

ANÁLISE DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO PROJETO MONTES CLAROS

Analysis of the performance of nursing professionals in the Montes Claros Project

João Alves Pereira¹, José Márcio Girardi de Mendonça²

RESUMO

A mudança paradigmática no setor saúde, advinda de uma nova proposta do conceito de saúde-doença, proporcionou novos subsídios conceituais que influenciaram a reformulação das práticas de saúde no Brasil e no mundo. O Sistema Único de Saúde (SUS), oficializado em 1988, originou-se desse novo paradigma sanitário e seu processo não-linear de configuração tem em seu cerne um conjunto de ideais da Reforma Sanitária (RS) brasileira. O Projeto Montes Claros (PMC), modelo de extensão de serviços básicos de saúde, desenvolvido em Montes Claros, Minas Gerais, em meados da década de 1970, vinha ao encontro desses ideais da RS. Para Montes Claros, ocorreu um fluxo intenso de profissionais de saúde. Dessa forma, procurando desvelar quais foram as principais contribuições dos profissionais de enfermagem dentro do PMC, este estudo teve como objetivo analisar a participação dos profissionais de enfermagem no projeto. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo-exploratório, de cunho qualitativo e que utilizou o método de abordagem da história oral. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada gravada e posteriormente transcrita. O corpus do material reunido foi submetido à análise do discurso. O estudo justificou-se por poder constituir uma fonte de referencial sobre o PMC e por poder contribuir para o enriquecimento das discussões sobre a RS e sobre a atuação dos profissionais de enfermagem no projeto. Do discurso dos entrevistados, emergiram três categorias temáticas relativas à atuação dos profissionais de enfermagem no PMC: o enfermeiro e sua atuação na área da saúde pública, o enfermeiro como formador de recursos humanos, e a contribuição do projeto para a criação do SUS. Constatou-se que os enfermeiros executaram funções relativas às atividades de planejamento das ações de saúde do projeto e atuaram na capacitação dos auxiliares de saúde. No PMC, surgiu uma nova faceta

ABSTRACT

The paradigm shift in the health sector, coming from a newly proposed concept of health-disease, provided new conceptual support that influenced the reformulation of health practices in Brazil and worldwide. The Unified Health System (UHS), inaugurated in 1988, originated from this new health paradigm, and its nonlinear process configuration has at its core a set of ideals from Brazilian Health Reform (BHR). The Montes Claros Project (PMC), a basic health services extension model, developed in the city of Montes Claros, Minas Gerais, in the mid '70s, approached these BHR ideals. There was an intense flow of health professionals toward Montes Claros. Thus, seeking to reveal what the main contributions of nursing professionals were within the PMC, this study aimed to analyze the participation of nursing professionals in the project. To that end, we performed a descriptive exploratory study, qualitative in nature, using the method of the oral history approach. As the data collection instrument, we used the semi-structured recorded interview, later transcribed. The corpus of gathered material was subjected to discourse analysis. The study is warranted as it may constitute a source of reference on the PMC, and may contribute to the enrichment of discussions about BHR and about the performance of nursing professionals on the project. The interview discourse revealed three themes concerning the role of nurses in the PMC: the nurse and his/her work in the area of public health, nurses as human resources trainers, and the project's contribution to the creation of the UHS. It was found that nurses performed tasks related to the project's health action planning activities, and worked

¹ João Alves Pereira, Enfermeiro, graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. E-mail: joao_alvespereira@yahoo.com.br

² José Márcio Girardi de Mendonça, Enfermeiro, Professor do Departamento de Enfermagem da UNIMONTES, Mestre em Enfermagem

de atuação da enfermagem, ligada à saúde pública e ao planejamento em saúde. Esse estudo permitiu ampliar a compreensão sobre a atuação da enfermagem dentro do PMC, importante projeto de reorganização dos serviços de saúde, que se caracterizou como uma etapa de destaque na construção do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em Saúde Pública; Saúde Pública; Reforma dos Serviços de Saúde; Prática Profissional.

INTRODUÇÃO

As profundas mudanças conceituais sobre o processo saúde-doença advogadas pelas conferências mundiais de saúde e a necessidade de reorganização das práticas assistenciais vigentes no Brasil, bem como a existência de movimentos sociais e um conjunto organizado de profissionais (“pesquisadores, líderes sindicais, lideranças políticas, administradores de saúde”) que realizaram um debate acadêmico e idealizaram uma nova proposta de política de saúde pública no país, constituem os caminhos que conduziram à Reforma Sanitária e à configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.¹⁻²

A Carta de Alma-Ata, resultante da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1978, trouxe um novo enfoque sobre o processo saúde-doença, que foi tomado como base para a reformulação das práticas de saúde no Brasil. A partir daí, saúde passou a ser entendida não apenas como ausência de doença.³⁻⁴⁻⁶

O conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se a um estado de completo bem-estar biopsicossocial e não se caracteriza apenas pela ausência de doenças.⁵⁻⁶ Hoje, a saúde é entendida através de um conceito integralista, sistêmico ou holístico que ultrapassa a concepção de saúde restrita à dimensão médico-assistencial-curativista. Busca-se a promoção da saúde do indivíduo considerando todos os seus aspectos biopsicossociais, ou seja, a sua integralidade.⁶⁻⁷

Reforçando os preceitos de Alma-Ata, a Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, reafirma as novas concepções sobre saúde apresentadas em 1978, que versavam sobre um completo bem-estar biopsicossocial e não apenas como ausência de doenças, e preconiza que os fatores que determinam a saúde do indivíduo incluem também os fatores sociais, econômicos e políticos.⁸

in the training of health aides. In the PMC, a new facet of nursing activities arose, linked to public health and health planning. This study allowed a broader understanding of nursing activities within the PMC, an important project for the reorganization of health services, which was characterized as a prominent step in the construction of the UHS.

KEYWORDS: Public Health Nursing; Public health; Health Care Reform; Professional Practice.

O sanitarista Sérgio Arouca, por sua vez, em sua tese de doutorado de 1975, faz uma análise crítica da medicina preventiva. Expôs seus conceitos e propôs que a medicina tradicional absorvesse conhecimentos das relações sociais para compreender mais adequadamente o processo saúde-doença e nele pudesse, assim, agir mais eficazmente.⁹

A partir dessa nova concepção de saúde, denominada por Santos e Westphal como mudança paradigmática, os sistemas de saúde vão se estruturando e novas formas de intervenção mais efetivas são buscadas.¹⁰

No Brasil, essa mudança de paradigma no setor saúde trouxe consigo uma série de questões que se tornaram norteadoras para a criação do SUS. Dentre elas, destacam-se a necessidade de garantir saúde a toda população, ampliando o acesso aos serviços, bem como a necessidade de investimentos no setor primário, ou seja, na promoção de saúde.¹

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília em 1986, representa o marco decisivo para a elaboração dos princípios e práticas da Reforma Sanitária (RS) brasileira.¹ Nela são apontados alguns princípios que mais tarde seriam mantidos na Constituição Federal de 1988, como universalidade (todos devem ter acesso aos serviços de saúde), integralidade (todas as ações, seja de promoção ou recuperação da saúde, pretendem prestar assistência integral aos cidadãos), equidade (assistir o paciente de acordo com as suas necessidades), regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços.²⁻¹¹

Transcorridos mais de trinta anos da Conferência de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde são priorizados nas políticas assistenciais do SUS⁴, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada o padrão de reorganização dos serviços de saúde no Brasil.¹²⁻¹³

O Projeto Montes Claros (PMC), modelo de Atenção Primária desenvolvido na cidade de Montes Claros - Minas Gerais, em meados da década de 1970, foi uma experiência de gestão que se opunha à política governamental de saúde brasileira vigente na época, e é considerado, junto

com outros projetos como o de Caruaru (PE), Londrina (PR), Patos (PB) e Campinas (SP), como projetos que estão inseridos na constituição do movimento sanitário brasileiro e, conseqüentemente, na formulação do SUS.⁷⁻¹⁴⁻¹⁵

Sabe-se que profissionais de várias categorias se deslocaram para Montes Claros com o objetivo de atuar no PMC. Nesse contexto, o conhecimento do papel realizado pela enfermagem no projeto seria de grande relevância para entender como foi organizada a práxis da enfermagem em saúde pública. Quais eram as funções dos profissionais enfermeiros no PMC? Quais atividades eles executavam? Esses questionamentos nortearam esse estudo e servem de orientação para a descrição e análise do papel da enfermagem no PMC.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo descrever e analisar a participação dos profissionais de enfermagem no PMC.

Este estudo justifica-se por representar uma fonte de estudo sobre o PMC e sobre a RS brasileira e por possibilitar o aumento das discussões sobre essa temática e sobre a atuação da enfermagem nesse contexto.

O Contexto do Surgimento do Projeto Montes Claros

Existe um consenso de que os sistemas de saúde atravessam uma crise que ultrapassa as fronteiras dos países, sendo, portanto, mundial. Os sintomas caracterizadores dessa crise seriam a iniquidade no acesso, a ineficácia, a ineficiência dos serviços de saúde e a insatisfação dos cidadãos.¹⁶

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, trouxe em seu relatório o alerta sobre a alarmante desigualdade no estado de saúde entre as populações dos países desenvolvidos e emergentes. Afirma que esta realidade é inadmissível sob o ponto de vista social, político e econômico, e que se constitui assunto de intervenção de todos os países.³

Em meados da década de 1970, o Brasil atravessava o período das crises e reformas do setor saúde. Os serviços de saúde configuravam-se sob a perspectiva da medicina mercantilizada e formavam um complexo sistema estatal, em que prevalecia a figura do Ministério da Previdência Social.¹⁵

Os serviços de saúde estavam alicerçados na aliança entre a burocracia estatal e os interesses privados. O sistema de saúde oficial não estava disponível para todos os cidadãos, sendo todo configurado para prestar assistência médica contratada para os previdenciários. A maioria da população não tinha nenhum tipo de assistência médica.¹⁵⁻¹⁷

Nesse contexto de mercantilização da medicina, iniquidade no acesso aos serviços de saúde e ineficiência, o PMC surge como uma proposta de extensão de cobertura dos serviços de saúde às comunidades rurais do Norte de Minas. Entretanto, tinha uma proposta clara de reorganização de serviços, com o desenvolvimento de ações de saúde integrais, visando à reunião de elementos curativos e preventivos.¹⁵⁻¹⁸

A implantação do “Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas” ou simplesmente, “Projeto Montes Claros” (PMC), foi possibilitada por uma série de acontecimentos importantes no contexto sócio-político-econômico, que formariam as bases para que o PMC fosse realizado. Os acontecimentos remetem ao “contexto institucional do surgimento das propostas de medicina simplificada”, à experiência do enfermeiro e missionário adventista norte-americano Leslie Charles Scofield Jr. e de sua esposa no Norte de Minas Gerais, ao processo de modernização da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), às experiências de Medicina Comunitária, e à participação dos movimentos de esquerda na formulação das políticas de saúde no Brasil.¹⁸⁻¹⁹⁻³³

O primeiro fato relacionado à disponibilização de grandes volumes de recursos financeiros internacionais para o financiamento de projetos de medicina comunitária no Brasil está diretamente relacionado à Revolução Cubana e ao avanço da ideologia comunista entre os países latino-americanos. A partir de 1960, como se tornava real a ameaça à hegemonia norte-americana na América Latina, a Casa Branca mudou o foco de sua política externa frente aos países latino-americanos. Assim, a intervenção norte-americana nesses países seria baseada na cooperação econômica e no diálogo diplomático em detrimento da política externa com forte apelo à intervenção militar.¹⁸⁻¹⁹

Em 1961, foi realizada a Conferência de Punta del Este, evento que marcou a criação da “Aliança para o Progresso”, política de cooperação entre o governo norte-americano e os países da América Latina, que previa o investimento financeiro externo norte-americano nos países latino-americanos. Em contrapartida, os países beneficiados deveriam formular programas nacionais para o desenvolvimento social, tais como habitação, saúde, saneamento básico e educação, utilizando técnicos colocados à disposição pela Casa Branca. Essa política de alianças serviria de base para a manutenção do imperialismo norte-americano no continente.¹⁸

Entretanto, o fracasso norte-americano na Baía dos Porcos e o assassinato do presidente Kennedy fizeram com que a política de cooperação e aliança com a América Lati-

na fosse abandonada. O abandono da política de alianças, aliado ao golpe militar de 1964, no Brasil, veio abrir espaço para que o governo brasileiro buscasse empréstimos junto a organizações não governamentais (ONG's) estrangeiras com o objetivo de custear projetos de desenvolvimento econômico e social. A partir daí, o Ministério da Saúde (MS) retoma os planos de saúde acordados na Conferência de Punta del Este, Uruguai, realizada em agosto de 1961, dentro da política de alianças.¹⁸

Buscava-se a modernização administrativa, o planejamento e a racionalização dos recursos financeiros do setor saúde, e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) foi o órgão responsável pela elaboração do planejamento das ações de modernização do MS. Em Montes Claros, cidade integrante da região da Área Mineira da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), para onde foram destinados recursos financeiros e projetos com vistas ao desenvolvimento socioeconômico regional, foi criado, a partir da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com assessoria da OPAS, o Centro Executivo Regional (CER).¹⁸⁻¹⁹

O CER, que mais tarde teria seu nome modificado para Centro Regional de Saúde (CRS) de Montes Claros, foi a instituição responsável pela implantação do PMC na região.²⁰

O segundo fato relacionado à gênese do PMC remete à experiência do enfermeiro e missionário adventista norte-americano Leslie Charles Scofield Jr. e de sua esposa no Vale do Rio São Francisco em Minas Gerais. A bordo de um barco, denominado Luminária, ele atuou na região por seis anos, prestando assistência religiosa e de saúde à população ribeirinha.¹⁸⁻¹⁹⁻³³

Após esse período, ele retorna aos Estados Unidos da América (EUA) para concluir programa de mestrado em saúde pública. Ao término do mestrado, regressa para o Brasil com o objetivo de implantar aqui um sistema de saúde baseado na alta cobertura e no controle de natalidade.¹⁸⁻¹⁹

Alguns anos depois, Scofield regressa aos EUA a fim de concluir doutorado em saúde pública na Universidade de Tulane, em New Orleans. Nessa época conhece o professor Joseph Beasley, chefe do Departamento de Saúde Familiar e Dinâmica Populacional da universidade, que se interessou pelo trabalho do missionário no Brasil.¹⁸⁻¹⁹

A tese de doutorado de Scofield, orientada por Beasley, deu origem ao projeto que subsidiaria conceitualmente a implantação do Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR), em Montes Claros, no período de 1971 a 1974¹⁸⁻¹⁹, desenvolvido graças a um convênio assinado, em 1971, entre o Governo de Minas Gerais, o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane

e a Fundação Universidade Norte Mineira (FUNM).¹⁵ A sede do IPPEDASAR foi o prédio da FUNM, no bairro Vila Mauricéia, atual Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).²⁰

O IPPEDASAR é considerado a primeira fase do PMC, pois criou as condições político-financeiras para que o PMC fosse realizado. O objetivo do IPPEDASAR seria a implantação de um programa de planejamento familiar e de controle de natalidade no Norte de Minas Gerais que, posteriormente, poderia se estender para todo o continente.¹⁵

A segunda fase do PMC, ou o PMC propriamente dito, ocorreu entre os anos de 1975 e 1977. No ano de 1973, o IPPEDASAR estava sendo gradativamente desativado por questões políticas, já que a SES/MG se posicionava contrariamente ao projeto devido às suas propostas de controle de natalidade e, em dezembro de 1973, o IPPEDASAR é extinto.¹⁵

Em 1974, foi firmado um convênio entre o governo brasileiro e o americano, através da United States Agency for International Development (USAID), para um empréstimo de US\$ 7,6 milhões ao governo brasileiro a fim de financiar projetos de sistemas de serviços de saúde em Montes Claros (MG), Patos (PB) e Caruaru (PE).¹⁵

O projeto de Montes Claros era bem detalhado e reproduzia quase que integralmente as propostas do IPPEDASAR, exceto os objetivos relacionados ao controle de natalidade. Dessa forma, as resistências da SES/MG em relação ao projeto foram desfeitas, criando, assim, as condições favoráveis ao seu desenvolvimento.¹⁵

A segunda fase do PMC seria iniciada com a assinatura do convênio em 1975 e com a transferência do Dr. Francisco de Assis Machado para o CRS de Montes Claros, indicado pelo Secretário Estadual de Saúde do governador Aureliano Chaves, Dr. Dario Tavares, para assumir a coordenação do PMC, já que tinha coordenado com êxito um programa semelhante ao PMC no Vale do Jequitinhonha entre os anos de 1971 e 1974. Essa fase se transformaria no espaço de articulação do movimento sanitário brasileiro.¹⁵

O PMC se mostrou inovador por propor uma reorganização dos serviços de saúde no nível local, adotando um processo de trabalho totalmente oposto ao vigente, baseado na democratização das relações dentro da equipe de saúde, que era multidisciplinar, na perspectiva da participação comunitária e na valorização do conhecimento popular em detrimento de conhecimento técnico.¹⁵

As relações dentro da equipe de saúde modificaram-se substancialmente, tendo como destaque não a figura do médico, mas a do auxiliar de saúde, considerado um

agente de disseminação das ideias do projeto.²¹ Foi criado um Conselho Técnico Administrativo (CTA), que se reunia todas as segundas-feiras para deliberar sobre o trabalho desenvolvido no campo. Nessas reuniões, todos tinham direito à voz e oportunidade de questionar as atividades que estavam sendo realizadas. O CTA era formado por profissionais que atuavam nos mais diversos cargos do projeto, desde o motorista até o médico. Eram feitas eleições para compor a equipe que o coordenaria e seria a responsável pela tomada de decisão.¹⁵⁻²¹

O objetivo do projeto seria implantar, em aproximadamente 50 municípios do Norte de Minas, um sistema de prestação de serviços de saúde, baseado na construção de postos de saúde nas comunidades rurais que seriam conduzidos por auxiliares de saúde, os quais funcionariam como estimuladores da participação comunitária, e na construção de um hospital regional em Montes Claros, que seria o cerne do sistema.²²

Entretanto, Van Stralen afirma que o projeto não saiu do módulo básico, que seria a construção dos postos de saúde nas cidades do Norte de Minas. A construção do Hospital Regional não foi possível devido a questões políticas, administrativas e pela falta de recursos. Apenas em 1980, o Hospital Clemente Faria, então pertencente à Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), seria anexado ao projeto e transformado em hospital regional. Como faltavam recursos financeiros e uma estrutura física adequada, não garantia acesso e atendimento adequados a toda a população do Norte de Minas.²³

Não obstante, o PMC significou uma experiência política articulada com o Movimento Sanitário.¹⁵ Serviu como modelo demonstrativo para um novo sistema de saúde no Brasil, uma vez que buscava implantar no norte de Minas Gerais um sistema regional de saúde, com base em uma rede de postos e centros de saúde, e que tencionava universalizar o acesso aos serviços de saúde.²³

Muitas propostas originárias do PMC foram absorvidas em projetos posteriores que propunham reorganização dos serviços de saúde, como o projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS), o Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Sistema Unificado e Descentralizado dos Serviços de Saúde (SUDS), e o arcabouço legal e ideológico que deu origem ao SUS.²⁴

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de cunho qualitativo, e que utilizou o método de abordagem da história oral para orientação da coleta de dados.

A pesquisa descritivo-exploratória tem o objetivo de descrever as características de uma população ou fenômeno, de tornar um problema explícito e/ou construir hipóteses sobre ele. Sua operacionalização envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que vivenciaram o problema pesquisado.²⁵

A abordagem qualitativa permite colher e conhecer um universo da realidade dos sujeitos da pesquisa que não pode ser quantificado. Dessa forma, a pesquisa qualitativa oferece a possibilidade de conhecer muito da vivência, dos significados e das subjetividades dos sujeitos, atingindo assim um espaço mais íntimo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à análise de variáveis.²⁶

A História Oral é um termo amplo, que abarca vários tipos de relatos obtidos através de fontes orais, ou seja, fatos ainda não registrados por outro tipo de documento, ou fatos cuja documentação se quer completar, ou que se deseja abordar por ângulo diferente. Dessa forma, a abordagem da história oral permite que se registre a experiência vivida ou o depoimento de um indivíduo ou de vários indivíduos de uma coletividade.²⁷

A abordagem da história oral é um método utilizado para a elaboração de documentação histórica e para reflexão social. Para a sua realização, existe a necessidade de realizar uma pesquisa básica sobre o tema em estudo, com o objetivo de direcionar a confecção de um roteiro de entrevista e fornecer subsídios para a seleção dos entrevistados.²⁸

As fontes orais se diferenciam em histórias orais de vida, relatos orais de vida ou depoimentos orais. Este estudo utilizou a abordagem dos depoimentos orais para a coleta dos dados, pois essa abordagem é conveniente quando o entrevistado presenciou os fatos que relata ou quando detém informações sobre os mesmos.²⁷ Assim, o critério de inclusão ou exclusão adotado foi ter participado do PMC.

Foram entrevistados cinco profissionais de saúde que atuaram no PMC e que, portanto, preenchiam os critérios de inclusão para participação no estudo. As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e outubro de 2009.

Para a coleta de dados, foram utilizadas técnicas de pesquisa bibliográfica e entrevista semiestruturada, com questões abertas e individuais. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, submetidas à análise do discurso.

As entrevistas são procedimentos muito usados em pesquisa de campo. Possui a vantagem de possibilitar uma análise qualitativa dos dados, pode ser utilizada com qualquer segmento da população e constitui um mecanismo eficiente para coleta de dados sobre o comportamento humano. A entrevista permite obter dados importantes

para a compreensão das concepções dos diversos atores diante de suas observações ou situações reais e ou ainda abstratas em que se encontram.²⁹

As entrevistas não tiveram tempo estipulado, sendo que este foi determinado pela disposição do entrevistado em falar. A duração de uma entrevista, gentilmente concedida pelo respondente, não deve durar um tempo desgastante para nenhum dos participantes.³⁰

O material remanescente das entrevistas foi submetido à técnica de Análise do Discurso, enfocando a discussão sobre a atuação dos profissionais de enfermagem no PMC.

Para análise dos dados foram utilizados os pressupostos de Minayo³¹, segundo os quais os dados devem ser classificados a partir de um questionamento com base na fundamentação teórica, e elaboradas categorias conceituais que abrangem elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.

A análise do discurso foi realizada de acordo com o método preconizado por Minayo³¹, segundo o qual, primeiramente, os dados devem ser ordenados para proporcionar maior conhecimento daquilo que vai ser analisado e dar início ao processo de análise (transcrição das falas). O passo seguinte consiste na categorização ou classificação dos dados, que requer uma leitura exaustiva, atenta e repetitiva do material disponível para o estabelecimento de categorias centrais. Por fim, deve ser realizada uma análise final, na qual as categorias centrais se conectam com as referências teóricas num processo de análise.

O estudo segue as regulamentações descritas na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, que regula, no Brasil, as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetido ao crivo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIMONTES para, então, começar a ser realizado. Foi apreciado e aprovado pelo CEP mediante o parecer N° 1398/2009.

As entrevistas foram livremente concedidas pelos participantes que, cientes dos objetivos e métodos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação no estudo.

A fim de garantir a confidencialidade dos participantes, optou-se por utilizar códigos para identificar as falas. A cada entrevistado foi atribuída uma letra alfabética (A, B, C, D, E), de modo que, a cada trecho transcrito, foi imputado um número (1, 2, 3, etc.). Dessa forma, o primeiro trecho transcrito, proveniente da primeira entrevista tem o código A₁, o segundo trecho da primeira entrevista recebeu o código A₂, e assim por diante.

O recrutamento dos sujeitos foi realizado através de convite, pessoalmente ou via telefone. A coleta dos dados

foi realizada nas residências de três entrevistados, e dois sujeitos optaram por serem entrevistados na UNIMONTES, local de trabalho de todos os participantes. O número de sujeitos foi cinco, em virtude da dificuldade de contato com os remanescentes do PMC, visto que poucos residem em Montes Claros e porque optou-se por realizar a coleta dos dados através de entrevista mediante contato pessoal com o participante. Os dados foram apresentados através da transcrição das entrevistas em confronto com informações da literatura vigente sobre o assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise das entrevistas, emergiram, do discurso dos entrevistados, três categorias temáticas relativas ao papel da enfermagem no PMC: O enfermeiro e sua atuação na área da saúde pública; O enfermeiro como formador de recursos humanos; e A contribuição do projeto para a criação do SUS.

O Enfermeiro e sua atuação na área da Saúde Pública

Em relação à categoria intitulada O enfermeiro e sua atuação na área da saúde pública, foi exposto o seguinte pelos entrevistados:

“As atividades desempenhadas não eram específicas da área da enfermagem. Eram específicas de profissionais da área da saúde.” (A1)

“A maior parte dos profissionais exerciam a função de planejadores da área de saúde no projeto.” (C9)

“... não tinha muito funções específicas não.” (D1)

“Os enfermeiros atuavam como técnicos da área da saúde.” (E3)

Verifica-se que o enfermeiro (que atuava no CRS como supervisor de área programática) exercia a função de técnico especializado em saúde, não desempenhando atividades específicas da enfermagem. As suas principais atividades estavam relacionadas ao planejamento e supervisão das ações de saúde para as áreas que o projeto abrangia.

De acordo com Santos¹⁸, para compor a equipe do CRS de Montes Claros, foram selecionados, em sua maioria, profissionais jovens, recém-formados por universidades e que tivessem interesse nas possibilidades que o PMC poderia oferecer. Buscavam-se pessoas sem experiência,

que não tivessem sido contaminadas pelos vícios advindos das instituições de saúde, mas que tinham uma grande capacidade de trabalho.

Tobar³² afirma que o modelo de supervisão realizado pela equipe técnica do CRS baseava-se na ideia de que a demanda por serviços seria formulada pelo auxiliar de saúde. Dessa forma, o sistema de supervisão era integrado e não levava em consideração as especialidades médicas. Assim, buscavam-se supervisores polivalentes, mais generalistas e menos técnicos em cada uma das áreas programáticas; profissionais que entendessem o conjunto do projeto e que atuassem como coordenadores das discussões, orientando a análise e sistematizando as reflexões sobre as práticas dos auxiliares.

Ainda dentro dessa categoria relativa à atuação dos enfermeiros na saúde pública, destacaram-se cinco subcategorias descritivas das intervenções realizadas e das condições de trabalho, que são: O diagnóstico de saúde regional; O planejamento e implantação das ações de saúde; A figura do Auxiliar de Saúde; Os trabalhadores da área da saúde; e Os entraves na realização do projeto.

Abaixo, cada uma dessas subcategorias será explorada separadamente para proporcionar um maior entendimento de seu conteúdo.

O Diagnóstico de Saúde Regional

No discurso dos entrevistados destaca-se a procura pelo conhecimento da situação de saúde da região, assim descrito:

“A proposta inicial era exatamente fazer o diagnóstico de saúde de todos os municípios. Um raio-x da situação epidemiológica dos municípios já com vistas de implantar um novo modelo assistencial de saúde. Já pensando nessa nova proposta de assistência.” (C1)

“O corpo técnico trabalhava muito integrado. E as atividades eram primeiramente relacionadas com a elaboração de um grande diagnóstico regional.” (D2)

“Inicialmente desenvolvemos um diagnóstico das condições de saúde da região norte de Minas. Depois foram criadas as propostas que subsidiaram as ações do projeto.” (E4)

Na fase inicial de implantação do PMC, buscou-se realizar um diagnóstico de saúde da população do norte de Minas, pois, para realizar um planejamento das ações do projeto, existia a necessidade de se conhecer a área onde

se iria intervir. Esse trabalho foi desenvolvido conforme a descrição dos entrevistados:

“Você tinha que chegar na comunidade e levantar todos os problemas daquela comunidade. Crianças, nascidos vivos, nascidos mortos, mortalidade infantil, idosos.” (B21)

“Já em 1976 por aí, começaram a fazer, trabalharam no levantamento desse diagnóstico.” (C3)

“Fizemos um estudo da população da época, quais eram os municípios que estavam com o crescimento maior ou menor, qual era a densidade populacional dos municípios. Porque naquela época, ao contrário de hoje, esses dados existiam de uma forma extremamente incipiente. Você tinha que montar um banco de dados. Se você quisesse saber sobre a mortalidade infantil no município você tinha que construir a taxa de mortalidade. O dado era muito esparsos. E aí cabia aos técnicos construir mesmo esses indicadores. E nesse meio as funções não eram muito separadas. Era tudo muito integrado.” (D2)

“Foi feito um trabalho de levantamento de dados na região. Viajávamos, e a partir do instrumento que tinha sido elaborado, foram coletados esses dados e informações, que compuseram o diagnóstico.” (E6)

Entre 1974 e 1975, não existia um banco de dados epidemiológicos estabelecido e de fácil acesso, para que os profissionais de saúde pudessem consultar e que servisse de apoio para a orientação das atividades do projeto. Dessa forma, para realizar esse diagnóstico, os técnicos do projeto, profissionais de diversas categorias, inclusive enfermeiros, percorreram todas as cidades da região coletando informações sobre mortalidade, nascimento, situação vacinal, doenças prevalentes, entre outros dados.

O diagnóstico de saúde foi realizado dividindo-se a região em microrregiões ou áreas programáticas. Várias equipes, compostas pelo pessoal do CRS, foram distribuídas nessas microrregiões para coleta e checagem dos dados. O trabalho era feito realizando visitas às prefeituras das cidades, colhendo informações e sensibilizando o pessoal para as atividades do projeto. Após, os dados coletados seriam avaliados no CRS. Todos os municípios da região foram visitados, inclusive os distritos localizados nas zonas rurais.¹⁸

No diagnóstico buscou-se observar o modo de viver da população, a sua visão sobre os serviços de saúde e sobre a estrutura do poder local.¹⁵ Em um período de seis meses, oito equipes percorreram 42 municípios em uma área total de 120.000 Km².¹⁸

Durante a realização do diagnóstico, os técnicos do PMC conheceram de perto as condições de vida dos moradores da região e, em relação à assistência à saúde nos municípios, foram observados os seguintes aspectos:

“Eram municípios que não tinha nada, não tinha centro de saúde, não tinha posto de saúde, não tinha médico, não tinha pessoal... Não tinha nenhum tipo de assistência. Nos municípios maiores como, por exemplo, Salinas e Taiobeiras e Rio Pardo de Minas, tinha centros de saúde na sede, mas na zona rural não tinha nada... Tinha centro de saúde em Montes Claros, Salinas, Pirapora, Januária. A maioria dos outros municípios não possuía centro de saúde. Não tinha nem médico residente.” (B7)

“Na zona rural existiam as casas de parteiras.” (C8)

O norte de Minas caracterizava-se como uma região em processo de urbanização e pouco desenvolvida sócio, política e economicamente e, dessa forma, no setor saúde, inexistia qualquer tipo de assistência em muitos municípios. Os hospitais estavam localizados em Montes Claros, a maior cidade da região. Nos outros municípios, a assistência era prestada em Postos e/ou Centros de Saúde, existentes apenas nas sedes dos municípios. As distâncias, o trajeto ineficiente, a falta de veículos e de recursos financeiros suficientes impediam grande parte da população de buscar assistência à saúde em outras cidades.

Havia a necessidade de proporcionar assistência médica à população do norte de Minas Gerais através de um programa de extensão da cobertura de serviços de saúde e de compor a força de trabalho em saúde na região, uma vez que não existia nenhum tipo de atendimento de serviços de saúde na maioria das cidades.¹⁸

Acompanhando o fato de a assistência à saúde na região ser deficiente, existiam poucos profissionais de saúde atuando, inclusive enfermeiros:

“Naquela década de 70, nós éramos muito poucos na área da enfermagem. Havia um grande contingente de atendente de enfermagem e auxiliar de saúde, mas enfermeiros com curso superior de enfermagem não havia.” (A4)

“Não tínhamos na época, tantos enfermeiros como nós temos hoje.” (C10)

Os poucos profissionais de saúde com formação, como médicos e enfermeiros, atuavam nesse sistema pouco integrado de serviços de saúde.³⁴ Existiam poucos médicos e

enfermeiros e, em algumas cidades, existia apenas a figura do médico visitante. O maior contingente de profissionais de saúde era formado por auxiliares de saúde e de atendentes de enfermagem. Em muitas cidades a assistência ao pré-natal, parto e puerpério era feita integralmente por parteiras.

O planejamento e a implantação das ações de saúde

Terminado o diagnóstico de saúde, foi iniciada a fase do planejamento e implantação dos serviços de saúde. Em relação a essa fase do planejamento e implementação de serviços, os entrevistados relatam o seguinte:

“O grupo de técnicos da Diretoria Regional de Saúde era todo subdividido em áreas geográficas. Foi feito na região norte-mineira um agrupamento de municípios, denominado de área programática. E nós fomos alocados nessas áreas programáticas.” (A10)

“Cada Área Programática absorvia um número de municípios. Era feita por divisão geográfica, por proximidade.” (C5)

“Existiam 8 áreas programáticas. Elas eram selecionadas e tinha que ter o município-polo e os outros adjacentes. E qual que era o município-polo? Você estudava qual era o município-polo pelo fluxo natural do doente. E coincidiu com lugares que tinha alguma estrutura de saúde. Quem eram município-polo? Era Montes Claros, Bocaiúva, Francisco Sá, Januária, Janaúba, Pirapora, Salinas... Naquela época, a área do regional coincidia com a Área Mineira da SUDENE, com exceção de dois municípios, que eram Santa Fé de Minas e São Romão. E a regionalização era baseada muito também na área de atuação da SUDENE.” (D12)

Após esse levantamento inicial da situação epidemiológica da região, os municípios foram agrupados por localização geográfica em áreas denominadas Áreas Programáticas (AP), que ficariam, cada uma, sob a tutela de um dos técnicos, o Coordenador da Área Programática. Cada AP tinha uma cidade-polo, que receberia a sede descentralizada do projeto. Todas as cidades do norte de Minas foram distribuídas em um total de 8 AP's.

No processo de implantação do projeto, buscou-se realizar uma programação da oferta de serviços, mas desconsiderando a demanda que viesse a surgir. Dessa forma, foram definidas oito áreas programáticas, cada uma contendo um coordenador. Foi realizado um mapeamento da localização geográfica dos municípios e, a partir disso,

desenvolvido um modelo simplificado e normativo de organização dos serviços.³²

E quais atividades um coordenador de AP desenvolvia? Os entrevistados afirmam o seguinte:

“E aí você tinha que acompanhar a construção do posto de saúde, você tinha que ver a questão do equipamento, você tinha que selecionar pessoal, pelo menos dois auxiliares...” (B9)

“Já em 1976 por aí, começaram a fazer, trabalharam no levantamento desse diagnóstico. Nós tínhamos AP's, que eram Áreas Programáticas de Saúde e os enfermeiros então, trabalhavam dentro da Gerência Regional de Saúde, nessa questão do planejamento mesmo e de supervisão das áreas programáticas. Pra ver como que estava sendo o andamento esse projeto que estava sendo implantado.” (C3)

“E era um trabalho voltado para o planejamento e implantação de todo um sistema de saúde nesses municípios. A gente fazia de tudo, desde planejar, acompanhar contratação de pessoal, treinar, supervisionar, acompanhar implantação de projeto físico, mobiliário, equipamentos, tudo que se referia a expansão do sistema... Além de fazer esse acompanhamento da questão da área física e dos recursos humanos, tinha o acompanhamento dos recursos materiais: remédio, vacina, material de consumo, fazer contato com o prefeito, fazer planejamento de vacina.” (B4)

“Todos os técnicos faziam trabalho de supervisão. Viajamos muito para Grão Mogol, para Taiobeiras, dentro desse contexto da organização, de planejamento das ações de saúde. Essa incumbência era recebida do nível central.” (C4)

“Os enfermeiros desenvolviam muitas atividades, que iam desde o início do levantamento de dados, quantas crianças vacinadas, até a aplicação do BCG, e isso aí incluía o treinamento das pessoas, a dispensação do material, conservação do material, tudo isso.” (D4)

O Coordenador de Área tinha a responsabilidade de implantar toda a estrutura do projeto nos municípios que a AP englobava. Era um trabalho voltado para o planejamento e implantação de serviços de saúde em áreas que não tinham assistência médica. As prerrogativas de um coordenador de AP envolviam atividades administrativas relativas à expansão do sistema, como o planejamento das ações de saúde, a contratação e o treinamento de pessoal, a supervisão da implantação do projeto físico, a compra de equipamentos e a provisão

de recursos materiais, como vacina, material de consumo e medicamentos.

Os recursos do projeto foram destinados à construção de uma rede física de 40 postos de saúde, distribuídos em uma área geográfica de 144.000 Km², à compra de equipamentos para instalação, e para contratação de pessoal.¹⁸

No primeiro momento, como optou-se por realizar uma implantação veloz do sistema, muitas decisões que originariamente deveriam ser tomadas pelo nível central, passaram a ser prerrogativas dos coordenadores das AP's. Dessa forma, cada coordenador de AP poderia estabelecer a oferta de serviços que julgasse necessária, definindo os custos globais da área.³²

Os entrevistados relataram o seguinte sobre o trabalho realizado na sede do projeto:

“O Chicão, com toda sua sabedoria, sua competência e experiência, conseguia nos unir para trabalhar na perspectiva da Reforma Sanitária e da construção de um sistema único de saúde para a nossa região, que trouxe subsídios para a construção do sistema único nacional.” (A20)

“O grande capitaneador do projeto era realmente o diretor. Era uma pessoa de uma capacidade de alavancar projetos muito grande. Realmente ele fazia essa liderança.” (D10)

A sede do projeto funcionava no Centro Regional de Saúde de Montes Claros, onde uma equipe central coordenava e supervisionava todas as ações desenvolvidas. No comando dessa equipe, tinha grande destaque o Diretor Geral, Dr. Francisco de Assis Machado, o Chicão, responsável por administrar todas as ações do projeto.

O Francisco de Assis Machado adotou um modelo de gestão democrático em Montes Claros. Quando assumiu o CRS, em julho de 1975, criou o Conselho Técnico Administrativo (CTA), órgão competente instituído para tomar as decisões do projeto, em que não existia a figura do chefe de serviços e sim de representantes de categorias funcionais eleitos pelos seus pares. O CTA apresentava uma nova estrutura de poder e representava a valorização das categorias de funcionários em detrimento da estrutura hierárquica adotada no nível central pela Secretaria de Estado de Saúde.³⁵

A figura do Auxiliar de Saúde

Em relação ao processo de admissão dos auxiliares de saúde, os entrevistados afirmaram o seguinte:

“Nesse sistema proposto no Projeto Montes Claros, no grande Projeto Montes Claros, tinha com muita ênfase o Auxiliar de Saúde, que era treinado especificamente para trabalhar no posto de saúde.” (B14)

“Foram realizados cursos pra capacitação desses auxiliares de saúde, porque a proposta era a de capacitar pessoal.” (C7)

Para desenvolver as atividades do projeto, foi contratado um número elevado de pessoas com a finalidade de atuarem como auxiliares de saúde. As únicas exigências feitas para a contratação era saber ler e escrever e morar na área onde se ia trabalhar. Como esse contingente contratado geralmente não tinha alguma formação na área da saúde, foi preciso realizar cursos de formação para que pudessem operacionalizar as propostas do projeto. Dessa forma, existiam cursos para capacitação dos auxiliares de saúde.

As equipes de saúde estruturadas para atuar no projeto tinham uma composição diversa daquela tradicionalmente conhecida nos serviços de saúde. Dessa forma, a nova equipe de saúde era composta por profissionais de diversas categorias, sendo que o elemento central dessa equipe seria o auxiliar de saúde e não o médico. Havia a necessidade de contratação de pessoas que não tivessem experiência na área da saúde, uma vez que não se poderia integrar o projeto portando preconceitos e concepções diferentes, uma vez que essas ideias poderiam inviabilizá-lo.¹⁵

Devido ao grande volume de recursos financeiros captados, houve a contratação e treinamento de 625 auxiliares de saúde, que foram recrutados massivamente para atuar na rede do projeto. Até o final do ano de 1976, foram capacitados 292 auxiliares de saúde, construídas 100 unidades de saúde e 33 centros de saúde. No fim de 1977, 625 auxiliares de saúde tinham sido treinados e quase todos os módulos básicos implantados.¹⁸

Os trabalhadores da área da saúde

Em relação à quantidade, localização e características dos profissionais da saúde na região, foi exposto o seguinte:

“O auxiliar de saúde possuía duas denominações: os que trabalhavam nos serviços de saúde dos municípios naquela época, em saúde pública, recebiam o nome de auxiliar de saúde. E havia um outro grupo que trabalhava nas Unidades Mistas do SESP, em alguns hospitais locais e eram denominados atendentes de enfermagem. Na sua maioria, estes trabalhadores não detinham qualificação profissional para o trabalho que realizavam.” (A12)

Excetuando o médico e o enfermeiro, que já tinham uma prática profissional estabelecida, os profissionais de saúde que atuavam nos postos e centros de saúde tinham características diferentes. Nos postos, existia o auxiliar de saúde que era treinado especificamente para atuar no projeto. Nos centros, localizados nas sedes dos municípios, existia o atendente de enfermagem, uma espécie de auxiliar mais avançado porque tinha mais tempo de serviço, mais vivência, e mais experiência do que os auxiliares treinados para o projeto, servindo, inclusive, de apoio para o treinamento dos auxiliares. Entretanto, ambos não tinham titulação.

Em relação aos profissionais de enfermagem, foi relatado o seguinte:

“Naquela década de 70, nós éramos muito poucos na área da enfermagem. Claro que havia um grande contingente era de atendente de enfermagem, auxiliar de saúde, mas enfermeiros com curso superior de enfermagem não havia.” (A4)

“Não existia essa categoria chamada enfermagem... Não tinha enfermeiro não. Aqui na região do Norte de Minas éramos 5 enfermeiros.” (B5)

“Quando iniciou o Projeto em Montes Claros, nós tínhamos poucos enfermeiros.” (C2)

“Você contava os profissionais da enfermagem nesse período. Na época do projeto era o mínimo.” (D9)

Existiam poucos profissionais de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, atuando na região do Norte de Minas Gerais em meados da década de 1970. Esses profissionais atuavam nos centros de assistência à saúde, como hospitais, na Fundação SESP, nos postos e centros de saúde e no Centro do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), localizados na cidade de Montes Claros e em outras cidades da região. Os atendentes de enfermagem e as parteiras eram os profissionais responsáveis pela assistência de enfermagem diretamente à população. Os profissionais de enfermagem atuavam estritamente no nível hospitalar e, a partir da década de 70, houve um aumento do número de enfermeiros que atuavam na área da saúde pública ou da saúde coletiva.

“O profissional enfermeiro era desconhecido na nossa região.” (A6)

“Os Atendentes de Enfermagem e os Auxiliares de Saúde eram até vistos pela população como enfermeiros. Não havia

essa clareza pra população, pro usuário, de quem era de fato enfermeiro e daquele que era só o atendente ou o profissional técnico.” (C11)

A população não tinha conhecimento adequado sobre o profissional enfermeiro, ou seja, existia outro entendimento sobre quem era o enfermeiro. A população confundia enfermeiro com auxiliar de saúde e/ou atendente de enfermagem.

Entraves na operacionalização do projeto

Sobre as dificuldades de se trabalhar no projeto foi dito o seguinte:

“Havia dificuldades estruturais, institucionais e as estradas naquela época eram muito ruins. Muito difícil a locomoção... Acho que a dificuldade maior era de ordem física. Era a questão das chuvas que impediam muitas vezes o planejamento local, ora as estradas mal-conservadas, ora a dificuldade de transporte. Existia a dificuldade do acesso à informação, que era muito precária na região.” (A7)

“Não existia essa facilidade de hoje, que é todas essas vias asfálticas. Então a locomoção era um dos fatores dificultadores. Falta de conforto mesmo. Mas nunca foi um empecilho para que o trabalho fosse realizado.” (C6)

Os entrevistados relatam que os maiores desafios encontrados para operacionalização do projeto foram impostos pela vasta extensão territorial da região e pela falta de acessos adequados às cidades e distritos onde o projeto estava sendo desenvolvido. Como se tratava de um projeto de extensão de cobertura de serviços de saúde, buscava-se atingir todas as cidades do Norte de Minas. Para essa finalidade, os técnicos do projeto percorreram toda a região realizando atividades de avaliação da realidade, implementação de serviços de saúde e avaliação das ações realizadas. As estradas e as vias de acesso em sua maioria estavam em situação precária e tornavam as viagens mais cansativas e dispendiosas.

O enfermeiro como formador de recursos humanos

Quanto à categoria intitulada O enfermeiro como formador de recursos humanos, foi enfatizado o destaque da enfermagem na capacitação do auxiliar de saúde recrutado para atuar no projeto.

“A enfermagem cuidava de fazer treinamento de pessoal.” (B11)

“O enfermeiro atuava integralmente na capacitação do auxiliar de saúde. Era a função principal do enfermeiro. Era onde você dava a maior visibilidade da enfermagem era na capacitação.” (D5)

“Os enfermeiros eram muito envolvidos com treinamento de pessoal.” (E3)

Devido à abrangência do projeto, foram contratadas muitas pessoas para atuarem como Auxiliares de Saúde e, como existia a necessidade de que esses auxiliares fossem capacitados e/ou treinados para a realização de suas importantes funções, coube à enfermagem realizar esse treinamento.

Acerca do treinamento dos Auxiliares de Saúde, os entrevistados expressaram-se da seguinte forma:

“Cabia aos enfermeiros fazer com que os auxiliares de saúde sássem de lá sabendo muito acerca de tudo. E os treinamentos eram de altíssima qualidade.” (D8)

“Os cursos abordavam a história da saúde pública e a questão da assistência mesmo. Aplicação de vacina. Era um curso bem abrangente.” (C13)

“Alguns foram capacitados no Centro de Treinamento em Porteirinha.” (A13)

“Porteirinha teve um grande projeto onde eram concentrados todos esses auxiliares que eram selecionados.” (D6)

O enfermeiro exerceu papel importante na formação dos auxiliares de saúde. Esses profissionais eram capacitados através do Centro de Treinamento localizado em Porteirinha. Os cursos abordavam conhecimentos básicos da atuação na área da saúde que viessem subsidiar a atuação desses profissionais junto às populações atendidas, como fazer levantamentos populacionais por faixa etária e por doenças mais prevalentes, técnicas de aplicação de injetáveis e de curativos.

O treinamento dos auxiliares de saúde tinha, sobretudo, objetivos políticos. Esse curso de treinamento tinha o objetivo de preparar o auxiliar de saúde para as atividades técnicas que ele iria desempenhar no posto de saúde como aplicar injeções, fazer pequenas suturas, realizar vacinação e, para a atividade essencialmente política de mobilização

da comunidade, entendida como a via principal para a participação democrática e a transformação social pela saúde.³⁴

A contribuição do projeto para a criação do SUS

Uma terceira categoria relativa não à atuação da enfermagem no PMC, mas relacionada à importância do projeto para a criação do SUS, poderia ser explorada aqui, uma vez que os entrevistados deram muita ênfase ao tema, conforme mostram as falas mais representativas listadas abaixo:

“Nós verificamos que a contribuição de Montes Claros foi valiosíssima, mas foi por causa de todos esses sujeitos envolvidos e não só da enfermagem.” (A5)

“O SUS nasceu desse projeto. Houve uma contribuição muito grande, tanto que pessoas do Ministério da Saúde, pessoas de outros estados vieram conhecer esse projeto que, de fato, esse projeto, todo esse trabalho realizado aqui desde a base de repensar a questão da prevenção e da promoção da saúde, isso resultou em documentos que vieram dar uma confirmação para o novo modelo assistencial, que é o SUS.” (C14)

A contribuição do PMC para a posterior implantação do SUS no Brasil foi enfatizada, relacionando os princípios do projeto, como regionalização, interiorização e participação social, e que se tornariam, alguns anos mais tarde, norteadores do novo sistema de saúde público brasileiro.

O exposto acima é corroborado por Fleury ao afirmar que o PMC transcende a sua dimensão local e se torna referência nacional obrigatória no processo de transformação da realidade sanitária e social.²¹

Felipe preconiza que as propostas provenientes do PMC foram absorvidas em todos os projetos posteriores que propunham reorganização de serviços de saúde: AIS, PIASS, SUDS, e o próprio SUS.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho contribuiu para a descrição e análise das atividades desempenhadas pelos profissionais de enfermagem no PMC e no norte de Minas na década de 70.

O PMC é considerado uma etapa importante dentro do movimento pela Reforma Sanitária e dentro do processo de criação do SUS no Brasil. Entretanto, ainda é um tema pouco explorado, bem como o tema relativo ao papel da enfermagem no projeto.

O estudo permitiu que se conhecesse como funcionava o processo de trabalho em uma equipe multiprofissional.

Possibilitou conhecer como foi o desenvolvimento desse trabalho, que resultou no diagnóstico das condições de saúde da região, como ocorreu o planejamento das intervenções e, também, as dificuldades que os técnicos encontraram na realização do trabalho.

Inseridos nessa equipe multiprofissional estavam alguns enfermeiros, atuando em todas as etapas do projeto, desde a realização do diagnóstico, planejamento, implantação e avaliação dos serviços. Os profissionais de enfermagem também estiveram envolvidos na capacitação do Auxiliar de Saúde que atuava no projeto.

Ficou evidente que, concomitantemente ao início do desenvolvimento das práticas de atenção primária no Brasil, nascia uma nova práxis da enfermagem, relacionada ao planejamento em saúde, e que utilizava o conhecimento de fatores sociais e epidemiológicos como ferramentas indispensáveis para promoção da saúde e prevenção de doenças.

Paralelamente à análise e descrição das atividades do PMC, este trabalho permitiu realizar uma descrição das condições de saúde da população norte-mineira, dos serviços de saúde presentes na região, e da atuação da enfermagem na época.

Acredita-se que as contribuições teóricas apresentadas aqui sejam importantes para a construção da história da enfermagem no Brasil e para a sua afirmação como profissão atuante no processo de reestruturação das práticas de saúde no país.

REFERÊNCIAS

- 1 - Cordeiro H. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma sanitária: Contribuição à História do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2004 nov; 14(2): 343-362.
- 2 - Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública*. 2008 jan, 24(1): 197-206.
- 3 - Ministério da Saúde (Brasil). As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 4 - Organização Panamericana de Saúde: 25 Anos de Alma-Ata: Saúde é direito de todos. [Internet]. 2003 fev [acesso 2009 Jan 23]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=195>>.
- 5 - Ferreira Filha MO, Silva ATM. Saúde mental e reforma psiquiátrica: uma abordagem psicossocial. *Conceitos [In-*

- ternet]. 2002 jul/dez [acesso 2008 Abr 23]. 5(8): 102-107. Disponível em: <www.adufpb.org.br/publica/conceitos/08/art_15.pdf.>.
- 6 - Scliar M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007 abril; 17(1): 29-41.
- 7 - Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2006 dez; 14(01): 1325-1335.
- 8 - Mendes IAC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004 maio/junho; 12(3): 447-448.
- 9 - Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2003. 268p.
- 10 - Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos avançados [Internet]*. 1999 Abr [acesso 2009 Fev 01]. 13(35): 71-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103401419990007&lng=en&nrm=iso>.
- 11 - Silva SF. Municipalização da saúde. In: *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.49-87.
- 12 - Mendes EV. *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. 300p.
- 13 - Malta DC, Santos FP. O Programa de Saúde da Família (PSF) e o Modelos de Assistência à Saúde no Âmbito da Reforma Sanitária Brasileira. *Rev Med Minas Gerais*. 2003 Out/Dez; 13(4): 251-9.
- 14 - Ministério da Saúde (Brasil). *A Mobilização Instituinte (Décadas de 1970 e 1980)*. In: *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. cap01. p.35-109.
- 15 - Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1998. 208p.
- 16 - Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS. Tomo I*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001. 144p.
- 17 - Somarriba M. *Participação e saúde: revisitando o Projeto Montes Claros*. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap08. p.193-206.
- 18 - Santos RCN. *A história do Projeto Montes Claros*. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap02. p.21-60.
- 19 - Fonseca DS. *Primeira história da medicina simplificada no Brasil [dissertação]*. Belo Horizonte: Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais; 1984.
- 20 - Mendonça JMG, Rodrigues RA. *Resgate oral dos eventos que envolveram Montes Claros - MG e sua colaboração para a formação do Sistema Único de Saúde [trabalho de Conclusão de Curso]*. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem; 2006.
- 21 - Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. 262p.
- 22 - Sobrinho DF. *Ascensão e queda da República Socialista de Montes Claros*. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap11. p.239-249.
- 23 - Van Stralen CJ. *Do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas*. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap07. p.165-191.
- 24 - Felipe JS. *Apresentação*. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p.09-11.
- 25 - Silva EL, Menezes EM. *Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação*. 3 ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC; 2001. 121p.
- 26 - Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3a. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994. 406p.
- 27 - Lang ABSG. *História oral: muitas dúvidas, poucas certezas e uma proposta*. In: Meilhy JSSB. (Org.). (Re)

introduzindo história oral no Brasil. São Paulo: Xamã; 1996. p.33-47.

28 - Brêtas ACP. A abordagem da história oral. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2006. p.67-75.

29 - Pádua EMM. Metodologia da Pesquisa: Abordagem teórico-prática. 11a. ed. São Paulo: Papirus; 2005. 124p.

30 - Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático. 3a. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.

31 - Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 25a. Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007.

32 - Tobar T. Nova racionalidade técnica. In: Fleury S. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap05. p.101-126.

33 - Lima FV. Etnografia histórica das ações de saúde no Brasil: um estudo de caso sobre o Projeto Montes Claros. Anais da IX Reunião de Antropologia do Mercosul, 10 a 13 de julho de 2011 - Curitiba, PR. Disponível em http://www.sistemasmart.com.br/ram/arquivos/13_6_2011_11_27_16.pdf. Acesso em 20 de junho de 2011.

34 - Vieira LMF, Lima NM. Concepção do coletivo, participação comunitária e transformação social pela saúde. In: Fleury S. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. Cap03. p.61-79.

35 - Machado F de A. A organização dos serviços no Projeto Montes Claros. In: Fleury S. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap09. p.207-218.

Submissão: julho/2011

Aprovação: novembro/2011
