

**Uma investigação sobre as condições e a natureza das relações
entre uma Unidade de Saúde do SESP e a população de Aimorés/MG.**

MARIA TEREZINHA BRETAS VILARINO¹
PATRÍCIA FALCO GENOVEZ²

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)³, em 1942, articulou-se com as políticas e as estratégias desenvolvidas pelo Ministério Capanema, além de atender os objetivos de consolidação de um projeto de saúde pública que oferecesse à população atendida, especialmente em áreas rurais e/ou urbanas desfavorecidas, a atenção do Estado. O objetivo de “implementar políticas sanitárias em áreas econômica e militarmente estratégicas” atenderia, de um lado, interesses americanos imediatos, relacionados às necessidades de guerra, e de aproximação econômica com o Brasil, e de outro, respondia aos interesses do governo Vargas de expandir no território brasileiro à presença e autoridade do Estado” (CAMPOS, 2006, 173-185).

A área de atuação do Serviço Especial de Saúde Pública no Médio Rio Doce⁴, conforme o Acordo Básico, abrangia o curso e as imediações da Estrada de Ferro Vitória Minas, especialmente as três maiores cidades da região (Governador Valadares, Aimorés e Colatina) “com foco nos acampamentos de trabalhadores e nas pequenas vilas espalhadas ao longo dos 600 quilômetros da estrada de ferro” (CAMPOS, 2006, p. 174).

Desse modo, o Serviço passou a atuar de forma que a área definida fosse atendida em duas frentes: prioritariamente no combate à malária e outras doenças que afetavam os trabalhadores envolvidos na reforma da EFVM; e, concomitantemente,

1 UNIVALE; Doutoranda em História/UFMG; Projeto de pesquisa Fapemig e CNPq.

2 UNIVALE; Doutora em História; Projeto de pesquisa Fapemig e CNPq.

3 O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi uma agência de saúde pública criada por meio de um acordo bilateral entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos em 1942, a partir dos chamados “Acordos de Washington”.

⁴ Para efeito de esclarecimento o Relatório do SESP, 3º trimestre/1947, p. 124 (FSESP, cx.. 9, doc. 89), considera “vale do Rio Doce” a “região atravessada pela Estrada de Ferro Vitória a Minas que, partindo de Vitória, no Espírito Santo, dirige-se para o norte acompanhando os contrafortes da serra do Mar atingindo o Rio Doce após cerca de 150 quilômetros. Daí segue o trajeto do rio até a localidade de Ipatinga (quilômetro 458), ponto em que deixa para acompanhar o curso do rio Piracicaba até Desembargador Drummond, de onde, pelo vale do Rio Peixe, atinge a cidade de Itabira do Mato dentro, depois de um percurso de aproximadamente 600 quilômetros”.

numa segunda frente, incluía o investimento num programa de saúde pública permanente a ser organizado nas vilas e nas cidades do vale, característica da segunda fase da presença do SESP na região. Esse programa resultou na implantação de serviço de água e esgotos, construção de latrinas, criação ou reforma de centros de saúde e no empreendimento de um projeto de educação sanitária, que envolvia cursos para parteiras e cuidados infantis, treinamento para atendentes de centros de saúde e guardas sanitários, treinamento para visitadoras sanitárias (CAMPOS, 2006, p. 174). As estratégias de intervenção utilizadas e as ações empreendidas nas duas fases são convergentes com as metas de formatação do campo da saúde pública definidas pelas reformas do Ministro Capanema no MESP/MES e do conseqüente fortalecimento do poder público do governo central nos estados e municípios (FONSECA, 2007, p. 39 e 49).

Em meados da década de 1950, o SESP constituiu uma comissão com o objetivo de efetuar estudos necessários à melhoria das normas de trabalho de suas unidades locais de saúde. Esta preocupação já fora evidenciada na Conferência da Organização Sanitária, realizada pelo Serviço, em 1948, que reconhecia que a assistência médica representava um instrumento de sensibilização das comunidades para aceitação das medidas da medicina preventiva (BASTOS, 1993, p. 165-166). Os investimentos do SESP nos estudos de comunidade se caracterizaram como projeto de levantamento e análise de informações sobre as comunidades, visando futuras intervenções. É esta a orientação que fundamenta o trabalho do sociólogo Luis Fernando Raposo Fontenelle⁵, contratado pelo SESP, para realizar uma “análise antropológica de um programa de saúde” na cidade de Aimorés, no Médio Rio Doce: “Tornando conhecidas as linhas gerais que caracterizam a Medicina Popular em uma região brasileira, facilita-se uma ação altamente proveitosa que poderá advir futuramente das atividades dos Serviços de Saúde Pública” (FONTENELLE, 1959, p.9). O sociólogo apresenta a questão na introdução de sua obra, ao mesmo tempo em que elogia o SESP pelo envio de um antropólogo social a uma área-problema para investigar e divulgar a própria experiência e erros.

5 O sociólogo, vinculado ao SESP entre as décadas de 1950 e 1960, foi diretor do Instituto de Antropologia da Universidade Federal do Ceará (1965), prestou serviços no Museu Nacional (1968), integrou-se ao quadro docente da Universidade do Ceará (1970), onde se aposentou em 1991; de 1980 a 1987 esteve formalmente à disposição do MEC, lotado na Secretaria de Assuntos Culturais do Rio de Janeiro.

Outro texto de Fontenelle, de 1971⁶, comenta os estudos de comunidade, realizados na década de 1950, e sugere que estes sejam, “tanto quanto possíveis globais”, a partir de amostras de populações de norte a sul do Brasil, conservando um sistema de estratificação, com duas camadas básicas, - e um grupo intermediário -, que apresentam traços socioculturais próprios, podendo ser situados em “dois conjuntos de categorias ou subculturas: um substrato “caboclo”, entendido por seu significado cultural, e um outro tradicionalmente cosmopolita e metropolitano” (FONTENELLE, 1971, p. 9-11). Neste texto, o autor, referindo-se a subcultura cabocla compartilha com a descrição feita pela antropólogo Oberg (1956) sobre a população rural de Chonin de Cima, afirma que ela “parece fornecer-nos uma imagem – ainda que excessivamente ortodoxa e independente de interferências regionais e de mudanças culturais – que conservamos como um compêndio do portador dessa subcultura” (1971, p. 11). O seguinte trecho, de Oberg, é utilizado por Fontenelle (1951) para ilustrar sua discussão, e parte dele merece registro, pois a descrição que o autor faz do morador de Chonin de Cima o aproxima do morador pobre de Aimorés, considerada “área-problema” para o Serviço:

...A simplicidade do ambiente cultural define a personalidade do morador de Chonin de Cima e seus contatos com o mundo exterior tiveram pouco efeito na sua maneira de vida e na forma de exploração da terra [...]. O analfabetismo restringe seu horizonte, limita sua compreensão das possibilidades abertas para ele. [...]. Nada em sua vida é marcado pelas horas do relógio. [...] Suas rústicas ferramentas, mobília, e equipamentos são utilizados, sem manutenção, até que tenham que ser substituídos. [...] Esta negligência e indiferença com a manutenção, transformam-se num problema grave quando transferidas ao uso de equipamento mais sofisticado, um caminhão, por exemplo. Só se pensa em reparos depois do estrago, como se pensa na saúde somente depois que a doença apareceu. [...] A consciência cívica e comunitária são pobremente desenvolvidas. [...] A concepção religiosa fatalista superestima as forças da natureza, Deus, os santos, e outras forças sobrenaturais e mágicas. [...] A sua atitude diante do mundo exterior é de apatia (OBERG, 1956, p. 9-10, apud FONTENELLE, 1971, p. 11-12).

Em Aimorés, o SESP havia organizado uma Unidade Sanitária cujo propósito inicial “era o emprego de uma medicina de caráter puramente preventivo, originando um Centro de Saúde em zona urbana com populações de fisionomia tipicamente rurais”.

⁶ FONTENELLE, L.F. Raposo. A comunidade no Brasil: um estudo tentativo para sua configuração. In Revista de Ciências Sociais, vol. 2, nº 2, Fortaleza, UFC, p. 5-14.

A Unidade atendia prioritariamente a gestantes e crianças até a idade de 15 anos, com serviços de laboratório, vacinação, serviços dentários, lactário, distribuição de medicamentos, orientações às parteiras e gestantes; e, além disso, contribuía mensalmente com um hospital local para que nele fossem realizados os partos e as intervenções cirúrgicas por ventura necessárias. Na época da pesquisa de Fontenelle a Unidade contava com três médicos, uma enfermeira, um auxiliar de educação sanitária, um grupo de visitadoras, atendentes, auxiliares de saneamento, um laboratorista seu auxiliar, e o pessoal de administração e da conservação do prédio (FONTENELLE, 1959, p. 75-76). De acordo com Bastos:

“As Unidades sanitárias seriam “unidades de ação mais ampla, situadas nas sedes dos municípios e que proviam assistência médica permanente à criança, à gestante e ao adulto e desenvolviam ainda as seguintes atividades: controle das doenças transmissíveis, enfermagem e educação para a saúde, saneamento básico, coleta de dados de estatística vital. Em áreas selecionadas, acrescentavam-se a essas atividades a odontologia sanitária e operação de Dispensário Regional de Tuberculose” (BASTOS, 1993;168)

São relevantes as anotações do pesquisador sobre a formação do pessoal especializado da Unidade de Saúde e sobre a construção e localização do prédio da Unidade em Aimorés. Quanto à primeira questão, guardadas as devidas especificidades, os médicos, enfermeira, laboratorista e educador sanitário possuíam formação adquirida em capitais, o que já os distinguiu. As visitadoras e os auxiliares (guardas) sanitários foram preparados em cursos orientados pelos médicos que lhes ministravam ensinamentos de acordo com sua concepção e formação acadêmica; os atendentes receberam uma dose menor de preparação dentro dos mesmos modelos fornecidos pelos seus superiores na Unidade de Saúde. Sobre o prédio em que funcionavam os serviços prestados, destaca-se a sua localização afastada do centro comercial e residencial da cidade. Apesar de ficar numa das duas ruas principais, o prédio distanciava-se de alguns dos bairros pobres em quilômetros e apresentava um formato básico: uma arquitetura funcional com entrada ajardinada, gabinetes médicos e de imunização, sala de enfermagem, laboratório e sala de palestras dando para um pátio central com bancos⁷, diferenciando-o de outros prédios públicos ou residências da região (FONTENELLE, 1959, p. 76).

⁷ Coincide com descrição de Kalervo Oberg sobre o centro de saúde de Colatina; aliás, o SESP mantém o mesmo padrão arquitetônico para os prédios de suas Unidades em praticamente todas as localidades em que foram construídas.

Ambas as observações servem de balizas para a avaliação do programa de saúde desenvolvido na Unidade de Aimorés, e quiçá, estendê-la a outras localidades. Tomando a informação sobre a construção e distância do prédio que abriga a Unidade de Saúde, pode-se inferir que tal padrão de construção constitui limitação a freqüência da população à Unidade, mesmo que esse não fosse o principal entrave. As pessoas que precisavam comparecer ao prédio do SESP, especialmente, os moradores de bairros pobres mais distantes, na falta de qualquer condução automotiva, teriam que fazer o trajeto a pé, exigindo-se disponibilidade de tempo para o percurso de ida e volta, além do tempo de espera pelo atendimento. Para as mulheres, especialmente mães e gestantes, isto significaria um esforço maior, fosse para o cuidado consigo ou para levar suas crianças, pois deixar as atividades domésticas ou ter alguém para cuidar da casa e dos filhos que lá ficavam, nem sempre era possível (FONTENELLE, 1959, p. 86). Além disso, o próprio aspecto asséptico da Unidade nos leva a considerar um possível constrangimento e no pátio de espera, outra situação de constrangimento poderia decorrer já que todos se expunham à vista de conhecidos e desconhecidos, antes e depois do atendimento. Outro ponto relevante para os usuários do Serviço era, de fato, o uso dos banheiros que devia ser motivo de desconforto numa comunidade que há bem pouco tempo começara a utilizar as privadas higiênicas também construídas sob a orientação do SESP.

No caso da formação e concepções de saúde dos médicos e outros especialistas da Unidade de Saúde são bastante procedentes as observações do grupo de pesquisadores, entre eles Kalervo Oberg, do Smithsonian Instituto de Antropologia Social, com a colaboração da Divisão de Saúde e Saneamento, do IAIA (Institute of Inter-American Affairs – Instituto para Assuntos Inter- Americanos) e dos Ministérios e Serviços de saúde do Brasil, Colômbia, México e Peru. A partir de trabalhos de campo⁸ os pesquisadores identificaram traços comuns de utilização da Medicina Popular e concepções sobrenaturais, empíricas e psicológicas sobre saúde e doença entre populações atendidas pelos Serviços de Saúde locais em parceria com o IAIA/EUA. Segundo a análise, há um estranhamento mútuo entre os possíveis pacientes e os médicos. De um lado, os pacientes desconfiam da parafernália e das explicações

⁸ Resultou do trabalho de análise antropológica sobre programa de auxílio técnico em programa de saúde, a publicação de FOSTER, George M. et alii. *A Cross- cultural Anthropological Analysis of a Technical Aid Program* (mimeographed; Washington, D. C.: Smithsonian Institution. 1951.

racionais dos médicos, bem como têm dificuldade diante de sua atitude formal no atendimento; de outro, os médicos desconhecem, quando não ridicularizam, as concepções e terapêuticas da Medicina Popular, comumente reconhecidas e utilizadas pela população que procurava o Serviço. Nesse sentido, uma das dificuldades dos programas de saúde se dá em consolidar as práticas da Medicina Científica em substituição aos antigos e populares hábitos da população. Em outras palavras ocorre, de fato, o choque entre as duas posições, cada qual certa de sua correção (FOSTER, 1951, p. 45 -60). O estudo em questão admite que

Fundamentalmente o problema é persuadir as pessoas a substituir velhos hábitos e idéias por outros que não fazem parte do seu mundo conceitual. O especialista de saúde pública não opera no vácuo; ele trabalha em uma área na qual os sujeitos têm crenças definidas e difíceis de mudar. [...] o problema, por isso, tem dois aspectos: a expulsão ou subordinação do velho, e a introdução do novo (FOSTER, 1951, p.60).

Por sua vez, em concordância com a necessidade de se buscar alternativas que facilitassem a resolução deste dilema, Fontenelle (1959, p.8) procura invocar a atenção dos profissionais da saúde pública para a existência “de um sistema de Medicina Popular muito diferente da suposição geral que julga os processos de cura das nossas populações rurais” como manifestações de ignorância e superstição. Pelo contrário, Fontenelle busca vincular os processos de cura a um sistema de crenças singularmente estruturado.

Segundo a observação de Fontenelle sobre Aimorés (1959, p. 81), os mais abastados preferiam o atendimento médico particular e evitavam recorrer à Unidade de Saúde, a não ser em busca de vacinação para suas crianças. O pesquisador anota que as mulheres “ricas” não permaneciam junto às outras à espera do atendimento, mas passeavam pelo jardim ou pelo pátio da Unidade ou de pé conversavam com as atendentes, indicando o incômodo que a espera entre “gente pobre e mal cheirosa” representava. Ao mesmo tempo o autor ressalta que nas “classes superiores” já se verificava a tendência de se adotar os padrões de comportamento tidos como comuns nos grandes centros, entre eles a incredulidade e o desapego em relação às práticas da Medicina Popular e o interesse por uma nova educação para as gerações mais jovens (FONTENELLE, 1959, p. 76-77). A dificuldade principal, portanto, de

operacionalização da Unidade de saúde de Aimorés, relacionava-se ao antagonismo entre a concepção de saúde e formas de terapêutica popular da maioria da população local atendida - pobre, notadamente, e os princípios da Medicina Científica, representados pela concepção e atuação do pessoal especializado do SESP.

Fontenelle (1959, p. 77-81) levanta uma série de fatores que ilustram esta incompatibilidade, a começar pela projeção profissional e social que acompanha o médico em pequenas localidades. Isto é, mesmo sendo reconhecido como pertencente à elite do lugar, e sendo portador de certa notoriedade, o realce de sua pessoa está condicionado à sua capacidade curativa que, por sua vez, é medida com base nos conceitos dominantes nas camadas pobres: rapidez da cura, simplicidade do tratamento e emprego de remédios acertadamente eficazes. É conseqüente também sua consideração sobre a diferença de valores que orientam o médico e o paciente pobre, cada um, depositário de uma determinada expectativa e conhecimentos. Estas divergências inibem, por parte do paciente, a busca espontânea pelo atendimento médico mais amigável e com a urgência necessária já que recorre-se ao médico em última instância. Contudo, é importante ressaltar que se acentuam a desconfiança no efeito da medicação indicada, levando a diminuir as chances de se atender às prescrições. Por parte dos médicos, na presunção de que pertence a ele o juízo sobre a conduta do doente, verifica-se uma postura de intolerância e uma atitude acusativa e agressiva diante do paciente que recorreu à Medicina Popular, retardando a consulta ou não atendendo à sua orientação. De acordo com a avaliação de Fontenelle (1959, p. 80) “a discordância agrava-se com a insistência de um e com a resistência do outro. As conseqüências naturais dessas divergências cristalizam-se, nas atitudes antagônicas assumidas por ambos os lados”.

No caso de Aimorés, estas considerações são cabíveis e evidenciam contradições e choques existentes, especialmente quando o acatamento das práticas da Medicina Popular pela população pobre atendida prevalecia. Levando-se em conta, neste caso, as noções correntes sobre saúde e doença, é possível compreender a busca por medicação visando apenas a extinção da dor ou do incômodo, desconsiderando-se os cuidados preventivos. Este posicionamento influía na freqüência à Unidade de Saúde e também no seu funcionamento. O afluxo de doentes extemporâneos, com quadros de saúde agravados pela procura tardia do socorro médico, sobrecarregava o setor de Assistência

Médica, que acabava penalizando os setores de Higiene Infantil e Higiene Materna, confundindo-se os espaços e provocando embaraços no atendimento (FONTENELLE, 1959, p. 82).

Os depoimentos de antigo agente sanitário e de auxiliares de limpeza, em Governador Valadares e Colatina, respectivamente, reforçam a situação apresentada para Aimorés. No primeiro caso o agente relatou a reação intempestiva de um médico diante de um paciente que não tomou o remédio conforme sua orientação. Neste caso, o médico rechaçou-o aos gritos de que não se responsabilizava acaso o paciente morresse e que ele fosse fazer isso longe dele⁹. Em Colatina,¹⁰ as auxiliares de limpeza lembraram a situação constrangedora de mulheres que precisavam de higienização antes do exame pelo médico. As auxiliares chegavam a tapar o nariz para realizar as higienizações e, recordam-se também das inúmeras vezes em que crianças eram levadas para atendimento, de tal modo sujas, que era necessário banhá-las antes da consulta.

Outra situação tencionada era a forma de relação estabelecida entre a Unidade de Saúde e a população da localidade. Duas orientações conflitavam-se e certamente confundiam os que precisavam de atendimento. A presença das visitadoras sanitárias pautava-se pela idéia de que os contatos fossem realizados com base na confiança e na familiaridade adquirida nas constantes visitas. Esperava-se que essa atitude levasse a uma cordialidade estabelecida entre visitadoras e população. Além disso, a simpatia das visitadoras garantiria bons resultados nos inquéritos e encaminhamento das gestantes e crianças para o atendimento médico. Entretanto, em muitos casos, essa intimidade conseguida pela visitadora era confrontada pela impessoalidade ou demora do atendimento na Unidade, onde o/a paciente ficava no pátio esperando a “sua vez”, independente da sua disponibilidade. Além destes fatos, a eficiência das visitadoras era diminuída por sua própria pressa em preencher as fichas de visitação, levando-as a omitir detalhes de importância. Por sua vez, havia médicos que não liam as anotações das visitadoras, o que tornava a ligação com a comunidade prejudicada. Assim, o distanciamento era reforçado pela conduta de algumas atendedoras que sobrecarregadas

9 Entrevista com Sr. Olmário Francisco Vieira; 30 de maio de 2008. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/Univale.

10 Entrevista com as Sras. Eleonora Menezes dos Santos e Corina Teixeira Dias, serventes aposentadas do SESP, em Colatina. 16/02/2008. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/Univale.

de trabalho reprimiam impacientes algumas queixas e pedidos de atenção (FONTENELLE, 1959, p. 83-87).

Ainda no caso das visitadoras, algumas falhas na organização do trabalho prejudicaram os resultados esperados. Não era fácil vencer o estranhamento causado por sua presença na intimidade das moradias. Mesmo que algumas das visitadoras fossem de Aimorés, seu círculo de relações era restrito e o alcance de sua penetração social era reduzido. Além disso, o frequente rodízio das visitadoras, para “quebrar a rotina”, inviabilizava a criação de vínculos e as visitas rápidas davam idéia de “fiscalização”. Somava-se a esse contexto o choque entre as recomendações e os hábitos comuns, gerando desconfiança, má vontade e apatia (FONTENELLE, 1959, p. 83-85).

Na maioria das vezes, repete-se maquinalmente um “sim sinhô” ou “não senhora”, “pois é”, “é sim” para evitar discussões e aborrecimentos. Entretanto, continua-se a praticar os mesmos hábitos escondendo-os, porém, da visitadora. Os conselhos produzirão resultados diminutos porque vêm de pessoas com quem não se tem convivência e se chocam com as crenças já consagradas (FONTENELLE, 1959, p. 85).

Outras duas situações conflitantes entre a Unidade e a população atendida, segundo a observação de Fontenelle (1959, p. 88-89) seriam a inexistência de expediente emergencial e a forma de distribuição de medicamentos cuja quantidade ou qualidade desapontava os frequentadores da Unidade, que por sua vez não via fundamento nas reclamações feitas. Esta questão é relevante porque comporta diferentes entendimentos sobre os processos e mecanismos de cura, por parte dos médicos que confiavam na terapêutica que indicavam, e por parte da população que desconfiava de algumas, como era o caso da prescrição de comprimidos, considerados pouco eficazes.

As diferenças entre as concepções e práticas da Unidade Sanitária e da população ficam evidentes pela observação da atividade das parteiras “curiosas”. Em Aimorés, sua atividade não se distinguia muito das práticas de partejamento existentes em Chonin de Cima, como descrito por Kalervo Oberg¹¹ ou em Governador Valadares, conforme o relato de parteiras ainda residentes na cidade.

11 O antropólogo Kalervo Oberg fez trabalho semelhante ao de Fontenelle no distrito de Chonin, em Governador Valadares.

Do mesmo modo como em outras localidades o SESP tratou de identificar as parteiras e de tentar colocá-las sob sua supervisão através de cursos e distribuição de material e medicamentos. Entretanto, a participação das “curiosas” era limitada por muitos fatores: de um lado, a Unidade teve dificuldade de localizar todas as parteiras atuantes; porém, de outro, a sua freqüência não era tão simples. Para participar do curso ou reunião as parteiras, às vezes, percorriam grandes distâncias, sob sol ou chuva, deixavam outras ocupações domésticas, preocupavam-se com uma roupa adequada para o comparecimento ao local determinado e nenhuma vantagem do ponto de vista financeiro estava garantida e até poderiam ter prejuízo se perdessem um trabalho por estarem fora de casa. Além do mais, não havia punição ou recompensa que merecessem maiores preocupações. Recorrer ao apelo moral não resultava grandes mudanças de posicionamento, pois as parteiras, de certa forma, entendiam sua prática como uma missão, e se sentiam preparadas para o ofício que aprenderam com as mães ou avós. Uma prática, todavia, abominada pelos médicos. Nesse sentido, compreende-se a pequena freqüência e assiduidade das “curiosas” às reuniões programadas: das 22 que foram registradas na Unidade Sanitária na época da pesquisa, somente quatro compareceram às três aulas realizadas no mês de fevereiro de 1956, e sete não assistiram a nenhuma (FONTENELLE, 1959, p. 96-99).

A aproximação entre o SESP e as parteiras pode ser entendida a partir de duas premissas. A primeira relacionada com a preocupação com a saúde materno-infantil, incumbência principal das Unidades de Saúde; e, a segunda, com a possibilidade de, através delas, atingir-se um público arredo e resistente às mudanças de costumes e certos hábitos higiênicos cuja confiança nas parteiras envolvia conhecimento pessoal, convivência e laços de amizade.

Os cursos oferecidos pelo SESP às parteiras “curiosas” insistiam no abandono de práticas consolidadas como a cura do umbigo dos recém-nascidos utilizando-se pó de fumo e outros recursos, com a higiene do local do parto e das envolvidas, com orientações sobre o pós-parto que se diferenciavam do entendimento tradicional sobre o ‘resguardo’. Dessa forma, lentamente algumas parteiras eram convencidas a encaminharem as gestantes para a Unidade de Saúde, onde teriam acompanhamento médico.

Entretanto, no caso de Aimorés, chegada a hora do parto, o SESP encaminhava a parturiente para o Hospital local que recebia apoio financeiro e técnico do SESP, mas ficava fora da sua jurisdição. Muitas mulheres reclamavam do tratamento impessoal e do distanciamento entre o médico e a parturiente já que o médico não era o mesmo da Unidade, da comida oferecida era diferente assim como os cuidados dispensados. Desta forma, muitas gestantes preferiam a assistência das “curiosas” e o parto feito em casa, o que não as separava do ambiente doméstico e familiar (FONTENELLE, 1959, p. 92-99). Na lógica cotidiana, o nascimento de uma criança não tinha outro significado senão aquele da continuidade da vida comum, e a mãe rapidamente estava de volta às suas obrigações.

As observações do autor levam-no a concluir que faltava à metodologia utilizada pelo SESP um mecanismo que favorecesse o interesse e a motivação para a mudança de “hábitos e noções profundamente arraigados na mentalidade de uma população”. Tanto a forma, como a concepção, desconsideravam o ponto de vista das parteiras e o universo sócio-cultural daquela comunidade. A constatação de que pelo menos 07 das 22 parteiras contatadas, a despeito da orientação do SESP, continuavam a usar as velhas e condenadas práticas de partejar e o fato de que, independente disso, continuavam sendo solicitadas, são dados reveladores da tensão existente entre os métodos da Medicina Popular e aqueles defendidos pela Medicina Científica (FONTENELLE, 1959, p. 97 e 99).

Acrescente-se a ressalva de Fontenelle (195, p.101-102) de que esta tensão é também perpassada pela dinâmica econômica da cidade de Aimorés. Em sua avaliação, a reduzida e “relativamente esclarecida classe dominante” partilha idéias importadas dos grandes centros e é desfavorável aos hábitos sanitários das classes pobres; e essa, por sua vez, “reage segundo as suas imagens e representações do que é certo e positivo”, mantendo a popularidade dos benzedeiros e curandeiros, e o emprego generalizado de chás, sumos e garrafadas.

Diante das condições levantadas Fontenelle recomenda um longo programa de reabilitação econômica e social da população pobre de Aimorés como “via para a transformação do comportamento sanitário da população”. O pesquisador defende um programa paralelo de ação educativa que leve em consideração o “conhecimento da

estrutura social, da mitologia, do conjunto de crenças por onde o morador “pobre” orienta o seu comportamento” (FONTENELLE, 1959, p. 102).

Em síntese, por tudo que fora levantado ao longo do texto, consideramos que o discurso de ciência em que o SESP se apoiava procurava sistematizar uma pedagogia sanitária de intervenção na comunidade e tal pedagogia se opunha às estratégias que a comunidade utilizava para lidar com as doenças. Portanto, a atuação deixa claro o objetivo de preparar as gerações mais novas segundo os padrões científicos e simultaneamente combater as práticas da medicina popular.

Bibliografia:

BASTOS, N. C. B. *SESP/FSESP: 1942 - evolução histórica - 1991*. Recife, Comunicarte, 1993.

CAMPOS, A. L. V. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FONSECA, C. M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945) – dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FONTENELE, L. F. Raposo. *Aymorés: análise antropológica de um Programa de Saúde*. Rio de Janeiro, DASP: Serviço de documentação, 1959.

FONTENELLE, L. F. Raposo. A comunidade no Brasil: um estudo tentativo para sua configuração. In *Revista de Ciências Sociais*, v. 2, n. 2, Fortaleza: Imprensa Universitária, 1971. p. 5-14.

BERG, K. *Chonin de Cima - A Rural Community in Minas Gerais, Brazil*. Rio de Janeiro: USOM, 1956.

FOSTER, George M. et al. *A Cross-cultural Anthropological Analysis of a Technical Aid Program (mimeographed)*; Washington, D. C.: Smithsonian Institution. 1951.

Relatório

FSESP - Relatório do SESP, 3º trimestre/1947, p. 124 (FSESP, cx.. 9, doc. 89). Fiocruz/RJ

Depoimentos/entrevistas

Sr. Olmário Francisco Vieira; 30 de maio de 2008. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/Univale.

Sras. Eleonora Menezes dos Santos e Corina Teixeira Dias; 16/02/2008. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/Univale.