizar as carências relativas ao funcionamento do Sistema Integrado e não à sua implantação. A presença de recursos externos podia permitir o descompromisso do município, do estado ou da união com o financiamento do Projeto MOC.

O Projeto contava com que uma vez que as Unidades de Saúde estivessem funcionando seria estimulada uma demanda da população para que as mesmas continuassem e os prefeitos terminariam optando por custear, ao menos parcialmente o seu funcionamento, antes de assumir o custo político de fechá-las.

A utilização de dois orçamentos quebrava os princípios orçamentários da unicidade e universalidade mas era funcional aos propósitos formulados pelos gestores do Projeto MOC. Se os recursos para a operação do sistema resultavam escassos e fosse necessário suspender determinadas atividades, o sistema ainda não teria fracassado. E, paralelamente, se garantia a gestão eficiente dos recursos necessários à implantação.

#### 2.4.8 Reprodução da autonomia conquistada em MOC

Uma das limitações na reprodução do modelo radicava no caráter relativo de sua autonomia.

O processo de autonomização do projeto MOC com relação ao planejamento central da SES, começa com a experiência de Diamantina, contemporânea do início do processo de constituição do planejamento em Minas Gerais, com o Governo Israel Pinheiro. Mas o sistema implantado em Diamantina se organizava ainda segundo o modelo tradicional de Saúde Pública, desenvolvendo programas de controle da doença de Chagas, controle da tuberculose, controle das

doenças transmissíveis, educação para a saúde e buscando uma articulação com prefeituras da região; o Projeto MOC, diferentemente, funda-se num modelo de assistência à saúde e não só de saúde pública.

No 1º Seminário sobre Supervisão se avaliou que a autonomia do CRS não chegou a institucionalizar-se e as atribuições do setor técnico dependiam mais do poder de barganha do chefe do Conselho do que do desempenho do Sistema Integrado.

Este caráter relativo da autonomia do CRS se constituía em uma fraqueza do projeto por permitir que, apesar de dispor de uma infraestrutura própria em termos de recursos humanos e materiais, as regras do jogo pudessem ser mudadas facilmente. Isto permitiu intervenções da Secretaria Estadual de Saúde no setor financeiro e no almoxarifado.

A conquista inicial de autonomia não tinha sido um propósito institucional do Projeto MOC, mas uma imposição do seu diretor às autoridades estaduais. A nomeação de Francisco de Assis Machado tinha sido resultado de um jogo de negociações políticas que terminou favorecendo o poder de barganha do projeto.

O projeto MOC tinha conquistado uma legitimidade que se expressava no reconhecimento e constante referência de instituições externas ao aparelho burocrático o qual reagiu ameaçando a continuidade do projeto:

“Moc se tornou muito mais importante do que a SES como um todo. As pessoas passavam de avião aqui, do mundo inteiro, e iam para MOC, e aí você pode ver que até a burocracia começou a aparecer por aí. Brecavam algumas coisas, os pedidos eram secundarizados, papelada desviada; ou seja as próprias pessoas que se consideravam os pais do projeto, e que estavam na burocracia central, de repente perderam o controle disso e foram atingidas na vaidade delas (entrevista com J. Saraiva Felipe em 02-93).

Ao adquirir projeção nacional a experiência de MOC ameaça a distribuição local do poder. Salvaguardar a autonomia do projeto seria, então, viabilizar sua continuidade realimentando esse caráter de referência nacional. Assim, quando as pressões para a saída de F. A. Machado começam a inviabilizar a continuidade do projeto procurou-se:

1º) Que a mudança de coordenação não implicasse num reenquadramento do projeto nos moldes do modelo burocrático-autoritário...

“...a saída dele, de fato, era uma condição da SES na época. E eu só virei Diretor porque ele fincou o pé, de que só sairia

se eu fosse Diretor do CRS. Ele via nisso a possibilidade de ter continuidade porque a tendência era escolher um médico tradicional de cidade (entrevista com J. Saraiva Felipe em 02-93).

2º) Não limitar a relevância do projeto a nível nacional. A saída do diretor do projeto em meados de 77 para assumir o comando do PIASS, configurou uma situação favorável à difusão do modelo.

### **3. ANÁLISE DE AMBIÊNCIA EXTERNA E AVALIAÇÃO DAS POSSIBILIDADES DE REPRODUÇÃO DO MODELO DE RACIONALIDADE TÉCNICA DESENVOLVIDO NO PROJETO MOC**

Nos pontos anteriores tentou-se demonstrar que o Projeto MOC foi relativamente eficaz na identificação dos métodos e formas de organização necessários para conseguir os seus propósitos. Ainda que, desde a ótica de uma análise da racionalidade técnica, seja difícil avaliar os resultados obtidos na procura de uma transformação social geral, a recuperação crítica que se tentou nas páginas anteriores permite verificar que o projeto conseguiu instrumentar o planejamento estratégico e a inovação ao serviço da participação comunitária.

Contudo, esta relativa eficácia interna do projeto não foi suficiente para garantir, por si só, as condições para a reprodução do modelo. Como se analisa em outros subprojetos desta pesquisa, a experiência de MOC teve repercussões importantes tanto sobre o cenário político mineiro quanto sobre a realidade setorial da saúde pública brasileira. Mas cabe aqui perguntar: até que ponto estas repercussões podem ser atribuídas à eficácia da racionalidade técnica desenvolvida no projeto?

#### **3.1. O contexto de oportunidade como factor explicativo do sucesso do projeto MOC**

É inegável a contribuição do Projeto MOC na construção de um método apropriado para o desenvolvimento do sistema de saúde de baixo para cima. O Projeto MOC constitui um exemplo pioneiro na América Latina de um Sistema Local de Saúde que conseguiu superar muitos dos obstáculos relativos à descentralização e participação nas decisões.

A relevância do projeto MOC no discurso sanitário está associada ao contexto de oportunidade no qual o projeto foi desenvolvido. Em 1978 foi proposta em Alma-Ata a estratégia sanitária baseada nos

cuidados primários. Este discurso coincide no Brasil com a necessidade de expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente aqueles que viviam nas zonas rurais e periféricas.

Contudo, como assinala Mendes (1991: 10):

“O que prevalece no Brasil, neste período, é o entendimento reducionista da atenção primária seletiva, especialmente através dos programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco” .

“Daí que abrem-se espaços tanto políticos quanto institucionais - para o desenvolvimento do movimento contra-hegemônico da saúde que, nos anos 80, viria a conformar-se como a Reforma Sanitária brasileira”.

Os anos 70 configuraram o momento de inflexão no pensamento estratégico na saúde. A crise daquele modelo assistencial privatista implicou no questionamento das estratégias diretas, das grandes campanhas (que se tinham consolidado e reproduzido desde os tempos de Oswaldo Cruz) e dos programas verticais.

O modelo médico que se estabelecera em concomitância com o “milagre econômico” e com a situação de estabilidade autoritária que favorecia alianças entre a tecnoburocracia estatal e produtores de serviços e de bens médicos - constituindo-se aquilo que Cardoso denominou de “anéis burocráticos” - começava a ser contestado desde o âmbito acadêmico.

O incipiente Movimento Sanitário escolheu a estratégia indireta como meio para firmar discursos e práticas alternativas. A OPAS nesse contexto, constituiu-se não só como um ente financiador, mas fornece subsídios técnicos e permite legitimar experiências que se consolidaram como focos de experimentação e irradiação de um modelo alternativo:

“A partir dessas experiências localizadas implanta-se, nos estados de Minas Gerais e Pernambuco projetos piloto de maior escala, centrados no desenvolvimento de modelos de extensão de cobertura, na região Norte de Minas e em Caruaru” (Mendes, 1991: 11).

O Estado de Minas Gerais apresentava-se como um contexto de oportunidade para o desenvolvimento de uma experiência local como a de MOC porque vinha implementando um profundo processo, que além, da modernização administrativa, visava instaurar um modelo de desenvolvimento econômico. O contexto autoritário resultou funcional a essa modernização acelerada porque houve uma

redistribuição de poder que em um contexto mais democrático resultaria muito mais difícil de lograr. Segundo E. Mendes, que atuou na SES naquela época, esse processo se inicia em finais dos 60:

“...o primeiro movimento, então, mas já no governo Pinheiro, nós destruimos o poder dos chefes de departamento. Começamos um trabalho de desestabilização programada do poder institucional” (entrevista com Eugênio Mendes em 29-04-93).

Posteriormente, a administração Rondon Pacheco dá continuidade a esse processo modernizador:

“..então assim o planejamento começa a transformar-se, crescendo inclusive, começa com um formato de uma área de informação, uma de organização administrativa, uma área de planejamento, outra de orçamento.. ..ao mesmo tempo, pela via do método, você tem toda a teoria da descentralização, especialmente da questão chamada regionalização” (entrevista com Eugênio Mendes em 29-04-93).

Parte desse processo foi também a incorporação do orçamento programa, introduziu uma nova racionalidade técnica que facilitaria a gestão local.

Por outro lado, o projeto também surgia em um contexto de oportunidade desde o plano financeiro. O fato de ter como pano de fundo um projeto de modernização estadual assim como um Plano Nacional de Desenvolvimento, permitiu canalizar recursos via SUDENE. A facilidade para obter recursos externos, por sua vez, permitiu a renovação de quadros posto que existiam recursos para trazer pessoal de fora da SES.

### 3.2 Algumas limitações para a reconstrução estratégica do modelo de gestão desenvolvido em MOC

Os propósitos do projeto MOC, no sentido da construção de um modelo sanitário alternativo tiveram continuidade tanto institucionalmente no PIASS, quanto ideologicamente no Movimento da Reforma Sanitária.

Contudo, ao se avaliar o método e as organizações, identificam-se alguns pontos que constituem verdadeiros entraves à reprodução do modelo de gestão. Não foram colocadas no projeto uma série de questões que posteriormente apareceriam como fatores críticos na organização dos serviços de saúde a nível local.

### 3.2.1 O financiamento

Em primeiro lugar, o principal desafio que hoje se apresenta na organização dos serviços é o derivado do caráter escasso dos recursos. É a partir da aceitação da legitimidade deste problema que se coloca hoje como uma questão fundamental a necessidade de promover técnicas e modelos que melhorem os níveis de “eficiência” e “eficácia” na gestão hospitalar. É a partir da consolidação da “crise fiscal” que aparece o problema do caráter insuficiente das fontes de recursos para o financiamento dos serviços e a construção de sistemas locais.

A experiência do Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas não deixa um aporte significativo nestes dois aspectos que hoje se posicionam como problemas centrais do desenvolvimento dos sistemas de saúde. A relativização de critérios técnicos como eficiência e eficácia é, talvez, um luxo hoje irreproduzível. Paralelamente, talvez devido ao seu caráter pioneiro, o Projeto MOC contou com uma relativa facilidade na captação de recursos internos e externos que também não poderia ser hoje repetida, não só por causa da crise fiscal mas também pelo aumento da concorrência entre as diferentes regiões e setores sociais pela procura de recursos.

Porém, cabe destacar que a opção pela medicina simplificada permitiu a implementação de uma política amplamente positiva desde a ótica do custo-benefício. A expansão da cobertura incorporando um modelo de massas a partir da criação de unidades assistenciais de baixa complexidade permitiu a multiplicação da capacidade operativa sem um alto custo em obras e instalações. Contudo, a tática de construir o posto confiando em que a sua existência iria funcionar como instância coercitiva para que as prefeituras assumissem seu custeio demonstrou ser altamente arriscada.

### 3.2.2 Os recursos humanos

Em segundo lugar, pareceria que o modelo de planejamento estratégico fomentado em MOC omitiu deliberadamente a consideração de certos atores cruciais no desenvolvimento do sistema de saúde. Por exemplo, a Faculdade de Medicina local continuou a formar um modelo de profissionais completamente diferente daquele necessário para o desenvolvimento dos modelos de “saúde comunitária” e “medicina simplificada”. E, como tem-se demonstrado inúmeras vezes, na medicina é a oferta que regula a demanda. Deveria-se portanto esperar que, com o transcorrer do tempo, os médicos formados pela faculdade local incentivassem determinados tipos de demanda cuja satisfação pelas unidades auxiliares seria cada vez mais insuficiente, confi-

gurando-se, desta maneira, um cenário onde a resolutividade tenderia a diminuir.

### 3.2.3 Articulação com o setor privado

Paralelamente, o setor privado tenderia a aumentar e provavelmente, como aconteceu na maioria dos casos, tenderia a especializar-se nos setores de alta tecnologia. Este fortalecimento não seria simplesmente consequência do livre jogo das forças do mercado, mas outrossim, resultado da ação de um ator inteligente cujo comportamento não pode ser omitido em um projeto como o de MOC: o Estado, que desde então subsidiou ininterruptamente ao setor privado<sup>3</sup>.

Este fortalecimento do setor privado, conjuntamente com as mudanças no perfil das demandas de serviços, poderiam forçar a redefinir o modelo de hierarquização proposto em MOC. E este se configura hoje como um dos maiores obstáculos na reprodução do modelo de racionalidade técnica desenvolvido em MOC. Na maioria das regiões e municípios brasileiros hoje, é impensável a organização de um sistema de saúde que não integre os setores público e privado na prestação de serviços. E, de fato, um dos maiores desafios da municipalização dos serviços de saúde é a construção de instrumentos apropriados para a regulação do mercado de saúde desde o nível local.

A recuperação estratégica do Projeto MOC desde a ótica da nova racionalidade técnica desenvolvida por ele, pode levar-nos a conclusões ambíguas. Por um lado, é lícito considerar que MOC constituiu o balão de ensaio da Reforma Sanitária Brasileira e que isto se deve basicamente à identidade de propósitos e métodos entre os dois processos institucionais. Porém, ao se avaliar a coerência do Projeto MOC em relação ao objetivo de produzir transformações concretas nas condições de vida da população do Norte de Minas, é também lícito concluir que o projeto foi praticamente inócuo.

Como explicar esta ambiguidade? Talvez ela mesma constitua o maior aporte da experiência de MOC: a eficácia de um projeto complexo e múltiplo como o foi o de MOC não pode ser medida a partir de variáveis técnicas. Sem dúvida ele foi mais eficiente na sua difusão como modelo alternativo, na construção da utopia, do que na transfor-

---

<sup>3</sup> Entre 1976 e 1988 a capacidade instalada do setor público (medida em número de leitos) no Brasil permaneceu praticamente inalterada, enquanto a do setor privado cresceu aproximadamente 25%. Esta expansão foi basicamente financiada com recursos públicos do FAS - Fundo de Assistência Social.



mação concreta da realidade local. Não emancipou a população do Norte de Minas, mas gerou um efeito demonstração que contagiou esse espírito reformista de forma massiva. Sendo o foco de propagação de uma epidemia de reformismo.

No nível dos propósitos, o Projeto MOC identificou e iluminou caminhos que logo seriam proclamados consensualmente. A sua eficácia política, ou seja, como ferramenta para re-distribuição do poder se constata na continuidade dessas bandeiras que logo se converteriam nas premissas do Movimento Sanitário.

No nível dos métodos, o Projeto foi amplamente criativo na formulação das denominadas "justificativas técnicas", no desenvolvimento de métodos de gestão assembleísticos totalmente horizontais, na identificação de canais apropriados para a participação popular. O projeto foi pioneiro no desenvolvimento de sistemas de informações apropriados para a tomada de decisões a nível local. Demonstrou que a descentralização das áreas meio (supervisão, almoxarifado e programação-orçamentária) pode ser resposta em certas condições. Mas sobretudo, a experiência do Projeto MOC nos convence da necessidade de pensar estrategicamente o sistema de saúde.

Onde o Projeto MOC não conseguiu desenvolver-se suficientemente foi no nível da organização. Fatores como autonomia e descentralização foram componentes estratégicos que fizeram parte dos propósitos e do método mas não chegaram a se consolidar na estrutura. Por isso, o Projeto MOC foi um grande exemplo de uma desconcentração ampla; tão ampla que facilitou um processo de redistribuição dos poderes locais, que desatou verdadeiras transformações no cenário político setorial e regional, mas que não consolidou um verdadeiro deslocamento da capacidade decisória sobre fatores tais como a contratação do pessoal, o controle orçamentário e a articulação e regulação da rede prestadora, etc..

Assim, teve continuidade nos métodos e nos propósitos a nível nacional, mas não teve continuidade local. Aquele modelo flexível da "administração pelo caos" não foi nem facilmente reproduzido.

Na verdade todo o processo de Reforma Sanitária assim como a própria civilização tem avançado mais na formulação e crítica de propósitos sociais do que na implementação de dispositivos institucionais para atingí-los. Não caberia atribuir ao Projeto MOC, em particular, esse defeito.

Contudo, o intento de reconstruir estrategicamente a dinâmica institucional desenvolvida em MOC deve reforçar a questão da consolidação de estruturas locais suficientemente sólidas para dar continuidade ao processo de transformação do sistema de saúde mas, ao mesmo tempo, suficientemente flexíveis como para sobreviver às ameaças políticas e às oscilações no fluxo de recursos.

## BIBLIOGRAFIA

- CARDOSO, F.H. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
- C.R.S - MOC. *A Importância Relativa dos Serviços de Saúde*. Seminário Interno do Centro Regional de Saúde de Montes Claros sobre a participação no Projeto "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas" coordenado pela equipe do convênio FUNDEP /UFMG.27-29 de Outubro de 1976. *Apud* STRALEN.
- C.R.S - MOC. "Política Estadual de Saúde". Documento do: *1o Seminário Sobre Supervisão*, Porteirinha, 21-2 de maio de 1977.
- C.R.S - MOC. Documento: *A Supervisão em Montes Claros*. S/d.
- HAMILTON, Mário. "Sistema Básico de Registro de Informação para Unidades de Atenção Primária de Saúde - Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe", Rio de Janeiro, EBAP-FGV. Programa de Estudos Avançados em Administração Pública para o Setor Saúde - PROASA. Junho de 1981.
- MACHADO, Francisco de Assis. "Participación del personal en la dirección de un servicio de salud pública", In: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 84(6): 471-479, junho de 1978.
- MENDES, E. *Distrito Sanitário*. OPS. mimeo. 1991.
- STRALEN, Cornelius Van. *A capitalização do Campo e as Políticas de Saúde: O caso do Norte de Minas*. Fundes/SES, Belo Horizonte, 1980, p.201.
- TESTA, Mario. *Pensar en Salud*. Buenos Aires, Delegación Regional de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1989.

## PARTE II

# PROJETO MONTES CLAROS - PALCO E BANDEIRA DE LUTA, EXPERIÊNCIA ACUMULADA DO MOVIMENTO SANITÁRIO

*Sarah Escorel (\*)*

## I. A CONJUNTURA DE ORIGEM DO MOVIMENTO SANITÁRIO E DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO MONTES CLAROS - Os "Anos Geisel"<sup>1</sup>

A origem e a articulação do movimento sanitário assim como o desenvolvimento do Projeto Montes Claros situam-se numa conjuntura político-social muito bem caracterizada na literatura nacional: os "Anos Geisel" (1974-1978/9).

A partir de 1974, num movimento conhecido a princípio como "distensão", iniciou-se no Brasil a tentativa de recuperar as mediações necessárias para legitimar o regime militar. Tratava-se de institucionalizar o regime num movimento que procurava conter tanto as pressões populares quanto as da burguesia não contemplada e da comunidade de segurança e informações.

O processo de transição no Brasil, iniciado com a abertura, foi um processo cuidadosamente planejado, constituído por etapas, com

---

(\*) Médica Sanitarista, mestre em Saúde Pública, professora assistente do DAPS/ENSP/FIOCRUZ, integrante do NUPES e doutorando do Departamento de Sociologia/UNB.

<sup>1</sup> Este artigo, excetuando-se as conclusões ("Pensando hoje"), é uma versão revista e reduzida de minha tese de mestrado "Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário", Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 1987.

passos que deveriam ser meticulosamente dados em seqüência, e com uma imagem-objetivo passível de interpretações que tomou o nome de "democracia forte"<sup>2</sup>. Em todos os momentos em que o processo parecia divergir do curso previsto pelo regime, os generais apressavam-se a mostrar que ainda detinham todos os mecanismos de controle da democratização, e que esta atingiria os limites que interessassem ao grupo no poder.

Mesmo tendo partido da elite militar governamental a iniciativa de distender o relacionamento entre o Estado e a Sociedade após dez anos de instalação do regime burocrático-autoritário, essa iniciativa foi ocupada e ampliada por grupos e forças sociais da oposição que, ao longo do tempo e da luta, transformaram a distensão em abertura e a abertura em democratização. A análise da conjuntura deve considerar os aspectos econômicos nacionais e internacionais, o significado militar da abertura e o papel do bloco militar-tecnocrático; no entanto, queremos enfatizar três aspectos de particular importância para a origem e articulação do movimento sanitário e para o desenvolvimento do Projeto Montes Claros.

1. Em primeiro lugar, a reativação da política como mediação das relações Sociedade/Estado, a mobilização e organização da sociedade civil e o papel das oposições (liberal, eclesial, partidária, popular).

As eleições realizadas bienalmente (1974, 1976 e 1978) foram o mecanismo mais importante de reativação da política e do qual a oposição melhor fez uso. A pressão da oposição encurralou o próprio regime, que, para não perder na contagem dos votos, tinha que se revelar cada vez mais autoritário, modificando sistematicamente as regras do jogo.

O crescimento do MDB e dos partidos clandestinos foi parte de todo um processo de organização e crescimento da sociedade brasileira em várias frentes. Nesse processo de fortalecimento da sociedade civil, sem sombra de dúvida, o setor mais importante de combate às políticas do regime autoritário foi a Igreja Católica, que ao longo desse período foi se transformando, de organizadora da Marcha da Família com Deus pela Liberdade, na principal organização de defesa dos direitos humanos e políticos através da CNBB e das Comunidades Eclesiais de Base. Estas últimas, em conjunto com Associações de Moradores e organizações populares, foram as responsáveis pelo Movi-

---

<sup>2</sup> "Democracia forte" ou "democracia relativa" foram termos utilizados pelo então Presidente Geisel para referir-se ao sistema político desejado como resultado do processo de abertura. Sobre o assunto ver ALVES (1985), BRIGAGÃO (1985), FORJAZ (1986), KUCINSKI (1982) e STEPAN (1986).

mento do Custo de Vida que, em 1978, depositou na porta do Palácio do Planalto um abaixo-assinado contendo mais de 1 milhão de assinaturas exigindo um abono de emergência de 30% para todos os trabalhadores, o congelamento dos gêneros de primeira necessidade e o aumento do salário de acordo com a dignidade humana do trabalhador e de sua família.

Ainda, nesse crescimento das oposições, destaca-se o movimento estudantil universitário que consegue realizar em 1976 o 1o. Encontro Nacional dos Estudantes (ENE) e, em 1978, após anos de clandestinidade, realizar o Congresso da UNE.

Os movimentos organizados pelas classes média e alta, através de estruturas corporativas, tiveram particular relevância nessa conjuntura. Juntamente com o MDB, os chamados movimentos de oposição liberal tiveram uma importância crucial na canalização das pressões para a redemocratização do país. Entre essas entidades sobressaem a OAB - Ordem dos Advogados do Brasil, a ABL - Associação Brasileira de Imprensa, a SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e o Movimento pela Anistia.

Na mesma frente oposicionista, do outro lado da moeda, surgiu um movimento sindical extremamente importante, principalmente no setor metalúrgico, conhecido como o "novo sindicalismo", que em maio de 1978 deflagrou sua primeira greve em São Bernardo do Campo (SP).

Durante o governo do General Geisel, o processo de abertura estava plenamente dominado por seus estrategistas. Por um lado, ele controlava as pressões oriundas da sociedade civil, e, por outro, tinha como objetivo controlar também a comunidade de Segurança e informações - a "linha dura" militar que se opunha a qualquer liberalização do regime. Desse modo, o período Geisel mostrou-se aparentemente contraditório: enquanto se esboçava um projeto de distensão e de liberalização, a repressão estava à solta, aumentando a violência e o número de desaparecidos e mortos sob tortura, diversificando o terrorismo, lançando bombas em bancas de jornais, nas sedes dos jornais alternativos e nos centros acadêmicos, invadindo universidades.

Num jogo que parecia buscar um controle impossível entre a presença ativada de segmentos opositores no cenário político e a comunidade de informações, a presidência do General Geisel transcorreu entre promessas e repressões, estabelecendo ao longo do período um processo controlado que aumentou a liberdade de expressão e manteve intacto, e por fim legalizado, todo o controle repressivo do Estado sobre a sociedade.

2. Em segundo lugar, foi importante para a articulação do movimento sanitário, o privilegiamento do setor social no planeja-

mento governamental (II PND), setor esse que até então não havia sido objeto de propostas por parte do regime.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento, elaborado durante os meses que antecederam a posse do General Geisel na Presidência da República, pretendia, mesmo face às adversidades internacionais, manter o ritmo de crescimento e atingir o sonho do "Brasil Grande Potência".

Nesse plano o regime não abandonou os êxitos econômicos como fonte de legitimação. Eles deveriam ser obtidos mesmo que em base menores, já que a situação internacional não permitia taxas de crescimento similares às dos anos do "milagre"; mas, no que toca às questões sociais, o II PND foi inédito no regime militar. Negando os princípios da gestão anterior de "esperar o bolo crescer", o plano "reconhece que a política social tem objetivos próprios, que o desenvolvimento social deve ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico, e ainda, explicitamente, propõe-se a aumentar substancialmente a renda real de todas as classes e reduzir de forma substancial a 'pobreza absoluta'." (BRASIL, II PND: 71)

Desta forma, sob a égide do cuidado com a área social preconizado pelo II PND abriram-se espaços institucionais. O regime necessitava lançar mão de políticas sociais para sua legitimação, por isso investiu, canalizou recursos e priorizou projetos nestes setores. No entanto, terminou por criar "espaços" para pessoas de pensamento contrário, senão antagônico, ao dominante no interior do governo.

Diretamente vinculados ao II PND, surgiram nessa conjuntura três espaços institucionais que podemos chamar de pilares institucionais na medida em que contribuíram para a estruturação do movimento sanitário: a FINEP, o setor Saúde do CNRH/IPEA - Centro Nacional de Recursos Humanos do IPEA e o PPREPS/OPAS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS.

A criação da FINEP enquanto Secretaria Executiva do FNDCT modificou os financiamentos da área social e da área acadêmica. Os financiamentos eram distintos dos cedidos pelo CNPq por serem aplicados no desenvolvimento institucional e não apenas no projeto de um pesquisador. E eram distintos também dos concedidos às empresas privadas por serem empréstimos a fundo perdido.

Neste período há efetivamente um aumento de recursos para a área acadêmica no campo da Saúde Coletiva que, no Rio de Janeiro, foi canalizado para o Instituto de Medicina Social da UERJ e para a criação de dois programas de pesquisa na FIOCRUZ: o PESES - Programa de Estudos Sócio-Econômicos da Saúde e o PEPPE - Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos na FIOCRUZ.

Outro pilar institucional localizava-se no interior do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA/SEPLAN), mais precisa-

mente no chamado "setor Saúde" do CNRH - Centro Nacional de Recursos Humanos. A equipe do CNRH, assessorada por Mario Magalhães e Carlos Gentile de Mello, representantes do "sanitarismo desenvolvimentista"<sup>3</sup> e das propostas da III Conferência Nacional de Saúde (1963), desenvolveu importantes programas de Saúde que marcaram a conjuntura: o PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e o PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Além destes, o "setor Saúde" do CNRH esteve envolvido na coordenação do PLUS - Plano de Localização de Unidades de Saúde, nascido de um convênio entre o IPEA e o então INPS.

Um terceiro espaço institucional foi o desenvolvimento do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde através de um convênio entre os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura com a OPAS. O "grupo do PPREPS" que, posteriormente, transformou-se em GAP (Grupo de Assessoramento Principal) e difundiu as propostas da OPAS de racionalização, extensão de cobertura e de utilização dos instrumentos de planejamento. O desenvolvimento do Programa teve alta relevância no treinamento de pessoal de nível médio, na atuação junto às Secretarias Estaduais de Saúde e em sua articulação com o PIASS.

Assim, o II PND era, e ao mesmo tempo não era, diferente dos planos anteriores: era da mesma forma autoritário, porém fornecia um espaço para as questões sociais; visava o planejamento global, mas continuava distante das bases do financiamento. No entanto, foi um estímulo oficial à criação dessas três frentes institucionais (FINEP, CNRH/IPEA e PPREPS/OPAS) que articularam uma rede de sustentação de projetos e de pessoal, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de Saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Constituíram, portanto, as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento.

3. Em terceiro lugar, importante também para a articulação do movimento sanitário, foram as reformas institucionais que ocorreram nessa conjuntura no interior do Sistema Nacional de Saúde. Estas reformas não modificaram a orientação das políticas de saúde mas ampliaram a arena política setorial possibilitando a participação de representantes de segmentos sociais que questionavam explicitamente a política hegemônica.

O movimento transformador na área da Saúde surgiu e articulou-se dentro de um panorama muito bem definido: a política de Saú-

---

<sup>3</sup> Sobre a corrente de pensamento do "sanitarismo desenvolvimentista" ver nota complementar (1) ao final deste artigo.



de então hegemônica era a da mercantilização da Medicina sob o comando da Previdência Social. O pensamento do movimento sanitário era um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada através da modalidade de pagamento conhecida como "US" - unidade de serviço.

No interior da Previdência existiam outras correntes de pensamento, que não se vinculavam, nem aos interesses empresariais, e nem ao grupo técnico-burocrata (os "cardeais do IAPI") que, durante o autoritarismo, só fizeram se fortalecer. Essas correntes poderiam ser agrupadas sob a denominação de "publicistas" no que se refere a uma defesa do fortalecimento do setor público. É compreensível que naquela época esse setor publicista estivesse numericamente reduzido, representado no interior do então INPS por pessoas como Murilo Villela Bastos, Nildo Aguiar, Carlos Gentile de Mello e por um pequeno movimento que resultou na assinatura do convênio MEC-MPAS.<sup>4</sup>

A gestão Geisel foi inaugurada com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a definição no II PND de dois campos separados de atuação das instituições federais responsáveis por parcelas da saúde da população brasileira. As propostas de reorientação do setor nessa conjuntura foram fundamentalmente reformas institucionais. O âmbito da Previdência Social sofreu grandes modificações: a própria criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (1974), o convênio MEC/MPAS (1974), a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA) de setembro de 1974, a criação do CDS - Conselho de Desenvolvimento Social, a criação e destinação do FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (1974), a criação da DATAPREV e a institucionalização do complexo previdenciário através da criação, em 1977, do SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, subordinado ao MPAS.

Esse conjunto de reformas que desaguou no SINPAS não alterou as forças que disputavam, nem as que naquele momento eram hegemônicas no interior da assistência médica previdenciária, agora INAMPS. O SINPAS tampouco modificou as bases financeiras da Previdência Social, mantendo assim, após tantas reformas, o mesmo impasse em que se encontrava no início da Administração Geisel: ser instrumento útil para a legitimação do regime, portanto tender à universalização, sem ter estrutura financeira para tanto, seja por estar baseado na folha salarial, seja por comprar serviços do setor privado.

---

<sup>4</sup> Sobre o convênio MEC/MPAS ver nota complementar (2) ao final deste artigo.

Essa contradição se manteve até que, com o início da recessão econômica em 1981, estourou a crise que ficou conhecida como a "crise da Previdência" e da qual resultou o plano do CONASP.

Se no âmbito da Previdência Social a conjuntura setorial era altamente favorável à manutenção da hegemonia dos interesses empresariais e mercantis, no âmbito da Saúde Pública, aí considerando o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde, encontramos dois grupos de fatores favoráveis ao questionamento da orientação da política de saúde: de um lado, a renovação de quadros e, de outro, o aumento relativo de recursos financeiros.

A nosso ver, o Ministério da Saúde tentou recuperar seu papel de coordenador da política de Saúde através da reativação das Conferências Nacionais de Saúde, realizando a V CNS em 1975 e a VI CNS em 1977; através da implementação de programas inovadores como o PIASS, da articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde, e através da tentativa de estabelecimento de mecanismos de coordenação política do setor Saúde como a CPC - Comissão Permanente de Consulta (1976).<sup>5</sup>

No que diz respeito ao desenvolvimento de programas, o MS adotou a estratégia de atuar em "áreas de conflito não conflagrado" com os interesses hegemônicos. A atuação no âmbito da Saúde Pública não alterou a dicotomia legalizada da atenção à Saúde no país mas possibilitou, num campo limitado, legitimar as propostas de medicina comunitária que envolviam a atenção à saúde das populações marginais com a participação dessas populações.

## 2. ORIGEM E ARTICULAÇÃO DO MOVIMENTO SANITÁRIO

Como já apontamos, a transformação ocorrida durante a "conjuntura Geisel" não foi caracterizada por uma substituição do modelo de atenção à Saúde, mas sim por uma mudança na arena política da Saúde. A mudança foi o surgimento de um movimento, um novo pensamento que em seu processo de articulação e desenvolvimento foi se conformando como um novo "ator", uma nova "força" política: o movimento sanitário.

Ao longo do processo de "distensão lenta, gradual e segura", o movimento sanitário foi construído a partir da articulação entre pessoas, grupos e partidos num processo semelhante e integrado ao que

---

<sup>5</sup> Sobre a Comissão Permanente de Consulta e outros órgãos de articulação e integração interinstitucional ver nota complementar (3) ao final deste artigo.

ocorreu com os demais movimentos sociais no Brasil: a reativação da sociedade civil. No campo da Saúde, o Movimento Estudantil comandou as SESACs - Semanas de Saúde Comunitária e a transformação do ECEM - Encontro Científico de Estudantes de Medicina, à semelhança do que ocorreu com as reuniões da SBPC; participou dos movimentos específicos setoriais, através do CEBES, uma entidade de representação e difusão; participou do renascimento do movimento sindical renovando suas entidades; aproximou-se da ideologia trabalhista, realizando pela primeira vez greves de caráter econômico e político; e participou das lutas pela redemocratização, pela anistia e por melhores condições de vida e saúde.

Enfim, constituiu um movimento que desenvolvia projetos alternativos com uma abordagem nova, e conseqüentemente uma proposta nova, em diversas instituições, na Academia, no movimento sindical, nas entidades de divulgação.

E que tipo de movimento é o movimento sanitário?

Observamos o desenvolvimento de um movimento nascido no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva - DMPs das Universidades através da crítica ao discurso preventivista. Essa crítica construiu um conhecimento alternativo que caracterizou a identidade de um discurso - o da Medicina Social. Os contatos entre os "núcleos críticos" levou à constituição de uma rede onde há uma difusão do pensamento, de práticas, conceitos e estratégias. Essa rede e essa identidade do discurso teceram a organicidade do movimento, que passou a ter "condições concretas de existência em sua singularidade".

Na recuperação de um determinado momento histórico registramos os elementos constitutivos do movimento sanitário que se articulou no processo de "abertura". O movimento sanitário pode ser assim denominado por ter:

- a) uma base institucional que foi sendo ampliada dos Departamentos de Medicina Preventiva - DMPs para as Residências e pós-graduações, posteriormente extrapolando o mundo acadêmico e penetrando nas instituições prestadoras de serviços e até mesmo o INAMPS;
- b) um órgão de representação e difusão, representado pelo CEBES, com a revista "Saúde em Debate", a linha editorial e os documentos lançados por essa entidade, que na conjuntura seguinte ("os anos Figueiredo") teria a ABRASCO como instituição-irmã nessa tarefa de representação e divulgação;
- c) mecanismos de produção de seus agentes, seus intelectuais orgânicos, através dos núcleos acadêmicos espalhados pelo país formando pessoas com a mesma abordagem do campo da Saúde - a abordagem médico-social - e com a mesma postura política frente à necessidade de transformação no setor;

- d) um marco teórico referencial permanentemente construído e colocado em prática, e que representa o código de identificação entre os componentes desse movimento;
- e) um modelo alternativo de organização dos serviços de Saúde e de institucionalização do Sistema Nacional de Saúde, formulado através de estudos teóricos e da experiência dos projetos institucionais.

O Projeto Montes Claros, o desenvolvimento do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas, foi integrante e elemento importante para a articulação do movimento sanitário.

## 1. A Academia

As universidades - o mundo acadêmico em geral - constituem uma das vertentes na composição do movimento sanitário na conjuntura 1975-1979. Até 1975, em particular nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs), esta foi a arena onde se originou o movimento sanitário num processo de transformação do pensamento preventivista em médico-social, constituindo o que denominamos "as bases universitárias" do movimento e que resultou na construção de uma teoria social da Saúde.

Entre 1975 e 1979, a força do movimento sanitário foi expressa através do movimento médico; mas o segmento voltado para a formação de recursos humanos e a pesquisa - a "Academia", como ele é conhecido - foi o que deu consistência teórica às análises assumidas pelo conjunto do movimento e empunhadas como bandeiras de transformação. Ainda, distinguimos essa vertente daquela constituída pelo CEBES e o movimento estudantil porque nesta última o trabalho maior era o da difusão da ideologia e da organização dos profissionais ao redor de entidades que representassem essa ideologia, ao passo que na arena da Academia construía-se a ideologia, o ideário, o conhecimento, que sustentaram as propostas políticas. Na Academia elaborou-se, ampliou-se e reproduziu-se o conhecimento e formaram-se os intelectuais orgânicos da proposta.

Pelas características do trabalho, de menor publicidade, foi também espaço de resistência nos momentos em que a repressão política se aguçava. Além disso, muitas vezes a Academia significava o único espaço de trabalho possível, já que toda uma geração recém-formada em Saúde Pública ou Medicina Social não encontrava nos órgãos públicos qualquer oportunidade de emprego. No entanto, a Academia também foi alvo da repressão. Em 1977 circulou a "lista do Frota", onde o general Ministro do Exército denunciava uma centena de "comunistas infiltrados nas instituições públicas". Da lista constavam al-

guns membros da Academia. Os contratos de prestação de serviços eram submetidos às ASI - Assessorias de Segurança e Informações, existentes então em todos os níveis da Administração Pública. Eram as ASI que autorizavam - ou não - a contratação, após um levantamento e através delas a repressão impediu a contratação até mesmo de pesquisadores aprovados em concurso.

Entre 1975 e 1979 essa arena apresentou um grande desenvolvimento. Aumentaram numericamente as instituições que incorporaram a abordagem médico-social à análise dos problemas de Saúde, e esse enfoque, até então restrito principalmente à Região Sudeste, teve uma expansão nacional. Ocorreram também a expansão na amplitude do objeto de estudo e a diversificação dos temas pesquisados e analisados. Foi um período de grande produção intelectual, concomitantemente à incorporação "do político nas propostas de atuação da medicina social: nas investigações, nos cursos de pós-graduação e nas articulações com movimentos sociais" (AROUCA, 1987).

Foi uma conjuntura de "encontro": a fase que o regime militar atravessava levou a que fossem feitos investimentos importantes, principalmente na área social, com os recursos do FNDCT. A existência de recursos financeiros, a existência na FINEP - órgão estatal responsável por esses fundos - de uma diretoria preocupada com as questões da Saúde e entusiasmada pela nova abordagem dos problemas, e a existência concreta de centros acadêmicos que haviam passado pelo processo de construção dessa nova abordagem, confluíram para o grande desenvolvimento da Academia.

Juan César Garcia é reconhecido como tendo sido o maior estimulador, o principal teórico e o grande articulador do movimento de Medicina Social na América Latina. Não apenas estimulou núcleos acadêmicos a incorporarem as Ciências Sociais à análise das questões de Saúde, mas também realizou todo um trabalho de articulação entre esses núcleos.

Dentre as propostas desenvolvidas no Rio de Janeiro, como mencionamos anteriormente, destacam-se o PESES - Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde e o PEPPE - Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos implementados na Fundação Oswaldo Cruz, e o financiamento da consolidação do Mestrado do IMS/UERJ.

Os dois grandes produtos dos estímulos financeiros da FINEP foram diferenciados: de um lado, a consolidação de um Mestrado em Medicina Social, uma pós-graduação que concretizou o desejo de Garcia e que formou (como até hoje o faz) profissionais com esse enfoque; e, de outro lado, o financiamento do PESES, que teve como produto direto uma série de novos conhecimentos, e como produto indireto, a articulação de um conjunto de núcleos acadêmicos e de

profissionais de Saúde espalhados pelo Brasil numa espécie de “rede” da Medicina Social.

Além das instituições mencionadas, ainda fizeram parte dessa arena do movimento sanitário, no período ora em análise, os DMPs da USP, da Santa Casa, da Paulista de Medicina, de Ribeirão Preto, de Botucatu, a Faculdade de Medicina da UFMG, o recém-criado Mestrado em Saúde Comunitária do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA e o também então recém-criado DMP da Universidade Federal da Paraíba.

Todo esse conjunto de profissionais atuantes no campo da pesquisa e da formação de recursos humanos caracterizava-se por conformar uma frente de pensamento crítico e oposicionista no setor Saúde. Essa produção de conhecimento com caráter coletivo foi por sua vez construindo, ao longo da segunda metade dos anos 70, um marco teórico comum às escolas de Saúde Pública e departamentos de Medicina Preventiva, e que alterou o perfil da formação dos recursos humanos.

Ao tomar a realidade como objeto de estudo (e intervenção), partindo das contradições e conflitos observados no interior do Sistema Nacional de Saúde, o campo de investigação em Saúde Coletiva foi ampliado, surgindo inúmeros novos objetos. Na produção de conhecimento desse período destacam-se dois aspectos: a transformação da abordagem ao planejamento (de normativo em estratégico) e a consolidação da abordagem à Economia Política em Saúde com a estruturação do campo de estudo sobre Economia e Saúde.

Na área de reprodução do conhecimento, ou seja, na formação de recursos humanos, destacamos nessa época: a descentralização da formação do sanitarista através dos cursos regionalizados; o início do movimento que transformaria as Residências em Medicina Preventiva e Social; e as pós-graduações *stricto sensu* na área de Saúde Coletiva. Todos esses níveis de reprodução de um conhecimento já construído possibilitaram, por um lado, a difusão da abordagem médico-social e a transformação do perfil de formação do sanitarista, e por outro lado o contato com novos objetos de investigação. Todos foram instrumentos importantes para a consolidação da hegemonia da proposta médico-social na formação de recursos humanos no campo da Saúde Coletiva. Assim, difundiu-se de maneira numericamente importante não só uma nova forma de pensar a Saúde como também de atuar na Saúde.

O último aspecto da Academia que queremos abordar é a sua vinculação com o político. Coerente com o pensamento em que a Saúde é vista como uma prática social, portanto com as mesmas determinações da sociedade e do conjunto de práticas sociais, toda a movimentação existente dentro das instituições acadêmicas - a produção/

reprodução do conhecimento - estava profundamente ligada àquilo que acontecia e que movimentava a vida política nacional. Ao longo de todo esse período essa vertente do movimento sanitário foi participante da luta pela redefinição das políticas de Saúde, pela democratização das instituições de Saúde, e pela democratização do país.

## 2. O movimento estudantil

No mesmo período em que a UNE era ilegal e o movimento estudantil nacional encontrava-se sob intensa repressão, setorialmente, os estudantes se organizaram também através das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC), até certo ponto ignoradas pela repressão, que não identificou o caráter político das discussões.

Por sua origem (o Centro de Estudos de Saúde da UFMG), pela dimensão que conquistou dentro do movimento estudantil do setor Saúde, por ter assumido um caráter político desde o seu início, e por congregar não só estudantes de Medicina mas de toda a área da Saúde, a SESAC foi um *locus* de formação da consciência sanitária entre os estudantes e de difusão do pensamento da corrente médico-social do movimento sanitário.

De início as Semanas foram realizadas em locais onde se contava com o apoio institucional das Universidades ou das Secretarias que desenvolviam projetos de Medicina Comunitária ou de extensão de cobertura através da Medicina simplificada: 1975 em Campinas, 1976 em Curitiba, 1977 em Londrina, e assim por diante. Observa-se, também, que a formação da consciência sanitária nesse *locus* se faz na direção de duas idéias-chaves: pela democratização do país e do setor, e contra a privatização, num movimento idêntico ao que ocorria em outros fóruns.

Entre 1976 e 1978, o ECEM - Encontro Científico dos Estudantes de Medicina transformou-se de encontro científico em encontro político, canalizando as discussões para os aspectos sociais da questão Saúde. Essa transformação foi uma estratégia de núcleos estudantis de "oposição", em parte congregados através das SESACs.

O movimento estudantil setorial teve uma atuação específica no interior do movimento sanitário, do qual fez parte tanto na sua origem como na sua articulação. Os encontros estudantis setoriais constituem fóruns políticos não só pelo "deslocamento" da visão predominante sobre os assuntos científicos, mas também pela organização ativa e dirigida para a discussão das questões políticas e sociais da Saúde. Também através desses encontros difundiu-se a ideologia do assalariamento, engajaram-se futuros profissionais em projetos alternativos e discutiu-se a formação do profissional e as necessidades de

transformações curriculares. Numa estratégia que envolvia o conjunto dos estudantes da área de Saúde, difundiu-se uma ideologia e uma estratégia de luta, e ampliou-se a consciência sanitária e social.

### 3. O CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Quando se realizou em Brasília a 28a. Reunião Anual da SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, em julho de 1976, a sociedade brasileira contava com poucos canais para manifestar sua oposição ao regime. As conseqüências e as causas políticas do "milagre brasileiro" já eram tão patentes no ambiente universitário que levaram à transformação desse fórum científico em fórum político. As reuniões da SBPC passaram a congregiar na discussão política um número cada vez maior de pessoas exigindo a redemocratização do país; por isso, a partir de 1977 essas reuniões foram controladas pelas forças da repressão, que chegaram até mesmo a impedir a realização da reunião desse ano, em Fortaleza.

Por terem essas reuniões anuais da SBPC se tornado um novo espaço de debate político contra o autoritarismo, a reunião de Brasília atraiu um grupo de pessoas ligadas aos departamentos de Medicina Preventiva e Social do Rio de Janeiro e de São Paulo; nela discutiu-se a formação de uma entidade aglutinadora do "novo" pensamento em Saúde, à semelhança das demais associações e sociedades da SBPC (AROUCA, 1986a).

A idéia de se lançar uma revista foi logo ampliada "para a criação de um Centro de Estudos que promovendo um amplo debate, envolvesse vários setores e constituísse um núcleo de opinião capaz de influenciar os profissionais de saúde." (CEBES, "Saúde em Debate" (5), 1977:63)

O CEBES materializou e difundiu o pensamento da Medicina Social, como afirma o primeiro Editorial da revista *Saúde em Debate* (1976) ao apontar a Saúde como componente do processo histórico-social. O pensamento sanitarista já tinha sido permeado pelas Ciências Sociais marxistas; o CEBES congregou, corporificou e divulgou esse pensamento, atuando dentro de um cenário inicialmente limitado, mas conseguiu expandir-se e crescer como força organizada da sociedade civil, pelo fato de aglutinar um conjunto de estudantes e de profissionais da Saúde cada vez mais descontentes com os rumos da assistência à saúde no país. Dessa forma, ele foi uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado.

Em sua criação o CEBES tinha como diretrizes a democratização do país, a unificação do Sistema de Saúde e a Reforma Sanitária.



Nos seus três primeiros anos de existência a democratização passou a ser o princípio básico: da democracia tudo dependia.

A partir de então, o CEBES, como entidade dos profissionais de Saúde, concentrou suas atividades na luta geral da sociedade brasileira pela democratização e contra a carestia, e no âmbito setorial na reorganização das entidades médicas. Aparentemente, esse movimento de reorganização minou a capacidade organizacional do próprio CEBES, resultando que em meados de 1978 a validade de sua manutenção fosse questionada em vários núcleos, principalmente no Rio de Janeiro.

Mas, a partir de uma assessoria do núcleo do CEBES em Brasília a parlamentares progressistas da Comissão de Saúde, essa Comissão revitalizou-se, passando a ser mais combativa e mais presente no cenário nacional. Essa assessoria culminou com o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e realizado entre 9 e 12 de outubro de 1979, onde o documento apresentado pelo CEBES, "A Questão Democrática na Área da Saúde" foi acatado por unanimidade.

O Simpósio foi o início de uma nova fase para o movimento sanitário como um todo. A sua realização evidenciou que o movimento existia, estava articulado, tinha um projeto definido e ocupava cada vez mais espaço na arena setorial em defesa de seu projeto.

A nosso ver, o CEBES representou, nessa conjuntura (1976/1979), a pedra fundamental do movimento sanitário como movimento social organizado. Diferenciando-se das demais entidades, separadas por categorias, o CEBES foi uma entidade organizadora do movimento de profissionais de Saúde que difundiu um pensamento político acerca das questões da Saúde através de uma linha editorial e de outras atividades; além disso, o CEBES foi um centro de estudos e de elaboração de propostas alternativas à política de Saúde vigente.

O CEBES é a "transposição" de um pensamento nascido nas universidades para o seio da sociedade civil, e faz a articulação do movimento sanitário com os demais movimentos sociais.<sup>6</sup> Defende os interesses da população, sem estar diretamente vinculado a ela - ou melhor, em sua trajetória, o CEBES esteve vinculado mais diretamente à academia ou à política institucional, parlamentar ou executiva.

Na conjuntura ora em análise, assim como nas subseqüentes, o CEBES sofreu crises sucessivas e cíclicas, relacionadas ao questionamento do seu papel como entidade na luta cultural e ideoló-

---

<sup>6</sup> *Jairnilson Paim enviou-nos uma observação digna de transcrição: "O CEBES tem sua maternidade na SBPC, seu berço nos sanitaristas de São Paulo e o Partidão (PCB) como padrinho".*

gica. Mas o CEBES perdurou; se muitos de seus núcleos por vezes diminuíram e até mesmo desapareceram, a entidade ressurgiu em vários momentos em que o movimento sanitário precisou de uma entidade para representar a sua luta.

#### 4. Movimentos dos Médicos Residentes e de Renovação Médica

A segunda metade da Presidência do General Geisel foi marcada por uma intensa e inédita movimentação da categoria médica. Nunca antes as reivindicações, greves, disputas sindicais e em outras associações profissionais como os Conselhos Regionais, atingiram a extensão e organização alcançadas a partir de 1977-8.

A primeira manifestação que vem a público provém dos médicos residentes que posicionam-se contrários à situação de ambiguidade profissional a que se vêm submetidos: são considerados estudantes, cujo regime didático é denominado "formação em serviços", não tem direitos trabalhistas e sua remuneração é sob a modalidade de bolsa de estudos, e, em termos de atuação cotidiana, são os responsáveis por uma parcela considerável do atendimento médico com uma carga horária de trabalho semanal superior a 60 horas em grandes hospitais das principais capitais do país.

Os médicos residentes foram os primeiros a se organizarem diante da sua realidade de assalariados sob a máscara de formação profissional. A Residência Médica, mecanismo de especialização e aprimoramento profissional, existente desde a década de 40, não estava submetida a nenhuma regulamentação específica e tampouco era utilizada como mecanismo de absorção de mão-de-obra. A partir de meados dos anos 70 a Residência Médica passou a ser, por um lado, uma etapa necessária da formação dos médicos na medida em que a qualidade da graduação sofreu uma deterioração significativa e, por outro lado, uma responsabilidade profissional concreta sem o reconhecimento dos vínculos e direitos regulamentados pela legislação trabalhista vigente no país.

Até meados da década de 70, a maioria dos médicos, organizados ou não nos Conselhos, Associações de Medicina, ainda defendia uma ideologia liberal em que o médico é dono do seu conhecimento e da sua força de trabalho. O movimento dos médicos Residentes - da suposta nova "elite médica" - foi um processo de tomada de consciência de sua realidade de assalariados e de identificação com as classes trabalhadoras em geral. Antes mesmo da ocupação dos sindicatos pelo Movimento de Renovação Médica (REME) os Residentes já se colocavam como um movimento trabalhista.

Ao utilizar pela primeira vez a greve, que é um instrumento do trabalhador, o movimento dos médicos Residentes dividiu as entidades

médicas em dois blocos: de um lado, a aliança Associação Medicina Brasileira - Conselho Federal de Medicina e suas entidades estaduais, de postura liberal, que se opunham às reivindicações trabalhistas e à utilização da greve como mecanismo de pressão; do outro lado, as associações de médicos Residentes e as entidades sindicais renovadas.

No Rio de Janeiro, em 1977, os médicos Residentes voltaram a ocupar as ruas com protestos, pela primeira vez desde as célebres passeatas de 1968. Foi também dos Residentes a primeira greve com características nacionais, realizada por médicos. Foram os médicos Residentes - e não o REME - quem levaram ao movimento médico a discussão da greve como instrumento de luta. Dessa forma, os médicos Residentes atuaram como vanguarda da categoria médica em geral e sofreram uma repressão específica.

O movimento dos médicos residentes embora integrando o movimento de Renovação Médica, foi um movimento a parte. Mas, também, propiciou que uma parcela considerável de médicos residentes tivesse uma participação maior na vida dos sindicatos, nas reuniões de diretoria ampliadas, nas discussões hospitalares, nos departamentos sindicais, na elaboração do jornal, etc. Em 1978 e 1979, a luta dos médicos Residentes ocupava grande espaço no interior do sindicato do Rio de Janeiro.

Nessa mesma conjuntura, num processo sinérgico com o movimento dos Residentes, surgiu o REME - Movimento de Renovação Médica, a partir de um grupo de médicos no Rio de Janeiro e em São Paulo, cujas propostas seriam bem recebidas por uma parcela significativa do conjunto da categoria médica.

O REME ocupou os sindicatos através de um processo organizado de um determinado segmento da categoria médica, que por sua ação e seu pensamento se distingüia do segmento de ideologia liberal, que dominava o conjunto da categoria e que, sob o manto do *laissez-faire*, abrigava também o empresariado.

A luta pela renovação dos sindicatos foi um passo à frente na tomada de consciência da categoria, por se tratar de uma ação coletiva, organizada, que não escamoteou a realidade do assalariamento mas decidiu lutar para melhorar a relação de trabalho através do instrumento legal de representação nas negociações, mesmo estando esses instrumentos atrelados ao Estado. Desse modo, essa corrente política ocupou um determinado espaço na arena setorial.

A eleição dos Movimentos de Renovação significou um marco na tomada de consciência da categoria, e evidência disso foi a rápida expansão dessa forma de luta por todo o país a partir de São Paulo e do Rio de Janeiro. O movimento expandiu-se não apenas geograficamente, mas em sua amplitude, pois seus princípios e suas propostas mais gerais balizaram a organização de oposição aos Conselhos Re-

gionais e posteriormente aos próprios CFM e AMB. Ainda mais, devido à centralidade do papel do médico e de sua ideologia no interior da equipe de Saúde, aquilo que se iniciou entre os médicos alastrou-se rapidamente, atingindo outras categorias profissionais, que também passaram a se organizar na luta pela renovação de seus sindicatos e associações profissionais.

Durante a expansão do movimento, as greves foram outro marco substancial. Esse procedimento - a paralisação das atividades como instrumento para a conquista de reivindicações - foi repetido a cada ano, num processo de crescimento numérico e qualitativo, até 1981, quando ocorreu a greve nacional dos médicos "Por Melhores Condições de Trabalho e Remuneração". A greve foi um fato político, mais do que um movimento reivindicatório, pois enquanto pleiteava melhores salários e condições de trabalho ela questionava amplamente as condições do mercado de trabalho e a própria política de Saúde. Ao denunciar causas e conseqüências, o movimento médico buscou aliar-se à população, denunciando as condições materiais da assistência médica.

A luta sindical foi ampla; não se restringiu às reivindicações estritamente econômicas, mas partiu de uma visão já em formação sobre a política de Saúde. Por sua grande aproximação com o movimento sanitário, em particular pela participação de elementos do CEBES no REME, o sindicato incorporou à análise e às ações do movimento médico a crítica e as propostas para o Sistema Nacional de Saúde, elaboradas em outras arenas do movimento sanitário.

Além da conquista de um espaço na arena política setorial, os Movimentos de Renovação demonstraram organização e força, passando a representar uma ameaça aos grupos políticos mais tradicionais da Saúde - a aliança Associação Medicina Brasileira - Conselho Federal de Medicina - Federação Brasileira Hospitais. Profundamente ligada ao autoritarismo, até então essa aliança tinha completo domínio dos rumos da organização profissional.

Entre 1978 e 1979, após a conquista dos Sindicatos, o REME expandiu sua luta disputando as eleições para os Conselhos Regionais de Medicina e, posteriormente, lançando chapas para as direções do CFM e da AMB. A posição abertamente democrática dos opositoristas teve uma resposta abertamente autoritária dos setores liberais e empresariais encastelados nas diretorias do CFM e da AMB. Uma sucessão de casuísmos foram programados e colocados em prática nas eleições para os Conselhos Regionais (1978), para o CFM e na eleição para a AMB - Associação Médica Brasileira (1979). Manipulação de regimentos eleitorais, fraudes e anulação de votos transformaram vitórias do Movimento Nacional de Renovação Médica em derrotas e "casasções".

Os "anos Geisel" se encerraram revelando um movimento mé-

dico em pleno vigor, crescendo e ampliando seu espaço de atuação na sociedade brasileira. Foi a vertente do movimento médico (aí incluído com destaque o movimento dos Residentes) que ao integrar o movimento sanitário coloca para o conjunto da articulação reformista na área de saúde uma nova problemática de atuação: a questão da organização e das relações do mundo do trabalho no setor saúde, a legislação sindical, os instrumentos de luta do trabalhador etc.

Numa articulação do movimento médico com a vertente da "academia", a reflexão e a pesquisa sobre o campo das relações de trabalho no setor saúde foram aprofundadas, seja em instituições propriamente acadêmicas, como o PESES na FIOCRUZ ou o Mestrado do IMS/UERJ, seja no próprio Sindicato dos Médicos, onde foi realizada a pesquisa sobre o mercado de trabalho médico no Rio de Janeiro, coordenada por seu Departamento Científico.

O movimento médico com suas especificidades reforçou as propostas de transformação da política nacional de Saúde e de vinculação com a população na defesa de melhores condições de vida e de saúde que já estavam em elaboração em outras vertentes do movimento sanitário.

## 5. Os Projetos Institucionais - PLUS, MONTES CLAROS E PIASS

Na segunda metade da década de 70, foram desenvolvidos três grandes projetos (planos ou programas) de âmbito regional<sup>7</sup> que para a sua realização (elaboração implementação) contaram com a participação de pessoas identificadas por um pensamento comum, com propostas transformadoras para o sistema de Saúde. Essas pessoas e essas experiências, em contato com outras pessoas e experiências, ao final da década haviam se articulado de forma a constituir o movimento de pessoas e idéias que chamamos de movimento sanitário.

A troca de informações, o debate, a difusão do aprendizado institucional de uma pessoa através de artigos, aulas, conferências etc., tudo isso fez com que essas experiências pudessem ser assimiladas por um conjunto de pessoas e o aprendizado superasse os limites da vivência.

Partindo das Ações Integradas de Saúde (AIS), estratégia reconhecidamente desenvolvida pelo movimento sanitário no interior

---

<sup>7</sup> Não poderíamos deixar de registrar os projetos desenvolvidos em Londrina, Campinas e Niterói como parte da experiência acumulada do movimento sanitário. Ver nota complementar (4) ao final deste artigo.

da Previdência Social a partir do plano do CONASP, e retornando no tempo em busca dos elementos-chaves dessa proposta e suas principais diretrizes, encontramos no PLUS, no Projeto Montes Claros e no PIASS, os elementos que foram constituindo um modelo alternativo de prestação de serviços de Saúde e cujas diretrizes e premissas foram as que orientaram as propostas da Reforma Sanitária. Comparando-se a conjuntura das AIS (1982-1986) com o nosso período de análise (1974-1979), o que se modificou foi a penetração do movimento sanitário no aparelho de Estado e sua capacidade de intervenção social no sentido de se contrapor às forças e propostas hegemônicas.

Os anos entre 1975/76 e 1979 foram os momentos iniciais do movimento sanitário enquanto tal; foram as primeiras experiências de exercitar e operacionalizar as diretrizes transformadoras do sistema de Saúde - para muitos, "pôr a mão na massa" pela primeira vez - e também de conseguir a adesão de outras forças sociais e políticas para vir a constituir uma alternativa setorial.

A análise do Projeto Montes Claros assim como dos demais projetos institucionais desenvolvidos nesse período, está pautada não nos resultados de sua operacionalização, mas sim pelo aspecto da experiência acumulada, ou seja: até que ponto o projeto orientou as experiências seguintes.

Nunca é demais ressaltar que, se essas experiências institucionais puderam ser difundidas e incorporadas como experiência coletiva, foi porque pessoas com um pensamento transformador entraram nas instituições do Estado sem ter uma postura "asséptica" quanto ao "jogo do poder". O que em termos individuais significava possibilidades profissionais, para o movimento sanitário traduziu-se na ocupação de espaços institucionais por um determinado projeto ideológico.

A partir da sua ocupação por pensamentos diferenciados, "contra-hegemônicos", esses espaços institucionais passaram a ser palcos de luta, arenas de disputa entre os diferentes interesses. A possibilidade maior ou menor de se levar a cabo as propostas dependia da correlação de forças, que nos "anos Geisel" era francamente desfavorável ao movimento sanitário.

O PLUS - Plano de Localização de Unidades de Serviço, elaborado a partir de 1975 no interior do então INPS, e desenvolvido a partir de convênio com o IPEA entre 1976 e março de 1979, teve como produtos Planos de Saúde para sete Regiões Metropolitanas e todo o Estado da Paraíba. As conclusões permitiam localizar as unidades de saúde a serem construídas e também diagnosticaram um excesso de leitos hospitalares contratados da iniciativa privada. Com o início da gestão do General Figueiredo e a mudança da Presidência do

INAMPS os documentos foram engavetados, o convênio foi desativado e muitos dos profissionais demitidos.

Os dois outros projetos, Montes Claros e PIASS, têm histórias que se misturam a partir de 1978. O projeto Montes Claros (MOC) significou um passo adiante em relação ao PLUS, pelo simples fato de ter sido operacionalizado, permitindo experiências técnicas e políticas concretas. O Projeto MOC foi uma das primeiras possibilidades, em âmbito regional, de aplicação de certas diretrizes norteadoras de um modelo alternativo de organização de serviços de Saúde. Mas o projeto não ficou limitado a uma experiência local, regional; foi uma experiência nacional. As propostas que lá se enfrentaram representavam interesses divergentes, nacionais e até mesmo internacionais.

A nosso ver, o PIASS representou a expansão e a viabilização de um projeto e um modelo construídos em Montes Claros. Ao viabilizar a proposta defendida pelo movimento sanitário, o PIASS estabeleceu esse grupo como "força interlocutora" da política de Saúde. O PIASS estimulou o estabelecimento de uma frente de mobilização política que viria a constituir o CONASS - Conselho Nacional de Secretários (Estaduais) de Saúde,<sup>8</sup> e com isso ampliou o "leque de alianças" do movimento sanitário, além de fortalecê-lo no embate com os interesses privatizantes. Estes continuaram hegemônicos no interior da Previdência, e conseqüentemente da real política de Saúde. O PIASS canalizou sobre a Previdência Social a pressão por obtenção de recursos, de certa forma recuperando politicamente o espaço que havia sido ocupado pelo PLUS na defesa do fortalecimento do setor público.

O PIASS concretizou, numa área de abrangência considerável, uma proposta de organização de serviços de Saúde que era alternativa à até então adotada pelas instituições setoriais; enfim, dando continuidade ao projeto médico-social de Montes Claros, num encontro com o sanitarismo desenvolvimentista, o PIASS foi palco e bandeira de luta do movimento sanitário, que cresceu como força política e na elaboração de uma proposta alternativa de organização dos serviços de Saúde.

O modelo construído através dos três projetos institucionais (PLUS, Projeto Montes Claros e PIASS) caracterizou-se como um modelo regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição da porta de entrada para o sistema. Suas principais diretri-

---

<sup>8</sup> O Conselho Nacional de Secretários (estaduais) de Saúde - CONASS, foi constituído em 1980 como entidade civil, com um regimento interno que prevê eleições bienais para a presidência da entidade. Sua constituição teve como fortes estimuladores os secretários de saúde da região Nordeste que através do PIASS passaram a ter uma expressão na correlação de forças setoriais.

zes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária. A nosso ver, essas diretrizes e esse modelo continuaram a orientar todas as propostas que o movimento sanitário elaborou como o PREVSAÚDE, as Ações Integradas de Saúde, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Reforma Sanitária.

### 3. O PROJETO MONTES CLAROS E O MOVIMENTO SANITÁRIO

#### 1. As histórias se misturam

Com o desenvolvimento do Projeto MOC, "crescia a hostilidade da APC - Assessoria de Planejamento e Coordenação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - e, por volta de fevereiro de 1976, quando chega o assessor Mario Hamilton, e se torna visível que a equipe de Montes Claros é competente para elaborar uma proposta bem feita, isso passa a ser uma ameaça e uma necessidade mais imediata da intervenção da Secretaria sobre Montes Claros. Nesse momento, a equipe de Montes Claros percebeu que se não buscasse alianças externas seria desativada. Então, é programado para abril, já como estratégia para ganhar esse conflito, um grande seminário de lançamento de Montes Claros, em Belo Horizonte, convidando todos os aliados possíveis, todos" (MACHADO, 1987).

A I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas, realizada em Belo Horizonte no início de 1976, demonstrou que a equipe do projeto adotara uma nova visão do planejamento: o planejamento estratégico como parte integrante de um processo político. Nesta reunião, através de quatro documentos básicos, a proposta de organização de serviços de Saúde foi apresentada a um grande conjunto de instituições. Foi nessa Reunião que o Projeto Montes Claros estabeleceu mais claramente tanto sua proposta de organização de serviços de Saúde (descentralizada, democrática e pública) quanto suas alianças, e ao mesmo tempo passou a enfrentar resistências mais claras e mais fortes por parte dos setores hegemônicos na política de Saúde.

A aliança montada pelo Projeto Montes Claros nessa I Reunião era constituída de funcionários de órgãos públicos, a tecno-burocracia, o movimento estudantil e a Academia. A essa articulação aos poucos foram se incorporando "vertentes" do movimento sanitário como o CEBES, funcionários e técnicos de prefeituras de oposição, os sindicatos médicos e os movimentos dos profissionais de Saúde. O Projeto MOC pode ter sido "uma iniciativa da burocracia estatal" (VAN



STRALEN, 1985:175), mas sua manutenção e expansão foi defendida e estimulada por um conjunto de forças mais amplo: o Projeto MOC foi o exemplo que o movimento sanitário utilizou para evidenciar a exeqüibilidade das propostas transformadoras.

A articulação mais importante concretizada durante a I Reunião foi a do Projeto MOC com a vertente da Academia do movimento sanitário, em particular com o PESES. A partir daí ocorreu uma integração consciente da Academia com o projeto, tanto com o envio de assessores para a organização dos serviços, quanto pelo financiamento de pesquisas e pesquisadores pelo PESES (AROUCA, 1986 e 1987).

O resultado mais expressivo do projeto de investigação sobre Medicina Comunitária desenvolvido pelo PESES foi, "independentemente dos objetivos específicos dos pesquisadores, a articulação entre os vários grupos no País preocupados com a reorganização dos serviços com ênfase em atenção primária e a democratização dos serviços de saúde através da proposta de participação comunitária (...). De outro lado, contribuiu para transformar o Projeto Montes Claros numa plataforma de luta pela reorganização dos serviços de saúde. Por sua influência, o programa foi apresentado em vários congressos e seminários como novo modelo de organização de serviços" (VAN STRALEN, 1985). (Grifos nossos)

A integração com a Academia ocorreu também através de um grande número de pesquisas e dissertações sobre o Projeto Montes Claros. Assim, o Projeto MOC foi objeto de investigação e de ação do movimento sanitário.

A integração com o movimento estudantil ocorreu principalmente através do Internato Rural da UFMG, que teve início em 1978 como parte do projeto de integração docente-assistencial, permitindo que estudantes e posteriormente Residentes participassem do Projeto Montes Claros. Confundem-se, então, histórias pessoais e de entidades como o Centro de Estudos de Saúde da UFMG, a SESAC e o Centro Regional de Saúde de Montes Claros.

Outra importante articulação foi estabelecida em abril de 1976 entre o Projeto MOC e os "setores publicistas" do INAMPS, que MACHADO (1987) identificou nas figuras de Murilo Vilella Bastos e em outros integrantes da Previdência, oriundos do FUNRURAL, que tiveram grande importância na articulação do convênio da Previdência Social com o PIASS/Montes Claros.

O Decreto Presidencial que em 1976 criou o PIASS, entreabriu uma porta para a canalização de recursos da Previdência Social para programas de extensão de cobertura, mas os interesses privatizantes lutaram para tornar o Decreto "letra morta", alegando que seria

inconstitucional participar de programas dirigidos para a população não-previdenciária.

Mesmo tendo que enfrentar os escalões tecno-burocráticos da SES, a equipe de Montes Claros estabeleceu contatos com a ST/PIASS - a Secretaria Técnica do PIASS - e, inclusive, foi convidada a fazer uma apresentação do projeto em janeiro de 1977. Na ocasião a equipe do Projeto solicitou a incorporação do Projeto MOC ao PIASS. "Aí somou-se o interesse do Secretário de Saúde que tinha planos de se candidatar a deputado federal, com uma base eleitoral no Norte de Minas. (...) Assim, esse convênio é acelerado e em abril de 1977, é assinado um termo de ajuste, e Montes Claros passa a ser incorporado ao PIASS." (MACHADO, 1987).

A partir de outubro de 1977, abriu-se uma nova etapa tanto para o Projeto Montes Claros quanto para o PIASS, com a saída do diretor do CENTRO REGIONAL DE SAÚDE para coordenar a Secretaria Técnica do PIASS. No PIASS, adotou-se uma estratégia semelhante à que tinha sido adotada no Projeto MOC: "criar impacto" através da rápida extensão e implantação do programa mesmo que reduzindo a sua abrangência.

Mesmo incorporado ao PIASS o papel desempenhado pelo Projeto MOC não diminuiu, e a prova disso é que ele se tornou o seu "pólo avançado". A partir de 1978 o PIASS substituiu a USAID como maior fonte financiadora do projeto, e os dois programas integraram-se também financeiramente.

Toda a experiência, tanto da luta política vivida através do Projeto Montes Claros quanto do modelo operacionalizado, foi incorporada ao PIASS, não fosse o fato de ter sido a mesma pessoa a conduzir os dois programas em fases subseqüentes no tempo, mas idênticas em termos de desenvolvimento como programa. "Apesar de não ter tido uma influência direta no surgimento do PIASS, o Projeto Montes Claros já trazia, antes mesmo que o PIASS fosse aprovado, quase todo o conjunto de idéias que iriam mais adiante se conjugar e formar o 'modelo PIASS'" (ROSAS, 1981:65).

Antes do PIASS, o Projeto de Montes Claros foi uma das primeiras possibilidades regionais de aplicação de certas diretrizes de organização e distribuição dos serviços de Saúde. Mesmo com os embates que foi travando, o Projeto MOC demonstrou a exeqüibilidade das propostas do movimento sanitário e a capacidade de se articular politicamente para a sua manutenção. A estratégia de buscar apoio externo para resistir às pressões oriundas do nível central da Secretaria de Saúde projetou o Projeto MOC, ampliou sua visibilidade e possibilitou que em torno dele se articulassem vertentes do movimento sanitário como a Academia e o movimento estudantil.

"A (vertente da) Academia (do movimento sanitário) tem a

necessidade de um projeto que funcione como modelo de demonstração e esse projeto de demonstração tem a necessidade de gerar conhecimentos. O modelo de demonstração passa a ter um papel ideológico cuja duração é maior do que a duração real do projeto, já que ao redor dele articula-se uma frente ideológica. O projeto passa a ser uma imagem a ser difundida e defendida." (AROUCA, 1987)

Vários projetos foram desenvolvidos nos espaços institucionais conquistados; alguns deles tiveram um papel ideológico que ultrapassou a sua operacionalização, ou seja, tornaram-se exemplos de novos modelos e provas da exequibilidade das propostas transformadoras. Esses modelos eram incluídos na plataforma de luta pela reorganização dos serviços e pela transformação do sistema de Saúde, e passavam a ser difundidos e defendidos por um conjunto de pessoas. Em suma: quando um projeto desempenhava um papel ideológico, aglutinando pessoas e identificando propostas, esse papel ideológico tornava-se maior do que o seu papel concreto, real, e o projeto passava a ser uma bandeira de luta.

Ainda, do ponto de vista do movimento sanitário, um projeto podia ser ou não uma experiência de luta, na medida em que a defesa de um determinado modelo fosse feita consciente e coletivamente. Ou seja: tomava-se conscientemente um projeto como alternativa ao modelo existente e esse projeto, com a sua conseqüente experimentação de certas propostas e estratégias, orientava as experiências seguintes.

Montes Claros passou assim a ser uma experiência do movimento sanitário. Foi nessa experiência que o planejamento foi sendo transformado, na prática, de racionalizador em estratégico. Mesmo que isso não tenha ocorrido através da elaboração teórica quando o Projeto MOC incorporou o político (as forças políticas, os laços políticos, a estratégia política) ao seu modelo de intervenção, na prática foi exercitado o que é conhecido como "planejamento estratégico".

Através do Projeto Montes Claros o movimento sanitário também vivenciou a experiência da diretriz de participação comunitária. Essa idéia-força, *sine qua non* do ideário do movimento sanitário, teve em Montes Claros algumas interpretações particulares que envolveram desde a pressão pela descentralização administrativa, a criação de mecanismos colegiados representativos das equipes de Saúde para deliberações relativas ao projeto, o treinamento dos agentes de saúde como "agentes formadores de consciência transformadora", até a articulação com as forças políticas locais (prefeitos e vereadores).

O Projeto Montes Claros foi um palco de luta entre várias propostas divergentes de organização dos serviços de saúde, uma bandeira de luta do movimento sanitário na defesa de uma transformação do setor e foi uma experiência de luta que o movimento sanitá-

rio acumulou na luta pela conquista da direção política do setor Saúde.

O Projeto Montes Claros e o PIASS desaguaram na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1979, como modelos das propostas identificadas com o fortalecimento do setor público e como escudo contra as propostas privatizantes. A VII CNS foi realizada sob a perspectiva de integração entre o Ministério da Saúde e o INAMPS sob a forma de um programa inicialmente denominado PRÓSAÚDE e, posteriormente conhecido como PREVSAÚDE. Em compasso de espera que o PREVSAÚDE fosse re-escrito e aprovado, o PIASS foi incorporado, na estrutura programática do MS, ao Programa Nacional de Serviços Básicos, ligado diretamente à Secretaria-Geral. "Em 1980 o PIASS era basicamente uma sigla orçamentária para conseguir recursos da SEPLAN." (ROSAS, 1986). O PREVSAÚDE nunca foi implantado e o PIASS desapareceu através de um "processo de fusão" com programas do Ministério da Saúde.

## 2. Pensando hoje

Lá se vão mais de 20 anos. Muitas histórias e estórias aconteceram desde então. O Projeto Montes Claros aos poucos foi perdendo sua característica modelar para o projeto da Reforma Sanitária e, tanto este, quanto o movimento sanitário, modificaram-se significativamente.

Quando, em 1979, teve início o último governo militar, o movimento sanitário apresentava-se organizado e, ainda que inicialmente marginal, era reconhecido como um dos interlocutores presentes na arena da política setorial. Entre 1979 e 1985, numa nova etapa, o movimento sanitário conseguiu penetrar nas instituições estatais com o objetivo de tentar implementar suas estratégias para mudar a direção da política e assim privilegiar o setor público.

Foi a época do "sonho tecnocrático" do PREV-SAÚDE, por sua vez confluência de um conjunto de experiências institucionais do período anterior. Foi também a época da grave crise financeira da Previdência Social (1981), da criação do CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária e da elaboração do seu plano em 1982.

A partir de maio de 1984, a estratégia das Ações Integradas de Saúde, tendo como referência as diretrizes contidas no "plano do CONASP", passou a ser implementada com base em princípios gerais como a a integração interinstitucional, tendo como eixo a responsabilidade do setor público; a regionalização e a hierarquização de todos os serviços públicos e privados; a descentralização do pro-

cesso de planejamento e administração ; e, o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo.

O mesmo conteúdo desses princípios gerais são encontrados no Projeto Montes Claros ainda que sob uma forma diferente.

As Ações Integradas de Saúde significaram a retomada dos princípios gerais esboçados no PREVSAÚDE e cristalizaram-se na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) sob a denominação da proposta de Reforma Sanitária.

Ao longo do processo de formulação e tentativas de implementação a proposta de Reforma Sanitária foi sendo modificada e, principalmente, detalhada. Das grandes diretrizes orientadoras, formuladas explicitamente desde 1979 e reafirmadas em 1986, as preocupações passaram a situar-se na reorganização dos serviços, na gestão das unidades, em programas alternativos de atenção. Essa tendência acentuou-se com os SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (1987) e com a criação constitucional do SUS - Sistema Único de Saúde (1988).

Na medida em que o projeto de transformação tinha possibilidades institucionais de ser pensado em escala nacional, Montes Claros deixou de ser a referência principal. Como a diretriz da descentralização e, posteriormente, da municipalização, adquiriram centralidade na proposta de transformação, outras experiências passaram a ter maior relevância como as que se desenvolveram a partir de 1982 com as eleições estaduais e municipais (exceto em municípios considerados de "segurança nacional" de 1982) em Uberlândia (MG), Cambé (PR), Penápolis (SP) e Cachoeiras de Macacú (RJ). Em 1985, a eleição direta de prefeitos das capitais e demais municípios de segurança nacional permitiram o desenvolvimento, com o apoio inicialmente das AIS e posteriormente dos SUDS, das experiências de Camaçari (BA) e Maceió-Arapiraca (AL)(ALMEIDA, 1989).

Todas essas experiências, acrescidas de muitas outras que se desenvolveram a partir de 1988, com a eleição de prefeitos de partidos de esquerda, principalmente do Partido dos Trabalhadores, viabilizaram um momento do processo da Reforma Sanitária caracterizado por ser eminentemente de base local, municipal. Essa base municipal passou a exigir táticas operacionais de implementação da proposta, ou seja, "como fazer as coisas acontecerem", e o desafio para o movimento sanitário passou a ser o de deslocar suas preocupações mais gerais para objetos mais específicos e operacionais, ou como disse Almeida (1989:15) "passar do discurso à prática é salto qualitativo que se impõe nesse movimento e a única forma de garantir a irreversibilidade e consolidação das mudanças conquistadas".

Ainda, a base municipal ampliou, diversificou e dispersou as preocupações, existindo um conjunto significativo de dirigentes municipais que apoiaram a proposta na medida em que ela significava a canalização de recursos financeiros, sem aderir ideologicamente aos seus princípios mais gerais. Assim, a heterogeneidade das experiências, a pluralidade de interesses e as necessidades operacionais, três elementos característicos de um processo de descentralização e democratização da política de saúde, introduziram novas dificuldades para o processo da Reforma Sanitária e dilemas importantes para o movimento sanitário.

O processo da Reforma Sanitária encontrou grandes dificuldades durante a gestão neo-liberal e corrupta de Fernando Collor (1990-1992).

Por um lado, a organização da IX Conferência Nacional de Saúde, mesmo com os seus sucessivos adiamentos até a realização da etapa nacional em agosto de 1992, quando já estava em curso a CPI que culminaria no *impeachment* de Collor, revelou novamente um processo inédito de discussão e mobilização social. Também, a instalação e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde atesta que as propostas do movimento sanitário de democratização da política de saúde podem ser avaliadas como vitoriosas.

Por outro lado, uma série de outros fatores como a crise econômica, o parco e irregular financiamento, a não implementação dos decretos e normas operacionais, a instabilidade social e política do governo de transição Itamar Franco, vem impossibilitando concretamente a alteração qualitativa das condições de saúde e de atendimento da população brasileira.

Muito da proposta foi colocada em prática, mas por vezes de maneira tão tortuosa e até mesmo deturpada que as conseqüências negativas da implementação não podem ser atribuídas a problemas relativos a princípios gerais equivocados, diretrizes fora da realidade ou propostas mal elaboradas. Passados 4 anos da aprovação do texto Constitucional o que está ali definido não foi operacionalizado, possibilitando dessa forma perguntar: o que está em curso no Brasil é realmente um processo de Reforma Sanitária? .

A partir da redemocratização observou-se uma ampliação e diversificação da base de apoio da proposta da Reforma Sanitária e o aprofundamento das identidades partidárias, na sociedade em geral e no movimento em si, gerando conflitos em sua maioria táticos, mas por vezes estratégicos, na condução e implementação da proposta, o que pode ser observado no interior da Plenária Nacional de Saúde e de entidades como o CEBES e a ABRASCO.

Vivencia-se o que foi assinalado em trabalho anterior (1987) como um dos pontos permanentes de tensão do movimento sanitário:

ao lutar pelo fortalecimento da sociedade civil, ele estabelece seus próprios limites, na medida em que esse fortalecimento passa pela sua representação partidária e corporativa. A discussão das propostas passou a sofrer uma forte polarização ideológica entre os partidos existentes no interior do movimento sanitário, o que tende a corroer a sua unidade.

A ampliação da democracia tem como correlato o aumento do dissenso em torno das propostas nacionais e setoriais. Para alguns partidos apenas a busca de uma proposta consensual possibilitaria a elaboração de um projeto alternativo para a Nação. No entanto, no interior das estruturas corporativas o que se observa é a uma luta pela hegemonia que exige que as diferenças sejam ressaltadas impossibilitando uma linha de ação conjunta. Poucos tem sido os movimentos que conseguem reunir forças sociais heterogêneas em torno de uma proposta comum.

A ampliação da democracia no Brasil tem passado por caminhos que deixam em segundo plano a ainda tão necessária Reforma Sanitária; a ética na política, a luta contra a corrupção institucionalizada, a campanha contra a fome e a miséria, a campanha por aumento de empregos foram os assuntos cruciais nesses últimos dois anos. A Reforma Sanitária apenas em alguns momentos desse período, como na IX CNS, significou eixo de aglutinação das forças sociais.

Na medida em que o movimento sanitário, por ser um movimento e não um partido, só existe e se torna visível nesses momentos de aglutinação, pode-se perguntar: o movimento sanitário ainda existe?

Não se pode desconsiderar a prolongada atuação de uma entidade representativa como o CEBES, com mais de 15 anos de existência, mas por condições internas do movimento e por condições gerais da sociedade brasileira, o movimento sanitário não tem conseguido ultrapassar importantes dificuldades estratégicas na reconstrução de seu próprio projeto.

O movimento sanitário existe, com suas ambiguidades e contradições, sempre e quando consegue aglutinar e articular um conjunto de forças sociais ao redor das propostas reformadoras na área de Saúde e, portanto, sua prática de ação depende das condições políticas. Assim, o movimento sanitário como movimento social é um espaço virtual de articulação de diversas forças sociais que pode ser socialmente interpelado e reaparecer no cenário, o que é desejável mas não previsível. Nem morte, nem ressurreição: o movimento reformador na saúde acumulou experiências numa proposta inconclusa, a de melhorar as condições de saúde e o padrão de atendimento da população brasileira.

## E Montes Claros ?

Como mencionamos anteriormente, ao longo de todo esse processo Montes Claros foi perdendo a sua centralidade modelar para a proposta da Reforma Sanitária.

A partir das ALS a estratégia reformadora ultrapassa o caráter experimental e regional que foi característico do Projeto Montes Claros. As diretrizes-chaves de democratização e unificação do Sistema de Saúde são sobrepujadas pelas de descentralização e municipalização. Nesse aspecto, Montes Claros volta a ser cenário de articulação do movimento sanitário com a realização do V Encontro dos Secretários Municipais de Saúde em janeiro/fevereiro de 1985, que sistematiza, como conclusão de uma série de outros eventos de discussão, uma proposta que é apresentada à Comissão do Plano de Ação Governamental do Presidente eleito por via indireta, Tancredo Neves.

Mas, enquanto processo municipal de gestão dos serviços de saúde, a experiência de Montes Claros não tem sido tomada como modelo, ou seja, enquanto aprendizagem do processo de municipalização Montes Claros não se tornou significativo para o plano nacional.

Montes Claros significou uma experiência política. Não foi modelo de gestão ainda que tivessem sido colocados em prática algumas alternativas importantes nesse campo. O projeto tão pouco ficou conhecido como modelo de assistência com impacto nos indicadores de saúde.

Montes Claros trouxe as novidades em termos de gestão e assistenciais (conselhos deliberativos, equipe centrada na auxiliar de saúde, diagnóstico de saúde feito em bases a critérios socio-econômicos) que eram possíveis naquela ocasião. Naquele momento, isso que hoje em dia pode nos parecer tão pouco, não só era uma grande novidade como era uma enorme ousadia. Ainda que distante dos principais centros políticos do país, ou talvez por isso mesmo, estando mais imune à repressão, ali foi possível experimentar algo inteiramente novo e profundamente politizado no campo da saúde.

Na ocasião do desenvolvimento do Projeto e nos primeiros anos de incorporação ao PIASS, Montes Claros era um "modelo" de propostas políticas em que a efetiva operacionalização dos serviços tinha uma importância secundária. No entanto, a medida em que as reformas institucionais revelaram os seus limites numa mudança efetiva das condições de saúde e de atendimento da população, as experiências que se tornam modelares passaram a ser as que conseguem efetivamente trabalhar com as propostas de descentralização e qualificação do atendimento como as experiências em saúde mental de Santos, a



regionalização e adscrição de responsabilidades de Curitiba, o atendimento domiciliar em Porto Alegre, etc.

No entanto, a equipe que participou de Montes Claros não se desintegrou e, ainda que não sob a forma de equipe e sim como "grupo de interlocução", permaneceu articulada ao movimento reformador. Esse grupo de pessoas, em Minas Gerais, nesses últimos anos criou os espaços institucionais e políticos que lhes permitiram manter-se atuantes e participantes do projeto de transformação do Sistema de Saúde. A realização do Seminário e a publicação deste livro que estudam e discutem o processo reformador nesses últimos 20 anos, e traçam estratégias para a Revisão Constitucional, são bons exemplos disso.

## NOTAS COMPLEMENTARES

- 1 - Segundo trabalho elaborado por LABRA, M.E. (Teixeira et alii, 1988), o pensamento sanitaria desenvolvimentista "gira em torno da idéia-força de que o nível de saúde de uma população depende em primeiro lugar do grau de desenvolvimento econômico de um país ou Região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa medida, inócuas quando não acompanham ou integram esse processo".

No período que antecedeu ao golpe militar, um grupo de intelectuais de esquerda, concentrados no Ministério da Saúde, representou esse pensamento que "criticava o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário" e postulava que "a saúde pública é uma questão de superestrutura, ou seja, deve corresponder à estrutura econômica nacional. Tão somente a industrialização, a urbanização e o avanço tecnológico poderão produzir riqueza suficiente para se ter um excedente e poder destinar parte dele à aquisição do bem estar geral e, por conseguinte, da saúde, entendida como alimentação, vestuário, habitação, instrução, trabalho em condições dignas e regime sadio, bem como saneamento, que demanda investimentos diretos de tal monta, que um país pobre não pode arcar".

O sanitarismo desenvolvimentista foi a tradução, no campo da saúde, da visão da CEPAL conhecida como "teoria da dependência" que preconizava o crescimento econômico através de uma industrialização que substituísse as importações, além da implementação de programas de planejamento setoriais, regionais e integrados, que possibilitassem alocar melhor os recursos e orientar as mudanças desejadas. A visão cepalina constituiu o primeiro pensamento "orientador" para muitos economistas brasileiros importantes. Ambas as teorias revelaram-se parciais e insuficientes, mas geraram e sustentaram uma série

de técnicas e abordagens que, difundidas pelos organismos internacionais, caracterizaram a ideologia predominante na década de 60.

O personagem mais importante do discurso contra-hegemônico do sanitarismo desenvolvimentista foi, por mais de vinte anos, o Dr. Mario Magalhães da Silveira. Nessa época, pré-golpe, também estavam em plena efervescência intelectual os médicos Josué de Castro em Pernambuco e Samuel Pessoa em São Paulo. É interessante observar que a "escola" de Mario Magalhães teve grande difusão no Rio de Janeiro e na Bahia, ao passo que Samuel Pessoa foi o "patrono" dos jovens sanitaristas de São Paulo e Josué de Castro ficou mais restrito ao Nordeste.

Entre 1962 e 1963, toda essa concepção da problemática da Saúde foi vertida na elaboração do Plano Nacional de Saúde e na III Conferência Nacional de Saúde, que propunha mudanças importantes no Sistema Nacional de Saúde, abortadas pelo golpe militar.

A nosso ver, os pontos principais do discurso sanitarista desenvolvimentista foram retomados pela equipe do "setor Saúde" do IPEA, mesmo que enunciadas em termos genéricos, tais como descentralização e municipalização dos serviços e a necessidade de se fixar um Plano Nacional de Saúde (segundo as diretrizes da III CNS), evidenciando a incorporação do planejamento como instrumento racionalizador. Para maiores detalhes ver TEIXEIRA, S.M.F. (coord.) *et alii* (1988).

2 - Entre 1971 e 1974, estabeleceu-se uma luta pela transformação do relacionamento dos hospitais de ensino com a Previdência Social. Embora a integração entre os hospitais universitários e a Previdência Social estivesse prevista desde 1968, apenas a partir de 1971 começaram a ser realizados os primeiros convênios. No entanto, esses convênios em nada diferiam dos estabelecidos com o setor privado contratado, já que também tinham por base o pagamento por "unidade de serviço".

Além de submeter os hospitais universitários à mesma avaliação e ao mesmo controle a que eram submetidos os hospitais privados, estabelecendo parâmetros iguais para assistências qualitativamente diferentes, os convênios mantinham nos hospitais de ensino o pagamento aos médicos através de tabelas especiais por serviços prestados (o chamado médico tipo sete), gerando uma situação conflitante no interior dessas unidades: de um lado, a proposta de transformação da relação com a Previdência através de um convênio global que contemplasse as especificidades dos hospitais universitários e de ensino, além de canalizar maior volume de recursos; de outro lado, médicos que pessoalmente usufruíam vantagens por receberem, além do salário pago pela Universidade, pagamentos do INPS por prestação de serviços.

Na 12ª. Reunião Anual da ABEM, em setembro de 1974, o Dr. Nildo Aguiar, representando o presidente do INPS, apresentou propostas de modificação do relacionamento entre os hospitais universitários e a Previdência Social que contemplavam os anseios dos setores racionalizadores dos hospitais de ensino e do setor publicista do INPS. As propostas apresentadas estabeleciam: priorização absoluta dos hospitais universitários e de ensino para efeito de contratos e convênios do INPS, diferenciação entre esses convênios e os estabelecidos com a iniciativa privada e inclusão não apenas das atividades assistenciais mas também das didáticas e de pesquisas nos parâmetros de avaliação.

Menos de um mês após a 12ª. Reunião da ABEM, foi assinado um protocolo entre o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Previdência e Assistência Social, contendo uma minuta-padrão que previa um subsídio mensal do INAMPS para os hospitais de ensino, variável em função do número e do tipo de altas ocorridas no período.

Inaugurou-se, no âmbito da Previdência Social, uma modalidade de convênio global que se antepunha aos convênios e contratos por unidade de serviço, tão defendidos pela AMB e FBH. O setor privado contratado promoveu uma grita contra a expansão do setor conveniado, por significar um privilegiamento do setor público. Os interesses hegemônicos privatizantes aliados aos interesses pessoais de alguns professores universitários conseguiram reduzir, senão paralisar, o ritmo de integração dos hospitais universitários à Previdência Social através dos convênios MEC/MPAS. Ainda, o INPS mantinha desatualizados os valores que serviam de base para o cálculo do subsídio mensal.

Mas o convênio MEC/MPAS tornara-se uma "bandeira de luta" do setor publicista contra a irracionalidade existente em função dos interesses privatizantes. Na ocasião, um dos exemplos mais utilizados e que melhor evidenciava essas distorções na prática assistencial eram as altas taxas de cesarianas provocadas por sua remuneração mais elevada que a do parto normal. Para o setor publicista, o convênio global por alta hospitalar era o instrumento adequado para corrigir essas distorções.

Para maiores informações vide OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. (1986) e GENTILE DE MELLO (1981).

3 - A Comissão Permanente de Consulta (CPC) foi criada um mês antes do PIASS e de seu organismo de coordenação e articulação interinstitucional, o Grupo Executivo Interministerial - GEIN/PIASS. Desde então, e sucessivamente, foram criados mecanismos de coordenação e articulação entre as instituições componentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS), particularmente entre o MS e o

MPAS. Essa necessidade de órgãos de integração interinstitucional deve-se ao modelo adotado de SNS, dividido entre uma saúde pública coletiva e preventiva e uma assistência médica previdenciária individual e curativa. As propostas de unificação do Sistema de Saúde, à criação do Sistema Único de Saúde, os diversos núcleos de poder responderam com propostas que substituíam essa unificação por mecanismos de coordenação. É interessante observar que a experiência da CPC e do GEIN/PIASS orientaram a criação, em 1980, da CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento - assim como a existência de instâncias de coordenação nos diversos níveis do SNS, implementadas pelo PIASS, transformadas pelas AIS e ainda presentes nas propostas de descentralização (SUDS).

- 4 - Com as eleições municipais de 1976, abriram-se espaços privilegiados de trabalho. A vitória de candidatos do MDB em alguns municípios importantes possibilitou a constituição de equipes nas SMS - Secretarias Municipais de Saúde, que desenvolveram projetos alternativos num espaço concreto, num nível de poder real. As experiências de Londrina, Campinas e Niterói tiveram por modelo do seu desenvolvimento a extensão de cobertura através dos serviços básicos (chamados de "atenção primária"), difundido pelos organismos internacionais, enfatizado tanto na IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas em setembro de 1977 e na reunião de Alma-Ata em 1978 como nas próprias V e VI Conferências Nacionais de Saúde.

Em maio de 1978, esse núcleo - Niterói, Campinas e Londrina - promoveu o I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste, em Campinas. Presentes 60 municípios de 16 estados foi reafirmada a exigência de priorização política e financeira dos municípios para a implantação efetiva do Sistema Nacional de Saúde.

Estas experiências municipais e a articulação entre elas constituem um dos pilares para o desenvolvimento da organização dos Secretários Municipais de Saúde no CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Sobre as experiências municipais entre 1976 e 1979 ver ALMEIDA, M.J. (1979), MORAES (1978) e POZ (1980).

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, C. M.. Os atalhos da mudança na Saúde do Brasil. Serviços em nível local; 9 estudos de caso; uma análise comparativa. Rio de Janeiro, OPAS/OMS, 1989.

- ALMEIDA, M. J. Organização de serviços de saúde a nível local: registros de uma experiência em processo. Rio de Janeiro, 1979. [Dissertação de mestrado, IMS/UERJ].
- ALVES, M. H. M. Estado e oposição no Brasil, 1964 - 1984. Petrópolis, Vozes, 1985.
- AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. (Tese de doutoramento - Faculdade de Medicina /UNICAMP).
- AROUCA, A. S. S. Entrevista, 1986.
- AROUCA, A. S. S. Entrevista, 1986a.
- AROUCA, A. S. S. Entrevista, 1987.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (1975 - 1979). Brasília, s/d.
- BRIGAGÃO, C. A militarização da sociedade. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1985.
- CEBES. Editorial. Saúde em Debate, (1):3, out./dez. 1976.
- CEBES. Crise de crescimento. Saúde em Debate, (5): 63-4, out./dez 1977.
- CEBES. A questão democrática na área de saúde; documento apresentado no 1º Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados. Saúde em Debate (9):11-3, São Paulo, 1980.
- ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, 1987. (Dissertação de mestrado, ENSP/FIOCRUZ).
- FORJAZ, M. C. S. Da distensão à abertura política: os percalços da estratégia militar (1974-1978). Relatório de pesquisa. São Paulo, Escola de Administração de Empresas, FGV, 1986. (Pesquisa, nº 37).
- GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. D.(org.) Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global Ed., 1983 .
- GENTILE DE MELLO, C. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1977.
- GENTILE DE MELLO, C. O sistema de saúde em crise. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.

- GENTILE DE MELLO, C. A medicina e a realidade brasileira. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.
- GUIMARÃES, R. (org.) Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- KUCINSKI, B. Abertura: a história de uma crise. São Paulo, Brasil Debates, 1982.
- MACHADO, F. A. Entrevista realizada pela autora, 1987.
- MACHADO, F. A. As possibilidades de controle social das políticas públicas. Belo Horizonte, 1987a. Trabalho apresentado no 1º Fórum de Políticas Sociais, EBAP/FGV. Rev. Adm. públ., Rio de Janeiro, 22 (1)32-49, jan./mar. 1988.
- MORAES, S. A. A implantação de um programa de saúde comunitária: relato da Secretaria de Saúde de Campinas apresentado no I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste. In: CEBES, Saúde em Debate, 7/8: 78-82, abr./mai/jun 1978.
- OLIVEIRA, J. A. de A. & TEIXEIRA, S. M. F. (Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, ABRASCO, 1986.
- PAIM, J. S. Medicina preventiva e social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. Saúde em Debate, (11): 57-9, 1981.
- POZ, M. R. Os municípios e a organização dos serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 1980. [Dissertação de mestrado, IMS/UERJ]
- ROSAS, E. J. A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil; PIASS - análise de uma experiência. Brasília, 1981 (Dissertação de mestrado, ENSP/FIOCRUZ).
- ROSAS, E. J. Entrevista realizada pela autora, 1986.
- SILVA, P. L. B. Atenção à saúde como política governamental. Campinas, 1984. (Dissertação de mestrado, DCS/IFCH/UNICAMP).
- SOBRINHO, D. F. Autoritarismo e política social; os programas de "medicina simplificada" no Brasil. Belo Horizonte, 1984. (Dissertação de mestrado, DCP/UFMG)
- STEPAN, A. Os militares: da abertura à Nova República. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
- TEIXEIRA, S. M. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (org.) As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília, OPS, 1985.

- TEIXEIRA, S. M. F. Entrevista realizada pela autora, 1987.
- TEIXEIRA, S. M. F.(coord.); GIOVANELLA, L.; GERSCHMAN, S. V.; LABRA, M. E. & VAITSMAN, J. Antecedentes da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, Textos de Apoio, PEC/ ENSP,1988.
- UFBa, Mestrado em Saúde Comunitária. ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Relatório Final. Salvador, 1978, mimeo. *Apud*: PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. (v. 1) Rio de Janeiro, ABRASCO/PEC/ENSP, 1982.
- VAN STRALEN, C. J. O sistema regional de saúde do Norte de Minas; um programa social como processo político. Belo Horizonte, 1985. (Dissertação de mestrado, DCP/UFMG)
- VIANNA, S. M. Entrevista realizada pela autora, 1986.

# DO PROJETO DE MONTES CLAROS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O HIATO ENTRE IDEOLOGIA E REALIZAÇÕES PRÁTICAS

*Cornelis J. van Stralen/UFMG \**

Os anos oitenta: fim do governo militar, democratização, bandeiras verde-amarelas tremulando, tempo de sonhos e utopias. Com presença maciça de delegados indicados por associações profissionais e movimentos reivindicativos ocorre em 1986 a oitava Conferência Nacional de Saúde, marcada pelo consenso básico de que chegara a hora de mudanças profundas. Com grande maioria os delegados aprovam os princípios de um novo sistema de saúde que em quase tudo era o reverso do sistema vigente.

Os anos noventa: crise do sistema político, a década de oitenta chamada de década perdida, sonhos perdidos. O tão reclamado Sistema Único de Saúde gera sentimentos mais de frustração ou revolta do que de satisfação ou vitória. Apesar de muitas mudanças legislativas e administrativas, o acesso desigual e excludente a serviços de saúde, a ineficiência dos serviços, a ampliação acelerada de atos médicos sem promoção de saúde, a falta de fontes de financiamento, a centralização do poder decisório, os conflitos entre interesses dos trabalhadores em saúde e as demandas da clientela, a relação entre o público e o privado; todos temas já discutidos durante o regime militar

---

\* Mestre em Ciência Política e Doutorado em Ciência Social. Centro de Estudos e Documentação Latino-americanos Amsterdam/Universidade de Utrecht/CNPq.



permanecem na agenda<sup>1</sup>. É como se a história apenas se repetisse e se tornasse cada vez mais uma farsa.

A repetição dos mesmos temas na discussão sobre a reorganização dos serviços de saúde é sinal de que algo bastante relevante deve ter ficado para trás, de que se torna necessário lançar outros olhares sobre o processo permanente e conflitante da organização dos serviços de saúde. Quero neste capítulo fazer uma tentativa nesta direção, bastante modesta, ao discutir o "Projeto de Montes Claros", visto por muitos como uma das marcas do "Movimento pela Reforma Sanitária". Esta tentativa baseia-se largamente na minha dissertação de mestrado "O Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas: um Programa Social como Processo Político" (Stralen, 1985).

Questões de saúde têm claramente uma dimensão política. Acrescenta-se que, desde o início do século, a questão da expansão e organização de serviços de saúde tem sido politizada no Brasil mais do que na Europa (Castro Santos, 1987:48-49). Adoto por isto um esquema de análise política para estruturar a discussão sobre o projeto de Montes Claros. Focalizarei particularmente alguns fenômenos políticos no desenvolvimento do projeto, a saber:

1. A conjuntura política: as condições políticas nas quais a questão da extensão de cobertura e de modelos alternativos da organização de serviços de saúde surgiu e a relação desta questão com outros problemas enfrentados pela sociedade.
2. Atores políticos e sociais: prestadores de serviços de saúde, sanitaristas, outros grupos de pressão.
3. Instâncias decisórias: agências governamentais, organizações públicas, etc.
4. Idéias e ideologias, particularmente aquelas de atores políticos mais influentes.

Finalizarei a discussão, aventurando-me a tirar algumas lições do passado para o futuro.

## A conjuntura política

Longe de mim a pretensão de analisar exaustivamente a conjuntura dos anos setenta. Para muitos ainda faz parte da memória, outros podem recorrer a uma já extensa bibliografia sobre estes anos. Quero apenas colocar o Projeto Montes Claros no contexto da época.

---

<sup>1</sup> Veja por exemplo "Segunda Carta de Montes Claros" (*Saúde em Debate*, CEBES, n.40, setembro de 1993).

Os anos setenta: fim do milagre econômico, "distensão", "abertura política". Alguns políticos de oposição já sonhavam com o retorno rápido da democracia. Muitos, porém, desconfiavam, desde oficiais militares da linha dura até militantes da esquerda. Setores da linha dura, abalados pelos resultados surpreendentes do MDB nas eleições de 1974 (o MDB obteve 45 % dos votos para a Câmara Federal e elegeu 16 dos senadores), tentaram bloquear a "distensão". Quem não se lembra da morte do jornalista Vladimir Herzog ou do operário Manoel Fiel Filho? Setores da esquerda viram na "distensão" apenas uma operação plástica para assegurar a continuidade do regime. O uso recorrido por Geisel dos poderes conferidos pelo Ato Institucional 5 e o pacote de abril 1977 não seriam uma confirmação disto ?

A "distensão" de Geisel e a "abertura política" de Figueiredo estiveram centradas na possibilidade de um pacto efetivo entre as elites. Setores sociais emergentes (os novos "movimentos sociais" e o novo sindicalismo) e forças políticas radicais (esquerda tradicional) não deveriam ser elevadas à condição de atores políticos reconhecidos. O êxito do projeto previa o controle estrito dos atores políticos habilitados pelo Estado. Os resultados que conhecemos agora, mostram como sempre os meandros da vida foram muito mais sinuosos e surpreendentes do que deixava antever o projeto elaborado pelo autoritarismo da tecnocracia política.

As novas estruturas sociais engendradas pela política de modernização adotada pelo regime militar implicaram a emergência de novos estratos sociais com ampliação notável do número de trabalhadores nos setores modernos da economia urbana e rural, bem como a expansão dos setores modernos de serviços. Novos atores sociais surgiram, mas não encontraram lugar no sistema representativo previsto no projeto da "distensão". Surpreendeu a multiplicidade de movimentos reivindicativos de ação direta, respaldados frequentemente pela Igreja (o Movimento do Custo de Vida (1974), o Movimento de Defesa do Favelado (1975), movimentos de saúde, etc). Os sindicatos começaram a romper os limites colocados pela legislação corporativista da era de Vargas, fundando comissões de fábrica e criando Centrais Sindicais. Emergiram novas associações profissionais altamente politizadas e voltadas para valores democráticos e mudanças políticas mais abrangentes, entre as quais se destacavam as de médicos e professores. Os estudantes mobilizaram-se novamente. Quem dos atuais sanitaristas não se lembra das SESAC's (Semana de Estudo sobre Saúde Comunitária), das quais a primeira teve lugar em Belo Horizonte em 1974?

Enquanto os movimentos reivindicativos se moveram no espaço do cotidiano, fazendo "da comunidade, naturalmente situada nas relações da reprodução da existência - consumo -, o mais novo e vir-

tual locus de conflitos voltados à transformação social" (Doimo, 1993:50), setores da classe média, tais como sanitaristas e outros profissionais de saúde escolheram o espaço das instituições públicas para suas pretensas ações de transformação social. Entretanto, experiências alternativas tais como as da "medicina comunitária" articulavam entre si os dois espaços. Não falamos antes das SESAC's?

A expressão política de todos estes movimentos ainda era sufocada ou limitada pelas estreitas margens do sistema bipartidário criado em 1965 pelo Ato Institucional nº2. A emergência destes movimentos, porém, afetou a dinâmica dos partidos da oposição; o oficial MDB - Movimento Democrático Brasileiro -, e os então clandestinos e, além disto, acabou forjando o nascimento de um novo partido, o Partido dos Trabalhadores.

Os objetivos econômicos do governo Geisel continuaram ambiciosos e foram desde já minados pela crise mundial do petróleo. Porém, ao mesmo tempo, dava grande ênfase a objetivos sociais. As políticas sociais, especialmente a previdência social, já faziam parte da criação de um "Brasil grande" como modo de estabelecer de cima para baixo "direitos sociais" e fomentar a integração nacional. Ainda mais era parte do projeto de "distensão", como sugere a criação do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) e do Conselho de Desenvolvimento Social.

O II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) propôs como elemento importante da estratégia de desenvolvimento social a extensão da assistência médica (II PND, 1975:24,71). Era uma opção sugerida também por inúmeros organismos internacionais. A OMS (Organização Mundial de Saúde), a OPAS (Organização Panamericana de Saúde), a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), o Banco Mundial, todos insistiam na extensão de atenção primária (Banco Mundial, 1975; OPAS, 1973 e UNICEF, 1974). A Fundação Kellogg difundia a proposta da medicina comunitária através de projetos-piloto desenvolvido por universidades. A USAID (United States Agency for International Development) insistia em planos voltados para o controle de natalidade. Faltava, entretanto, a vontade política para novos investimentos na área da saúde. É verdade que a participação do Ministério de Saúde na despesa geral da União passou de 0,94% em 1974 para 1,81% em 1978, porém a extensão de serviços de saúde correria principalmente por conta da Previdência Social, onde a contribuição da União se manteve estável em torno de apenas 6% (Médici & Silva, 1987). Certamente, a deterioração do clima econômico também não ajudava a mudar a quase secular resistência a investimentos em políticas sociais.

Os recursos da Previdência Social eram altamente cobiçados pelos prestadores privados, dos quais a Previdência costumava com-

prar serviços de saúde, porém crescentemente também pelos prestadores públicos (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades públicas), sempre atormentados por déficits. Com o PPA (Plano de Pronto Atendimento), definido em 1974-75 através de uma série de portarias, todos estes foram de uma ou outra forma contemplados, ainda que os proprietários de clínicas, hospitais e empresas médicas com mais generosidade.

O PPA foi um importante passo na direção da universalização da assistência médica, à medida que não mais fazia distinção entre previdenciários e não-previdenciários em caso de emergência. Um superávit temporário, gerado pela incorporação de novas categorias (os trabalhadores rurais em 1971, empregadas domésticas em 1972 e os trabalhadores autônomos em 1973) e o crescimento do número de contribuintes em função da ampliação de empregos, estimulava os técnicos da Previdência Social a elaborar propostas mais audaciosas. No âmbito da saúde, a proposta mais relevante foi a da criação do "Sistema Nacional de Saúde", elaborada por um grupo técnico do MPAS e encaminhada à V Conferência Nacional de Saúde (5-8/08/1975). A proposta previa um Sistema Nacional de Saúde composto de três subsistemas: Saneamento e Controle do Meio Ambiental, Atividades de Apoio ao SNS e Prestação de Serviços de Saúde às Pessoas. Este último seria coordenado pelo MPAS. Não falava em unificação, porém dava grande ênfase à coordenação, integração e regionalização e hierarquização dos serviços, como também ao fortalecimento do "subsistema público". Incorporava idéias da medicina simplificada e da proposta de estender a atenção primária. A medicina privada era considerada complementar ou integrante do subsistema público na forma de concessionária. A proposta rompia, também, com a concepção, própria até então à Previdência Social, de proteção social na base contratual, apontando a necessidade de "assegurar, a todo cidadão, acesso aos benefícios da moderna medicina científica" (BRASIL/MPAS, 1975:75-79).

A proposta não obteve aprovação devido à resistência dos interesses entranhados no INPS, especialmente os dos prestadores privados, atores-chave no processo de formulação das políticas de saúde da Previdência Social. Poucos dias antes da Conferência o governo instituiu através da lei n. 6.229 de 17 de julho o Sistema Nacional de Saúde. Um extrato magro, que acabou por legitimar o status quo ao definir dois grandes campos institucionais: o Ministério da Saúde, responsável pela saúde coletiva e o MPAS, voltado para as ações individualizadas.

Mesmo derrotada, a proposta do Sistema Nacional de Saúde teve o mérito de criar pontes entre técnicos da Previdência Social, técnicos do Ministério da Saúde, e técnicos do "setor saúde" dentro do

IPEA (Instituto de Planejamento Econômico e Social), que mais do que os do próprio Ministério de Saúde estavam voltados para propostas alternativas de organização de serviços de saúde.

O Ministério da Saúde havia passado por uma reforma administrativa em 1970, mas foi o II PND que fez soprar novos ventos no Ministério. Um grupo de trabalho interministerial, instituído para analisar a situação dos Recursos Humanos no setor saúde e propor soluções a serem incorporadas no II PND, desembocou em 1975 na criação do PPREPS (Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde). Seu principal objetivo era a preparação em massa de pessoal de nível médio e elementar, além do desenvolvimento de programas de integração docente-assistencial e de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde. Seu grupo técnico de coordenação iria ter um papel importante na viabilização dos programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde.

Na V Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde defendeu a extensão das ações de saúde às populações rurais através de programas regionalizados e hierarquizados, cuja base seria formada por unidades sanitárias periféricas com atividades simplificadas realizadas por auxiliares de saúde. Já antes da realização da Conferência, o IPEA havia constituído, em articulação com a Secretaria Geral do Ministério da Saúde, um grupo técnico com a incumbência de elaborar um programa-impacto para o setor da saúde. O trabalho deste grupo resultou em julho de 1976 na criação do PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), com o objetivo de estender serviços de saúde no Nordeste<sup>2</sup>. Suas diretrizes básicas eram: ampla utilização de pessoal de nível auxiliar; ênfase na prevenção; desenvolvimento de ações de saúde básicas e de baixo custo; implantação de unidades de saúde tipo mini-posto, apoiadas por unidades de maior porte em núcleos populacionais estratégicos; integração interinstitucional e participação comunitária<sup>3</sup>.

No Ministério da Saúde, o PPREPS e o PIASS tornaram-se importantes nódulos de sanitaristas voltados para a reforma sanitária. Embora induzidos de fora para dentro, ambos programas articularam grupos técnicos do Ministério da Saúde não apenas com outros setores da burocracia estatal ao nível federal, mas também com grupos emergentes de sanitaristas nas Secretarias Estaduais de Saúde.

---

<sup>2</sup> O Norte de Minas faz parte da área da SUDENE e como tal é contemplado pelas políticas que visam o Nordeste.

<sup>3</sup> Sobre a criação e a implementação do PIASS veja a dissertação de mestrado de Eric Jenner Rosas, *A Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil: PIASS - análise de uma experiência* (Brasília, 1981).

Em Minas Gerais, este grupo se articulou em torno do projeto de Montes Claros. Com a mudança de governo em 1975, técnicos vinculado à esquerda católica foram nomeados para ocupar cargos do segundo escalão na Secretaria da Saúde. Suas propostas políticas estavam inscritas no II PMDES, que privilegiava a organização e administração da atenção à saúde para “prover primeiro atendimento à população urbana e rural” e “prover atendimento médico-hospitalar à população desassistida, através da cooperação com a rede hospitalar” (MG/GOV, 1975:125). Era produto de um planejamento mais abrangente voltado para “Planos de Desenvolvimento Regional Integrado”, que refletiam no âmbito de Minas Gerais a maior ênfase dada a área social.

O Norte de Minas, sujeito a um processo de rápida transformação econômico-social devido à implantação de empresas agropecuárias, empresas de reflorestamento e indústrias, foi contemplado com um plano próprio de desenvolvimento integrado, o “Programa Integrado Bienal para a Área Mineira da SUDENE” (MG/SEPLAN, 1975). Este programa apontava a necessidade da extensão da cobertura dos serviços de saúde. Entretanto, mesmo que em Minas Gerais a participação do setor da saúde crescesse a partir de 1975 (esta participação cresceu de 2,2% em 1974 para 3,9% em 1975 e em seguida manteve-se até 1980 acima de 4,5%), esta extensão estava condicionada à captação de recursos extra-orçamentários.

Rapidamente, a nova tecnocracia da Secretaria da Saúde conseguiu viabilizar a assinatura de um convênio entre o Governo Brasileiro e a USAID para liberar recursos, já definidos num acordo celebrado em 1973 entre o Governo dos Estados Unidos e o Governo Brasileiro, para a implementação de um sistema de saúde no Norte de Minas: “O Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas”. Significou a retomada do projeto do IPPEDASAR (Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural, 1971-1973), órgão executivo no Norte de Minas do “Institute for Health Services” da Universidade de Tulane e da “Family Health Foundation”, elaborado na ocasião com o intuito de captar recursos da USAID destinados a programas de controle de natalidade na América Latina.

## Os atores políticos e sociais

Marcado pelo “planejamento para negociação”<sup>4</sup>, o projeto de

---

<sup>4</sup> O termo indica um planejamento que tome como referência os objetivos e diretrizes formulados pelas instituições financiadoras, pois é voltado antes de tudo para captação de recursos extra-orçamentário (Haddad, 1979).

Montes Claros dificilmente poderia ser original. Suas diretrizes espelhavam fielmente os estratagemas, esboçados pelos organismos internacionais, tais como OPAS e OMS, para estender a cobertura de serviços de saúde: coordenação interinstitucional, regionalização e descentralização administrativa dos serviços de saúde, hierarquização do atendimento segundo graus de complexidade crescentes, integração de ações preventivas e curativas, ampla utilização de auxiliares de saúde, e participação comunitária. Esse fato, associado à conjuntura favorável a programas de extensão de cobertura, sugeria um futuro promissor para o projeto.

Ninguém, entretanto, ignorava que o projeto havia de enfrentar oposição. O controle de natalidade, que aparentemente provocara mais resistência na primeira versão do projeto (o projeto do IPPEDASAR), já não mais fazia parte. Sobraram, entretanto, muitos outros elementos capazes de provocar oposição. Os proprietários de clínicas, hospitais e empresas médicas certamente não veriam com bons olhos o financiamento de unidades de saúde públicas pela Previdência Social. Setores do Ministério da Saúde, tais como a FSESP e a SUCAM, eram avessos à integração interinstitucional ou contrários ao modelo. O Secretário da Saúde anterior, afinado com a Associação Médica e defensor árduo da medicina liberal, já havia questionado o amplo uso de auxiliares de saúde e nisto ele não estava sozinho. Os prefeitos da região, ansiosos por fortalecer sua liderança política, não iriam aceitar, sem contrapartida, um projeto regional conduzido pelo Centro Regional de Saúde de Montes Claros. A área econômica do governo mineiro não iria tão facilmente liberar recursos do tesouro para a manutenção do sistema, uma vez esgotados os recursos externos.

O projeto parecia condenado à mesma sorte de tantos outros projetos: muito progresso e euforia enquanto abundantes os recursos financeiros externos; após disto o dilúvio. Postos rurais agora abandonados por falta de recursos humanos, umas poucas auxiliares de saúde da primeira hora aqui ou acolá lutando contra a falta de recursos materiais e medicamentos ou fazendo heroicamente campanhas de vacinação a cavalo sugerem que outra sorte o projeto não teve. Mesmo assim, o projeto de Montes Claros não foi entregue ao olvido da história. Continua na memória de muitos como um dos pontos de partida do processo da Reforma Sanitária. Como foi possível que este projeto ganhasse tamanho significado a despeito de realizações práticas nem tão salientes?

O significado do projeto de Montes Claros não foi meramente o produto de circunstâncias favoráveis. Seus atores criaram ativamente as oportunidades que estas circunstâncias lhes ofereceram, e souberam tirar proveito delas. Criaram estas oportunidades através de diversos estratagemas, entre os quais se destaca a articulação política,

aparentemente contraditória, com as tradicionais forças políticas regionais e, ao mesmo tempo com as forças inovadoras na área da saúde ao nível nacional, fazendo do projeto uma experiência do planejamento estratégico 'avant la lettre'.

Embora a implementação do projeto se iniciasse em 1975 com a atualização do diagnóstico da região feito anteriormente pelo IPPEDASAR, na memória de muitos o início se deu em abril de 1976 com a I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, realizada em Belo Horizonte (seria apenas uma das tantas primeiras reuniões do projeto). A reunião, resultado de um feliz encontro entre o carisma e a originalidade do então diretor regional, Francisco de Assis Machado, e a habilidade técnica e política de um dos assessores do projeto, o argentino Dalton Mário Hamilton, não se restringia a uma inócua apresentação do projeto. O objetivo declarado era conquistar apoio político e cooperação para a implementação do programa. Daí, a presença de representantes de todas as instituições, cuja colaboração era considerada importante para a implementação do projeto.

Apresentando-se o projeto para um público nacional, deu-se uma nova cara ao projeto de Montes Claros. O projeto não mais entrou em cena como um "subsistema indigencial" (IPPEDASAR, 1972: 56), mas como alternativa operacional para a implantação do Sistema Nacional de Saúde e como modelo alternativo de organização de serviços de saúde "para regiões pobres, com alto grau de dispersão populacional e como grande contingente de população rural" (Minas Gerais/SES, 1976A). Nesta perspectiva, rumou para um "sistema único", pois:

"...uma vez acertados os conceitos básicos, torna-se imperioso um corte na dinâmica de cada instituição de modo a permitir que sua participação no Sistema reflita as necessidades dos usuários de maneira compatibilizada com as demais instituições (Minas Gerais/SES, 1976D).

As principais instâncias gerenciais do sistema seriam formadas por conselhos interinstitucionais, assistidos por grupos técnico-administrativos interinstitucionais: o Conselho Regional de Saúde, Conselhos de Saúde das Áreas Programáticas<sup>5</sup> e Conselhos Municipais de Saúde. Estava prevista a constituição de um fundo regional de saúde, constituído pelos recursos alocados na região pelas diversas instituições de saúde, bem como fundos municipais de saúde. Quem não vê

<sup>5</sup> O projeto subdividia a região em oito áreas programáticas, cada uma centrada numa cidade-polo, onde havia pelo menos um hospital.



aqui uma prefiguração da experiência das Ações Integradas de Saúde e de elementos do atual Sistema Único de Saúde?

A reunião se marcava por um maravilhoso discurso consensual. Não escapava, entretanto, aos organizadores do encontro, que este discurso era o consenso de uma minoria. Não estavam presentes ali representantes da grande maioria dos prestadores de serviços de saúde: os proprietários de clínicas, hospitais e empresas médicas. Evitando "pescar com varra curta", propuseram na prática objetivos restritos. Enquanto no primeiro dia do encontro renomados técnicos fizeram referência a um sistema interinstitucional regionalizado e hierarquizado como operacionalização do Sistema Nacional de Saúde, no segundo dia um médico recém-formado apresentou, transbordando de entusiasmo, aquilo que se estava iniciando na prática: a construção de uma rede de unidades de atenção primária a ser administrada pela própria Secretaria da Saúde e o treinamento de auxiliares de saúde, tudo com participação comunitária. Em palavras mais secas um dos documentos de apresentação dizia:

"O Sistema de Saúde do Norte de Minas deverá ser organizado a partir dos níveis que constituem sua base, o que propiciará uma expansão imediata de cuidados primários institucionais para a maioria do povo. Assim, serão implantados nos anos de 1976 e 1977 os módulos básicos em todos os municípios"(Minas Gerais/SES, 1976B).

Outro documento lembrava que apenas em uma das áreas programáticas, a de Pirapora, onde a FSESP possuía uma unidade mista com 40 leitos, estava prevista a implantação do nível de atendimento hospitalar com o objetivo modesto de

"...testar mecanismos e instrumentos, verificar a adequação de técnicas e procedimentos com os sistema operando em todos os níveis"(Minas Gerais/SES, 1976C).

O encontro contribuiu para a articulação e agregação de sanitaristas com participação anterior na Ação Católica (JEC-Juventude Estudantil Católica ou JUC- Juventude Universitária Católica) ou vinculados de uma ou outra forma ao PCB (Partido Comunista Brasileiro). Embora com motivações distintas, todos eles estavam buscando a reorganização dos serviços de saúde como parte de um processo de transformação social. Fizeram do projeto de Montes Claros uma referência para a Reforma Sanitária.

A difusão favorável do projeto como alternativa para a organização do sistema de saúde sustentava-se em grande parte na surpreendente velocidade com a qual foi implementada a rede básica constituída de US's (Unidades de Saúde, centros de saúde na sede de cada

município) e UAS's (Unidades Auxiliares de Saúde, postos operados pelos auxiliares de saúde nos distritos e na zona rural). Num prazo de apenas dois anos 33 US's e 100 UAS's foram construídas para as quais foram treinadas 625 auxiliares de saúde.

A construção rápida das unidades foi possível graças à descentralização da responsabilidade. A construção foi entregue aos prefeitos, que naquele momento de distensão política e pela crescente importância das eleições, haviam sido reinvestidos na função de importantes lideranças políticas. Verdadeiro casamento de interesses! Liberado dos tentáculos das normas asfixiantes da administração pública a respeito da construção de prédios públicos, o Centro Regional de Montes Claros assegurou que as unidades fossem construídas num ritmo rápido e por preços baixos devido ao aproveitamento de recursos humanos e materiais locais, além de cooptar os prefeitos para a luta pela manutenção do sistema. Os prefeitos, sempre castigados por crises financeiras, obtiveram recursos financeiros do Centro Regional, e ganharam a oportunidade de presentear suas clientelas com unidades de saúde, ainda que estas fossem administradas pelo Estado. Entretanto, o casamento implicava um dote, como veremos ainda.

O treinamento do grande número de auxiliares de saúde num prazo exíguo decorreu, antes de tudo, da rapidez com que se processou o recrutamento e a seleção dos candidatos. Outra vez, esta devia-se à acomodação de interesses entre o Centro Regional de Saúde e os prefeitos. Os prefeitos indicavam, cada um, três candidatos, entre os quais frequentemente apenas um, o candidato preferido pelo prefeito, satisfazia as exigências mínimas estipuladas pelo Centro Regional. Apesar do grande número de interessados, o Centro Regional podia restringir a seleção técnica a apenas três candidatos. Além disto tinha quase sempre a garantia de que se tratava de uma pessoa com alguma liderança ao nível local e com capacidade suficiente de operar uma unidade de saúde, pois qual prefeito ousaria colocar em perigo seu futuro político pela indicação de um candidato incompetente?

A difusão do projeto e a rápida implantação das unidades de saúde, associada a práticas inovadoras quanto à administração do projeto e à metodologia de treinamento dos auxiliares de saúde, tornaram o projeto - particularmente no meio de estudantes de medicina e sanitaristas - o símbolo de mudanças já há tanto tempo sonhadas; desde um sistema de saúde radicalmente novo, público e universalizado, até a democratização e transformação social: "o povo se tornando sujeito". Há de se ressaltar que um aspecto do projeto, apenas incidentalmente referido nos parágrafos anteriores, contribuiu significativamente a isto: a participação comunitária.

Nos anos setenta a palavra "participação comunitária" circulava em toda parte. No setor de saúde se referia de imediato à medici-

na comunitária. Como já lembrei, havia aqui e acolá pequenas experiências de medicina comunitária, financiadas por organismos internacionais com o intuito de sugerir modelos para estender serviços de saúde a populações marginais em áreas urbanas e rurais. A conjuntura política conferiu-lhes um outro significado, diferente do previsto.

As experiências de medicina comunitária surgiram num momento em que estava se formando um novo campo político-ético, cujo sentido era dado pelos chamados "movimentos sociais" ou "movimentos populares"<sup>6</sup>. Estes movimentos, desdobrando-se em redes 'movimentalistas' locais, tem comportado frequentemente uma dupla face. Uma face expressivo-mobilizadora, pela qual "comunidade" e "popular" representam o caráter excludente da divisão social capitalista de trabalho e se referem a valores genéricos, utopias e ideologias totalizadoras; e uma face integrativo-corporativa, pela qual comunidade e popular representam o limitado alcance da ordem institucional (sindicatos, partidos, previdência social, sistema escolar) e se referem à busca do suprimento de carências ou de pleitear a ampliação da cidadania social.

Surgidas num vácuo entre o Estado e o sistema de representação de interesses, as redes "movimentalistas" têm como recursos mais importantes a mobilização e a pressão. Em grande parte têm sido sustentadas por instituições de natureza não-política (a Igreja Católica, setores da academia ou organizações voluntárias, chamadas agora de organizações não-governamentais, pelas quais atuaram também segmentos da esquerda na condição de "militância anônima"). Tudo isto tem feito com que as redes "movimentalistas" possuam frequentemente um 'ethos' de negação indiscriminada à institucionalidade política e busquem um novo tipo de poder, o "poder popular". Entretanto, ao mesmo tempo reivindicam que o Estado supra suas carências, exigem participação e procuram a ampliação dos direitos sociais (Doimo, 1993: 39,58,180-181). Foi neste contexto, que as experiências de medicina comunitária, embora voltadas para a atenção à saúde, eram vistas como "brechas" ou oportunidades de "conscientizar e organizar a população" (veja as discussões acaloradas nas SESAC's).

Ainda que um projeto governamental, o projeto de Montes Claros acabou por se inserir também no campo ético-político dos "movimentos sociais" ou "movimentos populares" pela ênfase dada à participação comunitária e pela lógica de atuação baseada em critérios consensuais e de solidariedade (veja a "cogestão" do Centro Regional,

---

<sup>6</sup> Sobre os movimentos sociais urbanos ou movimentos populares na década de setenta e oitenta, veja a excelente tese de Ana Maria Doimo, "Movimento Popular" no Brasil pós 70: formação de um campo ético-político (São Paulo, USP), 1993.

a metodologia e as características autogestionárias dos treinamentos, a supervisão integrada, as reuniões de módulo básico, as experiências de atendimento coletivo, comentadas na minha dissertação e em outras partes deste livro). Assumia uma face dupla: a face de um projeto institucional de extensão de cobertura que recorria a negociações políticas com prefeitos para assegurar a rápida implantação do projeto<sup>7</sup>, e a face de um projeto contra-institucional e autogestionário, onde o que importava era como dizia o então diretor regional de saúde, Francisco de Assis Machado, “desencadear um processo de participação” e onde se rejeitava todas as normatizações, pois era o “próprio processo” que iria definir diretrizes de trabalho e quem iria definir a natureza dos serviços de saúde era a “comunidade”.

A imagem do projeto como espaço de transformação social e política atraía profissionais recém-formados, alguns ex-participantes do movimento estudantil (as SESAC's, o Centro de Estudos da Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, etc). Foram incentivados pela crescente mobilização dos profissionais da classe média, especialmente da categoria médica, e por vezes inspirados por leituras, nem sempre bem compreendidas, de autores sobre movimentos sociais urbanos (especialmente Borja, 1975 e Castells, 1974). Chegaram com projetos distintos, a maioria para dar sentido a uma prática profissional, alguns sonhando com uma prática de militante político. Estes últimos haviam de descobrir à duras penas que a população rural do Norte de Minas, chamada como manda o figurino de trabalhadores rurais ou camponeses, não compartilhava os anseios revolucionários e “ingenuamente” demandavam-lhes atendimento médico. Seus aliados mais fiéis talvez fossem auxiliares de saúde, tocados pelo sopro da participação comunitária.

Imbuídos, pelas práticas participativas do treinamento, com o sentimento de pertencer a um grupo inovador que pudesse mudar “as coisas”<sup>8</sup> no Norte de Minas e trazer saúde à população, muitos auxiliares de saúde se engajaram de corpo e alma na consolidação das unidades de saúde. Não raras vezes contribuíram à rápida implantação das unidades de saúde, pressionando os prefeitos para concluir a construção das unidades ou adquiriram de seu próprio bolso o material de consumo ou medicamentos, quando a entrega pelo Centro

---

<sup>7</sup> É muito significativo que as negociações com os prefeitos da região nunca tenham sido assunto das Assembléias do Centro Regional, onde todos os problemas e ações eram discutidas.

<sup>8</sup> Utilizo este termo nada conciso, pelo fato de que não havia uma concepção clara a respeito de como contribuir a um processo de transformação social no Norte de Minas.

Regional demorava. Divulgaram as propostas de trabalho nos cultos dominicais, em grupos de reflexão do movimento cursilista, em reuniões escolares. Entretanto, raramente estas atividades desembocaram em movimentos reivindicativos, tal como sonhado por supervisores idealistas do Centro Regional. Talvez o único movimento reivindicativo no qual os auxiliares de saúde tiveram maior participação foi a Associação dos Auxiliares de Saúde do Norte de Minas, criada com suporte do Centro Regional.

Enquanto o projeto de Montes Claros se tornou assunto obrigatório nos conclaves dos sanitaristas, a realidade mesma conspirava contra o discurso aí produzido.

Por mais rápida que fosse a implantação das unidades de saúde de um sistema hierarquizado o projeto de Montes Claros conseguiu erigir somente a base: os módulos básicos, cada um abrangendo um município e formado por uma US e várias UAS's. A implantação de hospitais distritais não foi possível, nem sequer na área programática de Pirapora, onde a FSESP recusou a integração da sua unidade mista no Sistema Integrado de Saúde. O acordo informal com um hospital privado em outra área programática, a de Porteirinha, mediante o qual o hospital iria atender pacientes encaminhados por US's em troca de equipamentos, não foi capaz de transformar a lógica de funcionamento do hospital, uma mistura de procura de lucro e clientelismo. Somente em 1980 o Sistema foi presenteado com um hospital regional, o hospital Clemente Faria da FHEMIG, transformado em hospital geral. Entretanto, ainda por muito tempo, de regional o hospital apenas teria o nome, pois sua estrutura precária do hospital (somente em 1984 foi inaugurado o bloco cirúrgico, financiado pela prefeitura de Montes Claros) e a não-integração com outros hospitais da região fizeram com que ele nem de longe pudesse garantir acesso adequado ao atendimento hospitalar para a população rural do Norte de Minas.

O desenvolvimento de um programa de atenção integral à saúde, incluindo ações de saúde coletiva, ficou aquém do previsto. Em grande parte isto pode ser debitado à falta de recursos a serem propiciados por outras instituições. Por exemplo, a proposta de implantar um programa permanente de vacinação, que levou a instalar geladeiras em todas as unidades, frustrou-se, pois raramente havia vacinas disponíveis. É mister assinalar que também a demanda prioritária de atendimento médico curativo frustrou este objetivo. Além disto, a redefinição pelos sanitaristas do seu objeto de trabalho, implicando a incorporação sistemática de atenção individual, marginalizou ações coletivas no interior mesmo da prática sanitarista.

O trabalho dos auxiliares, que pela falta de acesso da população ao atendimento médico-hospitalar, incluía até mesmo pequenas cirurgias e a prescrição de medicamentos, era tolhida desde o início

por médicos e profissionais de enfermagem. À medida que crescia na região o número destes, o papel se reduzia. Finalmente, o Conselho Regional de Enfermagem acabou por enquadrar os auxiliares no papel de meros auxiliares de profissionais de nível superior e impôs o requisito de treinamentos formais segundo a legislação vigente. Era uma vez o auxiliar de saúde do projeto de Montes Claros e, na vasta zona rural do Norte de Minas, a população rarefeita, desprovida de médicos e profissionais de enfermagem, foi privada, também, de seus "médicos descalços".

A luta pela manutenção do projeto após o esgotamento dos recursos externos destinados à construção das unidades e ao treinamento dos auxiliares de saúde, foi dolorosa. Não faltava a previsão de uma solução: o financiamento multilateral do projeto. Leia-se financiamento quase unilateral pela Previdência Social, pois o governo estadual não tinha a intenção de aumentar significativamente seu gasto com saúde. Esta proposta havia emergido no âmbito da crescente polarização entre o setor público desprovido de recursos financeiros e os proprietários de clínicas, hospitais e empresas médicas financiados pelos recursos relativamente vultosos da Previdência Social. Abstraía, entretanto, do princípio econômico vulgar de que em regra a incorporação de novos setores da população à assistência médica requer novas fontes de financiamento, mesmo com a redistribuição de recursos já existentes.

A participação da Previdência Social no financiamento do projeto foi de fato conseguida pela assinatura de um convênio com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária) em 1978, o primeiro de uma série de sucessivos convênios no âmbito do PIASS. Receosos de perder seu quinhão, os proprietários de clínicas, hospitais e empresas médicas, se armaram contra esta solução. Iniciaram uma campanha quase sistemática para desqualificar o projeto. Certamente, esta campanha foi um fator que contribuía à prática da Previdência Social de reajustar sistematicamente os valores previstos pelo convênio abaixo das taxas de inflação. Os baixos reajustes, aliados ao atraso na transferência dos recursos, levavam a um funcionamento espasmódico das unidades de saúde.

A não-implementação do nível de atendimento hospitalar, bem como a relativa precariedade da rede fizeram com que a imagem criada do projeto de Montes Claros parecesse cada vez mais um belo balão. Como um assessor jocosamente observava: à medida que sobe e se afasta da origem, cresce e abrilhanta mais, porém basta uma mera alfinetadinha para furá-lo.

A procura de inovações, o furor e entusiasmo, tão marcantes para os primeiros anos do projeto, foram esvaecendo com o passar do tempo. Parte dos profissionais de saúde refugiou-se na inércia do ser-

viço público, outra parte continuou vivendo da memória, relembrando os outrora bons tempos. Entretanto, alguns profissionais, chegados a Montes Claros com um projeto político vagamente definido em termos de participação comunitária ou popular, deram um novo destino ao projeto. Transitaram da "participação comunitária" para a participação política institucional. Já enfronhados pelo projeto nas malhas da política regional e local, para eles o passo não foi tao grande. Foi favorecido, não apenas pela conjuntura de reforma partidária no final da década de setenta, mas também pela concepção, difundida no setor da saúde particularmente pelo PCB, de que a democratização e reorganização dos serviços de saúde passaria necessariamente pelo caminho da política institucionalizada. Empenharam-se na política regional, marcada ainda fortemente pelo patronagem e clientelismo. Ao mesmo tempo continuaram estreitamente articulados com sanitaristas e profissionais de saúde agregados em torno do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde -CEBES. Esta peculiar articulação, com forças políticas oposicionistas mas de caráter relativamente tradicional ao nível regional e com setores progressistas e de esquerda do setor da saúde ao nível nacional, permitiu avançar o projeto político do grupo no sentido de conquistar espaços institucionais e empregar recursos institucionais pela democratização e reorganização dos serviços de saúde. Em 1982 o grupos dos "forasteiros da saúde" teve um papel importante na vitória do candidato do PMDB nas eleições para prefeito em Montes Claros e o então já ex-diretor do Centro Regional de Saúde, José Saraiva Felipe, foi ocupar o cargo de Secretário Municipal de Saúde, seguindo a partir de Montes Claros uma carreira meteórica para chegar ao posto de Secretário de Saúde do Estado em 1990.

Até este momento, fiz referência a vários atores políticos e sociais que de uma ou outra forma influenciaram o desenvolvimento do projeto de Montes Claros. Fiz apenas escassas referências à clientela do sistema. Esta nem sequer apareceu como sujeito da participação comunitária. Será que a minha análise dos atores peca pela visão costumeira que se centra no próprio Estado e desconhece as práticas das atores sociais ao nível da sociedade civil? Um leitor atento já deve estar com a resposta pronta: a baixa organização da população no Norte de Minas. Certamente é aí que está a chave da resposta, porém alguma qualificação é necessária e importante.

Ao nível do discurso do projeto de Montes Claros formulava-se a pretensão de que a rede de unidades de saúde asseguraria acesso universalizado à população rural. Entretanto, a rede, implementada paralelamente aos serviços de saúde mantidos por outras instituições (INAMPS, FUNRURAL, FSESP), ofereceu na prática pouco ou nada que pudesse recanalizar clientelas. A população rural procurava sim

as UAS's e US's, em caso de necessitar algum curativo ou algum remédio. Porém, não abandonou os ambulatórios do FUNRURAL, pois enquanto o projeto se limitava a referenciar alguém ao máximo de uma UA para uma US, aqueles, por mais precário que fosse o atendimento oferecido, asseguravam acesso ao atendimento hospitalar. Acrescenta-se que os dirigentes dos sindicatos dos trabalhadores rurais (naquela época havia tão somente 7 na região, dos quais alguns fundados pelas mesmas pessoas que antes haviam fundado o sindicato patronal), se mobilizavam, antes de tudo, para a melhoria do acesso aos serviços do FUNRURAL em busca de maior legitimidade e da ampliação do quadro de associados. Portanto, os poucos grupos organizados da população tiveram muito pouco interesse no desenvolvimento do projeto. A clientela deste ficava basicamente restrita a mulheres, crianças e pessoas idosas, sem uma organização ou peso político que pudesse influir sobre os rumos do projeto.

### As instâncias decisórias

Há muitos que se consideram "donos" do projeto de Montes Claros. Quase todos esses sanitaristas. Aliás, todas as grandes transformações pelas quais o sistema de saúde tem passado a partir da década de setenta têm sido atribuídas quase sempre à mobilização dos sanitaristas e seus aliados. Isto faz jus ao empenho e articulação política do movimento sanitário e à habilidade de se aproveitar as oportunidades da conjuntura. Deixa porém, na sombra, as tomadas de posição dos segmentos dentro da Previdência Social e da área do planejamento do governo que influíram profundamente sobre o rumo dos acontecimentos. Certamente ao falar sobre o projeto de Montes Claros, não se deve esquecer que os princípios de regionalização e descentralização dos serviços de saúde também fizeram parte da proposta original do Sistema Nacional de Saúde e que o projeto se consolidou bem ou mal graças ao convênio assinado com o INAMPS em 1978, tal como era a proposta inicial da equipe do IPEA em relação ao PIASS.

A Previdência Social através do INPS e a partir de 1978 do INAMPS, era na década de setenta sem sombra de dúvida o principal instrumento da política de saúde. Isto resultou do grande crescimento da assistência médica previdenciária no bojo da ampliação do número de contribuintes.

O processo de decisão na Previdência Social era altamente centralizado. Além de ser favorecido pelo estilo patrimonial do Estado Brasileiro, isto se deveu à ação modernizadora do regime militar, que centralizou a administração da Previdência Social, extinguindo os Ins-



titutos de Aposentadoria e Pensões das diversas categorias de trabalhadores e eliminando a influência dos sindicatos dos trabalhadores.

Quanto à prestação de atendimento médico-hospitalar, a tão centralizada administração não respondia a interesses majoritários, mas era em grande parte capturada por só um grupo de interesses, ainda que majoritário a nível de prestação de serviços de saúde - o dos proprietários de clínicas, hospitais e empresas médicas. Sem o contra-peso de uma estrutura política representativa, a Previdência Social podia, para tomar decisões, dispensar a criação de um consenso amplo entre os vários grupos de interesses através de negociação ou persuasão, uma vez que a maior parte destes não tinha condições de influenciar as políticas. Nem sequer outras partes da administração, tais como o Ministério da Saúde, eram consultadas, com exceção da área de planejamento que definia macro-objetivos. Em outras palavras, em vez de soluções abrangentes, havia "vitórias" de minorias, particularmente dos prestadores privados que através da Previdência Social ampliaram sua produção de serviços de saúde.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde eram claramente sócios menores na definição das políticas de saúde. Enquanto houve um grande crescimento da assistência médica, o setor da saúde pública atrofiava devido à falta de vontade política em investir no atendimento médico e sanitário básico. Basta lembrar que a participação do Ministério da Saúde no orçamento geral da União nem chegava a 1% em 1974 (Médici & Silva, 1987). A ênfase dada na década de setenta à extensão de cobertura de serviços básicos de saúde criou condições para que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais recuperassem algum espaço ao alargarem o campo de atuação através da implantação e gerência de redes regionais de serviços básicos. Desta forma, algumas Secretarias Estaduais, entre as quais se destaca a do estado Minas Gerais, pela importância que o projeto de Montes Claros adquiriu, tornaram-se um locus importante de formulação e ensaio de propostas de reorganização de serviços de saúde.

O campo de atuação tanto da Previdência Social, como do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde era em grande parte delimitado por definições orçamentárias feitas pela área de planejamento dos respectivos governos, particularmente pela área de planejamento da União. Embora esta área apoiasse a expansão e universalização da assistência como elemento de proteção social subsumida sob a ordem política controlada pelo governo militar, ela via com preocupação crescente o aumento de gastos da Previdência Social, não apenas resultado da extensão de cobertura, mas impulsionado também pelos políticos tradicionais que insistiam em políticas populares que pudessem gerar votos. O aumento de gastos no qual se destacava o gasto com a assistência médica, que chegou

em 1976 a 32% do gasto total da Previdência Social chocava-se, em fins da década de setenta, cada vez mais com a política de austeridade desenhada pela área econômica com o objetivo de enfrentar a crise econômica e atender pressões internacionais. Importante ressaltar que o crescimento do gasto com assistência médica, para qual não havia uma receita específica, era pressionado talvez mais pelos prestadores privados do que pelas demandas dos trabalhadores. Nesta perspectiva, não é de se estranhar que a assistência médica tenha se tornado o grande bode expiatório, quando nos últimos anos da década de setenta a Previdência Social entrou em crise financeira. A crítica crescente ao gasto com assistência médica provavelmente não fizesse apenas parte de uma estratégia de melhorar a situação financeira da Previdência Social, mas também de um plano de utilizar os superávits da caixa do INPS, "desviados" para financiar o gasto com Saúde, para objetivos macro-econômicos relacionados com o pagamento da dívida externa.

Propostas de alternativas para "racionalizar" o gasto com assistência médica encontraram apoio da área econômica do governo e eram estimuladas. Uma das alternativas, já levantadas na primeira metade de década, era ampliar os convênios com o setor público, notadamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, pois permitia rebaixar o gasto ao utilizar uma infraestrutura já montada. A assinatura do convênio em 1978 entre INAMPS e a Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais para a manutenção da rede de postos e centros de saúde no Norte de Minas e as sucessivas assinaturas de convênios com outros Estados onde o PIASS foi implementado, eram passos nesta direção. O convênio com o INAMPS antecipou de fato no Norte de Minas as ALS, que fizeram parte de um pacote objetivando a racionalização de gastos da Previdência Social.

Setores dominantes dentro do INAMPS, vinculados aos proprietários de clínicas e hospitais, opuseram-se violentamente aos convênios com o setor público e fizeram frenéticas tentativas para inviabilizá-los, denunciando a ineficiência dos prestadores públicos e defendendo o princípio da iniciativa privada. Mesmo assim, a participação do INAMPS no financiamento das ações de saúde desenvolvidas pelas secretarias estaduais de saúde apresentou uma tendência crescente. Além do apoio da área de planejamento do governo federal, isto se deveu às pressões crescentes das secretarias estaduais de saúde, para as quais os recursos transferidos pelo INAMPS eram cruciais devido às pequenas percentagens dos orçamentos estaduais atribuídos à saúde.

Poucos, naquele momento, estavam percebendo que o INAMPS, por mais hegemônico que ainda fosse no setor da saúde, já tinha perdido o bonde da história por sua estreita articulação com os proprietários de clínicas, hospitais e empresas médicas, que inviabilizava a ex-

tensão da cobertura de serviços de saúde a partir de uma expansão ainda maior da assistência médica previdenciária e pela rejeição da proposta, em 1975, da criação do Sistema Nacional de Saúde, elaborada por técnicos do MPAS. Crescentemente, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais incorporaram a prestação de assistência médico-hospitalar, acabando finalmente por assumir a administração do Sistema Único de Saúde.

O processo de distensão e abertura política reabilitou a classe política e esta adquiriu novamente influência no setor da saúde. O que lhe interessava não era tanto a organização do sistema de saúde, mas a alocação de recursos humanos e materiais como instrumento de políticas clientelísticas. Em fins da década de setenta, o próprio ministro da Previdência Social referia-se à previdência como uma das armas mais potentes nas mãos do governo e particularmente da ARENA, o partido oficial. Principalmente ao nível regional e local, a tradicional política clientelista entranhou-se novamente na administração. Políticos regionais articularam-se com a tecnoburocracia para formar suas clientelas através de intermediação na distribuição de verbas, benefícios e empregos. Podemos ver nesta perspectiva também a mobilização dos prefeitos e deputados do Norte de Minas em articulação com a direção do Centro Regional e funcionários graduados do INAMPS para viabilizar o convênio com o INAMPS, assinado em fevereiro de 1978, ano de eleições municipais.

A questão da organização dos serviços de saúde começou a preocupar os políticos somente no fim da década de setenta, quando os sanitaristas conseguiram que a Comissão da Saúde da Câmara dos Deputados realizasse em 1979 o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Esta preocupação iria crescer durante a década de oitenta, quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e da elaboração da nova constituição federal, das constituições estaduais e das leis orgânicas municipais.

O fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde e também das Secretarias Municipais das cidades maiores, bem como a mobilização dos políticos, ampliou e diversificou gradualmente a estrutura de decisões na área da Saúde. Mesmo que grande parte do poder continuasse centralizada nas mãos da tecnoburocracia do INAMPS, isto contribuiu para uma diminuição relativa da influência dos prestadores privados ao nível da formulação das políticas da saúde, por mais que esta continuasse pesando ao nível da prática dos serviços de saúde. Aumentou, também, a polarização entre prestadores públicos e privados, restringindo as opções para desenhar um novo sistema de saúde.

No Estado de Minas Gerais, tanto a implementação do projeto

de Montes Claros, como a volta das políticas clientelísticas mudaram a estrutura de decisões da Secretaria da Saúde. A articulação com segmentos da tecnoburocracia federal, bem como com as forças políticas regionais reforçava o poder do diretor regional frente à área de planejamento do nível central da Secretaria da Saúde. Ao mesmo tempo, a intermediação de recursos para a região transformava o cargo de diretor do Centro Regional de técnico para eminentemente político.

Diante de uma rede estadual precária e da baixa cobertura da assistência médica previdenciária, a população rural continuava procurando líderes políticos locais (dirigentes sindicais e principalmente os prefeitos) para intermediar o acesso à assistência médica. A precária situação dos municípios em decorrência da concentração de recursos a nível federal, obrigava os prefeitos a captar recursos do nível federal e estadual. Daí, a pronta colaboração com a implementação do projeto de Montes Claros. Entretanto, sendo os serviços de saúde um recurso estratégico da política clientelista, os prefeitos e outras lideranças políticas empenharam-se para obter controle sobre a prestação dos serviços de saúde. Isto não implicava necessariamente uma pressão para municipalizar os serviços de saúde, pois bem compreendiam os prefeitos que municipalização iria comprometer os poucos recursos financeiros do município, além de os responsabilizar pela falta de acesso. Levava, entretanto, a negociações e articulações políticas com a direção do Centro Regional de Saúde e com o Secretário da Saúde, para obter influência sobre a alocação de recursos estaduais e/ou federais. Nestas articulações, onde a influência dos prefeitos e políticos aumentava à medida que avançava a distensão e abertura política, a administração do Centro Regional vivia crescentemente a tensão entre um controle gerencial informado por critérios técnicos e decisões relacionadas com interesses político-clientelistas. Problemas mais graves apareceram no Norte de Minas já logo após as eleições municipais de 1978, quando alguns prefeitos demitiram sumariamente os auxiliares de saúde indicados antes por seu adversário. Contudo, até fins da década de setenta, as articulações entre o Centro Regional de Saúde e as lideranças políticas regionais e locais ficavam ainda relativamente subordinadas às propostas do projeto. Além a conjuntura política de então, contribuiu para isto a legitimidade da direção do Centro Regional, baseada na articulação com setores técnicos ao nível federal e à captação de recursos para a região. Em anos posteriores, interesses clientelísticos mais particularistas começaram frequentemente a sobressair, não apenas no Norte de Minas, mas também nas outras regiões do Estado. Assim, o projeto de Montes Claros, que ao nível ideológico destacava temas que contrastavam com práticas clientelísticas, como o direito universal de acesso aos serviços de saúde, na prática não se

mostrou capaz de transformar uma situação em que a lógica política minava o conceito formal e legal de cidadania que fundamentava a proposta de acesso universalizado. Será que os sanitaristas foram mais hábeis na produção de ideologias do que nas realizações práticas?

### O Hiato tenaz entre propostas e realizações práticas

O Projeto Montes Claros tornou-se um modelo de demonstração para o novo sistema de saúde, proposto por uma frente ideológica de sanitaristas, ou antes “uma imagem a ser difundida e defendida” (Arouca: 1980), pois suas realizações práticas ficavam muito aquém do que era de se esperar de um novo sistema de saúde. Não foi por causa do seu modelo de organização de serviços de saúde, pois este se baseava em diretrizes difundidas por órgãos internacionais e já ensaiadas em diversos projetos experimentais. Entretanto, em relação a estes projetos, o de Montes Claros teve uma especificidade. Visava instituir um sistema regional de saúde, tendo como base uma rede pública de centros e postos de saúde, que havia de universalizar o acesso aos serviços de saúde. Foi este objetivo, além de formas inovadoras de administração e da conotação de mudança social que permitiu que o projeto, através de uma hábil articulação entre seus implementadores e o movimento pela Reforma Sanitária, se tornasse imagem de um novo sistema de saúde.

As concepções subjacentes e as diretrizes do novo sistema são por demais conhecidas. Entretanto, para entendermos o hiato entre discurso e realizações práticas que marca a experiência do projeto de Montes Claros, e igualmente o Sistema Único de Saúde, mesmo discurso tornado legislação, é mister lembrarmos de algumas determinações da emergência de sua proposta.

A proposta do novo Sistema de Saúde, ainda que engendrada pelas expectativas de mudança suscitadas no processo de transição do regime autoritário para um regime democrático, foi profundamente marcada pela posição marginal dos sanitaristas no sistema de saúde. O acaso da Saúde Pública e a exclusão dos sanitaristas das mais importantes decisões sobre as políticas de saúde, tomadas geralmente pela tecnoburocracia da Previdência Social em articulação com os prestadores privados sem consideração de outros grupos de interesse, provocavam uma profunda polarização entre os sanitaristas e os prestadores privados com seus aliados na tecnoburocracia da Previdência Social. Os mais graves problemas de atenção à saúde foram atribuídos, pelos sanitaristas, quase exclusivamente à política da Previdência Social. Esta era vista como agente por excelência da consagração de práticas médicas curativas em detrimento de ações preventivas e da mercantilização do atendimento médico-hospitalar, expressão,

no setor da saúde, de uma política econômica privatizante e concentradora de renda.

A polarização aliada às especificidades da conjuntura política fomentava a formulação de objetivos maximalistas, concentrados na transformação radical do sistema de saúde existente e inspirados por idéias social-democratas ou socialistas. Estes objetivos, cuja natureza maximalista é por demais característica dos que estão excluídos da participação na formulação e execução de políticas, eram fortemente marcados pela luta tenaz dos sanitaristas por acesso à arena decisória. Ainda que ao nível do discurso se privilegiasse a democratização dos serviços de saúde, dando ênfase à saúde como direito e ao acesso universal aos serviços de saúde, a estratégia de luta colocava como meta inicial a criação de um sistema único de saúde dirigido pelo Ministério da Saúde (Arouca, 1980:229); leia-se a ser administrado e planejado pelos sanitaristas.

A inserção do projeto de Montes Claros no movimento pela Reforma Sanitária foi importante para a viabilização do projeto e, por sua vez, os sucessos iniciais do projeto e a imagem produzida contribuíram à articulação do movimento. Entretanto, ao mesmo tempo colocou sérios impasses quanto às realizações práticas.

A importância dada à imagem a ser difundida e defendida não apenas fazia com que a organização e instrumentalização dos serviços de saúde ao nível regional e local tendesse a se subordinar à luta pela reestruturação do sistema de saúde ao nível nacional, mas fomentava ainda mais a oposição de segmentos de prestadores privados, cuja atuação inescrupulosa pressionava a necessidade de criar um novo sistema de saúde, mas cuja cooperação era indispensável para assegurar o acesso a todos os níveis de atendimento. Alienava, também, os segmentos organizados da população (sindicatos, etc.), aos quais interessava antes o acesso a serviços de saúde do que a estruturação do sistema. Restava, então, além do apoio de setores como os profissionais de saúde, o apoio de lideranças políticas, cujas práticas clientelísticas tendiam a minar as regras formais que definem um sistema fundamentado no direito universal ao acesso a serviços de saúde. A consequência é conhecida: o projeto Montes Claros continua na memória do movimento sanitário, porém, por falta de realizações práticas duradouras, caiu no esquecimento no Norte de Minas, sendo apenas lembrado nostalgicamente por seus então auxiliares de saúde.

Desde o projeto Montes Claros a Reforma Sanitária avançou. Muitas de suas propostas foram sacramentadas na Nova Constituição e tornaram-se parte integrante da legislação, não apenas devido à mobilização do movimento sanitário e dos profissionais de saúde, mas também pela pressão de outras forças políticas (governadores e prefeitos, segmentos da tecnoburocracia federal, estadual) e pelos limites

postos à extensão de modelo de compra de serviços pela Previdência Social em decorrência de gastos crescentes, aliados à urgência de ações coletivas. A aprovação de algumas das propostas foi mais favorecida pela conjuntura peculiar de transição democrática, do que por representar um amplo consenso social. A polarização não apenas permaneceu, mas se intensificou, assim como a luta dos sanitaristas e seus aliados, desta vez pela manutenção do acesso à arena de decisões e da legislação. Isto faz com que a Reforma tenda a ser concentrar na re-estruturação burocrática do sistema, com a nefasta consequência de que a polarização entre o setor público e segmentos dos prestadores privados é realimentada e que se aliena os usuários e a população.

A oposição de segmentos de prestadores privados e a indiferença de muitos segmentos organizados da população, aliadas à instabilidade das instituições políticas, coagem no sentido de maximizar oportunidades conjunturais e procurar resultados imediatos, quase sempre no âmbito do socialmente mais valorizado atendimento médico em detrimento de ações coletivas de saúde. A falta de apoio e a oposição de fortes grupos de interesse estimulam também articulações com lideranças políticas, com o risco de que a prestação de serviços de saúde se subordine a interesses político-clientelísticos. Dificultam ainda o combate aos vícios corporativistas dos profissionais de saúde, a medida que estes constituem um dos segmentos mais importantes em apoio ao Sistema Único de Saúde.

Todos estes fatores fazem com que a Reforma Sanitária, vitoriosa ao nível da re-estruturação do sistema de saúde, esbarre em outros níveis: a programação e alocação de recursos segundo prioridades definidas, a organização dos serviços de saúde no sentido de ampliar a eficiência técnica, a instrumentalização dos serviços através da inovação tecnológica e o desenvolvimento de recursos humanos. Assim, também, o Sistema Único de Saúde está se tornando um subsistema indigencial. O feitiço se volta contra os feitiçeiros: o mercado para os prestadores privados se amplia e o Sistema Único de Saúde acaba por fortalecer aqueles que pretendia controlar mais.

O passado traz lições para o futuro. O projeto de Montes Claros, por seus acertos e fracassos, sugere a necessidade das propostas de reforma se tornarem expressões das demandas e necessidades não meramente dos profissionais de saúde, mas de amplos segmentos da população. Isto requer uma luta política e ideológica demorada, implica menos preocupação com a estrutura burocrática do Sistema Único de Saúde e mais com o acesso a serviços de saúde a partir do reconhecimento da pluralidade da demanda e oferta de serviços de saúde.

É verdade, a falta de amplas estruturas políticas representativas mais estáveis e a extremada desigualdade social que leva a grandes flutuações de uma eleição a outra conspiram contra a superação de

posições polarizadas. Favorecem a apresentação de soluções quase mágicas pelos governos federal, estaduais e municipais, ignorando organizações de representação de interesses e dispensando negociações demoradas com os diversos grupos de interesse. Entretanto, para que o sistema de saúde existente funcione de fato, a cooperação de vários grupos de interesse é indispensável para assegurar acesso adequado para todos, ainda que através de modalidades diferentes. Há pouco motivo de se esperar mudanças significativas a curto prazo. Entretanto, o projeto de Montes Claros tem mais uma lição: os meandros da vida são muito mais sinuosos e surpreendentes que a arquitetura simplificadora de planejadores ou pensadores políticos podem prever.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, Antônio S. da Silva. "Democratização e Saúde". In: CÂMARA DOS DEPUTADOS. *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*. V.1 - Conferências. Brasília, Coordenação de Publicações, 1980.
- BANCO MUNDIAL. *Salud: documento de política setorial*. Washington, 1975.
- BORJA, Jordi. *Movimientos sociales urbanos*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1975.
- BRASIL/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Sistema Nacional de Saúde: contribuição para discussão do tema*. Trabalho elaborado por uma equipe de técnicos do MPAS sob supervisão do Dr. Murillo Villela Bastos para subsidiar a V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975.
- BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *II Plano Nacional de Desenvolvimento*. Brasília, 1975.
- CASTELLS, Manuel. *La cuestión urbana*. México, Siglo XXI, 1974.
- DOIMO, Ana M. "Movimento popular" no Brasil pós-70: formação de um campo ético-político. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Ciência Política/USP. São Paulo, 1993, mimeo.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Proposições alternativas para o atendimento das necessidades básicas aos*



*países em desenvolvimento. Estudo Conjunto UNICEF/OMS, 1974 (Doc. E/ICEF/L. 1322).*

HADDAD, Paulo R. "Planejamento para a negociação? In: CINTRA, Antônio O. & HADDAD, PAULO R. *Dilemas do Planejamento urbano e regional no Brasil*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

INSTITUTO DE PREPARO E PESQUISA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA RURAL (IPPEDASAR). *Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas*. Montes Claros, 1972.

MÉDICI, André, C. & SILVA, Pedro L. Barros. "As tentativas do financiamento da atenção à saúde". In: BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp.173-220.

MINAS GERAIS/GOVERNO DO ESTADO. *II Plano de Desenvolvimento Econômico e Social*. Belo Horizonte, 1975.

MINAS GERAIS/ SECRETARIA DO ESTADO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL. *Proposta para um Programa Integrado Bienal para a Área Mineira da SUDENE. Período: 1976-1977*. Belo Horizonte, 1975.

MINAS GERAIS/SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. *Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas: características básicas e estrutura funcional do modelo*. Documento apresentado na I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. Belo Horizonte, 8-9 de abril de 1976a.

MINAS GERAIS/SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. *Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas: Infra-estrutura do sistema de saúde: unidades auxiliares de saúde*. Documento apresentado na I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. Belo Horizonte, 8-9 de abril de 1976b.

MINAS GERAIS/SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. *Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas: programa de extensão de cobertura*. Documento apresentado na I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. Belo Horizonte, 8-9 de abril de 1976c.

MINAS GERAIS/SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. *Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas:*

*mecanismos de coordenação interinstitucional*. Documento apresentado na I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. Belo Horizonte, 8-9 de abril de 1976d.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im)Previdência Social: 60 anos da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe final de la III Reunión de Ministros de Salud de las Americas. Washington, 1973 (Doc. of. nr. 118).

ROSAS, Eric J.. *A Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde no Brail. PIASS: análise de uma experiência*. Dissertação de Mestrado apresentada à ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1981, mimeo.

"Segunda Carta de Montes Claros". *Revista Saúde em Debate*, nr. 40, setembro de 1993, pp. 83-84.

STEPAN, Nancy L. *The Hour of Eugenetics: Race, Gender and Nation in Latin America*. London, Cornell University Press, 1991.

STRALEN, Cornelis J. van. *O Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas: um programa social como processo político*. Dissertação de Mestrado apresentada ao DCP/UFMG. Belo Horizonte, 1985, mimeo.

WORLD BANK. *Brazil Public Spending on Social Programs, Issues and Options*. Report No. 7086-BR, Vol 1. Washington, Brazil Department, World Bank, 1988.

# PARTICIPAÇÃO E SAÚDE: REVISITANDO O PROJETO MONTES CLAROS

*Mercês Somarriba \**

## 1. INTRODUÇÃO

Minha motivação para estudar o programa de Saúde em implantação no Norte de Minas em meados da década de 1970 foi particularmente aguçada pelo caráter inusitado do componente da participação comunitária presente na proposta. Parecia-me, então, que a Área Mineira do Polígono das Secas era árida demais, também dos pontos de vista social e político, para a proposição e frutificação de tal objetivo. Vivia-se, ademais, em pleno regime militar.

Uma vez em contato direto com a experiência, durante os nove meses de pesquisa de campo, minha percepção sobre o caráter intrigante da proposta passou por alterações. Num primeiro momento, cresceu a curiosidade, diante da constatação sobre a ênfase quase que exclusiva posta na idéia de participação pelos membros da equipe técnica do Centro Regional de Montes Claros, em detrimento do objeto de extensão de cobertura, que era central para os técnicos da Secre-

---

*(\*) Doutora em Sociologia e Professora Titular do Departamento de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais.*

taria de Estado da Saúde. Paulatinamente, minha confusão foi se desvanecendo, à medida que foram ficando mais claros os processos simbólicos de elaboração e reelaboração de identidades que conferiam ordem e sentido à dinâmica das interações dos atores envolvidos e ao fluxo das alianças e oposições que iam se configurando, no ambiente político-institucional então existente.

Mas não é preciso dizer que minha compreensão do que então ocorria revelou-se bem fragmentária, contendo formulações hipotéticas e muitas lacunas. E nem podia ser de outra forma, dado o caráter ainda muito incipiente do Programa e a pequena distância entre a ocorrência dos fatos e sua análise. Por isso, mais que mera síntese do trabalho anterior (SOMARRIBA, 1978), o presente texto constitui uma revisita à experiência analisada há quinze anos atrás. Nele serão incorporados novas descobertas empíricas referentes ao ocorrido em Montes Claros e recursos analíticos desenvolvidos pelas ciências sociais nesse período - notadamente no que diz respeito à natureza do chamado Estado burocrático autoritário brasileiro e suas interações com os diferentes setores, grupos e classes sociais (ALMEIDA e SORJ, 1983; O'DONNELL e REIS, 1988); e à ênfase analítica mais recentemente posta em aspectos microssociais pelos estudos de políticas públicas, através da consideração, por exemplo, da dinâmica organizacional, das competições intra e interburocráticas, das subculturas profissionais, da elaboração e reelaboração de identidades nos processos interativos dos atores envolvidos etc. (SIMÕES, 1992).

Procurando incorporar tais tipos de contribuições, farei uma releitura da experiência, subdividida em duas partes. Em primeiro lugar, serão analisados os sentidos e a importância relativa que a proposta participativa assumiu para os diferentes atores individuais e coletivos envolvidos mais diretamente na implantação do Projeto Montes Claros, levando em conta algumas características básicas da conjuntura política e dos aparelhos estatais no período. Em segundo lugar, a título de conclusão, será esboçado um balanço da proposta participativa que se buscou desenvolver no Projeto Montes Claros, ressaltando o que ela conteve de inovador, abstrato, utópico e pedagógico, e seu significado enquanto princípio estruturador de um "campo de forças em luta" num drama social vivido por profissionais profundamente envolvidos com a causa da saúde pública neste país.

## 2. PARTICIPAÇÃO E EFICIÊNCIA NO PROJETO MONTES CLAROS

Como é bem conhecido, o regime instaurado em 1964 promo-

veu mudanças significativas na estrutura política e administrativa do país. Com vistas a garantir a combinação entre crescimento econômico e estabilidade política, buscou-se o fortalecimento do poder Executivo, a centralização financeira e o estrito controle sobre o processo político. As técnicas de planejamento foram erigidas, então, em instrumentos privilegiados para o exercício de uma administração que se pretendia racional e eficiente.

As organizações dos trabalhadores e os numerosos grupos políticos que então atuavam foram desarticulados e suas lideranças duramente reprimidas.

No campo político-eleitoral, foram extintos os partidos políticos antes existentes e instituiu-se o bipartidarismo constituído pela ARENA (Aliança Renovadora Nacional) e pelo MDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) "planejados" para serem, respectivamente, situação e oposição. As eleições diretas para presidente da República, governadores de estado, prefeituras das capitais e municípios definidos como áreas de segurança nacional foram suspensas. Dessa forma, procurou-se transformar os partidos políticos e o poder legislativo em mecanismos meramente legitimadores e apenas adjetivos à máquina governamental.

A competição eleitoral foi mantida apenas na esfera municipal, através do artifício da sublegenda, que possibilitava às facções locais abrigarem-se no partido governista e disputarem entre si o poder local, como sempre haviam feito. Apenas à medida que se foi acentuando a impopularidade do regime militar é que forças emergentes, ainda sem espaço na estrutura política local, passaram a ter sucesso na utilização da legenda do MDB e a conquistar posições de poder nas disputas locais.

Com a concentração de poder no aparelho burocrático estatal houve um declínio do papel de intermediação dos membros do Legislativo e os técnicos e burocratas passaram a assumir, cada vez mais, a posição de intermediários políticos, colocando em plano secundário os representantes eleitos. Tal tendência contribuiu, como foi apontado por vários autores (CINTRA, 1974; LAMOUNIER, 1981; SIMÕES, 1992), para acentuar a desqualificação dos políticos e da própria idéia de representação, que nunca havia chegado a ter maior prestígio e enraizamento no pensamento político brasileiro.

No processo de modernização administrativa que caracterizou o período em foco, ingressaram nos quadros funcionais do Estado profissionais universitários com formações diversas - engenheiros, arquitetos, economistas, médicos, sociólogos etc. - que passaram a atuar no planejamento e na provisão dos serviços de consumo coletivos, agora oferecidos em maior escala, com a implemen-

tação de políticas sociais mais abrangentes pelo regime autoritário.<sup>1</sup>

Além de emprego, tais profissionais buscavam, em sua inserção nos aparelhos estatais, uma oportunidade para darem sentido político a suas atividades, uma vez que os canais convencionais de participação política estavam praticamente obstruídos. Isso é particularmente aplicável àqueles profissionais que haviam tido engajamento político anterior nos grupos de Ação Católica e nas pequenas organizações político-partidárias do pré-64. Mas aplica-se, também, a jovens profissionais recém-formados que, apesar (e por causa) do clima geral de repressão política, haviam saído das Universidades com fortes sentimentos de oposição ao autoritarismo instalado no país.

A maior parte dos componentes dos dois grupos de atores envolvidos no Projeto Montes Claros, enquadraram-se na perspectiva de funcionários-militantes que acabamos de descrever.

O grupo da Secretaria de Estado da Saúde, liderado por Eugênio Vilaça Mendes, constituía-se de profissionais com formação especializada no campo da saúde - principalmente médicos e odontólogos - e treinamento posterior em técnicas de planejamento.

Era comum a boa parte dos membros do grupo a vivência anterior de engajamento político em atividades da Ação Católica ou em partidos de esquerda clandestinos. E era compartilhada por todos a percepção de que as profundas desigualdades sociais quanto ao acesso a serviços de saúde só poderiam ser enfrentadas através do fortalecimento do setor público de saúde, com a implantação de programas abrangentes de extensão de cobertura de serviços médico-hospitalares. Tinham, também, profunda clareza da chamada causa social das doenças e dos limites da abordagem estritamente médico-biológica e curativa para a transformação das condições de saúde dos grupos sociais.

No Centro Regional de Montes Claros, Chicão, que tivera também experiência anterior de participação na JUC (Juventude Universitária Católica), reuniu em torno de si um grupo de profissionais - de Medicina, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Bioquímica - que atuariam como supervisores, compondo o grupo técnico. Estes eram, em sua maioria, recém-formados, e desenvolveram logo grande compromisso emocional com o Projeto e alto nível de adesão às posições políticas e às idéias heterodoxas sobre administração pública do Diretor do Centro Regional.

---

<sup>1</sup> *Sobre a modernização do Estado, no período, e sua maior capacidade de provisão de bens e serviços de consumo coletivos, ver CARDOSO (1983).*

Os componentes de ambos os grupos viam no Projeto uma iniciativa importantíssima de extensão de serviços de saúde à população de uma das regiões mais pobres do estado e vislumbravam na proposta de participação comunitária nele contida oportunidade ímpar de atribuição de um significado político transformador às suas respectivas atuações profissionais.

Entretanto, é inegável que o ideário participativo assumiu posição preponderante para o grupo do Centro Regional de Montes Claros. Em torno da conformação e implementação dessa meta configurou-se a identidade do grupo local, assim como seus conflitos e oposições com relação à equipe da Secretaria de Estado da Saúde, como será visto a seguir.

Parece claro que o objetivo principal do Projeto Montes Claros, no momento de sua formulação, era a extensão de cobertura através do modelo de medicina simplificada. Essa era a meta explicitamente enfatizada pelas instituições financiadoras do Programa tanto no nível internacional como no estadual. As outras atividades previstas no Programa, sejam as de natureza político-administrativa, sejam as que implicavam o envolvimento direto dos usuários, eram ressaltadas nos documentos oficiais apenas na medida que contribuíssem para a ampliação da cobertura.

Entretanto, durante o período de pesquisa de campo passado junto à equipe regional, observações diretas, entrevistas formais e informais e processamento do material escrito, produzido no âmbito do Centro Regional, indicavam que o modelo de serviços de saúde proposto estava sendo reinterpretado de forma dinâmica e criativa pelo grupo de Montes Claros. De fato, aí a proposta de participação comunitária passou logo a ser encarada como um fim e si mesma, mais que como meio para a extensão dos serviços de saúde em implantação.<sup>2</sup>

No questionário aplicado ao término da pesquisa de campo, todos os vinte e um membros do grupo técnico mencionaram a participação comunitária como um dos três objetivos mais importantes do Projeto. E vale notar que apenas quanto a este tópico o grupo convergiu inteiramente sobre os objetivos fundamentais do Projeto. "Extensão de cobertura" apareceu apenas em 13 das vinte e uma respostas; "coordenação interinstitucional" foi o terceiro objetivo mencionado, tendo aparecido em sete entrevistas. Os demais objetivos arrolados pelo grupo técnico se dispersaram inteiramente em torno de propostas como "saneamento básico", "uso de auxiliares de saúde", "educa-

---

<sup>2</sup> A discussão feita, a seguir, com base nos vários tipos de dados mencionados, baseia-se em SOMARRIBA, 1978: cap. VII.

ção sanitária", "provisão de cuidados de saúde para a força de trabalho do sistema produtivo" etc.

Mas, para que tais resultados se tornem mais significativos, parece importante examinar os sentidos atribuídos à idéia de participação comunitária pelos entrevistados. Doze dos vinte e um membros do grupo definiram participação comunitária como efetiva participação em todas as esferas da vida social, isto é, como o partilhamento de oportunidades socio-econômicas básicas, diretamente relevantes para boas condições de saúde. E todos os doze enfatizavam a participação ativa na esfera do poder, amplamente definido, como elemento fundamental do conceito de participação comunitária.

Ao contrário desse subgrupo, que concebia a participação comunitária em termos tão amplos, os demais membros do grupo se dividiam entre concepções bem específicas e limitadas: educação para a saúde (cinco entrevistados); aceitação das atividades do Projeto (dois entrevistados); envolvimento dos usuários na provisão de serviços de saúde (dois entrevistados).

Essa variedade de visões sobre o sentido da proposta participativa obriga a uma qualificação do aparente consenso dos membros da equipe, ao mencionarem a participação comunitária como objetivo fundamental do Projeto. Ao que tudo indica, tal visão supostamente consensual resultava da enorme ênfase posta na noção de participação comunitária no discurso institucional do Centro Regional. De fato, além de constituir tema recorrente nas reuniões rotineiras de trabalho e nas discussões informais dos membros do grupo técnico no ambiente de trabalho e fora dele, a participação comunitária foi tratada na maior parte dos números do jornalzinho interno do Centro Regional - "O Misto Quente" - e constituiu objeto destacado de discussão de dois dos três Seminários promovidos pela instituição no ano de 1976.

Mas, os sentidos atribuídos ao conceito variavam muito, também no material mencionado: havia referências à necessidade de descentralização do poder, no âmbito institucional; sublinhava-se a importância da mudança de atitudes dos técnicos com relação ao potencial da população para a participação; mencionava-se a idéia de conscientização como pré-requisito para qualquer tipo de mudança na estrutura de poder local nos municípios da região; estabelecia-se equivalência entre a noção de participação e o uso de técnicas não-diretivas nas experiências de treinamento de auxiliares de saúde que estavam em curso; e, de forma mais recorrente, a idéia de participação comunitária era concebida no sentido de ampla participação social, tal como nas respostas dos doze membros do grupo técnico, previamente mencionadas. Tal recorrência devia-se ao fato de que esses doze supervisores técnicos ocupavam posição central de liderança na



estrutura organizacional da instituição e partilhavam um conjunto de valores que compunha o núcleo ideológico que se procurava difundir entre os membros da equipe regional.

Entretanto, esse conjunto de idéias partilhadas aparecia de forma fragmentada, genérica e abstrata nas formulações do grupo, o que se deve, em parte, ao fato de que os materiais analisados eram produzidos num momento em que os serviços de saúde não estavam ainda sendo implantados. Num tal contexto, as formulações do grupo eram fortemente idealistas, normativas, vagas. Ademais, a novidade representada pela própria idéia de participação comunitária para a maioria dos participantes ajuda também a entender as dificuldades enfrentadas pelos líderes para tratarem do conceito numa perspectiva mais concreta. Explica-se, assim, que a noção de participação tenha-se incorporado ao universo discursivo da instituição, porém de forma algo difusa e heterogênea. E que, nessa medida, a proposta participativa tenha se tornado um elemento central da retórica institucional, estando, entretanto, longe de expressar um claro compromisso do grupo técnico com uma meta programática claramente definida.

Não obstante todas as variações significativas, internas ao grupo, quanto à noção de participação comunitária, tais diferenças nunca constituíram razão para disputas dentro da equipe local. Pelo contrário, as divergências de concepção eram amplamente ignoradas e a proposta participativa funcionava como amálgama na construção da identidade do grupo local. E foi também em torno dela que se buscou estabelecer diferenciações com relação à equipe da Secretaria de Estado da Saúde. Assim, inspirados na chamada pedagogia libertadora proposta por Paulo Freire, os membros da equipe local mais diretamente responsáveis pela formulação das propostas de trabalho procuraram "operacionalizar" o conceito de participação comunitária através da defesa de uma abordagem sócio-econômica da saúde; da busca de envolvimento direto da população na reflexão sobre suas condições de vida e na proposição de alternativas para a solução de seus problemas; da revalorização do saber popular vis-à-vis o saber técnico-científico.

Mas, diferentemente do que começava a acontecer na Zona Leste de São Paulo a partir de meados da década de 70, quando surgiam as primeiras mobilizações populares por serviços de saúde (JACOBI, 1989), inexistiam no Norte de Minas quaisquer formas organizativas reivindicatórias de base popular. A maior parte dos municípios da Região eram predominantemente rurais e suas populações viviam, ou dispersas pelas propriedades rurais de pecuária extensiva, ou em aglomerações próximas aos núcleos urbanos, na condição de trabalhadores rurais volantes. E a estratégia do regime militar de garantir a adesão ao partido governista, através do artifício da

sublegenda, mostrava-se quase que inteiramente bem sucedida no conjunto da Região.<sup>3</sup>

Num ambiente social e politicamente tão desfavorável, a equipe do Centro Regional procurou implementar a meta da participação de dois modos, ambos quase inteiramente circunscritos ao espaço institucional e aos agentes dos serviços de saúde que se implantavam na Região.

A primeira estratégia consistia em repetir e aprofundar, em Montes Claros, a experiência de gestão colegiada desenvolvida por Chicão anteriormente em Diamantina.<sup>4</sup> Além da atuação do Conselho Técnico Administrativo, como principal instância decisória, havia, às segundas feiras, uma Assembléia Geral dos cerca de 50 funcionários do Centro Regional. Aí eram discutidos problemas de toda ordem relacionados com o andamento do trabalho de implantação do Sistema Regional de Saúde - contatos com os prefeitos para a construção da rede física, ações de saneamento através da implantação de fossas secas, seleção e treinamento de auxiliares de saúde, contratação de médicos e, perpassando quase todas essas questões, as tensões manifestas na interação dos técnicos do nível regional com os da Secretaria de Estado da Saúde. Na realidade, o tema dos conflitos com a SES recebia ênfase especial nas discussões travadas nas duas instâncias decisórias mencionadas e ocupavam grande espaço nas conversas informais que se desenrolavam ao longo do período de trabalho e mesmo nos momentos de lazer, em mesas de bares, por exemplo.

Criticava-se, principalmente, o que se considerava excessivo controle das atividades da equipe regional por parte dos técnicos da SES, controle esse que estaria sendo buscado através da adoção de critérios puramente quantitativos para a avaliação da produtividade do programa em implantação. Por exemplo, no início de 1977, che-

---

<sup>3</sup> Noutro texto em que analiso seis experiências de implantação de serviços de saúde que continham a proposta de participação da população usuária, estabeleço a distinção entre dois modelos participativos: o da participação comunitária, caracterizado como iniciativa unilateral dos organismos públicos com vistas à adesão dos usuários aos objetivos dos programas de saúde, típico de contextos políticos marcados pela fragilidade ou completa inexistência de formas organizativas de base popular; e o de participação popular, típico de situações caracterizadas por algum dinamismo das organizações populares, nos termos do qual se estabelece uma interação organismos públicos - organizações populares que resulta numa maior porosidade do Estado às demandas dessas organizações (SOMARRIBA, 1989). Parece claro que o Projeto Montes Claros se aproxima mais do primeiro modelo de participação.

<sup>4</sup> Sobre a gestão participativa implementada por Chicão em Diamantina ver, neste volume o histórico do Projeto Montes Claros de Regina Célia Nunes dos Santos.

gou ao Centro Regional um modelo para a coleta de informações, proposto pela SES, que despertou no grupo de Montes Claros fortes resistências e rendeu severas críticas à equipe do nível central. Tais críticas foram, inclusive, incorporadas ao Relatório Trimestral de Atividades enviado à Secretaria, em abril daquele ano:

“Da discussão do Modelo de Informação surgiram críticas sobre seu caráter burocrático. Esse modelo enfatiza os cuidados individuais na medida que se preocupa com informações quantitativas do tipo número de contatos de cuidados primários por pessoa. Pensamos que o trabalho com coletividades precisa ser enfatizado. Decidimos, então, preparar um roteiro contendo informações gerais sobre essa questão, que foi distribuído para os auxiliares de saúde”.<sup>5</sup>

O roteiro mencionado aponta a baixa eficácia dos cuidados de saúde individuais para a efetiva mudança das condições de saúde da população e enfatiza a necessidade de ações voltadas para a coletividade:

“Não podemos nos limitar a essas ações com indivíduos ou famílias. O mais importante é prevenir doenças e isso tem que ser feito através de ações coletivas, envolvendo muitas pessoas ao mesmo tempo... Isto porque para desenvolver ações realmente efetivas precisamos saber, antes de tudo, os reais problemas que influenciam a saúde do povo. Esses problemas podem ser imediatos como nos casos de sarampo, tifo etc, e, nessa situação, uma ação rápida tem que ser desenvolvida para vacinar as pessoas. Ou os problemas podem ter um caráter mais permanente, estando ligado à habitação, nutrição etc. Nesse caso, são necessários esforços de mais longo prazo.”<sup>6</sup>

Fica evidente, nas formulações da equipe regional, sua disposição para explicitar conflitos com o grupo da SES, num claro esforço de construção situacional de adversários e aliados, de rupturas e coalizões. Busca-se construir junto ao público interno, incluindo os auxiliares de saúde, a imagem dos técnicos da SES como “burocratas”, pouco afinados com uma concepção de saúde mais abrangente e profunda, com ações preventivas, e, principalmente com o objetivo de participa-

---

<sup>5</sup> *Relatório Trimestral de Atividades do Centro Regional de Montes Claros, abril de 1977, (SOMARRIBA, 1975: 203).*

<sup>6</sup> *Centro Regional de Montes Claros (1977), Orientações Gerais de Ação para Auxiliares de Saúde, pp. 5-6 (SOMARRIBA, 1978: 203-204).*

ção comunitária, a ser perseguido através de ações voltadas para as coletividades e de ações coletivas dirigidas aos problemas de natureza mais profunda e permanente, como moradia, nutrição etc. Tais concepções mais abrangentes seriam assumidas, presumivelmente, apenas pela equipe local. Esse comportamento característico de situações da competição política que sempre se instala nos processos de formulação de políticas sociais expressa-se, também, de forma clara, no contexto do treinamento de auxiliares de saúde, no qual se desenvolveu a segunda estratégia de implementação do ideário participativo.

Os cursos para formação de auxiliares de saúde tiveram lugar num Centro de Treinamento situado em Porteirinha, pequena cidade do Norte de Minas. Procurou-se implantar aí uma administração colegiada da própria Unidade de Treinamento, com a participação de representantes dos futuros Auxiliares de Saúde. E boa parte dos temas tratados, no decorrer dos cursos, diziam respeito às precárias condições de vida e, conseqüentemente, de saúde da população regional; à estrutura de poder político nos municípios; e aos mecanismos de poder embutidos no monopólio do saber, principalmente na medicina.

A preocupação com a pedagogia participativa e com as transformações sociais e políticas, associadas pela maioria da equipe técnica ao conceito de participação, acabou se sobrepondo ao treinamento instrumental mais convencional em cuidados específicos de saúde dos futuros auxiliares. E, chegou-se a produzir, no Centro de Treinamento, materiais escritos que incorporavam conhecimentos sobre saúde transmitidos pelos treinandos, e que vieram a ser considerados como de baixa qualidade no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.

Ao término do quarto curso para auxiliares de saúde, o Centro Regional não havia ainda estabelecido um programa sistemático de atividades a ser desenvolvido pelos auxiliares já treinados em suas localidades de trabalho. Como boa parte da rede física ainda estava sendo construída, ao final dos períodos de treinamento os auxiliares recebiam orientações para realizarem visitas domiciliares e organizarem reuniões com a comunidade para a discussão de necessidades e expectativas da população no campo da saúde. Informava-se, então, aos auxiliares que um programa sistemático de ações seria estabelecido mais tarde, com base nas informações produzidas nessa interação com a população local.

Entretanto, a equipe do Centro Regional passou a receber enorme pressão da SES para elaborar um programa mínimo de atividades que contemplasse a produção de cuidados de saúde pelos auxiliares. Tal programa acabou sendo formulado, incluindo detalhado roteiro para um diagnóstico das condições locais de saúde e algumas atividades específicas como as de saneamento. Mas, para boa parte dos téc-

nicos do Centro Regional “pusera-se o carro adiante dos bois”, uma vez que se demandava dos auxiliares de saúde a realização de atividades específicas, antes da discussão das prioridades locais com a população. E, mais uma vez, atribuía-se aos técnicos da Secretaria preocupação excessiva com resultados facilmente quantificáveis e uma visão “eficientista” que entraria em choque com o ideário participativo defendido pela equipe regional.

Tal como na situação anterior - do modelo para coleta de dados formulado pelos técnicos da SES - procurava-se contrapor, de um lado, as preocupações destes com a produção de resultados imediatos e passíveis de tradução em unidades de serviço, a serem apresentados às instituições financiadoras do programa; e, de outro, o profundo envolvimento da equipe regional com a pedagogia participativa voltada para a conscientização e organização das comunidades com vistas à proposição de soluções efetivas para seus problemas de saúde.

Ao que parece, buscou-se produzir, na situação analisada, um confronto básico entre a meta política da ampla participação popular e a meta, não menos política, da eficiência técnica, na montagem e implantação de um extenso sistema público de saúde. Tal embate se deu entre pessoas que compartilhavam um mesmo estoque de experiências de trabalho e de elementos cognitivos e valorativos característicos do que se poderia chamar a “Esquerda da Saúde” no Brasil. Como entender, então, que a confrontação ocorrida tenha se definido em torno da proposta de participação comunitária que, afinal, constava do projeto formulado e negociado com a USAID pela própria equipe da Secretaria e que nem era tão consensualmente entendida pelos participantes da equipe de Montes Claros?

Com vistas a concluir o presente texto, procurarei, com base nas formulações anteriores sobre a dinâmica da competição política inerente aos processos de formulação de políticas públicas, alinhar uma resposta para esta questão.

### 3. Conclusões

Tendo em vista o contexto sócio-econômico e político do Norte de Minas de meados dos anos 70, a experiência ocorrida no campo da saúde em Montes Claros foi extremamente inovadora. Ela inseriu-se na tendência, que então apenas se delineava no país, de valorização da participação popular como meio de regenerar a administração pública de seus vícios autoritário-burocráticos.

Mas, exatamente por seu caráter pioneiro, o Projeto Montes Claros continha, ao lado de propostas bem concretas e detalhadas,

como as de regionalização/ descentralização e extensão da cobertura de serviços de saúde, proposições ainda muito abstratamente definidas, como era o caso da participação comunitária. Configura-se, assim, um cenário típico das situações de competição e conflito que se estabelecem nos processos de definição e implementação de políticas sociais. Na disputa por poder, influência e reconhecimento externo, os competidores atribuem ênfase diferente e distintos significados aos elementos constitutivos do estoque comum de ideais que defendem. Ora, a implantação de um amplo projeto descentralizado de saúde, como o de Montes Claros, criava uma situação altamente favorável à redistribuição de poder entre os níveis central e regional e à geração de recursos políticos novos a serem apropriados pelos grupos técnicos situados nas duas esferas administrativas. A disputa que se estabeleceu com vistas ao controle de tais recursos definiu-se, então, em torno do ideário participativo que, por ser uma proposta inovadora e bastante abstrata para as condições sociais e políticas da Região, estava mais sujeita a ambigüidades interpretativas, constituindo-se, assim, em componente adequado à construção situacional de alianças e antagonismos pelos grupos contendores.

Os confrontos ocorridos no Projeto Montes Claros em torno da participação devem ser vistos, pois, como expressão localizada de um processo mais amplo e geral de definição de uma política de saúde pública para o país. Essa política assentava-se nas idéias de produção de cuidados de saúde pelo próprio setor público; de extensão da cobertura de tais cuidados para amplos contingentes populacionais deles excluídos em decorrência da supremacia do modelo médico assistencial privatista; do controle dos serviços de saúde pelos usuários. Neste sentido, o Projeto Montes Claros antecipa, em mais de uma década, embates que serão travados mais tarde no âmbito do que se convencionou chamar o Movimento Sanitário Brasileiro.

Como é bem sabido, no campo da "Esquerda da Saúde" que, nos anos 80, passa a propor a universalização do atendimento através do Sistema Único de Saúde, sob o controle do setor público e de Conselhos Populares, há personagens importantes que se aproximariam, enquanto "tipos ideais", dos líderes dos dois grupos contendores aqui identificados.

Há, por um lado, aqueles que, como Chicão, prefeririam, ao que tudo indica, se identificar publicamente como estrategistas políticos da saúde. São atores que, à medida que se redefinia o quadro político brasileiro, na chamada transição democrática, continuaram atuando como técnicos no campo da saúde, ao mesmo tempo que desenvolviam trajetórias nitidamente políticas com filiação e militância partidárias e participação ativa, até mesmo como candidatos, em disputas eleitorais.

Por outro lado, há os que, como Eugênio Mendes, provavelmente se sentiriam melhor assumindo publicamente a identidade de estrategistas técnicos da saúde. São personagens que permaneceram profundamente envolvidos com a formulação de propostas políticas para o setor saúde, mas que procuraram manter um distanciamento crítico com relação à "partidarização" do Movimento Sanitário, e que têm investido pesadamente em pesquisas e na produção intelectual.

Com todas as nuances formuladas por Weber, poderíamos dizer tratar-se de personagens que, do Projeto Montes Claros à Reforma Sanitária, escolheram viver, uns, a política, e, outros, a técnica (a ciência, nos termos de Weber) como vocação. E nem é necessário dizer que as duas vocações, embora mantenham, quase sempre, relações tensas, são igualmente fundamentais em qualquer processo de formulação e implementação de políticas públicas. Por isso, o Projeto Montes Claros foi, também, profundamente pedagógico: constituiu um locus para o exercício do conflito político entre pares, tão imprescindível para a construção da democracia que então se reiniciava.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M. H. T. e SORJ, B. (orgs.). Sociedade e política no Brasil pós-64 São Paulo, Brasiliense, 1983.

CARDOSO, R. L. , Movimentos sociais urbanos: balanço crítico. In ALMEIDA, M. H. T. e SORJ, B. (orgs.). Sociedade e política no Brasil pós-64, São Paulo, Brasiliense, 1983.

CINTRA, A.O., A política tradicional brasileira: uma interpretação das relações entre centro e periferia. In BALAN, J. (org.). Centro e periferia no desenvolvimento brasileiro, São Paulo, Difel, 1974.

JACOBI, P. R., Movimentos sociais e políticas públicas, demandas por saneamento básico e saúde, São Paulo, 1974-1984, São Paulo, Cortez, 1989.

LAMOUNIER, B., Representação política: a importância de certos formalismos. In LAMOUNIER, B., WEFFORT, F.C. e BENEVIDES, M. V. (orgs.) Direito, cidadania e participação, São Paulo, TAQ, 1981.

O'DONNELL, G. e REIS, F. W. (orgs.) . A democracia no Brasil - dilemas e perspectivas, São Paulo, Vértice, 1988.

SIMÕES, J. A., O dilema da participação popular. A etnografia de um caso, São Paulo, ANPOCS / Marco Zero, 1992.

SOMARRIBA, M.M.G., Community health and class society: the health programme of Norte de Minas, Brazil. Tese de Doutorado. University of Sussex, Inglaterra, 1978.

---

\_\_\_\_\_, Participação popular e distritos sanitários. Brasília, OPAS/OMS, Série Desenvolvimento de Serviços de saúde, 1989.



# A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO PROJETO MONTES CLAROS

*Francisco de Assis Machado\**

Tratar separada e impessoalmente as experiências do Vale do Jequitinhonha e de Montes Claros é, para nós, impossível. Em primeiro lugar, porque existem traços muito fortes de continuidade entre os dois projetos: a importância do papel que representaram na introdução do planejamento em saúde no Estado (e no país); os mesmos interesses nacionais que mobilizaram recursos financeiros necessários à sua realização; a similaridade dos cenários regionais construídos no mesmo processo histórico, cultural, político e econômico e, sobretudo, a mesma Direção, que viveu naqueles seu processo de aprendizado em administração e planejamento de sistemas de saúde.

Em segundo porque, em nosso processo de individuação, o período de sete anos vividos na direção dos dois projetos foi muito mais importante do que os trinta e três vividos anteriormente. De fato, até assumirmos a implantação do Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha, cumpríamos apenas papéis definidos pela sociedade com sua ideologia dominante: o de médico, o de marido e o de pai de família. Só a partir de 1971, quando rompemos com a maneira de

---

\* Médico Sanitarista e Mestre em Ciência Política.

viver dada e nos lançamos na aventura de construção do futuro escolhido, em atividade nunca experimentada antes, em ambiente estranho e com novas relações sociais de trabalho, é que passamos a nos construir como pessoa, indivíduo, cidadão.

Cumpra ainda ressaltar que adotamos aqui, como entendimento de organização dos serviços, o modo ou maneira pelo qual escolhem-se, quantificam-se, mobilizam-se, compõem-se e dispõem-se os recursos para se alcançar fins, objetivos e propósitos. E também, a idéia de que se o desejo é fazer o melhor juízo da adequação da organização dos serviços operada para alcançar determinados objetivos ou propósitos importa, antes de tudo, ter claro quais objetivos e propósitos se buscou alcançar. Pois, como se sabe, nem sempre os objetivos anunciados são os perseguidos pelos que conduzem os projetos. Como veremos a seguir.

## 1º - O PROCESSO DE APROPRIAÇÃO DOS PROJETOS E REDEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Em 1971, quando se iniciou a implantação do Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha, era generalizada, entre planejadores e administradores, a idéia de que o êxito da execução de um projeto depende de sua coerência interna, de sua consistência. E a de que clareza, precisão e compreensão dos objetivos são as principais condições para a obtenção da coerência interna. Pouca importância se atribuía à coerência externa e à adesão aos objetivos dos executores ou de outros atores envolvidos.

A presunção dos planejadores dada pela dominação da ideologia tecnocrática, de controlarem todas as variáveis, somava-se na época ao sentimento de onipotência dos que definiam objetivos e decidiam prioridades: os participantes do poder de Estado, em um momento de autoritarismo máximo. Isto informava a própria concepção do planejamento normativo que se praticava então.

Mas, já naquela época, a direção do Programa, pela sua visão política, se colocava na prática resistindo à concepção vigente do planejamento. Assim é que, acreditando que o poder político só é real quando fundado na hegemonia - que passa mais pelo convencimento do que pela imposição de supostas verdades - buscava-se construir instrumentos e sinais que facilitassem a apropriação dos objetivos pelos executores do programa, bem como pela população e lideranças políticas locais.

Instituiu-se uma administração participativa com a criação de um colegiado de decisão, o Conselho Técnico Administrativo (CTA) com representação das diferentes áreas técnicas e administrativas, ins-

pirado na estrutura organizacional proposta por Likert (1971), a da administração através de grupos ou colegiados superpostos.

E isto não se deu porque houvesse, então, conhecimento de que alguma teoria assim o recomendasse, como pode fazer supor a referência ao mencionado autor. O processo que levou à gestão participativa começou pela predisposição de se encontrar alternativas ao "autoritarismo" da organização "em linha", passou pela valorização do saber empírico e se alimentou em uma "resistência", não muito elaborada ainda, à alienação dada pela fragmentação de objetivos e parcelamento do trabalho em tarefas simples e atribuíveis a diferentes trabalhadores.

Assim é que, já de início, buscaram-se mecanismos informais de participação em reuniões e outras atividades coletivas onde se discutiam problemas práticos enfrentados pela Direção e onde se procuravam soluções. Muitas questões importantes eram resolvidas com a experiência de trabalhadores comuns, como por exemplo a do transporte, para distribuição mensal de quinze toneladas de medicamentos numa área de mais de 60.000km<sup>2</sup>. Não se dispunha de caminhões e quando o assunto foi discutido mais amplamente, um motorista sugeriu negociações com o Departamento de Estradas de Rodagem para que esse fizesse o transporte em troca do fornecimento de medicamentos aos seus funcionários que percebessem menos de dois salários mínimos. Assim foi encaminhado o problema com pleno êxito.

Redefiniram-se os objetivos do Programa que passaram a priorizar o atendimento às necessidades imediatas da população. A proposta original priorizava o desenvolvimento de ações preventivas como as de controle da doença de chagas, controle de tuberculose, controle de hanseníase, vacinação e educação para a saúde e para isso adequava os recursos materiais e humanos. Muito cedo percebeu-se, pela pressão de lideranças políticas locais, que a população priorizava o atendimento em ambulatórios gerais de agravos que ameaçavam mais imediatamente sua sobrevivência, como as diarreias agudas, a desnutrição, as infecções respiratórias agudas, etc. O programa passou então a rever os objetivos colocando dentre as prioridades o atendimento às necessidades imediatas da população, adequando o perfil do pessoal e os recursos materiais ao de um ambulatório geral que desenvolvesse também as ações preventivas programadas. Obviamente obteve-se, com isso, maior apoio político ao Programa.

As práticas participativas, através do CTA e a redefinição de objetivos que passaram a incorporar as demandas da população através de suas lideranças, criaram condições para o fortalecimento da condução política do programa, que se sentiu então encorajada a aprofundar a busca de novos instrumentos e mecanismos para ampliar alianças e enfrentar oposições. Pois, é claro, aqueles que definiram as

prioridades e objetivos iniciais passaram a se opor à condução dada, principalmente os "donos" dos departamentos de Tuberculose, Hanseníase, Doenças Transmissíveis, etc, que tinham grande peso na Secretaria de Saúde de Minas.

Os chefes dos citados departamentos mantinham seu poder pela articulação e manutenção de especialistas a eles subordinados nos vários níveis da administração: Secretaria Estadual de Saúde, Diretorias Regionais e Unidades Sanitárias ou Centros de Saúde. O agrupamento de atividades se fazia pelo critério de especialidade do processo, com os donos do saber técnico especializado dominando o poder.

A tal poder veio a se contrapor, após 1964, um novo poder técnico menos ligado a profissões como a dos médicos: o poder dos "planejadores", intelectuais orgânicos da nova etapa de desenvolvimento capitalista, encarregados de difundir em todos os campos de atividades a ideologia da eficiência, da razão econômica. No momento em que se iniciou a experiência, os planejadores disputavam espaço junto ao poder com os chefes de departamento e por isso foram aliados importantes da direção nos primeiros conflitos.

Com o avanço da gestão participativa e a valorização do saber empírico, o poder se desconcentrou e passou a ser mais influenciado pela razão política. Por isso os chefes de departamento se sentiram enfraquecidos e desprestigiados, passando a se opor à direção dada, o mesmo ocorrendo com os "planejadores" em um segundo momento. Depois de algum tempo também os "planejadores" passaram a fazer restrições à equipe regional.

Em Montes Claros, pelo que se aprendeu em Diamantina, já se colocava de maneira clara desde o início, a necessidade de articulação entre a equipe executora do projeto e a população para apropriação e redefinição dos objetivos. Isso se refletiu no recrutamento, seleção e treinamento da própria equipe em todos os seus níveis. Todas estas atividades passaram a ser orientadas pela idéia geral de que os elementos mais importantes a serem observados para compor o perfil do futuro integrante da equipe, seriam a abertura às novas idéias, o gosto pela história e pelo povo da região e a simpatia pelos propósitos de transformação da realidade, num processo coletivo de criação. Buscavam-se, enfim, pessoas que ainda não tivessem uma "cabeça feita", mas aquelas que pudessem mais facilmente absorver os elementos da "contra ideologia" que viria a se construir.

Em Diamantina percebera-se que a população queria mais do que serviços de saúde. Observou-se por exemplo que, quando houve oportunidade de se distribuir leite em algumas unidades, mesmo sem qualquer esforço de comunicação as filas pelo atendimento se multiplicaram. E a Direção do Projeto passou a se indagar se deveria restringir-se, na busca da saúde, a produzir serviços médicos.

Germinava um novo conceito de saúde que iria se conformar definitivamente, mais tarde, já no Norte de Minas: o de saúde como expressão da qualidade de vida.

Como conseqüência os auxiliares de saúde - componentes nucleares da nova equipe de saúde proposta -, passaram a ser reeducados para se constituírem como agentes dinamizadores do processo de transformação social, que deveria propiciar melhor qualidade de vida à população. Por isso, procurou-se abolir, nas equipes de saúde, tudo que pudesse identificá-la com a proposta de simples extensão da medicina oficial, da medicina dos dominantes: vestuário, comportamentos, linguagem, hierarquia, etc. E neste sentido, a própria equipe de supervisão passou por uma verdadeira reciclagem, submetendo-se a um estreito contato com o povo e com a região, de modo a se depurar de seus possíveis gostos e costumes urbanos e elitistas.

Deve-se notar ainda que em Montes Claros, o CTA passou a ter representação "mais democrática", com a participação não mais de Chefes de Serviços e de Seções, mas de representantes de categorias funcionais eleitas pelos seus pares, proporcionalmente ao número de representados, na base de um para quatro. Por exemplo, o 1º CTA constituído tinha um representante da Direção Geral, um representante de Chefes de Serviços, dois representantes de Chefes de Setores, dois representantes de motoristas, quatro representantes de supervisores, quatro representantes de auxiliares administrativos e dois representantes dos serviçais. Parecia ser necessário uma nova estrutura de poder que valorizasse a participação das categorias de funcionários "populares" para garantir o processo contra o domínio da decisão pelos que detinham cargos ou funções de hierarquia, supostamente mais vulneráveis ao sistema dominante, representado pelo pessoal da Secretaria da Saúde, pelo Nível Central. E, criou-se, como instância de recurso e de decisão maiores, uma Assembléia Geral às segundas-feiras.

Os objetivos do Projeto deixaram portanto de se restringir ao experimento de um modelo assistencial, conforme parecia ser a intenção dos seus autores e passaram a dar uma ênfase muito maior ao experimento de novas relações dentro da equipe e dessa com a população, marcadas pelo desejo e pela busca de democracia, entendendo-se que somente com novas relações políticas capazes de compatibilizar liberdade e igualdade seria possível modificar favoravelmente os níveis de saúde da população. Os objetivos redefinidos do projeto passaram a ser opostos aos originalmente propostos, ou seja, de manter uma população oprimida e explorada, acomodada e conformada com tal situação.

Isto foi explicitado pelo Superintendente Geral de Saúde, de então, o Prof. José Pinto Machado, que coordenou o IPPEDASAR, o instituto que elaborou o projeto. O professor sempre dizia, quando

havia oportunidade, que o "pessoal havia distorcido as finalidades do Projeto Montes Claros".

Verifica-se assim, que na experiência de Diamantina e de Montes Claros redefiniram-se os objetivos, que passaram progressivamente a ser elaborados pela equipe regional articulada com as lideranças políticas locais, com a militância "de esquerda" nacional, do setor, e se dirigiram para a transformação da realidade. Não que o processo não tivesse tido um rumo e que este tivesse sido construído no "caminhar", com as assembléias e no CTA. O rumo era a negação das verdades absolutas contidas em normas definidas pelo autoritarismo da ditadura, do saber tecnocrático e de interesses corporativos. O rumo era construir o projeto não segundo os objetivos de interesses particulares propostos inicialmente - não bem conhecidos naquela época, porém patrocinados pela ditadura e pela tecnocracia -, mas segundo o interesse público a ser definido democraticamente no convívio da equipe de saúde entre si e com a população. Isto parece não ter sido muito bem captado pelos que estudaram a experiência e, no entanto, a nosso ver, foi o que a fecundou. E foi também o que tanto atraiu aqueles que, no setor saúde, lutavam pela democracia, particularmente os militantes de partidos de esquerda.

## 2º - A MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS

Tem-se ouvido, em muitos momentos, que o Projeto Montes Claros só se tornou expressivo pelos vultuosos recursos financeiros colocados a sua disposição. Isto tem muito a ver com o propósito de desvalorizar a competência da direção do projeto. O que, aliás, ainda serve a disputas em conflitos que são quase sempre negados.

Qualquer pessoa que tenha experiência na administração pública, sabe que nunca faltam recursos para qualquer projeto quando este se torna prioritário, uma situação que se sustenta ou se constrói politicamente.

No caso, a simples capacidade de executar um orçamento atesta a competência da direção, pois é fato conhecido que imensos recursos se perdem na burocracia estatal de saúde, particularmente nos níveis centrais da administração estadual por pura incapacidade da burocracia em aplicá-los.

Além do mais, comparados os recursos gerados pelo Projeto com aqueles inicialmente colocados à sua disposição, fica claro que houve muito lucro para o Estado. Os recursos consignados ao Projeto para um prazo de dois anos correspondem em dólares, mais ou menos, à metade do que hoje se administra mensalmente na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. E os recursos alocados posteri-

ormente no Estado pelo PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e de Saneamento) e pelo INAMPS para manutenção da rede de Centros e de Postos de Saúde superaram em muito aqueles valores.

Em relação à mobilização de recursos materiais, basta considerar que com os mecanismos encontrados para passar ao largo das normas vigentes - para tocar obras públicas e comprar equipamentos - que todos reconhecem ser extremamente imobilizadoras, conseguiu-se agilidade suficiente para se construir ou reformar e equipar mais ou menos 55 Centros e 190 Postos de Saúde em praticamente dois anos.

Hoje, apenas para ilustrar, a rigidez das normas que garantem o monopólio da administração de obras públicas na Secretaria de Obras, a reforma de um único hospital, em Minas, se arrasta por cinco anos a custos astronômicos. É o caso do Hospital João XXIII em Belo Horizonte.

Em Montes Claros obteve-se um acordo, aproveitando interesses eleitorais de secretários de Estado e de prefeitos, que garantiu a administração das obras pelas prefeituras sob projetos e fiscalização da equipe regional. Os equipamentos foram padronizados e comprados de uma vez com grande antecedência e armazenados nos municípios para utilização futura.

Mas foi na mobilização dos recursos humanos que se inventou muito. O "rumo" orientava. E a vontade de "revirar as coisas", de "fazer uma revolução", levou o pessoal da equipe a praticar uma coisa que não era usual: agir como verdadeiros funcionários públicos, como servidores do povo. Era como se fingisse que o governo era o governo do povo, como se eles fossem realmente funcionários ou servidores do povo. E aí já não importavam os salários, as mentiras dos "políticos". A "participação" entendida como compromisso de compartilhamento nas decisões rompia com a alienação do processo de trabalho. E, para que tal acontecesse, era essencial a polivalência, isto é, a superação da divisão do trabalho baseada na especialização determinada burocraticamente. Ou por outra, as atribuições, para uma ação específica (negociar com prefeitos, p.e.) passaram a ser definidas como consequência da capacidade maior de cada um contribuir para o objetivo geral e, menos em razão de profissões ou de competências hierárquicas.

As idéias fortes que permeavam e orientavam todas as atividades, condutas, comportamentos e atitudes eram as de "coisa pública", "construção coletiva", "participação", "igualdade" e "liberdade". Quanto mais se incorporavam tais idéias nas práticas do Projeto, maior se tornava a motivação de todos. Através do CTA e das Assembléias checavam-se decisões, condutas, comportamentos e atitudes tendo como referências aquelas idéias. Isto trazia uma legitimidade para a direção do Projeto cujas decisões se tornavam inquestionáveis publicamente.

Era o que, de fato, alimentava o "pseudo-consenso". "Pseudo-consenso" porque os que se colocavam contrários à condução dada não encontravam meios e ânimo para, publicamente, contestá-la. E os interesses particularistas, individualistas, totalitários e autoritários não encontravam condições para articular oposições. Mesmo num ambiente político externo que lhes favorecia claramente. Por que de 1975 a 1977 vivíamos ainda na Ditadura.

A radicalidade do compromisso com a liberdade e igualdade teve conseqüências dramáticas: casamentos foram desfeitos, suicídios aconteceram. Parece que muitos dos que se entregaram à aventura do Projeto Montes Claros não mais aceitaram a volta ao cotidiano do medo, da repressão, da submissão. E até hoje os lamentos conseqüentes à volta ao real se fazem ouvir na Diretoria de Saúde de Montes Claros, por parte dos que viveram a experiência.

É é inimaginável que uma experiência que colocava em questão de modo tão permanente a realidade vivida, de forma tão radical as normas vigentes, de maneira tão desafiante o saber formalmente organizado, deixasse de produzir conflitos. Conflitos houve; e muitos. E não conflitos imaginários como querem fazer crer aqueles que os procuraram disfarçar, por que assim lhes era conveniente.

Vale a pena comentar, ainda que de passagem, uma outra idéia que se procura generalizar de forma depreciativa: a condução carismática do Projeto Montes Claros, o carisma do chefe. Carismática é um qualificativo depreciativo de uma condição de liderança não compreensível ou explicável pela razão científica. Para muitos então, carismático é qualquer líder que mobiliza e dirige vontades além do explicável pelo simples lugar de poder que ocupa ou pela quantidade de saber que detém. Carismática pode ser também a capacidade de comunicar a verdade provisória, mas a mais verdadeira, convincentemente. Os tecnocratas têm medo e até raiva dos carismáticos. Mas o carisma é que de fato mobiliza vontades. Pois a ação política não se realiza apenas pela posse do saber instrumental - pela posse de tecnologia - e pela capacidade de cálculo estratégico. Ela requer o agir comunicativo que só é possível quando os interlocutores - possíveis aliados futuros - estão de acordo sobre valores universais colocados em questão pelos supostos adversários. A nosso ver o carisma é a capacidade que certas pessoas têm de comunicar suas verdades de forma mais convincente do que é comum. Talvez porque tais pessoas tenham mais paixão pelos seus objetivos.

### 3º - A ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

A organização dos recursos, isto é, a organização do trabalho



propriamente dita, obviamente "fez eco" ao espírito da condução geral do Projeto.

À organização burocrática de "linha e staff" formal antepôs-se, inicialmente, em Diamantina, a organização por grupos superpostos de Likert, e depois em Montes Claros a matricial com grupos-tarefa, articulados por micro região ou área programática, naquilo que se chamou "supervisão integrada".

A organização por grupos superpostos teve suas vantagens potencializadas, em Diamantina, pela simplicidade e pequeno número de funcionários que formavam "os grupos" nos quatro níveis de hierarquia. Assim o grupo de direção superior era composto de Chefe Regional e dos Chefes da Divisão Financeira e da Divisão Administrativa e do Coordenador de área técnica. Já o Grupo da Divisão Financeira era constituído pelo seu chefe, mais os chefes dos serviços de Controle Orçamentário e do Controle Financeiro.

Os Serviços se organizavam em no máximo três seções e estas não tinham mais do que cinco funcionários. Ao todo não mais de 120 funcionários participavam da condução do Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha, convivendo em um único local. A comunicação horizontal e vertical era muito facilitada pelo alto grau de informalidade adotada pela direção superior e pelos mecanismos de integração social que foram sendo desenvolvidos: práticas esportivas no próprio local de trabalho, após o expediente; "batuques" e "cervejada" nas sextas-feiras; organização de equipes esportivas representativas da organização etc.

A criação do CTA, com representação de todas as chefias, facilitou muito a coordenação e recomposição do objetivo fracionado em toda organização em "linha e staff" nas inúmeras seções.

Com a evolução dos trabalhos os aspectos negativos da especialização (afastamento do objetivo ou produto final do trabalho coletivo e ignorância em relação ao processo geral de trabalho p.e.) foram amenizados pela fluidez da comunicação lateral. Progressivamente, o especialista em fisiologia, p.e., que respondia pelo controle de Tuberculose, passou a transferir e coletar informações de outras atividades e programas junto à equipe local de saúde, colaborando na sua supervisão com os outros colegas, de tal modo que cada supervisor passou a cumprir o papel de especialista mas também o de generalista. No organograma isto se refletiu no desdobramento da supervisão técnica em uma supervisão especialista que funcionava como assessoria e em uma supervisão polivalente que atuava em linha de comando para um conjunto de Unidades Sanitárias. Nestas, as auxiliares de saneamento, visitantes sanitários e atendentes foram transformando-se em auxiliares polivalentes de saúde através de treinamento em serviços.

Até em atividades as mais simples, procurou-se, simbolicamente, romper com a rigidez da divisão do trabalho, com a especialização e com a hierarquização das funções. Do desenvolvimento de tarefas, as mais simples, como descarregar ou carregar um caminhão de medicamentos, participavam todos os presentes, inclusive o Chefe da Regional. Valorizou-se o saber empírico e muitas vezes a opinião e a participação do funcionário comum orientou ou reorientou decisões superiores.

Do ponto de vista político - ideológico, ainda que não muito conscientemente, buscou-se imprimir a idéia do público e do particular. Assim, por exemplo, ao mesmo tempo que se proibía com severidade e rigor o uso privado dos veículos pelo motorista e demais funcionários, permitia-se e estimulava-se que o primeiro tivesse controle exclusivo do "seu" carro dotando-o de acessórios e enfeites que mais lhe agradassem. Cada datilógrafo tinha "sua" máquina, cada vigia tinha "seu" revólver, cada trabalhador tinha "seu" instrumento de trabalho. Entretanto, nenhum podia utilizá-lo para fim que não fosse o do serviço.

Em Montes Claros, a crítica à divisão e organização burocrática de trabalho chegou a extremos. Assim, por exemplo, a especialização do saber passou a ser vista como mecanismo de expropriação do conhecimento do funcionário comum. Mecanismos foram sendo desenvolvidos para que todos entendessem o máximo de tudo. O Chefe das Finanças, por exemplo, teve que ensinar em Assembléias o processamento de despesas, desde a seleção de preços até a quitação de débitos, principalmente para aquilo que interessava mais diretamente a todos: despesas de viagens, pagamento de serviços de terceiros nas unidades locais, etc. As assembléias gerais substituíam outros mecanismos de coordenação, controle e mesmo de reciclagem de pessoal passando a desempenhar, com o caminhar do projeto, o papel de momento privilegiado do aprendizado.

Com a constituição dos grupos-tarefa para apoio e orientação às áreas programáticas - constituídas para trabalhar um conjunto de municípios a supervisão integrada - e com a reformulação do CTA que passou a ter representação de categorias funcionais e não mais apenas das de Chefias, aumentou-se a comunicação lateral obtendo-se então um altíssimo grau de coordenação e sincronia no desenvolvimento de tarefas.

A nível local, porém, o objetivo maior de democratização levou ao aparente paradoxo do aprofundamento da divisão de trabalho. É que ali havia que se quebrar o poder concentrado no médico, para sua apropriação pelo novo coletivo que se formava; através do parcelamento do trabalho e tarefas que ele médico monopolizava e sua passagem para outros trabalhadores.

Coerentemente, o planejamento, a direção e o controle passaram a ser exercidos coletivamente pelas assembleias, a nível regional e de área programática, e pelas reuniões de módulo básico, a nível local (assembleias dos funcionários da saúde de um município da qual participavam autoridades municipais e usuários e que se realizavam mensalmente.).

Muito embora tenham sido sempre divulgados como características mais importantes do modelo assistencial proposto para Montes Claros os princípios da hierarquização das ações de saúde em escala de complexidade crescente, a integração setorial, a aplicação de tecnologias adequadas à complexidade das ações desenvolvidas, a coordenação institucional, a racionalização dos serviços com descentralização administrativa e a participação comunitária, são, a nosso ver, uma nova divisão de trabalho na equipe de saúde, sendo o parcelamento do ato médico em tarefas atribuíveis a diferentes trabalhadores o núcleo racional do novo modelo: a criação da "oficina" da Saúde.

A coexistência estabelecida entre o formal e o informal, entre a divisão hierarquizada do trabalho e os mecanismos de horizontalização das decisões, entre o saber especializado e a polivalência, não pode ser vista como algo conseqüente e estabelecido apenas pela necessidade de se manter a legitimidade do Projeto junto às instâncias de controle centrais (Secretaria de Saúde e Ministério), enquanto se orientavam outras formas "revolucionárias" de se organizar o trabalho. Havia uma certa intenção de se ter presente, para todos, algo que pudesse ser negado mas que por sua vez orientasse, sob tensão, a construção do novo. Por isso, em nenhum momento, procurou-se excluir da equipe os representantes do pensamento tradicional e, até pelo contrário, procurou-se sempre garantir sua permanência. Para alguns mais progressistas parecia, inclusive, incompreensível a "tolerância" com os "inimigos" que "sabotavam" sempre o projeto.

Mas a construção do novo é vista como um processo que não tem fim, em oposições que nunca são as mesmas. E a idéia da provisoriedade da verdade estava presente em todas as atividades: o treinamento ou aprendizado, por exemplo, tem um primeiro momento em Porteirinha. Mas ele nunca se completará, prosseguindo em seminários, encontros, reuniões de módulo básico, boletins, reciclagens, etc.

Nas construções a proposta é não fazer nada definitivo, daí a preferência pelos acoplamentos, pelas reformas, pelas construções modulares. O espaço físico e os equipamentos na regional de Montes Claros não tinham "donos" e cada um devia ocupar o que estivesse disponível, o que, para quem visitava a sede da administração do projeto dava a impressão de "caos". Esta impressão certamente contri-

buiu para que o Professor Mário Testa se referisse assim a Montes Claros, (entrevista a Federico Tobar em 02/06/93): "... para quem chegava de fora a equipe de Montes Claros brindava um panorama, uma imagem impressionista, caótica. Não havia uma estrutura organizacional hierárquica clara, o sistema era predominantemente horizontal e informal, não existia um organograma claro, mas uma extrema fluidez. Eu chamei a esse modelo de administração pelo caos".

Como método geral toda norma vigente devia ser questionada e o processo de produção de novos conhecimentos devia partir da reflexão sobre uma prática que levava a uma nova prática para novas reflexões e práticas, etc. Todos eram convidados à ousadia da recriação desde que respeitados os "rumos" do Projeto, sempre reafirmados no C.T.A. e nas Assembléias.

A organização do trabalho no Projeto Montes Claros se adequou assim de forma a garantir o postulado de coerência sugerida por Testa entre "propósitos, métodos para alcançá-los e a organização das instituições que se encarregam disso", como observa muito bem Federico Tobar em recente relatório de pesquisa ao analisar aquele projeto (ver a 1ª parte sobre a pesquisa do Projeto Montes Claros).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIKERT, R. *Novos Padrões de Administração*. São Paulo: Editorial Pioneira, 1971.

MACHADO, F. A. "Participacion del Personal en la Direccion de um Servicio de Salud Pública". *Boletim de la Oficina Sanitária Pan-Americana*. 84(6), 1978.

TOBAR, F. "Nova Racionalidade Técnica" in: TEIXEIRA, Sonia M. F.(coord). *Projeto Montes Claros - Recuperação Crítica e Recuperação Estratégica*, Rio de Janeiro, mineo, 1993.

# O SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS COMO ESPAÇO DE ATUAÇÃO ACADÊMICA.

*Francisco Eduardo de Campos \**

Este artigo pretende recuperar dois momentos: o primeiro tem como palco o movimento estudantil em Belo Horizonte no início da década de 70, onde ocorreram eventos que vieram a determinar o segundo momento, que foi a implementação do Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG, implementado a partir de 1978, cuja primeira base geográfica foi Montes Claros. Apesar de que o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas tenha sido alvo de várias intervenções ou "experimentos acadêmicos", por parte de várias Faculdades e Escolas, tanto da área de ciências da saúde como de outras, certamente o Internato Rural teve uma posição singular. Isso se deve tanto ao seu volume — que chegou a englobar simultaneamente mais de 40 cidades, quanto à posição singular do processo de reformulação curricular em medicina vivido pela UFMG. Da mesma forma descreve os primeiros momentos de implementação do Internato Rural, buscando entendê-lo dentro do contexto do que foi a experiência de Montes Claros.

---

\* Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG e Consultor do Programa Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde.

## A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA

O movimento estudantil brasileiro passou por profundas transformações no início dos anos 70. O pico da repressão política desencadeado pelo golpe de 64 se dera em 68/69 e no cenário político nacional se iniciava o que posteriormente veio a ser conhecido como a distensão. As modalidades de luta utilizadas no auge do processo repressivo já careciam de sentido. A Faculdade de Medicina da UFMG havia sido um importante celeiro de quadros políticos que se destacaram nacionalmente no combate à ditadura militar, muitos dos quais encontravam-se encarcerados ou exilados. Note-se que a UFMG teve nesse momento uma trajetória distinta de instituições congêneres, o que talvez possa ser explicado pela inexistência de solução de continuidade institucional de sua direção máxima, mesmo após rudes golpes como a cassação de vários de seus dirigentes e docentes. Qualquer que seja o motivo, o fato é que o processo repressivo não teve a mesma crueza vivenciada em outras instituições, onde muitas vezes o estabelecimento de assessorias de segurança e o encorajamento à delação fizeram com que praticamente fossem abolidas quaisquer atividades críticas, notoriamente o movimento estudantil. Não se quer com isso afirmar que a UFMG fosse um mar de rosas. De qualquer forma, os Diretórios Estudantis mantiveram um nível basal de atividade mesmo nos momentos mais duros. Evidentemente foge do escopo deste trabalho a análise do porque da situação anteriormente descrita, mas certamente os fatos apontados devem ser tomados em consideração para se entender o que se passa a seguir. O desafio existente no início dos 70 era, portanto, a reconstrução do movimento estudantil combativo e desatrelado do oficialismo, o que não se deu sem os percalços de um momento onde seguia pairando a repressão política.

Não é difícil entender, neste contexto, a ocorrência de um forte esvaziamento do movimento estudantil, com o progressivo crescimento de uma massa de estudantes alienada das questões políticas, consequência do processo de intimidação por vezes velado, por vezes bastante explícito. Como indicador dessa despolitização é oportuno lembrar que em 1973 por muito pouco a diretoria do Diretório Acadêmico Alfredo Balena, da Faculdade de Medicina da UFMG, não foi tomada por uma chapa cujo programa consistia na retomada do lazer e das atividades esportivas e culturais como centro da ação da instituição. Chamava especial atenção a ênfase dada à recuperação das mesas de ping-pong como o ponto alto do programa apresentado. A vanguarda do movimento buscava formas de superar e reverter tal tendência, sem muito êxito. As reuniões de caráter político do movimento estudantil não conseguiam mais atrair muita gente, exauridos que estavam todos

pela clima repressivo reinante. Assim, a militância de esquerda no movimento estudantil no setor saúde cada vez mais se esvaziava, reduzindo-se a uma dúzia de ativistas.

A introdução da discussão sobre saúde comunitária teve um efeito de reverter tal tendência de esvaziamento. Muitos estudantes passaram subitamente a se interessar pelas discussões promovidas pelo Centro de Estudos de Saúde (CES), que havia sido criado em 1973 dentro do Diretório Acadêmico Alfredo Balena. O CES realizava suas reuniões aos sábados, para permitir a participação tanto de estudantes de outras áreas quanto de profissionais de saúde. Apesar disso, em várias as ocasiões houve a necessidade de se dividir a assistência em grupos menores, tal era o afluxo de pessoas interessadas nessa discussão. Houve uma intensa atividade de identificação, estudo e discussão tantos de experiências relatadas na bibliografia disponível quanto de algumas que foram apresentadas diretamente por seus protagonistas. Em seu momento de auge, o CES chegou a publicar a revista *Nemesis*, na qual se veicularam importantes contribuições e cujo nome se inspirava no título francês do livro de Ivan Illich.

Duas frentes de trabalho foram desenvolvidas quase que simultaneamente e ambas guardam interrelação com o que viria a se constituir, no futuro, o Internato Rural da Faculdade de Medicina. A primeira delas está relacionada ao Processo de Desenvolvimento Curricular da Faculdade de Medicina da UFMG e o segundo ao movimento da Medicina Comunitária.

No primeiro caso, o que se pode verificar é que a Faculdade de Medicina da UFMG sempre havia tido um papel de destaque a nível nacional. Tiveram seus dirigentes uma marcada participação na reunião de Viña del Mar - evento que marcou a introdução do movimento preventivista nas escolas médicas da América do Sul - implantando logo a seguir um Departamento de Medicina Preventiva que teve uma destacada atuação. Em 1962 a Faculdade de Medicina lidera a fundação da Associação Brasileira de Educação Médica, cuja sede formal é Belo Horizonte até hoje. Ainda nessa mesma década a Faculdade recebe um expressivo apoio da Fundação Rockefeller, o que dá condições a um espetacular desenvolvimento de sua área de ciências básicas. No início dos anos 60, coincidindo com o ideário veiculado na reunião de Punta del Este, que havia apontado a escassez de médicos como um dos principais problemas do continente, é proposta uma reforma curricular que concentra e reduz o tempo de estudos para 5 anos, o que se dá às custas da supressão do Internato. Este currículo reduzido, entretanto, é autorizado pelo MEC em caráter experimental, comprometendo-se a Faculdade de Medicina a avaliá-lo ao final de 10 anos de implantação. Por outros motivos, entretanto, neste ínterim ocorrera uma forte expansão de matrículas tanto pela duplicação do

número de escolas médicas no Brasil (especialmente das escolas privadas) como pelo incremento das matrículas nas escolas públicas mais tradicionais. No caso específico da FMUFMG as matrículas anuais se haviam quadruplicado, saltando de 80 para 320. Havia perdido o sentido, portanto, a manutenção de um currículo comprimido para responder à necessidade de mais profissionais. O pêndulo havia dado sua volta e a tendência já era exatamente a oposta, estando a corporação médica mais fortemente empenhada neste momento em reduzir as matrículas alunos visando manter sua força.

Há que se tomar nota de que o início da década dos 70 foi especialmente rico em reformas curriculares na região latino-americana e ainda mais interessante ressaltar que, passado este período, praticamente não se registraram novos experimentos. A maioria de tais reformas guarda alguma forma de inter-relação com as inovações curriculares levadas a efeito no hemisfério Norte tanto em Case-Western Reserve, (Cleveland, Ohio) quanto na Mac Master University (Hamilton, Ontario). Ambas experiências representavam alternativas à reforma flexneriana, buscando superar o ensino departamentalizado e disciplinar, a eleição do Hospital como *locus* privilegiado ou exclusivo de ensino e a dicotomia entre os ciclos básico e clínico. Entre os projetos desenvolvidos na região latino-americana, merecem citação duas novas escolas médicas, ambas baseadas em modelos pouco convencionais de ensino e que são criadas entre o final dos 60 e o início dos 70. A Universidade Metropolitana Autônoma do México - Unidade Xochimilco consagrou o ensino baseado em módulos não relacionados exclusivamente aos processos mórbidos senão que tendo o processo vital humano como eixo organizador. A nível nacional a recém criada Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília baseia seu ensino nos sistemas orgânicos e não nas disciplinas tradicionais. Em relação a instituições já existentes merecem destaque a criação do currículo experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a reforma curricular da Faculdade de Medicina da UFMG. A maioria dos projetos inovativos foram descontinuados e poucos permanecem até os dias de hoje. O caso da UFMG encontra-se entre os que mais longevidade teve enquanto processo inovador e sem dúvida teve um amplo impacto discursivo dentro do Brasil.

Paralelamente aos desenvolvimentos que vinham se dando dentro do movimento estudantil ocorreu na educação médica em geral um movimento de crítica ao empiricismo com que os professores de medicina concebiam o currículo. A contribuição de pedagogos e de outros profissionais das ciências sociais bem como a utilização de tecnologias educativas alternativas tiveram neste momento o seu auge. Pela primeira vez na história a direção da Faculdade de Medicina da UFMG convocou uma equipe multiprofissional para desencadear a avaliação



e o desenvolvimento do novo currículo. Foi criado o Núcleo de Assessoramento Pedagógico (NAP), cuja produção teve um valor extraordinário no sentido tanto de descortinar o que estava ocorrendo ao interior do curso médico, como analisar possíveis alternativas de transformação, estando alguns destes trabalhos sintetizados numa publicação da UFMG que foi essencial nos momentos que se seguiram.

O Diretório Acadêmico Alfredo Balena em conjunto com segmentos docentes que tinham propostas similares tiveram um destacado papel na formulação de alternativas e propostas curriculares, trabalhando em uma estreita relação com a equipe do NAP. Uma das atividades foi a identificação de experiências curriculares de distintas regiões do mundo, buscando ali elementos que pudessem ter aderência à realidade da UFMG. Ademais dos modelos antes referidos de Case-Western Reserve e Mac Master, analisaram-se várias experiências, uma das quais teve uma importância marcante. Tratava-se da proposta de "Enseñanza Profesional Supervisada", desenvolvida na Universidad de San Carlos da Guatemala, no qual os estudantes exerciam suas práticas em regiões distantes e recebiam supervisão através de distintas modalidades por parte da escola médica. A conjugação desta reflexão com a discussão do sistema de saúde que vinha sido desenvolvido no Vale do Jequitinhonha, conhecido pelo indecifrável acrônimo CEDESSPAC, sediado em Diamantina e dirigido por Francisco Machado — o qual em uma das sessões do Centro de Estudos em Saúde desafiou aos estudantes a participar da experiência —, criou as condições objetivas que embrionaram o projeto do futuro Internato Rural. A partir do repto lançado se identificou um grupo de estudantes voluntários que se deslocou para pequenas cidades do Vale do Jequitinhonha, com o objetivo de prestar atenção médica e fazer medicina comunitária, em julho de 1974. A avaliação final do estágio apontou-o como experiência rica e válida, recomendável como disciplina curricular.

Em junho de 1974 realizou-se o evento mais marcante da reforma curricular da FMUFMG, que foi o I Seminário do Ensino Médico. O movimento estudantil e alguns segmentos docentes comprometidos com a efetiva mudança da educação médica improvisaram algo parecido com uma "sala de situações", buscando avaliar as propostas adversárias, tanto em seus aspectos positivos quanto em suas debilidades, no intuito de enfraquecê-las. Não foram descuidados aspectos operativos como a distribuição dos grupos de trabalho, de forma a garantir a marcação corpo-a-corpo dos representantes do pensamento conservador. O I Seminário havia sido precedido de debates com todos os representantes das propostas alternativas de forma a melhor mapear o campo adversário. Ademais da presença de professores e estudantes da Faculdade de Medicina participaram do evento um grupo de consultores da Organização Panamericana da Saúde, desta-

cando-se as figuras de Juan Cesar Garcia e Carlos Vidal. Cumpriu a Domingos Gandra, por seus vínculos com a OPAS, um importante papel estratégico no sentido de articular o conhecimento e a experiência destes consultores com as propostas e ação de estudantes e docentes empenhados na transformação do currículo. A vitória das teses progressistas não foi, portanto, um episódio casual. Por anos consecutivos distintos estudiosos e interessados no assunto vêm refletindo acerca da razão desta imprevisível vitória dentro de uma faculdade de medicina tão tradicional. A explicação plausível é que houve uma exaustão do segmento conservador, que não formulou propostas claras para a educação médica que ultrapassassem a crítica à massificação do ensino. Era tão sobejamente aceita, dentro dos segmentos tradicionais, a tese de que era necessário o retorno aos quantitativos antigos que provavelmente não se haja trabalhado com a hipótese de alternativas. A da redução das matrículas, que poderia ser entendida como meio para a garantia da qualidade do curso médico foi transformada em fim. Sem dúvida a conjuntura política que havia permitido a expansão das matrículas continuava existindo e tinha muito pouco apelo uma proposta elitista de redução de vagas na escola pública. Um segundo fator que contribui à explicação da vitória do projeto reformista foram os estudos levados pela equipe do NAP, que tocavam fundo e chocavam profundamente ao constatar a falência do modelo de educação médica vigente, tal a clareza de alguns achados comprovados empiricamente.

Um movimento paralelo ao anteriormente descrito, e que guarda inúmeros pontos de intersecção foi aquele representado pela Saúde Comunitária, que influenciou fortemente os militantes do movimento estudantil de meados da década dos 70. Verifica-se neste momento o surgimento de uma série de experiências-piloto em regiões periféricas e rurais, algumas vinculadas à Igreja Católica em sua vertente libertária outras mais independentes em sua ação. Uma experiência institucional que marcou as discussões do Centro de Estudos de Saúde do Diretório Acadêmico Alfredo Balena foi a do projeto Taguatinga (DF). A divulgação de um texto ali produzido, intitulado "Medicina comunitária - a saúde nas mãos de um povo" teve um importante papel nas discussões que se travaram. Este foi um momento em que a crítica à medicina tecnológica teve seu momento maior. Conjugaram-se de um lado o conhecimento do trabalho de Ivan Illich sobre a "Nemesis médica", o qual teve impacto sem precedente sobre o meio médico-social e o desenvolvimento de propostas de medicina simplificada, com suas múltiplas raízes e inserções.

Um dos projetos existentes no estado e que chamavam a atenção era o desenvolvido em Montes Claros, tanto pela assistência médica prestada às populações ribeirinhas quanto pelo projeto desenvolvido pela Universidade de Tulane na região. Por várias vias, a Faculda-

de de Medicina da UFMG não ficou alheia aos acontecimentos que se davam no Norte de Minas e que precederam a implantação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. Tais fatos tiveram ressonância direta e indireta no Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), que tinha muitos de seus docentes participando simultaneamente do corpo técnico da Secretaria Estadual de Saúde. A polarização se dava em termos da dimensão e da ética da proposta de controle populacional — não apenas de controle de natalidade senão que controle político de bolsões de pobreza através de serviços de saúde de acordo com o ideário da Aliança para o Progresso.

Entre a vanguarda do movimento estudantil mineiro a proposta avançava na consideração de que o Estado e as instituições não eram monolíticas, de que poderiam existir contradições ao seu interior e de que era possível aproveitar as contradições sociais (a terminologia mais utilizada naquele momento era a das “brechas”). Isso significava uma incipiente e rudimentar apreensão de idéias de hegemonia e desenvolvidos por Gramsci, rompendo com um círculo literário muito mais ortodoxo. Já apareciam discussões sobre contradições embutidas no movimento da medicina comunitária e a idéia de que, mesmo sendo uma proposta de racionalização e redução de custos, poderia propiciar o surgimento de brechas e fissuras no projeto institucional.

A necessidade do aprofundamento e discussão das experiências teve como uma de suas conseqüências a idéia da realização da I Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária (I SESAC), em julho de 1974, em Belo Horizonte. Além de seu sentido intrínseco a SESAC significou adicionalmente uma forma de alternativa e contraposição ao Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM), encontro que se realizava anualmente, de caráter oficialista e com forte patrocínio do MEC. Como o nome indica tratava-se de intercâmbio entre trabalhos “científicos” de estudantes de medicina que na maioria das vezes finalizava sendo um evento turístico. A proposta da I SESAC foi longamente discutida dentro do CES e posteriormente recebeu a contribuição metodológica por parte de docentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social, em especial de Domingos Gandra, que fez uma série de sugestões de convidados para os diversos temas a serem tratados. Encontravam-se entre esses nomes os de Sérgio Arouca, Ana Tambellini, Guilherme Rodrigues da Silva, Cecília Donângelo e Hésio Cordeiro. O pitoresco do primeiro contato que foi travado com esses convidados foi o cuidado e a reticência com que a equipe representante do CES foi tratada. Lembre-se que a repressão seguia vigente e não estava clara nos momentos iniciais das conversações qual a visão de medicina comunitária em tela. Evidentemente que a menção ao nome de Domingos Gandra e um aprofundamento conceitual acer-

ca dos propósitos do evento amainaram a dúvida inicial. Isso pode ser facilmente compreendido diante da dureza daqueles tempos. Surpreendentemente para a ocasião, a I SESAC conseguiu um apoio oficial inesperado: a Associação Médica de Minas Gerais cedeu sua sede, a Reitoria da UFMG pagou as passagens aéreas e hospedagem dos convidados, os estudantes provenientes de outros estados foram alojados pelos da UFMG.

A realização da SESAC abriu um novo capítulo no curso que vinham tendo as atividades do Centro de Estudos e creio ter exercido profunda influência para as opções profissionais que muitos dos estudantes estavam fazendo naquele momento. Acrescentaram-se às leituras da economia política uma série de novos autores que faziam uma "ponte" com o setor saúde. Antes era como se a discussão de aspectos políticos, econômicos e sociais estivesse compartimentalizada em um lado e as práticas de saúde em outro. A I SESAC descortinou e inseriu no cardápio de leitura autores como Georges Canguilhem, Ivan Illich, Michel Foucault, Luc Bolstanky, George Rosen, ademais dos autores mais próximos como Juan Cesar Garcia e Gentile de Melo e dos próprios próprios conferencistas presentes. Evidentemente, esta SESAC foi palco igualmente de uma série de disputas entre posições políticas do movimento estudantil que, para aquele momento teriam pouco ou nenhum efeito prático. Discussões radicais entre os distintos setores do movimento estudantil desconfiados uns dos outros e que muitas vezes não identificávamos claramente as posições adversárias e mesmo as aliadas. Pode-se dizer que o evento foi um sucesso desproporcional ao que se tinha pretendido, talvez pela inexistência de fóruns onde se debatesse tais questões naquele momento. Evidencia essa afirmação o fato de que as SESACs se repetiram nos sete anos seguintes, tendo tido algumas delas grande repercussão a nível nacional. A I SESAC descortinou para vários dos quadros do movimento estudantil mineiro a opção profissional pela Medicina Social. Considere-se que até este momento não havia oferta regular e sistemática de oportunidades de treinamento pós-graduado em Medicina Social e Saúde Pública em Minas Gerais. Igualmente a maioria das escolas médicas que ofereciam residências em Medicina Preventiva e/ou Social estavam localizadas no eixo Rio-São Paulo e os quantitativos desta oferta eram bastante limitados e tinham como principal objetivo a reprodução docente dos quadros dos próprios Departamentos de Medicina Preventiva. É interessante reproduzir uma polêmica que se estabeleceu nessa ocasião acerca das opções de pós-graduação. Uma das tendências defendia a posição de fazer um curso de saúde pública, onde se aprenderiam sobretudo técnicas, uma vez que havia certa crítica ao diletantismo e um excesso teórico das residências de medicina preventiva. Uma segunda, oposta, argumentava que, enfrentada a discussão teórica e

conceitual (ainda que aparentemente diletante), seria mais fácil o domínio do campo técnico - operacional. Uma terceira posição era de que a melhor seria enfrentar diretamente a prática - especialmente nos projetos inovativos que envolviam participação comunitária - e eventualmente no futuro tratar de aprofundar estudos de pós-graduação. Dessa terceira posição saíram alguns dos importantes quadros que vieram posteriormente a servir no projeto do Norte de Minas. Ocorreram então bem-humoradas trocas de acusações em que os sanitaristas eram considerados "mata-mosquitos alienados", e por sua vez consideravam os da área de medicina social como "epistemólogos festivos" e ambos qualificavam de "os empíricos" aos demais, tomando, ao final de suas graduações cada qual seu caminho. (Para que se possa entender o gancho entre tais alternativas e a posterior implantação do Internato Rural cumpre informar que minha opção pessoal foi de me apresentar às residências médicas da Unicamp e da UERJ.)

Durante todo o segundo semestre de 1974 seguiram os trabalhos de uma pequena comissão que tentou traduzir as conclusões do I Seminário de Ensino Médico para uma proposta operativa de currículo, com a assessoria próxima do NAP. Uma das propostas que teve o claro patrocínio dos estudantes foi um internato rural, de caráter obrigatório, com no mínimo três meses de duração no sexto ano do curso médico. O conjunto da proposta para o ciclo profissional não se constituiu somente uma proposta inovadora, senão que a única que teve a vitalidade de persistir em seus princípios básicos depois de 20 anos. O fato de que havia não somente princípios, senão que uma clara formulação de elementos estratégicos e táticos deve contribuir a esta explicação. De resto e muito tempo depois seria presunçoso identificar todos os elementos explicativos para este sucesso, mas tudo leva a crer que se não fosse a ampla, conseqüente e persistente participação estudantil não somente no momento inicial senão que em todas as fases da definição e implantação da reforma, essa teria tido o destino ao qual foram condenadas quase todos intentos similares na região latino-americana. A implantação do novo currículo da UFMG se deu progressivamente, a partir daqueles estudantes que iniciaram o ciclo clínico em 1975. Dessa forma, o problema Internato Rural se adiou para o início de 1978. Estes três anos foram concentrados na implantação de uma proposta que era em tudo nova e inexperimentada.

## A IMPLEMENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Ao chegar o segundo semestre de 1977 a Faculdade de Medicina começou a se movimentar no sentido de implementar o Internato

Rural, desafio maior da reforma curricular, tanto pelo desconhecimento de como fazer como pela falta de controle que um experimento desta natureza poderia ter. Em realidade a faculdade de Medicina perdera a experiência institucional com o sexto ano médico sob forma de Internato, que desaparecera quando da implantação do currículo em 5 anos. A escolha do coordenador geral do Internato recaiu sobre o Prof. Edison Correa e eu fui convidado para coordenar do Internato Rural. O então diretor em exercício da Faculdade de Medicina, Prof. Benedictus Philadelpho Siqueira usou um argumento simples: -Você, enquanto estudante, foi o principal defensor da proposta e agora tem o desafio de provar sua viabilidade! Aquela altura encontrava-me, após uma tumultuada passagem pela residência de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, concluindo tanto os créditos do mestrado em Medicina Social da UERJ, quanto a coordenação da Investigação Nacional sobre Ensino de Medicina Preventiva, dentro do Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES-FIOCRUZ/FINEP). Foram agendadas reuniões semanais na Faculdade de Medicina da UFMG, em Belo Horizonte, com variada participação docente, nas quais o nó górdio passou a ser a supervisão dos estudantes de medicina. A proposta que apresentamos, em comum acordo com os dirigentes do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, foi a de que não havia a necessidade de uma supervisão contínua dos estudantes, exclusivamente a cargo dos docentes universitários. Advogávamos que boa parte do processo de supervisão poderia ser delegada aos profissionais dos serviços de saúde. Convencer os segmentos docentes mais tradicionais da Faculdade de Medicina sobre essa proposta, como se pode depreender, não foi nada fácil.

Três razões básicas justificaram o direcionamento do Internato Rural para a região Norte do Estado de Minas Gerais: Primeiro, porque ali se estava ensaiando uma transformação nos serviços de saúde, com o Projeto Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, de extensão da cobertura, dirigido por Francisco de Assis Machado e posteriormente por José Saraiva Felipe. Poderia ser, segundo nosso entendimento, mais fácil colocar ali os estudantes do que em sistemas organizados de maneira tradicional. Em segundo lugar, a expansão da rede física ocorrida até aquele momento - existiam mais de 150 postos de saúde recém-inaugurados - tinha criado expectativas assistenciais por parte das autoridades locais e da própria população em relação aos serviços de saúde. Um terceiro argumento é que naquela região a resistência da corporação médica seria menor do que em áreas urbanas mais centrais. Para operacionalização do internato foi proposta uma minuta padrão de um convênio tripartite, no qual a universidade se responsabilizava pela indicação dos alunos e de sua supervisão, a Secretaria Estadual forneceria uma pequena bolsa de

estágio aos estudantes e as prefeituras o alojamento e alimentação dos mesmos. A intuição de procurar o Norte de Minas se mostrou correta. Praticamente todos os prefeitos procurados assinaram o convênio proposto.

Houve um forte apoio à implantação do Internato Rural tanto por parte dos principais dirigentes universitários daquele momento, entre os quais o Reitor Eduardo Cisalpino, o diretor da Faculdade de Medicina, Luiz de Paula Castro, e o chefe do Departamento de Medicina Preventiva Clóvis Boëchat. Ressalte-se entretanto, que por mais decisivo que tenha sido o apoio recebido por parte das autoridades universitárias, havia problemas insolúveis para o arsenal de respostas disponíveis até aquele momento. Impunha-se a improvisação de respostas criativas e de impacto. Problemas como alojamento e alimentação de dezenas de alunos em trânsito, disponibilidade de veículos, comunicação telefônica, dotação de recursos financeiros para compra de combustível, transporte entre localidades distantes, que hoje estão rotinizados, implicavam na improvisação de soluções que ainda não constavam do manual de procedimentos da Universidade. Um exemplo anedótico ocorreu quando um dos carros do Internato Rural atolou em um lamaçal e o motorista contratou os serviços de um camponês que vivia nas proximidades para que, com sua junta de bois, rebocasse o auto. O auditor que examinou o recibo passado pelo camponês em uma folha de papel de pão e em caracteres quase ininteligíveis argumentava de que, pela lei, se este senhor presta serviços, ele deveria estar cadastrado na Prefeitura local e portanto cumpria informar seu registro, condição sem a qual não haveria ressarcimento da despesa. Tais problemas não constavam da agenda da burocracia universitária até aquele momento e as alternativas tiveram que ser testadas, improvisadas e às vezes impostas, uma a uma.

Era muito claro que seria impossível uma supervisão específica para os estudantes do Internato Rural que não considerasse no geral aspectos de organização dos serviços de saúde. Essa foi uma das razões para que se tentasse casar, sempre que possível, o vínculo com a Universidade com um vínculo com a Secretaria de Saúde. Isso resolvia o problema que era a aceitação da autoridade de supervisão dos serviços por parte do docente. Não havia, por outro lado, como uma única pessoa supervisionar 80 estudantes. O primeiro reforço docente recebido, ainda mesmo antes do início das atividades, foi representado pela contratação de João Baptista Magro Filho, que recém concluíra sua residência médica. A seguir se incorporaram como supervisores do Internato Rural, Luís Eduardo Nascimento, José Teubner Ferreira, Veneza Berenice de Oliveira, José Saraiva Felipe e, algum tempo depois o próprio Francisco de Assis Machado, quando de seu retorno da coordenação nacional do PIASS.

Os objetivos que pretendíamos alcançar no Internato Rural podem ser assim resumidos: em primeiro lugar, abrir com os estudantes a discussão de que complexos problemas de saúde ultrapassam os determinantes estritamente biológicos, radicando-se nas condições e qualidade de vida. Apesar de isso ser quase senso comum tais relações são muito mais facilmente demonstráveis num micro-universo, onde o contacto do estudante com a população é intenso e contínuo; em segundo lugar, em decorrência desse primeiro ponto, demonstrar aos alunos a relatividade do impacto das práticas assistenciais na solução dos problemas de saúde; em terceiro lugar, tentar cortar os cordões umbilicais que prendiam os alunos à Faculdade de Medicina, demonstrando que eles próprios poderiam, com tecnologia apropriada resolver um grande percentual dos problemas que a eles ocorriam, criticando dessa maneira a dependência tecnológica presente na formação médica. Pretendia-se, além da supervisão rotineira, fazer reuniões dos estudantes presentes nas áreas programáticas, envolvendo entre 10 e 20 alunos, e reuniões gerais envolvendo a totalidade dos mesmos. O objetivo das reuniões era lançar mão de outro componente pedagógico, o intercâmbio de experiências entre os próprios estudantes, a discussão do geral e do específico de cada uma das realidades particulares, visando avançar na compreensão dos fenômenos de saúde-doença naquele contexto determinado.

Hoje parece ser um delírio o que ocorreu na noite do dia 2 de janeiro de 1978: À meia noite, sob uma chuva pesada, se teve a ousadia de lotar um velho ônibus (cuja função era o transporte de alunos dentro do campus universitário) e partir com 40 alunos para Montes Claros, sob olhares revoltados ou esperançosos de muitos dos amigos e familiares que compareceram ao embarque. Ali, no dia 3 de janeiro, se realizava uma reunião de prefeitos no Centro Regional de Saúde. Foram entregues as duplas de alunos aos respectivos prefeitos, que os conduziram até as cidades. Deve ser ressaltado que não houvera tempo para que os supervisores conhecessem qualquer uma das cidades. A Faculdade de Medicina do Norte de Minas já começara seu processo de integração e selecionara as áreas programáticas onde os serviços estavam mais organizados em relação a rede física, treinamento de pessoal auxiliar e distribuição de equipamentos e insumos (AP's 7 e 8). Tocou então aos estudantes da UFMG áreas restantes, onde a implantação do sistema era notoriamente mais incipiente. A única recomendação que foi possível fazer aos alunos era que se comunicassem com seus supervisores no Centro Regional em caso de qualquer problema. Não se tinha a menor dimensão do significado das distâncias entre as cidades, da extrema precariedade das estradas, da inexistência de telefonia na grande maioria das localidades. Após a entrega da última dupla ficamos ali, parados, perplexos, absolutamente sem saber



qual seria a próxima ação. Ressalte-se que a maioria dos prefeitos não tivera tempo de preparar condições adequadas ao recebimento dos estudantes e em casos extremos alguns não tinham idéia de que um estudante de 6º ano de medicina de uma faculdade elitizada deveria ter a expectativa de dispor de confortos urbanos triviais, como água corrente e vaso sanitário. Na última hora se havia providenciado um suprimento de recursos destinados a despesas de pronto pagamento, e o diretor da Faculdade de Medicina havia cedido o único veículo pertencente à Faculdade para o Internato Rural.

O sucesso do programa, nas condições acima descritas, deve-se debitar em grande parte à persistência e tenacidade dos estudantes pioneiros, que aceitaram o desafio de participar da construção de algo novo, que era a proposta de extensão de cobertura. Muitos deles souberam enfrentar alojamentos precários, ameaças de contaminação pelo mal de Chagas, fossas rudimentares, banhos de rio, costumes alimentares monótonos, isolamento das famílias e de muitas facilidades urbanas, unidades de saúde desaparelhadas. Ocorreu que o conjunto de estudantes que se dirigiu ao Norte de Minas no primeiro trimestre era composta majoritariamente por voluntários que apoiavam a proposta da reforma curricular e conseqüentemente do Internato Rural, havendo se oposto vigorosamente, dentro de sua turma, àqueles segmentos mais resistentes que haviam lutado sem trégua contra a reforma e o Internato Rural, recorrendo inclusive à Justiça comum. Este grupo havia representado o grupo experimental da reforma curricular, tendo sido moldados em uma persistente luta ideológica contra os mais conservadores. Não seriam certamente questões menores que os fariam fraquejar, justo no momento culminante da reforma. Com a realização da primeira reunião geral dos estudantes para avaliação e intercâmbio de experiências em Montes Claros, em março de 1978, ficou meridianamente claro que se estava no caminho de alcançar os objetivos pretendidos. Isso ficou ainda mais patente quando alguns estudantes solicitaram a repetição eletiva do IR, o que ficou conhecido como re-opção.

É extremamente difícil a quem haja participado tão visceralmente da criação do Internato Rural fazer uma avaliação desapassionada do que significou esse processo. Há indícios, entretanto, que os resultados são consideráveis no contexto da educação médica em geral. Em primeiro lugar existe sem dúvida um ganho para o processo pedagógico em si. Esta pode ser uma oportunidade para uma profunda reavaliação do currículo médico, não com testes às vezes enviesados que são os exames de residência médica, nem os exames profissionais "de ordem", que existem em outros países, mas um teste na própria realidade, na "escola da vida". A outra possibilidade entreaberta é a perspectiva de que os estudantes possam representar um fator dinamizador

dos serviços de saúde. Isso foi observado nos primeiros tempos do IR em distintas situações. O estudante, com sua curiosidade, sua inquietação, sua vontade de mudar, muitas vezes questiona a rotina estabelecida pelos serviços. Qualquer que seja o parâmetro tomado — desde a análise dos informes apresentados pelos alunos seja nas reuniões gerais ou por área que se realizaram nos primeiros anos, seja pelos depoimentos de muitos, seja pelo que se escreveu sobre o projeto — conclui pelo cumprimento dos objetivos propostos. A conclusão geral a que se chega é que o aluno retorna menos onipotente e muito mais autocrítico quanto ao impacto da sua ciência para resolver os problemas. Pela primeira vez ele tem um contacto (forçado, por vezes) com o entorno social do seu cliente. No ambulatório urbano é muito fácil ao estudante se abstrair do que significam as condições de vida do paciente — que muitas vezes vive nas periferias em condições desconhecidas por ele. Raramente o estudante tem contactos repetidos com o mesmo paciente que, quando retorna, é atendido por um outro estudante. Nas pequenas comunidades a dinâmica é distinta. O paciente retorna e diz que não melhorou. Muitas vezes o estudante passa na porta de sua casa e é convidado a entrar e a compartilhar um café ou uma fruta. O paciente sabe onde vive o estudante e o busca, mesmo em horas inapropriadas. Emerge assim uma contradição entre o que é a prática corrente da clínica individual, onde o paciente é abstraído de seu meio e a resposta possível é uma determinada indicação terapêutica. Muitas vezes se descortina para o estudante a impropriedade ou inaplicabilidade de tal proposta à realidade social em que vivem os seus pacientes. Os casos mais angustiantes relatados nas reuniões dos estudantes diziam respeito à decisão de tratar ou não casos de esquistossomose mansoni em situações sanitárias onde certamente ocorreria a reinfeção a menos que ocorressem melhorias sanitárias.

Não foram poucos os casos em que os estudantes se envolveram com atividades de educação sanitária, com o aconselhamento alimentar, com o plantio de hortas comunitárias, com a construção de soluções de saneamento, mesmo percebendo que o currículo médico não lhes havia instrumentalizado para tal. Outro importante elemento constitutivo desta experiência é que paulatinamente os estudantes passam a valorizar a experiência da equipe local de saúde. Nas primeiras semanas em geral havia muita crítica à atuação tanto do médico como do auxiliar de saúde, como não sendo a conduta de livro. Nos momentos subseqüentes se evolui para um melhor entendimento de outras razões e determinantes que transcendem os procedimentos estandarizados.

Para o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas o Internato Rural certamente terá tido a importância de significar um permanente questionamento a uma série de pres-

supostos bem como alavanca para pleitear à Secretaria Estadual de Saúde demandas específicas. Este era o caso, por exemplo, do suprimento de medicamentos. Em suas reuniões os estudantes em geral dedicavam-se a fazer críticas à ausência de medicamentos e material de consumo essencial à prática assistencial, quase sempre ameaçando de denunciar publicamente os fatos. A direção do Centro Regional de Saúde sempre tentava temporizar em tais situações, prometendo sempre que possível aos estudantes um esforço adicional para regularizar o suprimento de insumos essenciais. Adicionalmente, entretanto, utilizava as reclamações dos estudantes como forma de pressão junto aos níveis decisórios centrais da Secretaria Estadual, dando a conhecer às autoridades estaduais os conteúdos dos informes dos estudantes e a ameaça de denúncia pública<sup>1</sup>.

Uma reflexão adicional por mim considerada das mais importantes quando da vivência de todo o processo do Internato Rural refere-se à uma outra face desta experiência, não somente enquanto processo de ensino aprendido de uma determinada área da medicina, senão no que diz respeito aos aspectos vivenciais envolvidos. Trata-se de um momento de forte conflito para os estudantes. Pela primeira vez em suas vidas, depois de quase 20 anos assentados nos bancos escolares, encontram-se diante da terminalidade de seu processo educativo. É o momento onde não é possível mais adiar as definições. O ideal da residência médica é claramente inatingível para a totalidade. O estudante de medicina, acostumado a ser o permanente vencedor, representando o primeiro milésimo daqueles que ingressaram à educação básica que chegou a um curso de Medicina de uma universidade prestigiosa, percebe que agora o desafio é para valer. A este momento de insegurança se alia a mudança de ambiente, o enfrentamento de uma certa pré-estréia da vida profissional. Isso representa para muitos uma oportunidade para a reflexão, a avaliação, e para a definição do futuro. Assume por isto um papel significativo e ímpar o contacto estudante-supervisor. O papel do supervisor não se restringe à sua perícia numa área técnica específica, no caso a saúde pública. Muitas foram as oportunidades em que fui solicitado pelos estudantes a aprofundar uma discussão sobre aspectos de suas vidas que muitas vezes fugiam completamente do campo de conhecimentos da saúde coletiva, como é especificamente o caso das opções profissionais possíveis. Resta a impressão de que a massificação do ensino médico e a adoção das metodologias de ensino atualmente utilizadas levaram a uma despersonalização da escola médica para o estudante. Apesar de que

---

<sup>1</sup> Felipe, José Saraiva. *Comunicações pessoais em diversas ocasiões entre 1978 e 1981.*

no geral se dá uma transmissão de ideologia via educação médica, isso se faz de maneira tão despersonalizada que o aluno não tem um ponto de referência, alguém com quem discutir o que foge do estritamente acadêmico numa disciplina específica. Na Faculdade de Medicina da UFMG o primeiro docente que convive de fato com o aluno é o supervisor do Internato Rural, convivência que ultrapassa o momento específico do ensino. O docente se hospeda no mesmo hotel ou compartilha a casa onde vivem os alunos. Eles tem a oportunidade de fazer suas refeições em conjunto, de viajarem a povoados remotos, de participarem de atividades sociais. Neste momento quase sempre estende-se o processo de comunicação, transcendendo o técnico e o acadêmico. A discussão da realidade social local, as frustrações advindas da inadequação de condutas terapêuticas, a discussão das diferenças da abordagem clínica com a da saúde pública constituem-se momentos particulares de grande significado. Para todos que participamos do Internato Rural, apesar de todas as adversidades enfrentadas este talvez tenha sido um dos momentos singulares mais significativos de nossas vidas profissionais, no qual a compreensão do significado da educação médica, do que são os estudantes de medicina, da suas expectativas, da sua ideologia, ganharam enorme relevo.

Um aspecto importante a ressaltar é o do relacionamento entre os estudantes e os demais trabalhadores locais. Houve inicialmente uma certa apreensão por parte do pessoal do serviço acerca da futura relação entre os internos e os demais trabalhadores locais, particularmente com os auxiliares de saúde. A maioria dos auxiliares havia recém egresso dos treinamentos realizados em Porteirinha, onde prevalecia a valorização dos aspectos sociais frente aos biológicos, onde se criticava duramente a concentração do saber nas mãos da elite. Somados tais aspectos com a precariedade do treinamento técnico de alguns dos auxiliares, poderia se prever o estabelecimento de um conflito de autoridade. Definitivamente não foi o que aconteceu. Na grande maioria dos casos houve uma compreensão mútua e um excelente entrosamento. Os estudantes de certa forma aprendiam a experiência dos auxiliares com os fatores locais. Estes, por sua vez, sentiam que os estudantes, por não terem uma posição tão estabelecida como a dos médicos locais, eram mais abertos ao repasse de conhecimento. Havia ademais uma maior disponibilidade dos estudantes, por exemplo, para atender a um número extra de pacientes, para interromper o descanso noturno ou de fim de semana, para visitar as Unidades Auxiliares de Saúde. O relacionamento entre estudantes e médicos variou um pouco mais. Houve desde casos em que os estudantes reconhecerem publicamente que o médico local havia superado qualquer de seus professores de medicina até casos onde as relações foram conflitivas, especialmente em circunstâncias onde o médico sentia na disponibili-

dade do estudante de atender no serviço público uma interferência prejudicial ao seu mercado privado de prestação de serviços. Uma outra situação de conflitos aparecia quando o médico local tendia a explorar o trabalho do interno, diminuindo seu ritmo de trabalho ou se valendo do trabalho do estudante para ganhos individuais. No balanço geral, entretanto, pode-se dizer que na maioria das vezes se estabeleciam boas relações e o estudante efetivamente desfrutava deste momento de sua formação.

Em realidade não se pode dizer que a prática do Internato Rural haja se mantido constante ao longo de todos estes anos. Como todas as demais experiências houve um processo de maturação no que diz respeito à expectativa estudantil, ao compromisso da equipe docente e ao ganho de experiência institucional na administração do processo. Poderia se chegar à conclusão de que um primeiro momento foi marcado pela improvisação e pela descoberta da potencialidade do "experimento pedagógico". Um segundo momento se seguiu, a partir da percepção por parte dos estudantes e supervisores, do poder local como responsável pela manutenção do *status-quo* e se caracterizou por uma série de tensões políticas, rupturas de convênios, denúncias de estudantes (e as vezes docentes) como "subversivos" à Universidade e à Secretaria de Saúde. O terceiro momento significa a consolidação da experiência como parte da rotina da educação médica, já não mais por proposta restrita a um grupo de docentes senão que como um consenso de docentes e discentes. Vale também ressaltar que, a partir do segundo ano de implantação, depois de uma luta sem trégua, começaram a melhorar sensivelmente as condições de suporte ao Programa. Por um lado houve aportes de recursos extra-orçamentários por parte da Organização Panamericana da Saúde e da Fundação Kellogg, tendo essa última dado um expressivo apoio financeiro. Ao contrário do que ocorrera em experiências similares, onde o aporte de recursos externos substituíam aqueles destinados pela instituição, houve a preocupação de aumentar dia a dia o envolvimento da UFMG no financiamento do Internato Rural. Em nenhum caso o custeio das atividades foi feita com recursos externos, que somente funcionaram como investimento. Isso permitiu, ao final dos dois primeiros anos, que o Internato Rural deixasse de ser uma aventura. Quando se deu a primeira substituição da coordenação do Internato Rural, existiam já dez docentes e seis motoristas dedicados ao programa, oito veículos comprados e dois encomendados, linhas telefônicas em Belo Horizonte e Montes Claros, instalações físicas com capacidade de alojar confortavelmente mais de uma centena de pessoas em Montes Claros, e uma prática institucional que dificilmente permitiria um retrocesso.

Interessante notar ademais como essa proposta teve força para se generalizar, muito mais quanto discussão propositiva que como prá-

tica educativa por todo o país. Muitos dos processos de reformulação curricular, ocorridos em distintas longitudes propuseram esse tipo de estágio. A nível nacional os estudantes de medicina através de sua associação nacional apresentaram, dez anos depois de iniciado o Internato Rural da UFMG, uma proposta<sup>2</sup> básica de currículo médico que incluía um Internato Rural.

A partir de 1979 foi feita a proposta da criação, sob forma de residência médica, do Curso de Especialização em Medicina Social, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social. A primeira proposta deste curso se baseava na metodologia pedagógica seguida pelo curso de graduação da UFMG e que passou a se constituir em uma "moda educativa" conhecida nos meios educativos como uma proposta simultaneamente orientada às necessidades da comunidade e calcada na resolução de problemas concretos. Resumidamente, não haveria um currículo pré-programado. A proposta era de que os estudantes de pós-graduação se estabelecessem nas cidades-polo das principais áreas programáticas onde se desenvolvia o Internato Rural e aí atendessem aos problemas da sub-região que transcendessem aos aspectos de atenção médica individual e coletiva que estavam a cargo das equipes locais e dos estudantes de graduação. Os docentes deveriam orientar, *in locu*, tais atividades, ademais de participar de seminários integrados de supervisão que teriam a temática determinada pelas demandas locais. Interessante notar que logo no início da implantação da residência ocorreu um desastre natural, uma cheia de enormes proporções na região Norte de Minas, que exemplificava espetacularmente o que deveria ser o *modus operandi* da residência. A compreensão do fenômeno cheia e a mitigação dos seus efeitos levantava problemas de quase todas as "disciplinas" presentes a uma das reuniões: a economia micro-regional e a ecologia ajudavam a compreender a desflorestamento, as ciências sociais contribuía a explicar a constituição e os interesses específicos do poder local; a epidemiologia ajudava a compreender novos riscos bem como assinalava possíveis intervenções, o planejamento de serviços de saúde tratava de como organizar serviços para um caso de emergência como este, a engenharia sanitária contribuía para que se pensassem soluções tanto imediatas quanto a longo prazo para evitar a reincidência do fenômeno.

Na realidade, apesar de se tratar de uma proposta considerada bastante avançada para a época, houve um fracasso na implementação; por dois motivos básicos. O primeiro motivo foi a

---

<sup>2</sup> Tal proposta foi apresentada pelo Coordenador da Direção Nacional de Estudantes de Medicina, Dr. Armando Negri, entre outras oportunidades por ocasião do Congresso Brasileiro de Educação Médica em Florianópolis.

indisponibilidade docente por parte do DMPS para atender à demanda. Enquanto para os docentes "generalistas" do Internato Rural não assustava a perspectiva de permanecer semanas seguidas no Norte de Minas, para os demais essa não era a perspectiva. A relação custo-benefício envolvida na docência da pós-graduação não era favorável. Uma das experiências concretas, que foi um dos seminários integrados de supervisão realizados em Grão Mogol, com uma duração de 2 dias, exigiu uma tal operação logística - incluindo transporte entre Belo Horizonte e Montes Claros; pernoite aí e deslocamento a Grão Mogol de estudantes e supervisores - que requeria dos docentes ter disponível pelo menos o dobro do tempo útil. Como os mesmos não tinham o costume de sacrificar os finais de semana e muitas vezes tinham um contrato em tempo parcial, a primeira proposta demonstrou-se inviável. Uma série de problemas, que não vale a pena aqui discutir, fizeram com que a proposta fosse repensada e enquadrada em moldes bastante tradicionais, além de transferida a Belo Horizonte. Apesar disso, entretanto, o Norte de Minas seguiu como um dos importantes campos de prática da residência médica que participavam ativamente com os supervisores de atividades locais bem como dos encontros regionais.

Em conjunto com o desenvolvimento da residência teve também início um conjunto de atividades de investigação. A mais importante delas esteve vinculada ao Programa Integrado de Saúde, lançado pela FINEP em 1978. O projeto apresentado à FINEP, denominado "Produção e Saúde", tratava de identificar as articulações entre a transformação produtiva resultante do estabelecimento das relações capitalistas de produção pelo qual passava a região Norte de Minas e as novas configurações epidemiológicas. A argumentação do projeto era de que, enquanto os serviços haviam sido concebidos para a atenção primária e as enfermidades infecciosas, passava a ser cada vez mais frequente a incidência de outro grupo de patologias, como os traumatismos e a hipertensão. Foi selecionada a atividade mais prevalente na região que era o reflorestamento, e se promoveu um aprofundado estudo clínico-epidemiológico na população trabalhadora na fazenda Marangaba, no município de Buritizeiro<sup>3</sup>. Apesar de não haver sido publicado na forma de livro, este trabalho recebeu um amplo reconhecimento por parte de epidemiólogos sociais destacados, como Cristina Laurell. Na verdade este projeto de investigação constituiu-se adicionalmente numa forma de suplementação financeira para o Internato Rural e a residência em Medicina Social. A dificulda-

---

<sup>3</sup> Campos, F. E. et alii. *Produção e Saúde*.

de que a Universidade enfrentava neste momento em termos financeiros, já se fazia sentir.

Conforme foi dito anteriormente, é muito difícil a quem tenha participado simultaneamente da superposição de duas experiências tão envolventes e apaixonantes, exercer hoje uma crítica isenta ao que passou. Parece entretanto não haver dúvida de que, ademais de ter se constituído no embrião no qual se experimentaram muitas das formulações teóricas, procedimentos e técnicas que lastrearam a proposta do Sistema Único de Saúde, o projeto Montes Claros pode ter sido o berço de um pequeno porém persistente projeto que tinha tudo para ser experimental, mas que segue tendo vigência até hoje e que representa mais que tudo um questionamento à posição tradicionalista e mantenedora do status quo que impregna a maioria das escolas de ciências da saúde do Brasil.

## BIBLIOGRAFIA

UFMG: O processo de desenvolvimento curricular em educação médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Imprensa Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais. 1976.

Campos e Girardi. Caracterização dos programas de residências de medicina preventiva e social no Brasil. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, 1984. v.3 p. 41-57.*



# ASCENSÃO E QUEDA DA REPÚBLICA SOCIALISTA DE MONTES CLAROS

*Délcio da Fonseca Sobrinho \**

1.

Ao ser convidado para integrar a equipe técnica do Centro Regional de Saúde do Norte de Minas (CRS)<sup>1</sup>, em 1975, foi pequena a importância dada pelos que me chamaram - Dr. José Teubner Ferreira e Dr. Francisco de Assis Machado - à minha inexperiência no ramo. Estava terminando uma residência em Clínica Médica, e minha maior habilidade profissional era, então, o atendimento a pacientes internados em Centros de Terapia Intensiva. O critério de seleção utilizado

---

\* Médico com residência em Clínica Médica, Mestre em Ciência Política, Doutor em Demografia. Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, e do curso de pós-graduação em Demografia (CEDEPLAR), ambos da UFMG. Membro da equipe do Centro Regional de Montes Claros de 1975 a 1979. Médico do Centro de Saúde do bairro Santos Reis, em Montes Claros, de 1977 a 1979.

<sup>1</sup> Os Centros Regionais de Saúde, hoje denominados Diretorias Regionais de Saúde, funcionavam - e ainda funcionam - como sub-divisões da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. O CRS de Montes Claros responsabilizava-se por toda a região norte de Minas, polarizada por Montes Claros.

por eles foi surpreendente, dado o caráter repressivo do regime militar que prevalecia no país. Bastava que eu me identificasse com o "povo". Que fosse "de esquerda". E, de preferência, que "não tivesse nenhuma experiência mesmo", pois o trabalho que faríamos, no norte de Minas Gerais, exigiria criatividade, ruptura com preconceitos e abandono de procedimentos tradicionais. Se assim fosse, eu estaria apto, e poderia ser contratado pela Secretaria de Estado da Saúde.

A tarefa "visível" seria implantar, em cerca de 50 municípios da região norte, uma rede de serviços de saúde, começando por pequenos Postos de Saúde, na zona rural, operados por "Auxiliares de Saúde". No centro da rede, um hospital regional, sediado em Montes Claros. Os Auxiliares de Saúde, base de todo o sistema proposto, seriam bem mais que simples "médicos de pés descalços". Selecionados entre moradores da própria comunidade, atuariam como agentes fomentadores de Participação Comunitária, entendida como participação popular nas decisões, participação no poder. Em outras palavras, atuariam, mais ou menos, como "agitadores". Habilidades técnicas em cuidados de saúde? Sim, mas em segundo lugar. Ouvi aquilo como se a revolução socialista se anunciasse a mim, nos interstícios de uma instituição governamental.

Naquele momento, buscava um caminho que me permitisse viver, na prática, convicções nascidas no terreno da Teologia da Libertação. Pois vinha daí o leite que mamava: Padre João Batista Libânio, Frei Betto, Frei Leonardo Boff, Dom Pedro Casaldáliga, Gustavo Gutierrez. Tudo isso misturado com Che Guevara, Jose Carlos Mariategui, Marx, Lenin e Gregório Bezerra. E também uma forte dose de Ivan Illich e Paulo Freire. Havia conhecido experiências de alfabetização de adultos, com o método Paulo Freire. Alguns de meus amigos do peito, "cristãos de esquerda", estavam partindo para a região do Araguaia, ligando-se a equipes pastorais e Comunidades Eclesiais de Base, envolvendo-se na luta pela terra. Vários deles ainda estão por lá. Vi Montes Claros como uma opção de vida semelhante àquelas, ainda que menos ousada, e fiz assim o convite tornar-se irresistível.

Minha primeira experiência profissional, portanto, logo após o término da residência, foi a de trabalhar na implantação do Projeto de Montes Claros (cujo nome oficial era "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas"). Saí de Belo Horizonte para viver no norte de Minas, onde não conhecia ninguém. Fui como quem parte para uma missão revolucionária e mística. E também, é verdade, rumo ao primeiro salário - que não era tão ruim -, e que me viabilizaria a primeira oportunidade de vida "autônoma". Acredito, por isso tudo, que a maior contribuição que posso dar à elucidação do que significou este projeto deverá ser colhida nas entrelinhas deste depoimento, do relato de alguns "casos" e experiências que vivenciei, no período

que vai de 1975 a 1979, ou seja, nos anos inaugurais daquele projeto, tão importante na história dos rumos que o chamado "campo" ou "área" da saúde coletiva tomaria, no Brasil.

2.

Nos primeiros dias em Montes Claros, presenciei uma conversa que resume algo das idéias que cultivávamos. Dr. Athos Avelino Pereira, recém contratado como médico-chefe do Centro de Saúde do bairro Maracanã, em Montes Claros, veio, preocupado, conversar com Chicão<sup>2</sup> sobre suas responsabilidades no novo cargo. A ele havia sido dito que, "desde que atendesse a uns 15 pacientes por dia", não era necessário que cumprisse as quatro horas contratuais. Dr. Athos era e é médico criterioso, clínico brilhante, e não concordou com isso. Preferia trabalhar as quatro horas previstas, e não fazer trabalho mal feito. A resposta do Chicão foi desconcertante: - "O que te disseram é realmente besteira. Trabalhe do seu jeito. Mas saiba que atendendo dois, quatro, vinte ou quarenta pacientes por dia, você não vai mudar em nada a saúde do povo. Porque a medicina não vale nada, não altera a vida de ninguém. Só com uma mudança radical da sociedade isto vai acontecer, contra e apesar da medicina".

Gradativamente, tentamos construir no CRS uma espécie de "República Socialista". Ainda que seus efeitos pouco ultrapassassem os muros daquela instituição, entendemos que a prática dos princípios do que entendíamos por "democracia socialista" deveria começar por nós. Chicão, nosso chefe, batia seu cartão de ponto às sete e meia da manhã, atacando assim, com seu exemplo, eventuais pretensões elitistas de alguns membros da equipe. Muitas decisões que tradicionalmente seriam atributos da chefia, eram tomadas em assembléia. Todos eram obrigados a participar das decisões, incluindo motoristas e faxineiras. Democracia obrigatória. Criamos o CTA - Conselho Técnico Administrativo, cujos membros eram eleitos por todos os funcionários, e tentava atuar como uma espécie de "Comitê Central".

Alguns textos de Ivan Illich e Paulo Freire tornaram-se leituras obrigatórias de todos os funcionários, semi-analfabetos ou não - técnicos, motoristas, copeiras, responsáveis pelo almoxarifado. Todos deveriam estar afinados com os objetivos gerais do projeto e com o princípio maior da Participação, independentemente das funções específicas de cada um. (Algo semelhante, talvez, ao que se busca hoje, no meio empresarial moderno, com programas de "Qualidade Total" e

---

<sup>2</sup> Dr. Francisco de Assis Machado, que era diretor do CRS e coordenador do trabalho de implantação do Projeto.

"Reengenharia"). Na esteira de Ivan Illich, íamos acumulando argumentos favoráveis à desinstitucionalização da medicina - "Sociedade sem Médicos". A esta idéia misturávamos uma certa má vontade com a tecnologia moderna-institucionalizada, cara, excludente, iatrogênica. Valorizávamos as soluções populares para os problemas de saúde, especialmente se fossem soluções "participativas".

Citávamos com freqüência um relato de Illich, segundo o qual a mortalidade decrescera em uma região de Israel, em período que coincidiu com uma greve de médicos. Acabou a greve, subiu a mortalidade. Pessoalmente, duvidava um pouco desta história, mas a divulgava, fiel ao princípio de que "mais vale uma mentira socialista do que uma verdade capitalista". Com Paulo Freire, aumentávamos nossa fé no poder revolucionário da educação libertadora, onde educador e educando, em uma relação democrática, constroem ambos o saber, enquanto vão transformando o mundo. Estas tornaram-se diretrizes mestras que procurávamos seguir, também no Programa de Formação de Auxiliares de Saúde.

### 3.

Os cursos para Auxiliares de Saúde aconteciam em Porteirinha, uma pequena cidade da região. Tentando ser fiéis a Paulo Freire - e algumas vezes sendo talvez mais radicais que ele -, não preparávamos nenhum programa prévia. Gostávamos de nos sentir "radicais". Chicão dizia sempre que a palavra "radical" vem de "raiz", e que buscávamos, sim, atuar na raiz dos problemas. Chegávamos a Porteirinha sem cronograma de trabalho, ou aulas preparadas, sem nada. Nem uma proposta preliminar de programa, a ser discutida. O processo durava dois meses, aproximadamente. Os dois ou três primeiros dias eram destinados à definição - democrática - de como seria o curso, em todos os seus detalhes, inclusive administrativos. Que conteúdos seriam abordados? Em que horários? Tudo decidido em assembléia, ou em comissões indicadas por ela. Só uma coisa era obrigatória: a decisão democrática. Elegíamos um coordenador, que poderia ser qualquer um de nós, incluindo os "alunos". A coordenação do curso tinha poder para propor à assembléia o afastamento de "monitores" (os professores eram chamados assim), e isto ocorreu de fato, pelo menos em uma ocasião. Preparávamos em conjunto o material didático, buscando em Montes Claros o que fosse necessário. As "apostilas" não existiam no início do curso, mas eram confeccionadas em comum, no decorrer dele. Fazíamos filmes em "Super-8" - não existia ainda o videocassete -, sobre temas como: "As técnicas de esconder conhecimentos". Os temas, roteiros e diálogos eram criados coletivamente. Mesmo a operação da

filmadora era "socializada". Não havia um "camera-man oficial". Nada de "especialistas" em coisa alguma, pois junto com isto viria o monopólio de conhecimentos. Denunciávamos a expropriação do saber médico pelas instituições e corporações profissionais. Discutíamos muito sobre Participação Comunitária, tal como a entendíamos - participação no poder de decidir -, usando como exemplo vivo o próprio curso. E aprendíamos também, com menos entusiasmo, um pouco sobre o "lado técnico" do funcionamento de um Posto de Saúde: manipulação de arquivos e prontuários, primeiros socorros, injeções, curativos, vacinação, tratamento de parasitoses intestinais, construção de fossas secas, uso de ervas medicinais.

Por vezes este esquema entrava em crise, principalmente quando surgiam reivindicações salariais, ou reclamações sobre o baixo valor das diárias e bolsas de alimentação. Mas isso não era nossa culpa, era culpa de um dos nossos principais inimigos, o "nível central" da Secretaria de Saúde. Chicão, nesses momentos, sentia-se obrigado a tornar-se porta voz do poder institucional, e nos colocava a todos em conflito. Mas logo encaminhávamos as reivindicações para Belo Horizonte e tornávamos, assim, aliados dos reivindicantes.

#### 4.

Chicão nos ensinava que, em primeiro lugar e em qualquer circunstância, deveríamos sempre identificar os inimigos, a começar do que fosse mais próximo. Pois haveria sempre inimigos. Em uma entrevista de Paulo Freire à BBC de Londres, ouvi dele a frase: - "A primeira opção de um educador deve ser: contra quem e a favor de quem vou educar?" Procurava aplicar o conceito ao meu trabalho: "Estou trabalhando a favor da saúde de quem? E contra a saúde de quem?" Lembrava-me também da Bíblia e de Jesus Cristo: "Amai vossos inimigos". Ora, para amar os inimigos é necessário reconhecer que eles existem como inimigos e, não, "fingir" que eles são amigos. Amar os inimigos pode ser trabalhar para impedi-los de fazer o "mal". No último caso, isto poderia exigir até sua destruição. Reconciliado assim com minha fé, via que estas idéias coincidiam com as falas de Chicão, meu amigo, que não era mais cristão confesso (ele o fora, nos tempos da JUC - Juventude Universitária Católica).

Quais eram nossos inimigos? O mais próximo foi logo identificado: o nível central da Secretaria de Saúde, em Belo Horizonte. Mais especificamente, o "segundo escalão" do nível central. Não nos sentíamos parte daquele órgão do governo do Estado, mas externos a ele. Cultivamos esta oposição. O "nível central", como o chamávamos, fazia de tudo para boicotar nossos planos. Lembro-me de Aprígio, mo-

torista do CRS, declarando, enraivecido, seu ódio ao "nível central". Enquanto trabalhávamos até 12 horas por dia, mandavam-nos ofícios frequentes solicitando relatórios sobre itens específicos, cuja elaboração exigiria a interrupção do que estávamos fazendo. A alguns deles, respondíamos. Outros, "perdíamos", antes que fossem protocolados. Era a resistência revolucionária ao poder autoritário e repressivo do "nível central". A luta da democracia socialista contra o autoritarismo capitalista. Para mim, também uma forma de amar os inimigos, impedindo-os de fazer o "mal".

## 5.

Depois que a experiência de Montes Claros ganhou notoriedade nacional - principalmente no círculo de profissionais de saúde que, "esquerdistas" como nós, trabalhavam também nas "brechas" das instituições autoritárias-, Chicão passou a ser convidado para fazer o relato de nossa experiência em diferentes cidades do país. Normalmente, era ele o convidado. Mas, sistematicamente, pedia que o convite fosse reencaminhado diretamente ao Secretário de Saúde, Dr. Dario Tavares. A Secretaria de Saúde não podia deixar passar a oportunidade de mostrar, a platéias importantes do país, as realizações de um projeto que havia se tornado sua principal vitrine. Chicão acabava indo, anulando, também por esta via, as resistências que víamos no "nível central".

Passamos a conviver, em Montes Claros, com notoriedade e fama inesperados, para a maioria de nós. Representantes de importantes órgãos internacionais, como a OMS e a OPAS, tornaram-se presenças frequentes em nossas reuniões de trabalho. Contamos com a assessoria de profissionais de peso, dos quais o primeiro foi o Dr. Dalton Mário Hamilton, sem o qual todos nós, motivados até à medula para o trabalho - mas tecnicamente inexperientes -, teríamos nos afogado na confusão de cálculos, cronogramas, planilhas, formulários, estimativas e projeções, necessários à execução do projeto.

Mario Hamilton me questionava: -"Como é que você pode se identificar com uma instituição historicamente reacionária e retrógrada, como é a Igreja Católica?". Eu respondia com Teologia da Libertação, enquanto tomávamos cerveja (e o Chicão, Run Bacardi). Foi também conversando com Mário Hamilton que ouvi o argumento de que a democratização dos serviços de saúde poderia trazer consigo, em um primeiro momento, uma baixa qualidade nos padrões de atendimento. Se fossem 20 os que precisavam de uma consulta e 60 os minutos de atendimento disponíveis, tudo bem: 3 minutos para cada um. Só assim surgiriam pressões, por parte do povo, pela ampliação dos serviços. O

contrário implicaria em elitização do atendimento. Isto era democracia socialista, pensei com meus botões. E me convenci.

6.

Tivemos, por curto tempo, a assessoria de um médico da Costa Rica, ligado à OPAS, de quem infelizmente não me recordo o nome. Veio como especialista em "participação comunitária em programas de saúde". Em sua primeira semana de trabalho, trancou-se sozinho em uma sala, escrevendo e escrevendo. Estranhamos. Em uma segunda-feira, saiu da toca e solicitou uma reunião com todos os técnicos. Começou a expor sua proposta, que fundamentava-se, segundo entendemos, em uma concepção "tecnocrática" e "funcionalista" sobre o que vinha a ser "participação comunitária". Chocava-se de frente com o que vínhamos fazendo e pensando. A conversa ficou difícil. Chamamos o Chicão, passando-lhe a bola. Ficamos em silêncio, atentos, enquanto a discussão entre os dois esquentava rapidamente. Já exaltado, ele desafiou Chicão: - "Me cite apenas um, um único exemplo histórico no qual a participação popular, como você a entende, tenha conseguido alguma coisa sem recursos tecnológicos adequados"! Chicão deu um murraço estrondoso na mesa ao mesmo tempo em que gritava, vermelho: - "Vietnã! A participação popular, desprovida de tecnologia, derrotou o exército norte-americano, o mais bem armado do mundo, no Vietnã!".

Tive uma crise aguda de paranóia, com medo das consequências. O homem ficou calado por uns segundos. Depois, juntou sua papelada e foi embora. À noite, fui encarregado de levá-lo do hotel à rodoviária, onde pegou o ônibus-leito para Belo Horizonte. Não se despediu de mim.

7.

Durante meu primeiro ano de Montes Claros, abandonei por completo a prática clínica, para a qual havia me formado. Minhas atividades resumiam-se aos intensos trabalhos de implantação do projeto e a uma aula semanal na Faculdade de Medicina de Montes Claros, onde ministrava a disciplina "Estudos da Saúde Coletiva". Queria, no entanto, retomar o atendimento médico individual. Em 1977 Chicão foi para Brasília, como coordenador do PIASS - Plano Integrado de Ações de Saúde e Saneamento, do Ministério da Saúde. O trabalho de fundação do Projeto de Montes Claros já havia ultrapassado sua etapa inicial, e por isso resolvi dividir meu tempo entre o CRS e as atividades

de médico-chefe do Centro de Saúde do bairro Santos Reis, lá mesmo, em Montes Claros.

O que havíamos pensado e planejado, até ali, eu teria que conseguir realizar no bairro Santos Reis, ou então tudo não passava de conversa fiada. A primeira decisão foi "democratizar o atendimento". Isto significava atender simplesmente todo mundo que aparecesse na fila. Algumas vezes, foram quase duzentas consultas, realizadas por dois médicos, em um único dia. Pela manhã, fazíamos a conta de qual seria o tempo médio de atendimento dedicado a cada consulta. No final da tarde, uma reunião de quinze minutos para avaliar o dia e planejar mudanças. Para estas reuniões, convidávamos "o povo", ou seja, qualquer pessoa que estivesse ali por perto e que aceitasse participar. Passamos, com o tempo, a fazer grandes assembléias periódicas de avaliação do trabalho do Centro de Saúde, onde compareciam quase uma centena de moradores do bairro. Em uma delas, "o povo" propôs que o número de pessoas atendidas por dia fosse limitado a 60, pois "daquele jeito nem valia a pena ser atendido". Argumentei contra, votei contra, mas perdi.

8.

Soube que havia no bairro um grupo de jovens operários, ligados à Igreja Católica, que se reunia semanalmente. Durante a Semana Santa, faziam a encenação da morte de Jesus Cristo. No Natal, encenavam seu nascimento. E vinham assim, ano após ano, enterrando e renascendo Jesus. Discutimos o assunto no Centro de Saúde, e procurei o grupo. Fiz-lhes a proposta de que criassem uma peça teatral sobre a vida e os problemas do bairro. Como alegassem inexperiência, consegui de Vanessa, amiga e atriz residente em Belo Horizonte, que mudasse para Montes Claros por um mês. Fizeram vários exercícios de teatro. Juntos com ela, começaram por visitar todas as casas, perguntando: -"Qual é o principal problema do bairro, em sua opinião?". Reuniram as respostas, identificando cinco problemas principais: trabalho, desemprego, moradia, saúde e "falta de união".

Primeiro improvisaram pequenas histórias, que contivessem os problemas identificados. A cada improvisação, gravavam tudo em fita cassete. Ouviam depois, atentos, criticando, analisando, modificando, gravando tudo outra vez. Recomeçavam. A última gravação, enfim, foi transcrita. O script estava pronto. A história construída contava a saga de uma família da zona rural do norte de Minas, que mudara para Montes Claros, fugindo da miséria. Sem casa, moraram por algum tempo em um pequeno quarto, emprestado por um parente que havia migrado antes e tinha um barraco no bairro Santos Reis. Foram



procurar emprego. O filho conseguiu, o pai não. O filho passou a viver sob as agruras da ditadura que impera nas fábricas do Distrito Industrial de Montes Claros, onde a disciplina rígida delimita com exatidão até o tempo a ser gasto no banheiro. O filho mais novo morreu. A mãe ficou doente. Os vizinhos não se solidarizaram.

Fizeram diversas apresentações no bairro, a maioria delas na Igreja. A platéia ria, ria, ria o tempo todo. De início, me espantei, pois a história era triste, dramática. Depois vi que aquilo não era o riso do deboche. Era o riso da aflição, do desabafo de quem vê, de repente, um retrato cru de sua própria vida.

A última parte tratava da "falta de união", revelada pela ausência de solidariedade dos "vizinhos". E... a cena acabava pela metade, "no ar". Neste momento da peça, os atores - todos moradores do bairro - colocavam o problema para a platéia, convidando-a a participar. "Falta de união". A conversa se alongava noite adentro. Surgiram dessas discussões a Associação dos Moradores do Bairro Santos Reis, e uma idéia antiga foi retomada: a fundação do Sindicato dos Metalúrgicos de Montes Claros.

9.

Percebi, no Centro de Saúde do bairro Santos Reis, que os membros de nossa equipe não se sentiam parte da instituição a que estávamos ligados - o Centro Regional de Saúde de Montes Claros, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. E muito menos a um projeto importante, cuja abrangência era toda a região norte do Estado. Lentamente, comecei a entender que se sentissem assim. Era o mesmo sentimento que já vivenciara, no CRS, em relação ao "nível central". Os técnicos do CRS nos apareciam cada vez mais como burocratas insensíveis, sempre nos cobrando relatórios "inúteis" e pouco se interessando pelo trabalho que realizávamos, a não ser quando vinham trazer alguma visita importante, que queria conhecer o "nível local".

Do "sistema de informação" implantado, éramos meros geradores de "inputs", e os "outputs" iam parar lá não sei onde, em algum lugar perdido para sempre. Ficamos cada vez mais negligentes no preenchimento daquela papelada. Uma vez, Mário Hamilton foi ao Centro de Saúde. Bem intencionado, fez algumas contas e nos demonstrou rapidamente, através de indicadores que calculou na hora, que todos estávamos com "muito tempo ocioso". Obviamente, o que nos dizia é que estávamos falhando com o Sistema de Informação. Mas foi mal interpretado. Gastei uns bons dias para acalmar os ânimos da equipe, que vinha trabalhando, quase diariamente, além do horário normal. Depois disso - ofendida pela "acusação" -, resolveu

refrear o ritmo de atendimento que vínhamos mantendo, reservando tempo para preencher os tais formulários.

Por uma vez, propus à equipe do CRS, à qual ainda estava ligado, que todos os técnicos trabalhassem por um único mês ou, se impossível, por apenas uma semana, no decorrer do ano, em um Centro de Saúde. Participariam de seu cotidiano e ajudariam no que pudessem, independente de sua formação profissional específica. Seria uma forma de verem a coisa "do nosso lado", de sentirem de perto os problemas "do povo", com conseqüente aumento na qualidade do trabalho de supervisão. Citei o exemplo de Cuba, onde até ministros de Estado dedicam algum tempo de sua agenda a algum tipo de trabalho "braçal". A proposta foi arquivada na pasta das idéias ridículas.

Foi diminuindo minha crença na viabilidade daquela revolução que chegara a vislumbrar nos corredores do Centro Regional. Vários amigos e colegas, todos envolvidos, direta ou indiretamente, na história inaugural do Projeto de Montes Claros, passaram a ressaltar a ingenuidade de nossas intenções originais, a "irresponsabilidade" de nossos cursos para Auxiliares de Saúde, a "anarquia administrativa" que havíamos imposto ao CRS. Riam. Sentia-me magoado ao ver tanto sonho jogado na lata de lixo, mas não sabia muito bem como contestá-los. Via que, em parte, tinham razão. Mas só em parte. Nunca me senti plenamente convencido. Veio 1978 e a anistia. Em 1979 saí de Montes Claros. Quem quisesse ser revolucionário, que o fizesse no "mundo lá fora", agora com menos perigo de ser morto ou torturado. Gramsci veio salvar da culpa os que resolveram sobreviver nas instituições, agora como "intelectuais orgânicos do proletariado urbano". Eu também. Não sem passar antes por um ano no Araguaia - em 1980 -, tentando, talvez pela última vez, ser radical. Ou, quem sabe, "intelectual orgânico do campesinato".

10.

Poucas semanas antes do dia em que fui-me embora, os Auxiliares de Saúde resolveram fundar uma associação. Seus representantes me procuraram, pedindo que conseguisse um advogado disposto a fazer, de graça, o estatuto da associação. Meu cunhado Geraldo Magela, famoso por ter sido advogado de quase todos os presos políticos de Minas, aceitou a tarefa, que cumpriu em uma madrugada.

Outro pedido era que eu, que sabia tocar violão, compusesse um hino para a Associação. Os norte-mineiros gostam de cantar. Mesmo não sendo compositor, o hino acabou ficando pronto. No dia solene da posse da diretoria, todos já o sabiam de cor. Pedi ao Sérgio

Arouca que ficasse atento à melodia. Ele, curioso: - "Parece que já ouvi isso antes". Era verdade. As cinco primeiras notas, plagiei da Internacional Comunista. Pura brincadeira. Ecos melódiosos da República Socialista de Montes Claros.

# MONTES CLAROS: A UTOPIA DEMOCRÁTICA

*Sonia Fleury Teixeira \**

*... mineiro tem este jeito; chama a gente e vai an-  
dando...*

*Canção popular*

## 1 - OS MINEIROS E O PODER

Muitas experiências foram vividas no campo da saúde pública nos anos 70, mas nenhuma delas alcançou o mesmo conteúdo simbólico e político que o Projeto Montes Claros, se bem todas elas tenham contribuído para testar os instrumentos que estavam sendo elaborados visando à modificação do sistema de saúde, e, ao assim fazê-lo, permitir a formação massiva de quadros técnicos capazes de levar adiante as incumbências da Reforma Sanitária.

---

\* *Psicóloga, Mestre em Sociologia, Doutora em Ciência Política. Professora da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e da Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.*

Foi, no entanto, no Norte de Minas que se desenvolveu aquele projeto que mais claramente pode ser identificado com as origens institucionais da Reforma, na medida em que foram ali lançados os germens que resultariam posteriormente no arcabouço institucional que foi denominado Sistema Único de Saúde: a unificação dos prestadores públicos em um sistema universalizado, regionalizado e descentralizado, com participação da comunidade na gestão da política pública.

Certamente esta coincidência não pode ser tributada ao acaso, encontrando sua explicação nas singularidades da política mineira. Minas teve como uma das suas características principais a qualidade dos serviços e da administração pública, o que pode ser identificado, no caso em questão, pela reforma administrativa que, já nos anos 70, introduzira o planejamento como núcleo do processo de formulação da política pública, levando a Secretaria de Estado de Saúde a submeter-se a um processo de regionalização.

Esta modernização autoritária introduzia a problemática da descentralização como uma tensão permanente entre o planejamento centralizado e a administração regionalizada. Por outro lado, ao deslocar a execução das políticas para as regiões, abria-se o espaço para a atualização das disputas pelo poder local, ampliando, através da política pública, as possibilidades de introdução de novos atores que desequilibravam a competição oligárquica. Neste sentido, tanto a burocracia técnica, envolvida na implantação dos projetos regionais quanto a comunidade, entendida como rede de usuários e servidores de extração local nucleados pelos serviços de saúde, introduziram uma cunha redefinindo os contornos da estrutura de poder local.

O caráter modernizante da administração pública mineira teve como contraparte a existência de um corpo burocrático de elevado nível técnico, não apenas na cúpula dos sistemas decisórios como também apresentando um perfil técnico diferenciado em suas bases. A existência de quadros técnicos com capacidade de engajar-se em um processo de modernização e transformação do porte do Projeto Montes Claros foi, com certeza, condição imprescindível para garantia de sua penetração e permanência ao longo do tempo. A existência de uma massa crítica incorporada ao Projeto permitiu que fosse possível manter a continuidade da proposta, absorvendo os ensinamentos dos consultores externos, sem que, no entanto, esta circulação implicasse na descaracterização do Projeto.

Finalmente, há que se considerar a capacidade dos mineiros para lidarem com situações conflitivas, sempre transitando com certa facilidade pelo interior dos canais institucionais, ao mesmo tempo em que se almeja a conquista do poder. Mesmo as esquerdas são tributárias desta veia conspiratória, na qual assume-se o poder como meta comum, o que permite a construção de inusitadas alianças que circu-

lam com desenvoltura pelos canais institucionais. Não fora esta característica, talvez o Projeto Montes Claros tivesse sido apenas mais uma experiência localizada, pouco se diferenciando das demais que ocorreram naquela época. No entanto, a sólida construção de uma base política e institucional, habilmente articulada com forças sociais progressistas e também com as mais tradicionais, viabilizou sua transcendência em direção a um projeto de reformulação do sistema nacional de saúde.

A atividade conspiratória assumida como prática política faz com que os mineiros tenham a possibilidade de sonhar com a transformação social, mesmo em situações e épocas tão adversas que, em geral, desestimulariam a formulação de tais utopias. Neste sentido, almejar a democratização da saúde começando pelo Norte de Minas - região marcada pelo mandonismo de uma oligarquia rural retrógrada - poderia parecer mais um delírio do que uma virtualidade. No entanto, deu lugar a um "laboratório da democratização do social" cujos desdobramentos foram resultar na Reforma Sanitária, que, apesar de todas as suas falhas, não pode deixar de ser registrada como a primeira grande alteração da política social brasileira realizada em um contexto democrático, desmistificando a análise política que vaticinava que políticas sociais, por não alcançarem um consenso político, só seriam mudadas em contextos autoritários.

## 2 - A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA

É importante recordar que a bandeira da democracia foi assumida entre nós, primeiramente, pelas esquerdas, melhor dizendo, por aqueles setores que não se identificaram com a proposta da luta armada e também não se deixaram cooptar pelas atrações oferecidas à uma tecnocracia todo-poderosa que emergiu no bojo do regime autoritário-burocrático. Embora a tradição democrática estivesse ausente das práticas políticas de qualquer grupo neste país, o fato de a democracia ter emergido como uma questão posta em contestação à burguesia, e não como forma de estruturar a ordem política que lhe garantisse o domínio legítimo, certamente teve conseqüências para a atribuição do significado da democracia naquela conjuntura.

Observando o que se passou desde então, neste quarto de século, podemos inicialmente afirmar que a sociedade brasileira é hoje muito mais complexa em sua composição e estruturação social e muito mais democrática em sua organização política. No entanto, a democratização alcançada está longe de indicar a plenitude da institucionalização de um regime democrático por um lado, enquanto apro-

fundaram-se, ao mesmo tempo, as desigualdades que transformaram um terço da sociedade brasileira em párias e deserdados sociais.

Esta observação nos leva a refletir sobre o conteúdo e significado da democracia, mutantes ao longo desta conjuntura tão recente.

## 2.1. Democracia e conflito

A proposta de democracia com a qual se trabalhava nos anos 70 tinha um conteúdo anárquico e contra-cultural, na medida em que se rebelava contra todo processo de normalização e institucionalização do poder, vistos como rede de macro e micro-poderes que, por meio de um conjunto de práticas sociais, subordinavam a energia criadora e potencialmente revolucionária a uma ordem que reproduzia, desde sua macro-estrutura até aos comportamentos e símbolos, a engrenagem da dominação.

Por outro lado, a democracia era vista como comportando um elemento social que se traduzia na proposta de desalienação da população e sua conseqüente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social. O mecanismo que permitia esta passagem era a participação popular, mística do desvendamento das estruturas da dominação e da criação de uma nova lógica de ordenação das relações de poder.

O elo entre estas duas propostas de atribuição de distintos significados à democracia estava dado pela necessidade de viver e trabalhar os conflitos, ao invés de evitá-los. O conflito seria, pois, o caminho através do qual se poderia desmontar as estruturas de dominação ao mesmo tempo em que, ao assim proceder, se estaria produzindo a desalienação do sujeito que se constitui como tal por meio de sua participação.

A postulação do conflito como estratégia de redirecionamento das práticas sociais implica no reconhecimento das diferenças e na sua elaboração ao nível político, e entra em contradição com toda perspectiva homogeneizadora, mesmo aquela que recorta a realidade a partir de seu conteúdo classista. Assim sendo, há uma tensão permanente entre um projeto de organização das lutas populares, que pressupõe uma nova ordem a ser instituída, e aquela que se volta para a constante desmontagem das estruturas e normas, não se subordinando a qualquer tipo de institucionalidade, ainda que democrática.

No Projeto Montes Claros esta tensionalidade entre instituído e instituinte foi vivida, a cada momento, no lugar designado como "o coletivo", espaço de demonstração das estruturas de poder e de construção de uma nova prática e de uma nova institucionalidade. Progressivamente, o movimento sanitário foi abandonando as referências a

Illich e a Foucault em busca de uma perspectiva mais orgânica, na qual o conflito, ainda que reconhecido, dá, no entanto, origem à negociação e à busca da governança.

Nesse movimento, a própria participação tem seu conteúdo transmutado: da perspectiva societária da desalienação para uma estratégia política de inserção e redefinição da estrutura de poder. Esse deslocamento, que dá conta das alterações não apenas das lutas democráticas, mas, especificamente, da trajetória da Reforma Sanitária, foi realizado de tal forma que marcou, de maneira indelével, o processo de constituição dos atores e identidades coletivas.

O conceito Gramsciano de sociedade política é útil para entendermos a mediação entre Estado e Sociedade, na qual os atores privados se representam e assim constituem uma esfera pública. Creio que a polarização entre uma concepção "socializante" - que pensava a constituição dos atores a partir de sua negação do Estado - e uma outra "estatalizante" - que concebe as identidades coletivas como parte das estruturas estatais - foi responsável pela impossibilidade de compreensão da necessidade da construção de uma esfera pública, com graves prejuízos para o curso posterior da Reforma Sanitária.

No caso de Montes Claros este dilema é evidenciado pelo papel estratégico dos auxiliares de saúde, que, no entanto, não alcançam uma organização e representação políticas correspondente. Em termos mais gerais, o processo da Reforma Sanitária terminou sendo conduzido por um ator privilegiado, o movimento sanitário, cuja identidade e composição acabaram prisioneiros da burocracia do setor, que, apesar de sua capacidade de vocalização e identificação com os interesses populares, acaba por construir uma esfera pública de conteúdo corporativo.

A construção de uma esfera pública que transcenda os interesses meramente corporativos dos sujeitos privados e não se resuma a um apêndice da organização estatal parece ser a condição de viabilidade da dimensão republicana da democracia, através da qual a interação entre Estado e Sociedade passa pelo estabelecimento da diferenciação entre o público e o privado, bem como pela responsabilização da representação, por um lado, e pelo controle social, por outro.

## 2.2 - Democracia e institucionalização

Passados todos estes anos o Brasil se encontra em uma situação caracterizada por sua transição inconclusa - desde um regime autoritário a um governo democrático - sem, no entanto, alcançar a plenitude institucional do regime democrático.



O modelo de democracia que a ciência política toma como paradigmático é aquele em que se dá o encontro da maior institucionalização das regras de competição e alternância do poder com o da maior participação de amplos setores da sociedade. Os problemas das democracias - recentes ou não - têm sido tributados ou à instabilidade gerada pela inversão da seqüência clássica, passando a participação a preceder à institucionalização da competição política (hipótese de Dahl), ou à forma da incorporação política caracterizada pela co-optação de atores políticos pelas políticas sociais do Estado, sem que aqueles alcançassem uma identidade prévia através de partidos nacionais, o que leva ao corporativismo e ao populismo irresponsável (hipótese de Wanderley G. Santos), ou ainda à incapacidade de se passar de uma democracia delegativa a uma outra representativa, em função da fragilidade da nossa institucionalidade democrática (hipótese de O'Donnell).

Em todas estas hipóteses fica explícito o peso atribuído ao elemento formal da democracia, exatamente aquele que fora tão desprezado pela esquerda nos idos dos anos 70. Atualmente, ao contrário, a engenharia política aparece, em todas as análises, como elemento vertebral na construção da ordem democrática, levando a uma pressuposição básica de que a sobrevivência de relações que se afastam dos princípios da legalidade e não se fundamentam em bases da igualdade e do estado social de direito seria decorrente da ampliação da participação em contexto de baixa institucionalização.

Sem uma consciência teoricamente tão elaborada, podemos identificar na trajetória da Reforma Sanitária uma mudança neste sentido na atuação política do Movimento Sanitário, ao compararmos suas origens nos anos 70 com seu amadurecimento na década seguinte. Toda a estratégia dos anos 80 esteve voltada para a institucionalização do modelo de reforma do sistema de saúde, seja através de uma nova institucionalidade burocrática, seja por meio de um novo arcabouço legal, que culminaram com a criação do SUS e a inclusão da saúde como parte da Seguridade Social no texto constitucional.

Os estudos mais recentes indicam que as intenções que se materializaram na organização burocrática e nos textos legais foram sendo subvertidas por uma realidade perversa, na qual a diferenciação e a crescente segmentação sociais acabaram por contaminar as bases igualitárias nas quais se fundava a nova ordem institucional. Isto sem falar que as práticas clientelistas e patrimonialistas continuaram a ser a expressão cotidiana das relações indiferenciadas entre a esfera pública e a privada, como se a cidadania postulada na consigna "Saúde, direito de todos, dever do Estado" pudesse conviver com a realidade hierarquizada em moldes patrimoniais que configura a sociedade brasileira.

Se a cidadania requer a existência do indivíduo por um lado, e de uma burocracia Weberiana pelo outro, podemos concluir que sua existência legal não seria capaz de criar as condições necessárias à sua vigência. No máximo, pode ser considerada mais uma frente estratégica de luta e de conscientização, talvez até de constituição de atores socialmente investidos.

Assim, pudemos constatar, passados estes anos, que não se cria igualdade por lei. O sistema público e igualitário proposto acabou dando lugar a uma estrutura altamente segmentada, em diferentes arranjos da interação público/privado.

Evidentemente esta conspurcação da recém criada institucionalidade democrática não pode ser isolada do contexto de retrocesso sofrido nos últimos anos em que predominaram o discurso neoliberal e as medidas de ajuste recessivo. Também não se pode esquecer a intencionalidade da tecno-burocracia da área econômica e da previdenciária em esvaziar a politização da questão saúde, a qual retirava do seu domínio técnico os parâmetros sob os quais se pretendia enquadrar a questão social.

Mais importante, no entanto, é entender que a democracia, se bem seja fundada em uma institucionalidade que é sua coluna vertebral, só poderá operar como tal quando o elemento que circula através destes canais é, na sua essência, igualitário. Ou seja, o Estado do Bem-Estar Social, para além de uma engenharia político-social é, fundamentalmente, um pacto societário. Neste sentido, a solidariedade é um valor que antecede a construção de uma ordem igualitária.

Assim sendo, falar da institucionalidade como condição para a democracia, desconhecendo a desigualdade sócio-econômica em que vivemos é ignorar o fundamento da democracia para identificá-la com sua organização formal. É a miséria, sua produção cotidiana, que alimenta o clientelismo e o patrimonialismo.

Enfim, é preciso que, sem abandonar a institucionalidade construída, possamos retomar as origens da luta da democracia como conflito.

Em outros termos, a democracia sempre será uma utopia... É preciso, pois, ter a ousadia de concebê-la a cada novo momento.

## Glossário

- ABEM** - Associação Brasileira de Ensino Médico
- ABI** - Associação Brasileira de Imprensa
- ABRAMGE** - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
- ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- AIS** - Ações Integradas de Saúde
- ALAMES** - Associação Latino Americana de Medicina Social
- AMB** - Associação Médica Brasileira
- APC** - Assessoria de Planejamento e Coordenação
- ARENA** - Aliança Renovadora Nacional
- BDMG** - Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais
- CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CED** - Conselho Estadual de Desenvolvimento
- CEMIG** - Centrais Elétricas de Minas Gerais
- CENDES** - Centro de Estudios del Desarrollo
- CER** - Centro Executivo Regional
- CFM** - Conselho Federal de Medicina /
- CNBB** - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRH	- Centro Nacional de Recursos Humanos
CONASP	- Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CPI	- Comissão Parlamentar de Inquérito
CPT	- Comissão Pastoral da Terra
CRS	- Centro Regional de Saúde
CRS/MOC	- Centro Regional de Saúde de Montes Claros
CTA	- Conselho Técnico Administrativo
D.A.	- Diretório Acadêmico
D.M.P.	- Departamento de Medicina Preventiva
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
ETRA	- Escritório Técnico de Racionalização Administrativa
FACE	- Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais
FAMED	- Faculdade de Medicina Norte-Mineira
FBH	- Federação Brasileira de Hospitais
FHEMIG	- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FINEP	- Financiadora de Estudos e Projetos
FNDCT	- Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GEM	- Grupos de Estudos Médicos
IAPI	- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
ILPES	- Instituto Latino Americano de Planejamento Econômico e Social
IMS	- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INDI	- Instituto de Desenvolvimento Industrial
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA	- Instituto de Planejamento Econômico e Social
IPPEDASAR	- Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural
JEC	- Juventude Estudantil Católica
JUC	- Juventude Universitária Católica
MDB	- Movimento Democrático Brasileiro
MR-8	- Movimento Revolucionário 8 de Outubro
OAB	- Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
OPS	- Organização Panamericana de Saúde
PAIS	- Programa das Ações Integradas de Saúde
PAPPE	- Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais
PARTIDÃO	- denominação dada ao Partido Comunista Brasileiro
PCB	- Partido Comunista Brasileiro
PC do B	- Partido Comunista do Brasil
PEPPE	- Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos da Fundação Oswaldo Cruz
PESES	- Programa de Estudos Sócio-Econômicos de Saúde
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	- Plano de Localização de Unidades de Serviço
PMDES	- Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social
PND	- Plano Nacional de Desenvolvimento
PNDES	- Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
PPREPS	- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PRONAM	- Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PT	- Partido dos Trabalhadores
REME	- Movimento de Renovação Médica
SBPC	- Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEPLAN	- Secretaria de Planejamento
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SESAC	- Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária
SUDENE	- Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UERJ	- Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UNE	- União Nacional dos Estudantes
UNICAMP	- Universidade de Campinas
USAID	- United States Agency for International Development
USP	- Universidade de São Paulo

Este livro foi impresso no  
ARMAZÉM DAS LETRAS  
Telefones: 228-1983 e 204-0549

"Já se foram duas décadas desde aqueles tempos em que o Projeto Montes Claros se transformou na 'Meca da Saúde Pública', passagem e referência obrigatórias para todos aqueles que se comprometeram com a construção de uma alternativa de mudança do sistema de saúde no Brasil.

Para Montes Claros - região marcada por contrastes entre o domínio dos coronéis, a aridez do seu solo e a pobreza de sua gente; um pedaço do sertão que iniciava seu processo de industrialização - convergiram pessoas de diferentes formações técnicas, com distintos projetos políticos, unidas, no entanto, pela esperançosa vontade de transformar a realidade social deste país.

A celebração destas duas décadas de história da saúde não poderia deixar de ser um resgate desta experiência que, apesar da sua importância nacional, seguia até agora restrita aos seus participantes e ao registro em algumas teses acadêmicas. Trazê-la para um público mais amplo é um compromisso político com a história, em um país que pouco preserva sua memória, já que acreditamos que o olhar crítico sobre o passado permite a compreensão do presente e cria a possibilidade de se projetar o futuro."

*Sonia Fleury*