



**PBPC**  
ISSN 2674-9432



**Qualis A3**  
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex

Indexado no  
**Google** Acadêmico

## ***Contribuições do trabalho médico-missionário ao Projeto Montes Claros e ao Sistema Único de Saúde***

Fabiola Gonzaga Tavares Campossano, Elisabete Agrela de Andrade



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n1p3152-3176>

Artigo recebido em 25 de Janeiro e publicado em 25 de Março de 2026

### **REVISÃO HISTÓRICO ANALÍTICO E DOCUMENTAL**

#### **RESUMO**

Este estudo analisa o legado do projeto médico-missionário Luzeiro (1931), na Amazônia brasileira e sua contribuição na criação do Projeto Luminar (1956), no vale do rio São Francisco, na consequente elaboração e implementação do Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento de Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR, 1971-1974) na formatação do relevante Projeto Montes Claros (PMC, 1975-1977); como influenciou indiretamente a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que resulta de múltiplas forças históricas. Destaca-se o Projeto Luzeiro, que estabeleceu um modelo de assistência médica itinerante fluvial com equipes multiprofissionais, focado tanto no tratamento de doenças endêmicas quanto na educação sanitária e prevenção. Apresenta-se a ligação com a expansão de lanchas médico-missionárias em diversas bacias hidrográficas do País, como na região do vale do rio São Francisco, contando com a participação marcante de Leslie Charles Scofield Junior. Conclui-se que o trabalho médico-missionário adventista no Brasil contribuiu para a construção do sistema público por meio dessas iniciativas que preencheram lacunas e desenvolveram redes de atenção integradas, permanecendo relevantes para os desafios atuais de equidade em saúde.

**Palavras-chave:** Missões-médicas; Reforma Sanitária; SUS; Projeto Montes Claros.



## ABSTRACT

This study analyzes the legacy of the Luzeiro medical-missionary project (1931), in the Brazilian Amazon, and its contribution to the creation of the Luminar Project (1956), in the São Francisco river valley, the consequent elaboration and implementation of the Institute for Preparation and Research for the Development of Rural Health Assistance (IPPEDASAR, 1971–1974), and the shaping of the relevant Montes Claros Project (PMC, 1975–1977); as well as how it indirectly influenced the formation of the Unified Health System (SUS) in 1988, which results from multiple historical forces. The Luzeiro Project is highlighted, as it established a model of itinerant river-based medical care with multiprofessional teams, focused both on the treatment of endemic diseases and on health education and prevention. The connection with the expansion of medical-missionary boats across various river basins in the country is presented, including in the São Francisco river valley region, with the prominent participation of Leslie Charles Scofield Junior. It is concluded that the Adventist medical-missionary work in Brazil contributed to the construction of the public health system through these initiatives, which filled gaps and developed integrated care networks, remaining relevant to the current challenges of health equity.

**Keywords:** Medical missions; Health Reform; SUS; Montes Claros Project.

**Instituição afiliada** – Centro Universitario Adventista de São Paulo - UNASP

**Autor correspondente:** *Fabiola Gonzaga Tavares Campossano*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## **1 INTRODUÇÃO**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inscrita na Constituição Federal de 1988, resultou de um processo histórico que articulou crítica acadêmica, mobilização social e experiências institucionais de reorganização da assistência à saúde. Conforme analisa Paim (2008), a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) constituiu-se como projeto político de democratização do Estado e ampliação da cidadania social, rompendo com o modelo previdenciário excludente que vigorava até a década de 1980. Essa ruptura foi sustentada por críticas estruturais ao paradigma médico-preventivista, formuladas por Arouca (1975), que evidenciaram a necessidade de integração entre ações individuais e coletivas e de reorganização sistêmica da assistência.

Nesse processo, experiências locais desempenharam papel importante ao demonstrar a viabilidade técnica de modelos descentralizados e regionalizados. Entre elas, destaca-se o Projeto Montes Claros (PMC), desenvolvido na década de 1970 em Montes Claros, Minas Gerais. Conforme analisam Pereira e Jones (2016), o projeto antecipou práticas de territorialização, integração entre prevenção e assistência, e racionalização do uso de recursos, contribuindo para a consolidação de um modelo organizativo que influenciaria posteriormente a formulação do SUS.

A análise histórica do PMC está articulada ao legado do trabalho médico-missionário no Brasil. Desde o final do século XIX, missões religiosas contribuíram para a interiorização da assistência médica, criando hospitais, ambulatórios e ações de educação sanitária em regiões periféricas (Hochman, 1998). Embora inseridas em lógicas filantrópicas e confessionais, essas iniciativas introduziram práticas de cuidado comunitário e presença territorial contínua, valorizando a integração entre assistência clínica e educação em saúde.

A literatura sobre a RSB reconheça a importância de experiências locais na construção de modelos alternativos de atenção à saúde, com destaque para as análises de Escorel (1998), Paim (2008) e Fleury (1995) sobre o PMC como precursor do SUS, entretanto, a influência de iniciativas médico-missionárias na organização dessas experiências permanece pouco investigada. A dimensão missionária como elo historiográfico ainda inexplorado nessa cadeia constitui a contribuição original deste estudo, argumenta-se que as práticas desenvolvidas no Projeto Luzeiro (1931), no



Projeto Luminar (1956) e, por meio da trajetória de Leslie Charles Scofield Junior no IPPEDASAR (1971–1974), criaram bases conceituais e organizacionais que dialogaram com princípios posteriormente institucionalizados no SUS, ainda que de forma indireta e mediada por políticas públicas mais amplas.

Assim, emerge o seguinte problema de pesquisa: em que medida e por quais mecanismos o trabalho médico-missionário influenciou a organização institucional e conceitual do PMC, e como essa experiência dialogou e influenciou indiretamente com os princípios que posteriormente fundamentaram o SUS?

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, de caráter histórico-analítico e interpretativo, conduzido por meio de revisão narrativa integrativa de base histórica. O estudo inscreve-se no campo da história das políticas de saúde e da sociologia das instituições, articulando predominantemente fontes secundárias, obras acadêmicas, documentos institucionais publicados e literatura científica indexada para a reconstituição das trajetórias do trabalho médico-missionário e sua relação com a formação do sistema público de saúde brasileiro. Esse delineamento é coerente com a natureza do objeto investigado, que demanda análise longitudinal de processos históricos e interpretação contextualizada de práticas institucionais. (Minayo, 2014; Cellard, 2008)

Complementarmente, foram consultados documentos de arquivo de natureza primária, incluindo a Resolução n.º 014-CONSU/2006 da Universidade Estadual de Montes Claros, relatórios institucionais da Prefeitura Municipal de Montes Claros e registros históricos disponíveis no acervo da Divisão Sul-Americana da Igreja Adventista do Sétimo Dia acessados por meio do Centro Nacional de Arquivos Históricos Adventistas.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Experiências médico-missionárias e organização da assistência em saúde**

O movimento organizado de missões médicas consolidou-se no século XIX, quando as potências coloniais europeias expandiam sua influência sobre África, Ásia e Oceania. Nesse contexto, missionários médicos desenvolveram abordagens que integravam cuidados de saúde



ao trabalho evangelizador, frequentemente buscando articular medicina ocidental e saberes tradicionais (Gil, 2024; Hardiman, 2020). Figuras como David Livingstone (1813–1873), Mary Slessor (1848–1915) e Albert Schweitzer (1875–1965) ilustram modelos distintos de atuação que influenciaram gerações de profissionais de saúde, desde a integração culturalmente sensível de Livingstone com sistemas africanos, antecipando conceitos contemporâneos de competência cultural em saúde pública (Betancourt *et al.*, 2003), abordagem holística de Schweitzer no Gabão cuja filosofia do "respeito pela vida" dialoga com os princípios biopsicossociais da Promoção da Saúde (PS) (Engel, 1977).

Contudo, é necessário reconhecer as tensões éticas dessas iniciativas. O proselitismo, as relações de poder assimétricas e as críticas pós-coloniais sobre imposição cultural constituem dimensões indissociáveis da análise histórica do trabalho missionário (Adiatma *et al.*, 2022; Farmer, 2003). No Brasil, essas tensões adquiriram configurações específicas, moldadas pela ausência do Estado em territórios remotos e pela presença crescente de missões protestantes a partir do século XIX, contexto em que o trabalho adventista encontraria solo institucional para construir um modelo de assistência que transcenderia os limites da ação filantrópica.

### **Experiências médico-missionárias brasileiras**

A historiografia brasileira tende a negligenciar o papel do trabalho médico-missionário na assistência a populações vulneráveis e isoladas. Desde o período colonial, os jesuítas foram os principais responsáveis pela assistência médica, unindo evangelismo e medicina diante da escassez de médicos. No século XIX, missionários protestantes introduziram novos modelos que integravam evangelização e atuação médica (Calainho, 2005; Cavalcanti, 2001).

A partir de 1835, com a Igreja Metodista Episcopal, e posteriormente com batistas, pentecostais e neopentecostais, consolidaram-se as bases do protestantismo missionário no Brasil. Em 1879, a Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD) chegou ao país com foco na evangelização por meio da distribuição de literatura denominacional, oriunda do movimento milerista norte-americano (Mello, 2000; Carvalho, 2014). Em 1902 Abel Landers Gregory desembarcou no Brasil para iniciar a obra médico-missionária, atuando simultaneamente nas áreas médica e odontológica e promovendo educação sanitária em viagens itinerantes. Esse trabalho se expandiu especialmente na



região amazônica, constituindo um exemplo pioneiro de assistência integral em áreas remotas. A análise dessas experiências contribui para a compreensão da PS no Brasil, sobretudo no enfrentamento das desigualdades que ainda limitam o acesso de populações rurais e ribeirinhas aos serviços de saúde (Firino; Cavalcanti, 2022; Garnelo *et al.*, 2018).

Segundo Hardiman (2020), o trabalho médico-missionário pode ser analisado sob três dimensões: intervenção nos determinantes sociais da saúde, redução de desigualdades em territórios vulneráveis e organização precursora de sistemas locais de saúde com redes integradas e culturalmente adaptadas. Faleiros (2006) reforça que, onde o Estado era ausente, eram as missões religiosas, junto a Santas Casas e instituições filantrópicas, as únicas a assistir camponeses, ribeirinhos e populações rurais. Contudo, é necessário reconhecer as tensões éticas dessas iniciativas, como o proselitismo, as relações de poder assimétricas e as críticas pós-coloniais sobre imposição cultural. (Adiatma *et al.*, 2022).

Ao articular cuidado clínico, educação e mobilização comunitária em regiões com limitada presença estatal, o trabalho médico-missionário estruturou redes locais de atendimento que criaram bases institucionais posteriormente incorporadas aos modelos de organização da atenção à saúde no Brasil.

### **Projeto Luzeiro: modelo itinerante de atenção**

Para os fundadores do projeto, a assistência médico-missionária era parte integrante da prática religiosa, unindo cuidado em saúde e compromisso espiritual. Essa concepção impulsionou a criação de uma rede internacional de hospitais, clínicas e iniciativas comunitárias, voltadas especialmente a regiões com acesso limitado a serviços de saúde (Silva, 2020; Cipriano, 2006).

No Brasil, uma das expressões mais duradouras dessa tradição foi o Projeto Luzeiro, iniciativa de assistência itinerante dedicada às comunidades ribeirinhas da Amazônia. Mais do que um empreendimento religioso, o projeto combinava atendimento clínico, ações educativas e práticas preventivas, configurando um modelo de cuidado integral em territórios socialmente vulneráveis. O próprio nome "Luzeiro" sintetizava essa dupla dimensão: a missão espiritual e a difusão de conhecimentos

médicos e sanitários entre as populações atendidas (Halliwell, 1985; Cipriano, 2006). O modelo operacional do projeto baseava-se em equipes itinerantes multiprofissionais que percorriam os rios amazônicos atendendo comunidades dispersas em vastas extensões geográficas. As intervenções abrangiam assistência médica curativa para doenças prevalentes como malária, parasitoses, tuberculose e hanseníase, além de ações preventivas com foco em higiene, saneamento, aleitamento materno e nutrição, atendimento odontológico e apoio social por meio da distribuição de roupas, alimentos e materiais educativos (Halliwell, 1985; Silva, 2015; Cipriano, 2006).

Figura 1 – Inauguração da Luzeiro I construída em 1931, ficou ativa por 67 anos.



Fonte: Strehthorst, 1979.

Segundo a *Review and Herald Publishing Association* de 1996, em 30 anos, a Luzeiro I percorreu os 1.600 quilômetros entre Belém e Manaus, cobrindo cerca de 19.000 quilômetros por ano. Neste período, o casal Halliwell tratou as doenças de mais de 250 mil ribeirinhos e indígenas. De acordo com Cavalcanti (2010), o reconhecimento governamental desta contribuição evidencia-se no fato de que em 1958 o governo brasileiro, condecorou o casal Halliwell a medalha Cruzeiro do Sul, para estrangeiros que apresentassem grandes benefícios ao Brasil. A senhora Halliwell foi a primeira mulher a recebê-la, o mérito se deu por seus serviços de assistência humanitária e promoção a saúde realizados em 37 anos de missão na Amazônia (Neto, 2019).

Figura 2 - Leo e Jessie Halliwell recebem a medalha de Cruzeiro do Sul em 1958



Fonte: Adaptado por Fabiola Campossano de Diogo Gonzaga Torres Neto

Uma sucessão de lanchas médico-missionárias surgiu por inspiração a partir da Luzeiro I, o legado inclui diversas embarcações ao longo de décadas. O modelo de assistência médico-missionária fluvial expandiu-se para outras regiões do Brasil, inclusive para o norte de Minas Gerais. Uma das embarcações religiosas mais documentadas da obra médico-missionária está vinculada a Leslie Charles Scofield Junior, conhecida como Luminar II. (Silva *et al.*, 2014)

Quadro 1 – Lanchas médico-missionárias no Brasil

<b>Lancha/Barco</b>	<b>Período/Região</b>
Luzeiro I	1934: Amazonas e Pará
Luzeiro II e Auxiliadora	1942: Alto Amazonas
Luzeiro III	1948: Piauí e Maranhão
Luzeiro IV	1953: Amazonas e Pará
Pioneira	1954: Mato Grosso, Goiás e Tocantins
Pioneira II e III	1955 - 1060: Rio Araguaia
Samaritana	1955: Vale do Ribeira/SP
Luminar I	1948: Bahia
Luminar II	1958: Minas Gerais
Luminar III	1960: Bahia
Luminar IV	1960: Minas gerais
Luzeiro V	1960: Amazonas
Luzeiro do Sul	1964: Baía de Paranaguá
Luzeiro VI	Sem data: Pará
Luzeiro D'Oeste	1972: Mato Grosso
Luzeiro do Araguaia	1976: Araguaia
Luzeiro XIV	1977: Amazonas
Luzeiro Paulista	1981: Rio Ribeira do Iguape
Luminar V	1980: Bahia (Xique-Xique)
Luzeiro XV	1978: Amazonas
Luzeiro XX	1986: Rio Solimões/Am
Luzeiro XXI	1986: Rio Madeira/ Am

Luzeiro 2000	2001: Amazonas
Luzeiro da Amazônia I e II	2009: Amazonas
Luzeiro XXVI	2010: Amazonas
Luzeiro XXVIII	2015: Amazonas
Luzeiro XXIX	2017: Pará
Luzeiro XXX	2017: Amazonas
Luzeiro XXXI	2022: Pará
Luzeiro XXII	2026: Amazonas

Fonte: Elaborado pela autora, 2026

### Projeto Luminar

O modelo de assistência médico-missionária fluvial se expandiu para outras regiões do Brasil, inclusive para o norte de Minas Gerais (Kettle, 2023). Por meio de embarcações inspiradas nas lanchas Luzeiro, estruturou-se um modelo itinerante de assistência integral que alcançava comunidades ribeirinhas em situação de isolamento geográfico e vulnerabilidade social, desprovidas de qualquer cobertura regular de atenção médica e odontológica. A lancha Luminar I iniciou suas atividades em 1948 sob o comando do pastor e enfermeiro Paulus Simon Seidl, que ao longo de sete anos com o apoio e outros missionários, prestou assistência médica a mais de 400 mil enfermos. Posteriormente, Leslie Charles Scofield Junior assumiu o comando da embarcação. Após cinco anos de atuação de Scofield na Luminar I no rio São Francisco, o governo federal, durante a gestão do então presidente Juscelino Kubitschek, destinou recursos para a construção de uma nova embarcação, a Luminar II inaugurada em 1962 (Pereira; Jones, 2016).

Figura 3: Luminar I - 1978



Fonte: Adaptado por Fabiola Campossano de Revista Adventista



Em 1956 Scofield, missionário e enfermeiro adventista, chegou ao Brasil com o objetivo de assistir populações vulneráveis da região do Vale do São Francisco. Scofield estabeleceu um modelo de assistência médica integral análogo ao desenvolvido pelos Halliwell na Amazônia, adaptando-o às especificidades geográficas, epidemiológicas e socioculturais do sertão mineiro. (Silva, 2010)

O trabalho médico-missionário desenvolvido por Scofield no norte de Minas Gerais através da Luminar II, entre as décadas de 1950 e 1960, insere-se em um contexto histórico particularmente significativo para a compreensão da evolução das políticas de saúde pública brasileira. Essa iniciativa compartilhou elementos que, segundo os indícios históricos disponíveis, dialogaram com princípios que décadas mais tarde fundamentariam o movimento da RSB e, conseqüentemente, a criação do SUS (Silva, 2010). Embora essa conexão deva ser compreendida como influência indireta, mediada pela trajetória institucional de Scofield, e não como causalidade linear.

Em 1962, Scofield retornou aos Estados Unidos, onde concluiu o mestrado em saúde pública (Santos, 1995). Após concluir seu mestrado, voltou ao Brasil com uma concepção mais estruturada, defendia a organização de um sistema nacional de saúde pautado na ampla cobertura populacional, na oferta de serviços simplificados e na utilização de pessoal auxiliar, princípios que estavam em plena formulação no debate internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no âmbito da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que já recomendava desde os primeiros anos da década de 1970 a extensão de cobertura por meio de serviços básicos hierarquizados e do treinamento intensivo de auxiliares de saúde (Melo, 2021; Fleury, 1995).

Figura 4: Lancha Luminar II atracada em Pirapora/MG



Foto: Centro Nacional de Arquivos Históricos Adventistas

Alguns anos depois, Leslie Scofield retornou novamente aos Estados Unidos para cursar o doutorado em saúde pública na Tulane University, em New Orleans. Nesse período, estabeleceu contato com Joseph Beasley, médico e professor daquela universidade, cujos programas de planejamento familiar em Louisiana tinham demonstrado que a aceitação de métodos contraceptivos por populações de baixa renda dependia de serviços integrados à atenção materna e à continuidade do cuidado (Beasley, 1968). Após a defesa de sua tese no ano de 1968, Scofield passou a se dedicar à formulação de uma proposta de organização de serviços de saúde que incorporasse o tema planejamento familiar. Em parceria com Beasley, propôs a criação de um programa internacional vinculado à Family Planning Inc., voltado ao Brasil e a outros países da América Latina, com a perspectiva de futura expansão para regiões da Ásia e da África.

A transição para a organização do chamado "Projeto Brasileiro" da Family Health Foundation ocorreu de forma relativamente célere, sendo o termo *Planning* substituído por *Health*, com o objetivo de conferir maior aceitabilidade política e institucional à proposta. Elaborou-se um documento orientador do programa que, entretanto, não chegou a ser amplamente divulgado no Brasil. Segundo Scofield, a estratégia delineada para viabilizar a adesão do governo brasileiro consistia em ofertar o planejamento familiar por meio de ações de saúde materno-infantil (Santos, 1995). Tal opção decorria do fato de que o planejamento familiar não era oficialmente assumido pelo governo federal, em razão da forte oposição de determinados setores militares, que o associavam inclusive, a questões de segurança nacional (Osis, 1998).



Com efeito, os militares que tomaram o poder em 1964 adotaram posturas demográficas expansionistas, expressas no Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968–1970), e rejeitavam programas de controle da natalidade por considerá-los uma ameaça à soberania e à ocupação territorial do país (Fonseca-Sobrinho, 1993; Simões, 2016). A saúde materno-infantil funcionou como moldura política legitimadora para a introdução ainda que velada de ações de regulação da fecundidade. (Osis, 1998; Marques, 1978; Medeiros *et al.*, 2011). A atuação de Scofield contribuiu para a organização de estratégias de assistência descentralizada e para a articulação entre serviços locais e ações educativas, elementos posteriormente presentes em experiências de reorganização da atenção à saúde.

### **Projeto Montes Claros**

A tese de doutorado de Scofield contribuiu no projeto que subsidiou conceitualmente a implementação do IPPEDASAR firmando-se um convênio tripartite entre o Governo de Minas Gerais, a Universidade de Tulane e a Fundação Norte Mineira de Ensino Superior, com financiamento da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

Santana (2013) afirma que a visão do IPPEDASAR não separava o cuidado físico de determinantes sociais. Alimentação, moradia, saneamento e educação compunham o que hoje se reconhece como abordagem biopsicossocial. Tratava-se, portanto, não apenas de assistência médica, mas de uma concepção integral da saúde, que antecede o texto constitucional em quase duas décadas. O IPPEDASAR foi extinto em 1973, mas sua herança conceitual foi incorporada e considerada a primeira fase do Projeto Montes Claros (1975–1977), que consistia na universalização do acesso aos serviços de saúde, desvinculando-o da condição laboral ou previdenciária do indivíduo, o único critério para atendimento era a necessidade assistencial (Fleury, 1995).

De acordo com Santana (2013) e Silva *et al.* (2014), o PMC implantou no Norte de Minas Gerais uma rede de postos de saúde rurais que operou em um território de mais de 140 mil km<sup>2</sup>, com uma população estimada em 800 mil habitantes na década de 1970. O projeto treinou centenas de auxiliares comunitários de saúde, estimativas da literatura indicam entre 300 e 500 profissionais formados na primeira fase (1975–1977)



e estruturou uma hierarquia de serviços com três níveis de complexidade, antecipando em mais de duas décadas a lógica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), criados respectivamente em 1991 e 1994. A equipe foi deliberadamente recrutada por critério ideológico, buscavam-se profissionais identificados com as populações, dispostos a romper com o modelo assistencial especializado e curativo. O projeto transformou Montes Claros na chamada "Meca da Saúde Pública" brasileira.

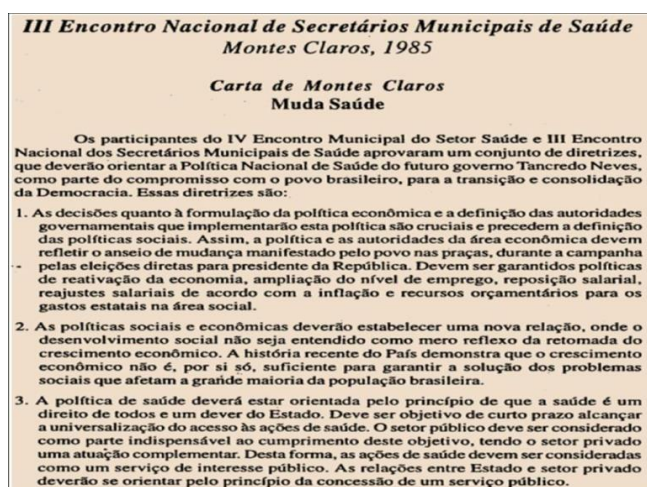
Segundo Pereira e Jones (2016), o PMC alcançou cobertura assistencial estimada em 70% da população rural da região em seu período de maior expansão (1976–1977), representando um salto qualitativo expressivo em relação à situação anterior, quando o acesso a serviços de saúde era praticamente inexistente para as populações ribeirinhas e do sertão norte-mineiro. O programa operava com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, com ênfase em ações preventivas (vacinação, pré-natal, controle de doenças endêmicas como esquistossomose, malária e tracoma), e em educação sanitária junto às comunidades. Rodrigues, Campos e Sena (2015) documentam que o PMC foi pioneiro na implementação de um sistema de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção, conceito que só seria formalizado nas diretrizes do SUS pela Lei n.º 8.080/1990. A estratégia de descentralização do atendimento foi tão significativa que a OPAS visitou Montes Claros na segunda metade da década de 1970 para estudar o modelo, considerando-o um caso exemplar de extensão de cobertura em saúde em países de média renda (Fleury, 1995). A pesquisadora Sonia Fleury, do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, descreveu o PMC como "um dos embriões da Reforma Sanitária" e um espaço em que a saúde se tornou instrumento de transformação social em plena ditadura militar (Fleury, 2009).

De acordo com Silveira (2013), no período de 1974 a 1979, na conjunção sociopolítica do governo do Presidente Ernesto Geisel, os representantes da gestão em saúde de Montes Claros participaram ativamente do processo pela reforma sanitária do país. O PMC foi um contribuinte direto desse processo, pois suas diretrizes baseavam-se na extensão da cobertura de serviços de saúde por meio de coordenação interinstitucional, regionalização e descentralização administrativa, hierarquização do atendimento segundo graus de complexidade crescentes, integração de ações

preventivas e curativas, ampla utilização de auxiliares de saúde e participação comunitária (Santos, 2018). No entanto, a falta de recursos financeiros e de estrutura física adequada impediu o acesso e o atendimento plenos a toda a população. Embora o PMC tenha sido gradualmente desativado, suas propostas iniciais foram incorporadas em projetos subsequentes, as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Sistema Unificado e Descentralizado dos Serviços de Saúde (SUDS), além de constituírem a base legal e ideológica que originou o SUS (Rodrigues; Campos; Sena, 2015).

Em janeiro de 1985, cerca de 500 participantes incluindo 150 secretários municipais de saúde, reuniram-se na cidade e produziram a Carta de Montes Claros, intitulada "Muda Saúde". O documento elencou diretrizes que influenciariam diretamente o programa de saúde do governo Tancredo Neves, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e, por fim, o texto constitucional de 1988 (Silva *et al.*, 2014). O princípio central, "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado", estava nas entrelinhas do trabalho missionário de Scofield uma década e meia antes de ser gravado no Art. 196 da Constituição.

Figura 5: Carta de Montes Claros



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

Em sua análise seminal sobre a origem e articulação do movimento sanitário, Sarah Escorel (1998) identifica o PMC como um dos espaços privilegiados de experimentação das ideias que viriam a fundamentar a RSB. Para a autora, o PMC não foi apenas uma experiência de reorganização da atenção à saúde foi, sobretudo, um campo de formação de quadros técnicos e políticos do sanitarismo, um ambiente em



que a saúde foi deliberadamente convertida em instrumento de crítica ao modelo previdenciário excludente. O recrutamento da equipe por critério ideológico, buscavam-se profissionais identificados com as populações vulneráveis e dispostos a romper com o modelo hospitalocêntrico, produziu um efeito político específico, concentrou em Montes Claros ao longo da segunda metade da década de 1970, uma geração de sanitaristas que protagonizaria a 8ª Conferência Nacional de Saúde e redigiria o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988.

Escorel (1998) descreve Montes Claros como um verdadeiro campo de prova da viabilidade do modelo descentralizado e universalista, enquanto o debate acadêmico sobre a Reforma Sanitária permanecia no plano teórico, o PMC demonstrava empiricamente que era possível organizar um sistema de atenção primária funcional com cobertura extensiva, hierarquização dos serviços e participação comunitária. O IPPEDASAR e o PMC ofereceram ao movimento sanitarista algo que nenhum estudo teórico podia fornecer: dados empíricos de um sistema de atenção primária funcional. A rede de postos rurais, o treinamento de auxiliares comunitários e os indicadores de cobertura assistencial foram o substrato factual que legitimou, diante dos legisladores, a viabilidade do modelo universal e descentralizado (Silva *et al.*, 2014). Essa dimensão demonstrativa constitui para Escorel (1998), o legado mais duradouro do PMC, não foram apenas as ideias produzidas em Montes Claros que influenciaram a Reforma Sanitária, mas as evidências que o projeto gerou.

A relação entre o IPPEDASAR e o PMC, mediada pela trajetória de Scofield Junior, constitui o nó argumentativo mais original deste estudo e merece ser compreendida em toda a sua complexidade. A extinção do IPPEDASAR em 1973 não representou o fim do projeto, mas sua ressignificação política quando a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais assumiu o controle da iniciativa e a relançou como Projeto Montes Claros em 1975, incorporou a arquitetura conceitual do IPPEDASAR, hierarquização, territorialização, treinamento de auxiliares comunitários, integração entre ações preventivas e curativas, e descartou os objetivos originais de planejamento familiar e controle demográfico. Foi precisamente essa reorientação que produziu o legado histórico incorporado à RSB (Santos, 1995; Fleury, 1995). A distância entre a intenção original e o resultado histórico constitui uma lição paradigmática sobre como ideias viajam e são ressignificadas em contextos de intensa disputa política, fenômeno que a



literatura das políticas públicas reconhece como processo de tradução e recontextualização. (Paim, 2008; Escorel, 1998)

A ação missionária desenvolvida por Scofield criou perspectivas duradouras para a saúde pública brasileira, pois contribuiu para a formulação do SUS, antecipando princípios estruturantes como regionalização, hierarquização e descentralização (Rodrigues; Campos; Sena, 2015). O reconhecimento institucional desse legado materializou-se em 2006, quando a Universidade Estadual de Montes Claros concedeu ao pesquisador Leslie Charles Scofield Junior o título de *Doutor Honoris Causis*.

... que o Doutor Leslie Charles Scofield Júnior, enquanto idealizador do projeto de assistência à saúde para a região, com ênfase na assistência simplificada, regionalizada, e hierarquizada, propondo os vários níveis de assistência à saúde, empreendeu todos os esforços para a criação do Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento de Assistência Sanitária Rural – IPPEDASAR;

... que a ação missionária desenvolvida pelo Doutor Leslie Charles Scofield Junior criou novas perspectivas para a saúde pública, não somente para a nossa região, mas para o nosso País;

... que esse projeto, encampado pela Secretaria de Estado da Saúde, veio a ser conhecido como Projeto Montes Claros, e forneceu o modelo teórico para o atual Sistema Único de Saúde – SUS. (Unimontes, 2006, pág 1)

### **SUS, contribuições e limites**

Antes de 1988, o Brasil operava, na prática, segundo a lógica da caridade. Santas Casas de Misericórdias e missões religiosas preenchem o vácuo assistencial não porque fossem obrigadas, mas porque entendiam cuidar do doente como mandato religioso. O Estado, nesse arranjo, financiava parcialmente a filantropia (Silveira, 2013). É nessa arquitetura Estado mínimo, filantropia supletiva, população dependente que a obra médico-missionária construiu seus modelos. Compreender o SUS exige compreender como esses modelos foram, ao mesmo tempo, tributários dessa arquitetura, porque dela dependiam para existir, e críticos dela, porque ao demonstrar que a universalidade era possível, forneceram o argumento mais poderoso para superá-la (Silva, 2010). É nesse sentido preciso que a obra médico-missionária se configura, no quadro analítico deste estudo, como condição necessária, porém não suficiente, para a transformação do sistema de saúde brasileiro: sua contribuição técnica e territorial precisou ser mediada por disputas políticas mais amplas para adquirir eficácia institucional. (Escorel,



1999; Souto; Oliveira, 2016)

Toda análise sobre a obra médico-missionária e o SUS começa necessariamente numa distinção filosófica e política. Desde sua origem, a organização da assistência à saúde no Brasil estruturou-se sobre bases excludentes, o acesso aos serviços estava condicionado ao vínculo empregatício formal e à contribuição previdenciária, de modo que trabalhadores autônomos, desempregados e cidadãos sem inserção no mercado formal de trabalho permaneciam à margem do sistema (Fleury, 2009; Paim, 2008). Com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, o modelo curativista e hospitalocêntrico foi aprofundado, priorizando a compra de serviços da rede privada em detrimento da construção de um sistema público de base universal (Souto; Oliveira, 2016). Nesse arranjo institucional, ao Ministério da Saúde competiam as ações de caráter coletivo, enquanto ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) cabia a atenção individual e restrita aos portadores de carteira de trabalho assinada (Souto; Oliveira, 2016).

A transformação desse cenário teve início com os movimentos sanitários que emergiram em diferentes municípios do país a partir da década de 1970, no contexto da redemocratização política (Escorel, 1998). Entre as experiências mais significativas, destaca-se o PMC, desenvolvido no norte de Minas Gerais, que se constituiu como laboratório e projeto piloto na implementação de modelos alternativos de atenção à saúde, antecipando os princípios de regionalização, hierarquização, descentralização e participação comunitária que viriam a fundamentar o SUS (Silva *et al.*, 2014; Pereira; Jones, 2016). Em janeiro de 1985, a Carta de Montes Claros, consolidou as diretrizes do movimento sanitarista e orientou diretamente o programa de saúde do governo Tancredo Neves, pavimentando o processo de unificação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social (INAMPS) (Cordeiro, 2004). Esse processo culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988 e na posterior criação do SUS, instituído pela Lei n.º 8.080/1990, que consagrou a saúde como direito universal de todos os cidadãos e dever do Estado (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

Importa notar, ainda, que a relação entre missão e reforma sanitária não foi isenta de tensão. O IPPEDASAR nasceu vinculado à Aliança para o Progresso e à USAID,



instrumentos de política externa dos Estados Unidos durante a Guerra Fria cujos objetivos estratégicos, no contexto latino-americano, incluíam o controle demográfico das populações pobres como mecanismo de contenção do avanço comunista, e não necessariamente a transformação social estrutural (Loureiro, 2020; Oliveira, 2022). Essa agenda controlista encontrava respaldo em teorias neomalthusianas que associavam o crescimento populacional à pobreza e à instabilidade política, amplamente difundidas por organismos internacionais financiados pelos Estados Unidos nos países em desenvolvimento (Osis, 1998; Costa, 2004).

Nesse contexto, Scofield foi em certo sentido um agente involuntário da reforma, seu programa de planejamento familiar foi rejeitado por setores do governo estadual mineiro e enfrentou a oposição sistemática do movimento sanitário brasileiro, que resistia à implantação de programas de controle demográfico por identificá-los como expressão de interesses imperialistas incompatíveis com uma concepção integral e soberana da saúde pública (Costa, 2004; Osis, 1998). Foi precisamente a reorientação do projeto original do controle da natalidade para uma proposta de atenção primária universal, descentralizada e territorializada que produziu o legado histórico incorporado à RSB (Santos, 1995; Fleury, 1995). A distância entre a intenção original e o resultado histórico constitui uma lição paradigmática sobre como ideias viajam, são ressignificadas e se transformam em contextos de intensa disputa política e institucional, fenômeno que a literatura das políticas públicas reconhece como processo de tradução e recontextualização de agendas (Paim, 2008; Escorel, 1998).

Segundo Rodrigues; Campos; Sena (2015), antes de 1988, o Brasil operava na prática, segundo a lógica da caridade. Santas Casas de misericórdias e missões religiosas preenchiam esse vácuo não porque fossem obrigadas, mas porque entendiam cuidar do doente como mandato religioso. O Estado, nesse arranjo, financiava parcialmente a filantropia (Silveira, 2013). É nessa arquitetura Estado mínimo, filantropia supletiva, população dependente que a obra médico-missionária construiu seus modelos. Compreender o SUS exige compreender como esses modelos foram ao mesmo tempo tributários porque dependiam dela para existir e críticos dessa arquitetura porque, ao demonstrar que a universalidade era possível, forneceram o argumento mais poderoso para superá-la (Silva, 2010).

O IPEDASAR e o PMC ofereceram ao movimento sanitaria algo que nenhum



estudo teórico podia fornecer, dados empíricos de um sistema de atenção primária funcional. A rede de postos rurais, o treinamento de auxiliares comunitários e os indicadores de cobertura assistencial foram o substrato factual que legitimou, diante dos legisladores, a viabilidade do modelo universal e descentralizado. (Silva *et al.*, 2014)

A constituição do SUS resultou de uma constelação de forças históricas convergentes: a teoria social da determinação do processo saúde-doença, o movimento pela medicina preventiva e social, a crise do modelo previdenciário excludente, a redemocratização política e as pressões do movimento sindical organizado. Nesse quadro analítico, a obra médico-missionária configura-se como condição necessária, porém não suficiente para a transformação do sistema de saúde brasileiro, sua contribuição técnica e territorial precisou ser mediada por disputas políticas mais amplas para adquirir eficácia institucional (Escorel, 1999; Souto; Oliveira, 2016).

O reconhecimento contemporâneo dessa herança manifesta-se em iniciativas de memória institucional que articulam trajetórias individuais à história coletiva das políticas de saúde. Em 23 de dezembro de 2025, a Prefeitura Municipal de Montes Claros, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, inaugurou a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do Bairro Independência, denominada Leslie Charles Scofield Júnior, homenagem ao missionário e sanitarista norte-americano que elegeu Montes Claros como cidade de residência e atuação. A nomeação da unidade expressa o reconhecimento institucional de que a obra de Scofield voltada à assistência às populações ribeirinhas do Vale do Rio São Francisco, foi decisiva para a transformação da realidade sanitária do Norte de Minas Gerais e para a construção do arcabouço conceitual que subsidiou a Reforma Sanitária Brasileira, culminando na inscrição do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988 e na criação do SUS (Montes Claros, 2025). Em discurso durante a inauguração da Unidade Básica de Saúde Leslie Charles Scofield Junior, o prefeito de Montes Claros, Guilherme Guimarães, declarou:

“Montes Claros presta esta homenagem a Scofield pelo impacto significativo de sua contribuição ao PMC, reconhecido como o marco inicial do Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma referência mundial por seu acesso universal e gratuito à saúde para toda a população brasileira, abrangendo desde a atenção básica até procedimentos de alta complexidade”. (Gusmão, 2025, n.p.)

Figura 6: Unidade Básica de Saúde Leslie Charles Scofield Junior



Fonte: Prefeitura Municipal de Montes Claros

#### **4 CONCLUSÃO**

Este estudo analisou a experiência do trabalho médico-missionário no Brasil, com destaque para o Projeto Luzeiro e sua interface com iniciativas de reorganização da assistência à saúde no Norte de Minas Gerais, particularmente no contexto do Projeto Montes Claros. A partir de uma abordagem histórico-analítica, buscou-se compreender de que maneira práticas desenvolvidas em contextos de assistência missionária contribuíram para a construção de estratégias de cuidado voltadas a populações em territórios com limitada presença estatal.

A análise histórica permite compreender como determinadas práticas de assistência em saúde antecederam e dialogaram com princípios que posteriormente seriam institucionalizados no SUS. Embora tais experiências tenham emergido em contextos distintos do processo político que culminou na reforma sanitária, elas mostram convergências importantes no que se refere à organização territorial da assistência, à atenção às populações vulneráveis e à valorização de estratégias comunitárias de cuidado.

É importante destacar, contudo, que a consolidação do SUS resultou de um processo histórico complexo, fortemente influenciado pelo movimento sanitário brasileiro e pelas transformações políticas associadas à redemocratização do país. Nesse



contexto, atores intelectuais e políticos tiveram papel central na formulação do projeto de reforma do sistema de saúde, que contribuíram para consolidar a saúde como direito social e dever do Estado.

Assim, as iniciativas missionárias analisadas neste estudo não devem ser compreendidas como determinantes diretas da criação do sistema público de saúde brasileiro, mas como experiências que, em determinados contextos territoriais, contribuíram para a experimentação de práticas de assistência orientadas pela proximidade com as comunidades e pela ampliação do acesso aos cuidados de saúde. Ao evidenciar essas experiências, o presente estudo contribui para ampliar a compreensão histórica sobre os diversos caminhos que influenciaram a construção do sistema de saúde no Brasil, destacando o papel de iniciativas locais e de práticas inovadoras de cuidado na configuração de modelos organizacionais posteriormente incorporados às políticas públicas de saúde.

O reconhecimento institucional mais recente dessa herança materializado em dezembro de 2025 com a inauguração da Unidade Básica de Saúde da Família Leslie Charles Scofield Junior, na cidade de Montes Claros, confirma que a memória coletiva das políticas de saúde tem incorporado, ainda que tardiamente, a dimensão missionária na narrativa de construção do SUS. Mais do que uma homenagem individual, esse gesto institucional sinaliza que a história da saúde pública brasileira é mais plural, mais contraditória e mais rica do que as narrativas canônicas sobre a Reforma Sanitária têm reconhecido. Este estudo espera contribuir para ampliar essa compreensão, indicando caminhos para pesquisas futuras que aprofundem, com base em fontes primárias, os elos documentais entre as missões médicas e a arquitetura conceitual do SUS. Por fim, o estudo reforça a importância de investigações históricas que explorem experiências locais e institucionais pouco analisadas na literatura, contribuindo para aprofundar a compreensão sobre os múltiplos caminhos que conformaram a organização da assistência à saúde no Brasil.

## **5 REFERÊNCIAS**

ADIATMA, Yanus Chaniago et al. Decolonizing global health: a critical analysis of medical missions and their legacy in contemporary health systems. *Global Health: Science and Practice*, v. 10, n. 2, p. e2100518, 2022.



AROUCA, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. <https://doi.org/10.7476/9788575416105>

BAKER, Delbert. *Crucial Moments: twelve defining moments in Black Adventist history*. Hagerstown: Review and Herald Publishing Association, 2005.

BEASLEY, Joseph D. A digest of three papers by Joseph D. Beasley: family planning programs in Louisiana. *Studies in Family Planning*, New York, v. 1, n. 27, p. 1-10, 1968. <https://doi.org/10.2307/2133738>

BENATAR, Solomon; BROCK, Gillian (ed.). *Global health and global health ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511984792>

BETANCOURT, Joseph R.; GREEN, Alexander R.; CARRILLO, J. Emilio; ANANEH-FIREMPONG, Owusu. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, Washington, v. 118, n. 4, p. 293-302, jul./ago. 2003. [https://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50253-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4)

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)  
Acesso em 09 de fev de 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em 09 fev 2016

CALAINHO, Daniela Buono. *Jesuítas e medicina no Brasil colonial*. **Tempo**, v. 10, n. 19, p. 61–75, dez. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-77042005000200005>

CARVALHO, Francisco Luiz Gomes De. *A Igreja Adventista do Sétimo Dia no Brasil: inserção e desenvolvimento institucional*. **Revista Pistis Praxis**, v. 6, n. 3, p. 1057, 13 set. 2014. <https://doi.org/10.7213/revistapistispraxis.06.003.ao05>

CAVALCANTI, Abdoval. *Luzeiros: conheça a surpreendente história das lanchas missionárias adventistas no Brasil*. Niterói, RJ: Ados, 2010.

CAVALCANTI, H. B. *O Projeto Missionário Protestante no Brasil do Século 19*: 2001.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

CIPRIANO, A. B. **Atividades médico-missionárias: uma análise histórica e**



*contemporânea*. 2006. Trabalho de conclusão de curso Teologia – Unasp, Engenheiro Coelho, 2006.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000200009>

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 807-817, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/x7HVb8dmB9wRHNC3JgIT6yQ/>. Acesso em: 8 mar. 2026.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da et al. Projeto Montes Claros: Construção do Sistema Único de Saúde na Visão de Atores Envolvidos Historicamente no Processo. **Revista Renome**, v. 3, n. 1, p. 15-32, 2014.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, Washington, v. 196, n. 4286, p. 129-136, abr. 1977. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. <https://doi.org/10.7476/9788575413616>

FALEIROS, Vicente de Paula. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006.

FARIAS, Pedro. História do adventismo no norte da Bahia: iluminando além das águas do Velho Chico. **Notícias Adventistas**, 8 out. 2021. Disponível em: <https://noticias.adventistas.org/pt/historia-do-adventismo-no-norte-da-bahia-iluminando-alem-das-aguas-do-velho-chico/>. Acesso em: 1 mar. 2026.

FARMER, Paul. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press, 2003. (California Series in Public Anthropology, 4).

FLEURY, Sônia (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>

FIRINO, Daniel da Silva; CAVALCANTI, Carlos André Macedo. Implantação e desenvolvimento do adventismo no Brasil (1880-1915). *Temporalidades - Revista de História*, v. 14, n. 1, p. 349-373, jan./ago. 2022



FONSECA-SOBRINHO, Délcio. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; FNUAP, 1993.

GARNELO, Luiza; LIMA, Juliana Gomes; ROCHA, Elaine Soares Coelho; HERKRATH, Fernando José. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 81-99, 2018.  
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s106>

GIL, Vincent. A Centenary Retrospective: Christian Medical Missions and Medical Anthropology. *OKH Journal: Anthropological Ethnography and Analysis Through the Eyes of Christian Faith*, v. 8, n. 2, p. 12–19, 25 jul. 2024

GUSMÃO, Luís Carlos. **UBS Do Independência - Prefeitura homenageia Scofield por sua valiosa participação no projeto Montes Claros, embrião do SUS**. *Portal Montes Claros*, Montes Claros, 17 dez. 2025. SECOM. Acervo: João Batista Silvério. Disponível em: <https://portal.montesclaros.mg.gov.br/noticia/saude/marcada-a-inauguracao-da-ubs-do-independencia-prefeitura-homenageia-scofield-por-sua-valiosa-participacao-no-projeto-montes-claros-embriao-do-sus>

GRUNDMANN, Christoffer H. Christ as Physician: the ancient Christus medicus trope and Christian medical missions as imitation of Christ. *Christian Journal for Global Health*, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 3-11, nov. 2018.  
<https://doi.org/10.15566/cjgh.v5i3.236>

HALLIWELL, Leo B. *Luz na selva: a história da lancha missionária Luzeiro*. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 1985.

HARDIMAN, David. *Missionaries and their medicine: a Christian modernity for tribal India*. Manchester: Manchester University Press, 2020.

HOCHMAN, Gilberto. *Saúde pública e construção do Estado na Primeira República. A entrada está incompleta: faltam editora, local de publicação e informações de obra ou artigo*. Verificar se é: HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

KETTLE, Loriza. Nas águas do Velho Chico. **Revista Adventista**, 10 nov. 2023. Disponível em: <https://revistaadventista.com.br/a-redacao/destaques/nas-aguas-do-velho-chico/>. Acesso em: 1 mar. 2026.

KLEINMAN, Arthur; BENSON, Peter. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 3, n. 10, e294, out. 2006.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>

LISTER, John. *Health Policy Reform: Global Health versus Private Profit*. Faringdon: Libri Publishing, 2013.



LOUREIRO, Felipe. A Aliança para o Progresso e o governo João Goulart (1961-1964): ajuda econômica norte-americana a estados brasileiros e a desestabilização da democracia no Brasil pós-guerra. São Paulo: Editora Unesp, 2020.

MARQUES, Maria Beatriz. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 121-146.

MEDEIROS, Marcelo et al. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 789-796, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GrTf3vFznTHzrbmnDHQHtDP/>. Acesso em: 8 mar. 2026.

MELO, Eduardo Alves et al. Entre a ausência em Alma-Ata e o Prevsáude: a atenção primária à saúde no ocaso da ditadura. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 641-660, 2021. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702021000300002>

MELLO, Dalva A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1149–1149, dez. 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400035>

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal. **Justa homenagem ao Pastor Leslie Scofield: Montes Claros homenageia uma das inspirações para o SUS**. Montes Claros: SECOM, 15 ago. 2025. Disponível em: <https://saude.montesclaros.mg.gov.br/noticia/saude/justa-homenagem-ao-pastor-leslie-scofield-montes-claros-homenageia-uma-das-inspiracoes-para-o-sus>. Acesso em: 10 fev. 2026.

NETO, Diogo Gonzaga Torres. Universidade Federal do Amazonas. Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais. Programa de pós-graduação sociedade e cultura na Amazônia. 2019.

OLIVEIRA, Pedro Carvalho. O Nordeste do Brasil como palco da Guerra Fria: a Aliança para o Progresso e o interesse das forças políticas tradicionais nordestinas nas relações Brasil-Estados Unidos (1960-1964). **Diálogos**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 255-279, 2022. <https://doi.org/10.4025/dialogos.v26i1.56565>

OSIS, Maria José Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>



PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. <https://doi.org/10.7476/9788575413593>

PEREIRA, João Alves; JONES, Kimberly Marie. Contribuições do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde. *Revista Renome*, v. 5, n. 2, p. ág. 22-35, 2016.

RODRIGUES, Humberto Gabriel; CAMPOS, Ertz Ramon Teixeira; SENA, Karide Christiane Ladeia. O legado de município de Montes Claros para a história do Sistema Único de Saúde. 2015.

SANTANA, Vagner Caminhas. ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL. 2013.

SANTOS, Nelson Rodrigues Dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729–1736, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>

SANTOS, Regina Célia Nunes dos. A história do Projeto Montes Claros. In: FLEURY, Sônia (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 21-60.

SILVA, J. F. **A intersecção da saúde e da religião: uma análise da visão adventista**. *Revista de Teologia e Saúde*, v. 12, n. 3, p. 45-59, 2020.

SILVA, J. R. História das missões adventistas na América do Sul: um legado de fé e serviço. São Paulo: Editora Vida, 2015.

SILVA, Maria Patricia. **DESENVOLVIMENTO E SAÚDE: DIMENSÃO SOCIAL DO PROJETO MONTES CLAROS**. Montes Claros, 2010.

SILVEIRA, Iara Maria Soares Costa da. *O processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família no bairro Morrinhos – Montes Claros/MG: uma contribuição geográfica*. 2013. 508 f. Tese (Doutorado em Geografia) — Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. *Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS. Conselho Universitário. **Resolução n.º 014 - CONSU/2006**, de 23 de junho de 2006. Concede título de Doutor Honoris Causa ao pesquisador Doutor Leslie Charles Scofield Júnior. Montes Claros: Unimontes, 2006.



WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, Amityville, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.  
<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>