

A vez da mulher camponesa: movimento social, identidade e saúde no Maranhão (um relato hirschmaniano)*

Luiz A. de Castro Santos**

Essa importante parcela da Terra Maranhense parece-nos fadada a representar, ainda por muitos anos, em relação ao centro-sul do país, um papel semelhante ao que a África Tropical representa para as potências industriais do ocidente europeu: simples território de exploração. (Aroldo de Azevedo, 1951)

The poor are used to their poverty, which they bear in silence and isolation, but the fact of being treated with injustice can bring out unsuspected capacities for indignation, resistance and common action. (Albert O. Hirschman, 1984)

O artigo discute o surgimento de um movimento social no interior do Estado do Maranhão e suas implicações para a saúde das populações camponesas. Através de muitas gerações, as famílias rurais dependiam do extrativismo das palmeiras de babaçu para auferir alguma renda, seja pela venda das amêndoas do coco babaçu, seja trocando-as por itens de consumo. A coleta dos coquilhos era livre, as palmeiras eram consideradas uma dádiva da natureza, e os fazendeiros não opunham resistência à entrada das mulheres “quebradeiras” em suas propriedades. Recentemente, a formação de grandes empresas no campo e a opção de muitos fazendeiros pela criação de gado tornaram impossível a “coleta livre” nos cocais – um direito até então considerado sagrado para a população camponesa. A atitude dos proprietários de terras criou enorme ressentimento entre as trabalhadoras e, ao longo do tempo, propiciou as condições para a mobilização política em torno de seus interesses. “Avançar coletivamente”, aponta Albert O. Hirschman, “por vezes envolve resultados imprevisíveis”. Tendo iniciado como um movimento social com um objetivo preciso – a reconquista do direito à coleta livre nos babaçuais –, a luta das mulheres camponesas na Terra Maranhense logo orientou-se por uma agenda mais ampla de direitos sociais, na última década do século 20. Nessa pauta de lutas, o direito à saúde tornou-se um dos pontos prioritários.

Palavras-chave: Mulheres camponesas; Movimentos sociais; Identidade social; Saúde coletiva.

* Para Alfredo Wagner Berno de Almeida, profundo conhecedor das questões agrárias no Brasil, pensando em Carmen Dora Guimarães (Carmita), nossa colega e amiga desde os tempos do curso de Sociologia na PUC-Rio. Uma versão preliminar deste trabalho, que contou com o apoio do Netherlands Institute for Care and Welfare (NIZW), foi apresentada ao X Congresso Mundial de Sociologia Rural, no Rio de Janeiro, em agosto de 2000. Agradeço a William Fisher, Davydd Greenwood, Lynn Morgan e Stacy Leigh Pigg pela leitura atenta e por inúmeras sugestões editoriais. Por razões de tempo, limitações de espaço e, por vezes, diferentes pontos de vista, nem sempre pude segui-las.

** Sociólogo, professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Este artigo conta uma história de sofrimento social e dos esforços de indivíduos politicamente conscientes para aliviar seu drama. Ainda que a história possa sugerir um final feliz, a incerteza das estruturas sociais, políticas e econômicas poderá comprometer as conquistas iniciais e as vitórias parciais das populações cujas vidas são aqui examinadas¹. Ainda que o foco do estudo seja a saúde comunitária, a trama tem aspectos inesperados: o tema da saúde foi na verdade um acontecimento tardio, um item não antecipado na agenda da luta pela reforma social das populações da região. O que está em jogo nesta trama não é um típico “movimento de saúde”, ainda que o surgimento da solidariedade grupal, movida por outros interesses imperativos, tenha, mais tarde, aberto o caminho para as questões da saúde.

Primeiramente, o relato focaliza os desdobramentos de uma luta pela propriedade da terra no interior da região conhecida como o Meio-Norte brasileiro. Deste modo, a discussão contemplará o tema da mobilização *política* dos camponeses, antes de abordar os processos pelos quais a promoção da saúde tornou-se um alvo das organizações não-governamentais, das políticas públicas e das próprias lideranças. A seqüência da narrativa, diga-se desde logo, resulta da própria “marcha dos acontecimentos”. A chegada tardia das questões de saúde comunitária e dos atores com elas envolvidos – os agentes comunitários de saúde – é sem dúvida um ponto intrigante da trama que este artigo tentará desvendar. Que a saúde não seja, obrigatoriamente, um “primeiro impulsor” das lutas políticas pela melhoria das condições de vida deverá soar como uma nota de advertência para organizações ativistas e agências internacionais, que esperam que os excluídos sociais estejam *particularmente* interessados em promover sua saúde (ou suas condições de moradia, ou os níveis de alfabetização etc.). Como o presente

texto irá indicar, nem sempre as coisas se dão desse modo, nessa seqüência “desejada” pelos agentes externos de mudança.

Tive contatos esporádicos com a região de estudo por mais de duas décadas, movido por circunstâncias tanto pessoais como profissionais. Estive pela primeira vez no interior do Maranhão há mais de vinte anos, trabalhando como sociólogo para uma agência governamental. Elaborei, então, dois relatórios técnicos sobre as populações que viviam nas áreas de babaçuais, focalizando, em especial, os problemas gravíssimos que enfrentavam as “quebradeiras” de coco babaçu, diante da rigidez dos fazendeiros – que lhes impediam o livre acesso às palmeiras – e da negligência das autoridades – que viam as populações camponesas antes como um reflexo do “atraso” da região do que como possível agente de mudanças e de modernização do campo (Castro Santos, 1981a e 1981b). Houve, na época, certa agitação, nos meios profissionais e políticos do Maranhão e Piauí, de idéias de fomento à atividade econômica e de criação de um “Instituto do Babaçu”, mas as relações de produção e as condições de trabalho eram sistematicamente desconsideradas, como questão menor. Diante de políticas públicas omissas e um cenário político desalentador, nunca mais retomei meu objeto de estudo.

Em 1999, entretanto, voltei à região como professor visitante da Universidade Federal do Maranhão. Foi quando tomei conhecimento de que um intenso movimento social havia brotado entre as mulheres quebradeiras. Inicialmente alimentado pela própria luta pela “coleta livre” dos cocos, o movimento já se estendera, transformando-se numa luta mais ampla das mulheres por direitos sociais, entre os quais a questão da saúde ganhara espaço. A preocupação com a saúde, por sua vez, refletia os objetivos de um programa de âmbito ministerial denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),

¹ Uma discussão sobre o *sofrimento social* está em Kleinman, Das e Lock (1998). Veja-se também o texto inspirado do sociólogo inglês Peter Marris (1974) sobre o sofrimento e os significados de “*loss and change*” para a conduta de pessoas, grupos e instituições sociais.

que teve início em 1991. O novo cenário levou-me a retornar, esperançoso, para meu antigo objeto de pesquisas. Entretanto, diante de outros compromissos profissionais, eu não dispunha do tempo necessário para conduzir uma pesquisa de campo e coletar dados etnográficos, como fizera no passado. Foi quando dois acidentes felizes me permitiram voltar ao tema. Em primeiro lugar, o convite que recebi para juntar-me às lideranças do “Movimento das Quebradeiras” e participar, como visitante, de um encontro interestadual em São Luís do Maranhão, no “Sítio Pirapora”, em maio de 1999, durante três dias. Ali eu pude, graças à cordialidade da acolhida, realizar entrevistas com algumas líderes do movimento. Em segundo lugar, a oferta generosa de uma aluna, então sob minha orientação acadêmica no curso de mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, tornou possível, depois de tantos anos, retomar o contato com meu “antigo” universo de pesquisa – tratava-se do “mundo das representações” e das ações voltadas para a saúde no interior maranhense. Diante da impossibilidade pessoal de realizar uma pesquisa empírica sistemática, tive à minha disposição a transcrição das entrevistas que a aluna realizara, para sua dissertação, com agentes comunitárias de saúde que atuavam justamente nas áreas de babaçuais. Se não era o *melhor* caminho – a realização de uma pesquisa empírica sistemática de acordo com minhas próprias questões de pesquisa –, era sem dúvida o caminho *possível* que se abria para meu trabalho sociológico de interpretação dos rumos do movimento das quebradeiras².

Uma palavra breve sobre a questão de método. Meu objetivo fundamental foi recuperar as condições histórico-estruturais do sofrimento social e da exclusão política

das quebradeiras, e buscar entender como vieram a se organizar – social e politicamente – contra aquelas condições de existência. Faço uso, aqui, dos instrumentos analíticos da Sociologia histórica. Procuro escutar as vozes das mulheres quebradeiras de coco babaçu no Maranhão e apresento-lhes algumas questões básicas, que me conduzirão ao trabalho de análise e interpretação. São *suas* as vozes, mas são forçosamente *minhas* as questões levantadas. Resumindo-as: em primeiro lugar, quais foram as condições estruturais da pobreza e exclusão das populações camponesas? Em segundo lugar, de que modo elas se organizaram politicamente?

Feito este comentário preliminar, discuto a seguir os eventos históricos que conduziram aos rumos atuais daquele movimento social. Uma vez demarcado esse quadro geral, tornar-se-á possível, então, entender o surgimento de atores sociais no campo, protagonistas de lutas por direitos sociais que lograram reservar à saúde um lugar de destaque.

Antecedentes históricos

Foi no interior do Estado do Maranhão que o drama social da exclusão mostrou-se mais pungente. Sendo um dos estados empobrecidos das regiões setentrionais brasileiras, suas oligarquias tradicionais receberam um estímulo financeiro substancial do regime militar em novembro de 1980, com a aprovação do Decreto-Lei nº 1.813, que instituiu o Programa Grande Carajás, um programa federal que objetivava subsidiar grandes corporações num vasto território que compreendia o Maranhão e áreas vizinhas. O Projeto Carajás deveria desenvolver o potencial mineral dessa enorme região³. Entretanto, desconheceu-se, a rigor, a existência das populações camponesas,

² A dissertação de mestrado desta minha antiga aluna, Sílvia Cristina Viana, intitulada *O programa de agentes comunitários de saúde na Regional de São Luís do Maranhão*, já foi concluída e aprovada (Viana, 2000). Minhas referências aos depoimentos das agentes de saúde por ela colhidos, feitas na seção final do presente texto, são o testemunho de meu débito para com o seu trabalho de campo – dívida essa que aqui registro, com meu sincero agradecimento.

³ Alfredo Wagner B. de Almeida (1995a) apresenta um relato detalhado do Projeto Carajás. Em tentativa de diagnóstico dos problemas da região, chamei atenção, igualmente, para a ênfase excessiva que aquele projeto reservava aos aspectos técnicos, em prejuízo das dimensões sociais, políticas e institucionais (Castro Santos, 1981a).

cujas necessidades e interesses foram na verdade prejudicados pelos objetivos técnicos e de geração de renda para as grandes corporações que efetivamente nortearam a implantação do programa.

Historicamente, os povos da mata no Maranhão sempre enfrentaram as duras condições da produção de subsistência, seja ocupando terras devolutas, cultivando nas franjas de propriedades algodoeiras, ou estabelecendo-se como foreiros e meeiros de grandes proprietários. Da mesma forma que os primeiros povoadores da chamada região Pré-Amazônica, os pequenos produtores agrícolas dos tempos atuais são caboclos ou mulatos descendentes, por meio de intensa miscigenação, dos índios Tupinambá, de colonizadores portugueses e de escravos africanos. A maior parte dos pequenos produtores da região são migrantes das “bandeiras verdes”, que por várias gerações avançaram dos sertões nordestinos em direção às terras a oeste do vale do Itapicuru⁴. Surgiu entre os novos povoadores o costume de auferir alguma renda dos “frutos grandes” das palmeiras de babaçu, para tanto retirando e vendendo os cocos (ricos em óleo vegetal) aos bodegueiros locais, ou trocando-os por outros produtos de consumo doméstico. Esses meios de subsistência, ainda que não acrescentassem muito ao “baixo e deplorável padrão de vida” das famílias⁵, integraram-se aos costumes da região e criaram o tipo social das “quebradeiras de coco”, responsáveis pelo trabalho duro e exaustivo de extração das amêndoas pelo uso de machadinhas. Contando com a ajuda de suas crianças nos trabalhos de coleta, as mulheres quebradeiras sempre tiveram acesso livre às florestas praticamente inexauríveis dos babaçuais, mesmo quando esses se localizassem em propriedades particulares. Só raramente um proprietário instituiu cobrança de taxas para permitir a entrada em cocais situados nos limites do estabelecimento rural. Do ponto de vista das

famílias camponesas, isto constituía, sempre, uma afronta ao direito à livre coleta, que consideravam inalienável. Veremos logo adiante como os “ventos de mudança” da acumulação capitalista na região acabaram por gerar a suspensão ou redução daquele direito supostamente sagrado da “coleta livre”.

Quanto à divisão sexual do trabalho, ainda que os homens recentemente tenham se dedicado a colher os cocos inteiros para venda, a coleta para quebra no local constitui tarefa tipicamente feminina. Esta norma cultural, cristalizada ao longo de gerações de trabalho extrativo na região, pode explicar o surgimento de um movimento social “clivado” por gênero – o movimento das mulheres quebradeiras no Maranhão, que se estendeu às regiões produtoras vizinhas do Piauí, Tocantins e Pará para compor, nos dias de hoje, o Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu.

Ontem e hoje

Os primeiros sinais de mudança nas atitudes das oligarquias regionais em relação à “economia do babaçu” manifestaram-se no fim da década de 1960. Durante os anos 70, um número crescente de fazendeiros passou a proibir o acesso aos babaçuais em suas terras. Outros condicionavam a entrada ao pagamento de um percentual por quilo de amêndoas, ou exigiam a comercialização do produto diretamente com comerciantes apaniguados, pelo preço por eles estabelecido. Outros, ainda, voltaram-se para a pecuária e optaram pelo corte e devastação das palmeiras nas propriedades. Terras até então improdutivas, que facilitavam o acesso, a coleta e a quebra nas áreas de cocais, tornaram-se alvos para a implantação de projetos industriais. Para um observador atento, não restava dúvida: em pouco tempo as quebradeiras deveriam enfrentar a escassez do produto (Almeida,

⁴ Veja o cuidadoso estudo de Murilo Santos (1981) sobre as frentes nordestinas de ocupação do Maranhão.

⁵ São as palavras de Aroldo de Azevedo, em estudo pioneiro sobre a região (Azevedo, 1951, p. 40).

1995b). As novas circunstâncias oprimiam as populações locais, mas não se via, então, evidências de qualquer tipo de resistência *organizada* por parte das comunidades atingidas. Em agosto de 1981 entrevistei, em São Luís, alguns representantes locais da *Caritas Internationalis*, rede da Igreja Católica empenhada em trabalho social libertador e que, no Maranhão, dava também suporte técnico e legal a entidades sindicais (Castro Santos, 1981b). Os técnicos da Cáritas Arquidiocesana de São Luís affiançaram-me, já naquela época, que havia condições concretas para o surgimento da organização solidária entre os trabalhadores rurais. Exemplo desses novos rumos era a organização de uma cooperativa de consumo e produção pelos habitantes de Barreirinhas, um povoado próximo à zona costeira, a sudeste da capital. A mim parecia que Barreirinhas era um caso isolado, mas as evidências logo se manifestaram contrárias a meu ponto de vista e ao de muitos observadores locais que entrevistei à época. Em conformidade com a avaliação dos sociólogos e educadores da Cáritas, a segunda metade da década de 1980 revelaria, de fato, um clima favorável para a *solidariedade camponesa* (Hirschman, 1984).

A luta pela mobilização

O fim do regime militar, em 1984, facilitou o trabalho de grupos de conscientização cívica e política que militavam entre as camadas populares. No Maranhão, essas atividades, inspiradas ali como em muitos outros cenários pela famosa *pedagogia da liberdade* de Paulo Freire, tiveram o empenho direto de grupos ligados à Pastoral Católica⁶. Mesmo os grupos de empresários conservadores na capital maranhense

reconheciam o peso político da Igreja Católica e não conseguiam obstar por completo a ação de sua ala progressista, que conseguia apoio institucional entre os setores mais elevados da hierarquia. Esse processo pedagógico tivera seu início muito cedo (como certamente sabiam os membros da rede da Cáritas em São Luís, que eu entrevistara em 1981). Desde pelo menos o ano de 1969, havia vários padres engajados na ação política tanto na capital como no interior do estado, procurando ativar a formação de grupos comunitários de auto-ajuda e desafiando as forças da repressão e o conservadorismo político das oligarquias⁷. Outro fator que contribuiu para a mobilização dos trabalhadores rurais foi a presença de atores políticos “intermediários”, dedicados ativamente à promoção da consciência política da população do interior. Albert O. Hirschman (1984, p. 6) insiste, com razão, na presença “ubíqua” de tais atores políticos em toda a América Latina, na maior parte jovens profissionais (sociólogos, antropólogos, advogados, educadores) ligados a organizações não-governamentais; mas a experiência maranhense foi até certo ponto incomparável, em razão do impacto realmente duradouro de suas ações sobre a consciência política dos camponeses e sobre sua capacidade de mobilização.

Com efeito, foi crucial o papel desses agentes “mediadores”, ao construírem laços de solidariedade com grupos de trabalhadores rurais. Essas organizações e seus profissionais – como foi o caso da Cáritas – atraíram o necessário apoio financeiro e estratégico para o surgimento de novos movimentos sociais com perfil autônomo e capacidade de agir de forma independente, não somente em relação ao mandonismo político local, como também

⁶ Os grupos católicos progressistas atuavam, na época, em outros países da América Latina, como a Venezuela e a Colômbia (Hirschman, 1984, p. 38-39 e 51). Além da *pedagogia dos oprimidos* de Paulo Freire, o pensador colombiano Orlando Fals-Borda é também citado como um inspirador de grupos de ação comunitária libertadora, não só na América Latina, mas em todo o mundo. Vejam-se os trabalhos de Greenwood e Levin (1998), Kennedy (1998) e Hall (1999). É notável o modo pelo qual a chamada Teologia da Libertação (como também, no Brasil, a perspectiva de promoção humana da CNBB) e as propostas político-pedagógicas de Paulo Freire e Fals-Borda vieram, na prática, a se entrelaçar.

⁷ Confrontem-se as evidências apresentadas em Plumb Jr. e Lodge (1969).

às próprias organizações sindicais atuantes na região. Foi o que ocorreu, por certo, com o movimento das quebradeiras, em relação ao qual brotou um processo pedagógico dinâmico, de duas mãos, entre os atores envolvidos – quebradeiras e organizações não-governamentais. Esse processo de aprendizado mútuo, para muitas organizações de promoção humana, como a Comissão Pastoral da Terra, a Cáritas Brasileira e a Inter-American Foundation (esta, uma entidade do Congresso dos Estados Unidos), envolveu sem dúvida a participação de seus profissionais-ativistas no difícil papel de *gate-keepers*, mediadores entre dois mundos de cultura diversos. A intensa interação social vivida por sociólogos, antropólogos, pedagogos, psicólogos e advogados no interior de suas próprias instituições de base e, por outro lado, a interação destas com as comunidades despertaram em todos os atores envolvidos uma consciência aberta para mudanças e para a troca de experiências. Pelo lado do mundo rural, esse fenômeno de avivamento de consciências encontrou eco na própria emergência de lideranças entre as quebradeiras, as quais, ao lado de seus maridos, forjavam suas identidades no interior de processos bastante antigos de “acomodação” diante das oligarquias, ou mesmo em ocasiões que culminavam em conflito aberto.

A marcha à frente

Como já se adiantou, o fim do regime militar e da repressão aos movimentos sociais desatou os nós que cingiam os processos, até então latentes, de mobilização. Conquanto essa espécie de “oxigenação” do ambiente político tenha ocorrido em todo o país, a história da ocupação e povoamento do Maranhão, marcada por décadas de conflitos entre camponeses e latifundiários grileiros, fez com que os ventos de mudança tivessem um impacto mais forte

nesse estado⁸. Centenas de conflitos envolvendo disputas pela terra ou por direitos de cultivo e de extrativismo estouraram em todo o interior maranhense e pressionaram pela reforma agrária, item da agenda política que os partidos dos novos governos civis timidamente aceitaram introduzir em relação a áreas mais conflituosas. É importante notar que as primeiras conquistas dos trabalhadores rurais logo favoreceram o surgimento de novas formas de debate e de ação coletiva. Os primeiros passos em direção à formação de “cooperativas de pequenos produtores agroextrativistas” no Maranhão foram dados por volta de 1988-1990, em povoados e sedes de municípios ao longo do rio Mearim (Almeida, 1995b, p. 34 e 41). Em Lago do Junco, Esperantinópolis, São Luís Gonzaga e Lima Campos, quatro cooperativas de trabalhadores agroextrativistas congregavam mais de seiscentos associados.

Ao se envolverem nas atividades de cooperativas, cantinas e postos de comercialização, as mulheres quebradeiras foram simultaneamente conduzidas a assumir papéis sociais que requeriam certa autonomia de ações e decisões. Isto facilitou o associativismo entre as próprias quebradeiras. Ainda que algumas associações tenham sido criadas ao mesmo tempo que as cooperativas de pequenos produtores, como sucedeu em Lago do Junco com a Associação das Mulheres Trabalhadoras Rurais, em 1989 (Almeida, 1995b, p. 35), novas associações se multiplicaram a partir da criação das primeiras cooperativas. Algumas surgiram como um núcleo no interior dos próprios sindicatos rurais, como em São Luís Gonzaga. À medida que as organizações de mulheres vieram a se consolidar, na década de 1990, não se colocaram *contra* o movimento sindical pela disputa de poder, numa espécie de jogo político de “soma zero”. Ao contrário, tornaram-se uma ação *a mais* no universo de mobilização camponesa da região. Esse

⁸ Note-se que essas tradições de luta envolviam, até então, basicamente lideranças *masculinas*. Ainda não brotara a “questão de gênero”, conforme se expressou uma líder das quebradeiras, dona Maria Senhora, em entrevista que me concedeu sobre o papel emergente das mulheres.

ponto é sublinhado pelo antropólogo Alfredo Wagner Berno de Almeida, que adianta ainda um comentário:

as que lideram não são necessariamente esposas de dirigentes sindicais ou de líderes camponeses informais. São legitimadas e acatadas por mecanismos próprios de representação [...] (*idem*, p. 36 e 39).

Por outro lado, é de se notar a percepção, pelas lideranças emergentes, de necessidades e problemas dos camponeses que não cabiam apenas em uma “agenda de gênero”. Veremos mais tarde, a propósito, em que medida as ações protagonizadas por essas novas lideranças no cenário regional ultrapassaram o âmbito dos interesses específicos das quebradeiras ou das mulheres camponesas. Entre essas ações de maior alcance figurava a preocupação com as questões ligadas à saúde e ao saneamento. Do mesmo modo, as atividades de fomento à produção e à comercialização conduzidas pelas associações das quebradeiras, por meio de cooperativas, obtiveram ganhos não só para as famílias, mas para a economia dos povoados e municípios em geral. Entre os projetos bem-sucedidos, recentemente, incluem-se a produção para o mercado interno e para exportação de sabonetes finos (ricos em óleo das amêndoas) e de artigos de artesanato como cestas, chapéus, esteiras e abanos confeccionados com as folhas da palmeira (*idem*, p. 40-41). As cooperativas conquistaram bom desempenho organizacional e considerável autonomia financeira. Tornaram-se também responsáveis pela produção, comercialização e exportação do óleo de babaçu, bem como pela produção e venda do carvão obtido do endocarpó dos coquilhos⁹.

O movimento estadual das quebradeiras – segmento importante do movimento interestadual, a que já aludi – é o resultado

duradouro de inúmeros seminários e oficinas realizados durante os anos 90, que permitiram a união entre as mulheres camponesas e suas organizações. Ocorreram vários Encontros Interestaduais de Quebradeiras de Coco Babaçu nas capitais do Maranhão e estados vizinhos. O primeiro desses eventos deu-se em São Luís, nos dias 24 a 26 de setembro de 1991, atraindo mais de 250 participantes. Desde então, outras reuniões importantes tiveram lugar no Maranhão, Piauí, Tocantins e Pará, a cada dois anos. Esses encontros tiveram duas conseqüências importantes, sem contar a discussão das questões diretamente ligadas à atividade extrativista, à organização da luta pelo livre acesso aos babaçuais etc. A primeira conseqüência de nota foi a oportunidade, criada pelos encontros interestaduais, para que entidades de apoio levassem ao coletivo das quebradeiras a assistência técnica e legal indispensável à organização de suas lutas, ao funcionamento de suas associações e à formação e operação das cooperativas. Em segundo lugar, as reuniões interestaduais têm a função de intensificar os laços de “solidariedade intragrupal” por meio de atividades lúdicas. Até mesmo o momento da refeição comunal é motivo de alegre confraternização, brincadeiras e música. Essa função simbólica dos encontros tem enorme valor, particularmente se levamos em conta a cultura extremamente festiva dessa região, que afeta, como se sabe, a própria vida religiosa das populações rurais.

Em 1999, entre os dias 3 e 5 de maio, o Movimento Interestadual das Quebradeiras organizou um Seminário sobre a Economia do Babaçu no “Sítio Pirapora”, em São Luís do Maranhão, com o apoio de várias organizações ativistas e de algumas fundações internacionais¹⁰. Esse encontro, para o qual

⁹ O óleo de babaçu vem sendo exportado diretamente pelas cooperativas das quebradeiras para empresas de cosméticos, como a inglesa The Body Shop, que fabrica batons e cremes. As barras de sabonete, que já chegaram aos Estados Unidos, estampam o rótulo metonímico de “babaçu livre”. Ver matéria de Carlos Franco para *O Estado de S. Paulo*, citada em *Seleções – Reader’s Digest*, Rio de Janeiro, maio de 2003, p. 13.

¹⁰ Empleo o termo “organização ativista” para denotar, nos termos sugeridos por Albert O. Hirschman (*social activist organizations*), as pessoas e instituições que constroem os necessários laços de aproximação entre as comunidades e as organizações não-governamentais.

tive a honra do convite¹¹, foi um exemplo das formas de convivência social das quebradeiras, entre as quais as regras muito rígidas de intercâmbio, adotadas em seminários profissionais, foram substituídas por certa informalidade nas discussões, sem resvalar para a improvisação. O Seminário do Sítio Pirapora foi um fórum aberto e participativo, em que a expressão oral e a comunicação direta foram enfatizadas pelas dirigentes – muitas delas com poucos recursos de educação formal e escrita. Não faltaram, como se disse acima, os momentos festivos e a renovação dos vínculos de amizade e de associativismo. Se as questões em debate no seminário forem comparadas às de encontros anteriores, verifica-se bastante similaridade. Tomemos, por exemplo, as questões que vieram a ser debatidas na convenção que se reuniu em Teresina, Piauí – o segundo maior estado produtor de babaçu, depois do Maranhão –, de 12 a 14 de outubro de 1993 (Almeida, 1995b, p. 40). Uma petição foi assinada ao fim do encontro, e merece alguns comentários.

O primeiro comentário refere-se à questão das “crianças quebradeiras”, suscitada pelo abaixo-assinado ao fim do encontro, em que se exigia o “cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente na zona rural”. (Note-se que, concomitantemente ao Encontro das Quebradeiras, foi realizado em Teresina o I Encontro das Crianças Quebradeiras de Coco Babaçu, que teve a participação de mais de cem adolescentes, dos quatro estados produtores. Ver Almeida, 1995b, Apresentação, primeira contracapa.) O Unicef e outras agências nacionais e internacionais de direitos humanos têm uma preocupação crescente com o trabalho infantil. Ocorre que, da mesma forma que em outras atividades extrativistas no Brasil, o trabalho infantil é recorrente no extrativismo do babaçu, complementando o trabalho das mães e a própria renda familiar. A conclusão do Encontro das Quebradeiras, nesse sentido, não deixa de produzir certa

perplexidade: até que ponto a reivindicação não contradiz os próprios interesses da mulher quebradeira e de sua família? Ora, as decisões retiradas dos encontros muitas vezes expressam menos uma reivindicação de caráter imediato do que um *horizonte de luta*, um ponto de chegada. Pelas entrevistas que realizei no Sítio Pirapora, pude sentir que as lideranças caminham de fato à frente de suas companheiras – sendo, é claro, mais informadas sobre as questões legais relativas aos direitos humanos, por obra dos próprios profissionais militantes na área – e têm consciência do aspecto controverso de muitas questões. Pelo que pude perceber, algumas dimensões dos direitos sociais – como o direito à saúde e à educação – estão subentendidas na reivindicação de atenção dos poderes públicos aos direitos da criança e do adolescente. Por outro lado, não resta dúvida de que alguns pais podem submeter as crianças a trabalhos demasiadamente estafantes nos babaçuais, e essa postura é duramente criticada pelas lideranças e pela comunidade, de modo geral. Se, no futuro, a reforma agrária, o progresso da economia regional e a participação política das quebradeiras trouxerem alguma solução para os problemas estruturais enfrentados pelas populações do campo, é possível que a própria necessidade de ajuda das crianças na faina dos cocais possa ser eliminada.

O segundo comentário diz respeito à dimensão sanitária. Não apenas as conclusões e reivindicações do Encontro de Teresina deixam de mencionar os problemas de saúde e saneamento básico. Os demais Encontros Interestaduais das Quebradeiras tampouco o fazem, e o mesmo se aplica ao Seminário no Sítio Pirapora. Na abertura do presente texto chamei a atenção para essa presença “tardia” da saúde na agenda de lutas das quebradeiras de coco babaçu. Não estamos, repito aqui, diante de um “movimento de saúde”. O fato de um programa federal de agentes comunitários de saúde ter desencadeado, ainda

¹¹ Devo o convite e as gentilezas com que fui recebido à generosidade das quebradeiras e às diligências de meu fraternal amigo Alfredo Wagner Berno de Almeida.

que tardiamente, as aspirações coletivas pela melhora das condições de saúde pública – como pude constatar junto às lideranças do movimento no Sítio Pirapora – não trouxe, de imediato, reflexos sobre os debates nos encontros ou sobre as declarações públicas das lideranças. Mas o próprio fato de que *algumas líderes são agentes comunitárias de saúde* sugere novas perspectivas para o tema na região. Para aqueles que tivessem julgado “natural” e imprescindível a adesão dos encontros à causa da saúde desde cedo, Albert Hirschman dá um recado: as trilhas pelas quais se chega à mudança social são imprevisíveis e insuspeitadas (Hirschman, 1984, p.8-9 e 12). Hipoteticamente, digamos que uma reivindicação coletiva pela saúde pudesse ter favorecido o aparecimento, mais tarde, de questões ligadas à posse e uso da terra. Mas o inverso se verificou em nosso caso. Aqui, as lutas pautadas pela questão agrária é que vão aplainando o terreno e fazendo emergir, aos olhos das lideranças, os interesses da saúde, da educação etc. Não se trata de uma “deficiência cognitiva” o fato de que as lideranças só agora pareçam atentar para a importância dos cuidados com a saúde, particularmente com a saúde materno-infantil. Na verdade, os camponeses estiveram premidos por questões de sobrevivência coletiva imediata (contra a grilagem dos fazendeiros ou pelo livre acesso aos babaçuais, por exemplo), vendo-se forçados a adiar suas reivindicações pela educação formal ou por cuidados médico-sanitários. Hirschman insiste neste ponto: só os ingênuos “teóricos da modernização”, ao acreditarem que as reformas educacionais no Terceiro Mundo eram precondições para o desenvolvimento, apostaram na existência de fatores isolados (como a educação!), na ausência dos quais os processos de mudança não poderiam ser desencadeados ou impulsionados. Aqueles fatores, que para muitos eram agentes impulsores, ou *prime movers*, deveriam antes ser considerados como *facilitadores*. Há uma conclusão que se segue imediatamente: as agências voltadas para a promoção da saúde devem atentar para o fato de que nem sempre os

movimentos sociais que não abraçam a causa sanitária *desde cedo* deixarão necessariamente de fazê-lo mais tarde. O exemplo maranhense aponta nessa direção. As questões de saneamento, os cuidados materno-infantis, a saúde reprodutiva ou a alfabetização não foram objetivos iniciais do movimento das quebradeiras, mas vêm aos poucos ocupando lugar em suas lutas reivindicatórias. Essa seqüência “invertida” em relação ao previsto (ou desejado) por muitas entidades públicas e não-governamentais deixa entrever, segundo Hirschman (1984, p. 1), “o modo pelo qual certos processos, com freqüência considerados os primeiros passos indispensáveis em algumas seqüências de desenvolvimento, podem, ao contrário, constituir segundos ou terceiros passos”.

Saúde coletiva e mudança social: experiência em progresso

Há, talvez, uma explicação alternativa para o aparecimento tardio da saúde pública nas deliberações dos encontros das quebradeiras. Um observador desatento diria, por exemplo, que possivelmente as condições de saúde não seriam de fato tão críticas, a ponto de justificar um lugar de destaque no imaginário das camponesas. Não deverá causar estranheza que era esse, precisamente, o ponto de vista oficial. Um relato “oficioso”, disponível em inglês na edição de 1979 da *Enciclopédia Britânica*, procura convencer os leitores de que as condições sanitárias no Maranhão eram, na época, “relativamente boas”. O autor, ex-governador do estado, admite a existência de doenças tropicais, mas logo pondera que só raramente atingiam níveis epidêmicos (Santana, 1979, p. 484-485).

As estatísticas e relatórios sobre a região dão conta de uma situação diversa: historicamente, as populações locais e as levas de nordestinos migrantes vêm atravessando décadas de abandono por parte das políticas públicas, sobrevivendo em condições de “atraso e miséria lastimáveis”, como já denunciava Aroldo de Azevedo em 1951 (p. 33). As primeiras evidências empíricas – afora os “escritos

de viagem” de cronistas do Brasil Colônia e Império – datam de 1919-1920. Nesses anos, a pedido e com a colaboração de autoridades brasileiras, a Junta Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller conduziu extensos *surveys* sobre as condições de saúde e saneamento em vários estados brasileiros, inclusive no Maranhão¹². De todos os estados selecionados, o Maranhão apresentou as taxas mais elevadas de prevalência de ancilostomíase. A malária difundia-se por todo o interior, predominando a forma perniciososa. Epidemias de peste bubônica e de varíola haviam castigado a população no passado, e a varíola tornara-se endêmica na época do levantamento sanitário. A lepra foi considerada “um problema alarmante”, particularmente na periferia de São Luís e nas localidades do baixo rio Mearim.

Do ponto de vista do presente estudo, importa notar que, diferentemente do relato cor-de-rosa do ex-governador, pouco se fez para melhorar o quadro epidemiológico do Maranhão nesses últimos oitenta anos decorridos desde o levantamento da International Health Board, em 1920. Dados recentes (de 1996) indicam que uma percentagem altíssima de maranhenses ainda não dispõe de esgotamento sanitário de qualquer tipo; no interior a situação é dramática – perto de 80% das famílias com crianças não têm esgotos em suas residências, nem mesmo fossas sépticas (Tonial e Moura da Silva, 1997, p. 91, Quadro A-5). O Maranhão é um dos poucos estados brasileiros que ainda podem ser classificados como “rurais”¹³. Os indicado-

res do quadro sanitário refletem, por essa razão, a situação dramática da pobreza rural, um legado histórico do domínio oligárquico e da persistente carência de políticas públicas eficazes, transparentes e comprometidas com a promoção humana. As quebradeiras e suas famílias são típicas representantes desses *excluídos sociais*. Os dados sobre mortalidade e a presença de epidemias e endemias acrescentam outras dimensões ao quadro sombrio: as taxas de mortalidade são altas para todo o estado, o mesmo ocorrendo com os óbitos infantis¹⁴. Em 1982, a taxa de mortalidade infantil atingiu 86 por mil, afetada sobretudo por casos agudos de diarreia – estes, com índices dos mais altos no país. A malária, a ancilostomíase e a esquistossomose ainda castigam, endemicamente, as populações maranhenses, sobretudo nas zonas rurais, onde, ademais, a hanseníase se faz presente em níveis alarmantes¹⁵.

Esse breve relato deve afastar de vez a hipótese do observador desatento, ou de má-fé, sobre a existência de condições supostamente “razoáveis” da saúde pública no Estado do Maranhão. Se pudermos agora refazer nossa trama, devemos concluir que a atenção às condições sanitárias na região era, há décadas, uma necessidade imperiosa. Se outras necessidades se fizeram mais urgentes para as lideranças camponesas, tudo indica que os anos finais do século XX assistiram à abertura de outras frentes de luta pelo nascente movimento social das quebradeiras de coco babaçu. Refiro-me à *luta pela saúde como direito social*.

¹² *Health Survey for Maranhão* (dr. Áttilo Seabra, coordenador). Fundação Rockefeller, International Health Board, 1919-1920. Rockefeller Archive Center, Estados Unidos – Record Group 5, Sub-series 305 IHB, Box 25.

¹³ A proporção de população rural maranhense é na verdade mais alta do que sugerem os indicadores oficiais (45%), pois é discutível classificar-se como “urbanas” localidades com pouco mais de 5 mil habitantes que, sob vários pontos de vista, são ainda, sociológica e antropologicamente, rurais. Por vezes são meros reservatórios de mão-de-obra para fazendas da região, que constituem a referência econômica, cultural e de sociabilidade desses habitantes “urbanos”.

¹⁴ Mais de 32% dos óbitos verificados no Estado do Maranhão em 1996 não tiveram qualquer tipo de assistência ou acompanhamento médico-hospitalar – um triste recorde, ultrapassado apenas por dois dos 26 estados da Federação. Veja-se Ribeiro e Souza Aragão (1997, p. 59) e Moura da Silva e Ribeiro (1997, p. 73). Veja-se, ainda, “*Ranking das mortes sem assistência nos estados*”, *Folha de São Paulo*, 2 de agosto de 1998, Caderno Cotidiano, p. 1.

¹⁵ Entre 1991 e 1996 verificou-se uma tendência declinante nas taxas de prevalência da hanseníase. Ainda assim, o Maranhão persiste na posição de triste recordista, ultrapassado apenas pelo Amazonas (*Informe Epidemiológico do SUS*, ano II, n. 6, nov.-dez. 1993, p. 147-148; *Informe Epidemiológico do SUS*, ano V, n. 4, out.-dez. 1996, p. 90). Devo informações importantes a Marcos Pacheco, sanitarista e ex-parlamentar maranhense, a quem entrevistei em São Luís, em 8 de maio de 1999.

As agentes comunitárias de saúde

A atenção à saúde, como toda ação política ou luta social pela cidadania, tem suas próprias regras, dificuldades e limitações. Diferentemente de programas habitacionais, que eventualmente podem ter sucesso a partir da formação de mutirões, as ações de saúde não podem contar, *da mesma forma e com o mesmo peso*, com o auxílio de grupos de auto-ajuda ou de famílias e vizinhos de um mesmo bairro. É certo que o aconselhamento técnico – a “*expertise*” – pode ser eficaz, contribuindo para que o trabalho manual, a boa vontade e a solidariedade se traduzam em moradias bem construídas e adequadas para as famílias. Mas a manutenção e os reparos das construções poderão, mais tarde, prescindir inteiramente da consultoria técnica. Assim também a organização de uma “cantina” ou de uma cooperativa entre as quebradeiras: ainda que o apoio de uma entidade ou de um profissional seja importante, em pouco tempo as atividades podem ser assumidas pelos próprios cooperados, como um grupo auto-suficiente. As experiências de grupos de defesa de direitos humanos também indicam que, em muitos programas sociais – como o das “mulheres sem-teto” em Boston, nos Estados Unidos –, a voz mais forte para corrigir os rumos das ações coletivas pode provir dos próprios participantes e de suas comunidades, não dos dirigentes do programa, cujas diretrizes prevaleceram no estágio inicial (Kennedy, 1998).

Em contraste, a comunidade que estiver envolvida num programa de atenção à saúde não poderá prescindir do esforço e da colaboração *contínua* de profissionais. Esta característica até certo ponto típica, ou constitutiva, dos programas de saúde comunitária permite explicar, até certo ponto, por que o movimento das mulheres quebradeiras só recentemente pôde abraçar as demandas da saúde da família como *suas* demandas. É como se houvesse, na área de *cura* das enfermidades (e da possibilidade da morte), uma dimensão mais inacessível ao senso comum ou ao simples

adestramento. (A Antropologia clássica mostra como, nas “comunidades primitivas”, o campo ritual da cura sempre se fechou em torno de iniciados.) Por outro lado, a complexidade técnica dos cuidados da saúde – o diagnóstico de enfermidades e a prescrição da correta terapêutica, do ponto de vista da atenção primária – pode também sugerir as razões da precedência de agentes “externos” (Ministério da Saúde, Secretarias, ONGs etc.), em relação às comunidades, em programas como o de Ações Comunitárias de Saúde. Os atores externos assumem a direção dos programas desde o primeiro momento e continuam à sua frente mesmo quando se ativam os processos de participação ou controle social das comunidades envolvidas. Os contatos que manteve com lideranças das quebradeiras no Encontro do Sítio Pirapora me revelaram como o processo de “internalização” das demandas da saúde estava fadado a ser gradativo. Não se trata de um movimento linear, de pequenos ganhos que se somam. Um acontecimento externo – como a introdução de um programa de saúde – pode gerar novas expectativas e valores na comunidade em curto espaço de tempo. Mas não será, em qualquer hipótese, um *prime mover*. Somente no interior das lutas camponesas mais ligadas à própria história dos povos da região é que, paulatinamente, a necessidade de um programa de saúde iria impor-se. As páginas que se seguem procuram mostrar o movimento tenso, de caráter dialético, que envolvia, de um lado, as ações, recursos e objetivos de entidades e profissionais da saúde e, de outro lado, as quebradeiras e suas famílias, organizadas em torno de suas próprias associações e unidas por laços de solidariedade camponesa, expressando suas vozes e sua lealdade a antigos temas de luta.

Aqui cabe uma palavra de cautela. O relato sobre as ações de saúde junto ao “mundo das quebradeiras” não pode ser generalizado sem reservas. Não tenciono levantar a hipótese de que a experiência aqui discutida possa equiparar-se a outras, ainda que possa trazer pistas e indícios promissores para planejadores de saúde

em todo o país. Lembremo-nos de que o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários da Saúde em 1991. Tratava-se de um programa de âmbito nacional, e uma avaliação cuidadosa dessa política pública só foi realizada anos depois, em 1994. Nesse mesmo ano, o Ministério propôs um novo modelo de atuação nas comunidades, o Programa de Saúde da Família (PSF). A pesquisa pioneira sobre as agentes comunitárias da saúde no Maranhão (Viana, 2000) permite uma conclusão importante: se houvesse razões técnicas e institucionais para a reformulação do PACS – pois havia indícios de problemas mais sérios em alguns estados –, essas razões, no entanto, não se revelavam na “experiência maranhense”, na qual os indicadores de desempenho eram bastante favoráveis¹⁶. Quais seriam, nesse caso, os fatores do êxito do programa? Eu diria que três fatores principais devem ser apontados. Em primeiro lugar, a distribuição espacial da população rural em núcleos e povoados, que favorece laços fortes de interação entre os agentes de saúde e a comunidade. Em segundo lugar – um fator tão ou mais importante que o anterior –, o surgimento de organizações de trabalhadores rurais como as associações das quebradeiras e os esforços das entidades de promoção social, a exemplo da Cáritas e da Comissão Pastoral da Terra, que criaram um clima favorável para a difusão de novas práticas e valores ligados à saúde coletiva. Em terceiro lugar, a possível receptividade criada desde a década de 1980 por programas de saúde realizados em pequena escala no interior do estado. Esse último ponto merece ainda um breve comentário.

Durante os anos 80, o interior do Maranhão assistiu à implantação, em vários

povoados, da Pastoral da Criança, que pôde congrega assim a população rural e segmentos progressistas do clero. A Pastoral católica envolvia o trabalho assistencial com mães camponesas, com o objetivo de melhorar as condições de saúde das crianças e reduzir a mortalidade infantil. O Unicef também esteve presente nesses esforços, criando Grupos de Mães e estimulando a discussão sobre a saúde reprodutiva e materno-infantil, com a participação ativa das mulheres da região. Muitas agentes comunitárias de saúde manifestaram a crença no papel favorável dessas iniciativas – ainda que de pequeno porte, eu insisto – para a receptividade que o PACS veio a encontrar junto às famílias.

O PACS, sem dúvida, congrega um número muito mais elevado de participantes do que os trabalhos da Pastoral na década anterior e chegou a atingir a quase totalidade dos municípios do estado¹⁷. As agentes de saúde são o elemento-chave do novo programa. São pessoas “leigas”, mas o exemplo e a profissão de enfermagem (tradicionalmente feminina) servem-lhes de “modelo”, de padrão a ser seguido. As agentes – “as”, no feminino, pois a participação de mulheres é quase absoluta –, ou visitadoras de saúde, são escolhidas entre as residentes mais antigas na comunidade selecionada pelo programa e recebem a instrução e a supervisão de enfermeiras¹⁸. Os objetivos fundamentais do PACS têm nas atividades de promoção da saúde coletiva um denominador comum. Atuar de modo não burocratizado, criar vínculos diretos com as comunidades e melhorar o quadro epidemiológico (reconhecidamente crítico) da região constituem metas prioritárias. Para atingi-las, os meios adotados fogem ao padrão de atendimento

¹⁶ Em que pesem os problemas de implementação, a experiência de campo e as entrevistas realizadas por Sílvia Cristina Viana (ver nota 2) sinalizavam claramente os rumos bem-sucedidos do PACS no interior do estado, particularmente nas áreas de atuação do Movimento das Quebradeiras. Os materiais da pesquisa confirmavam minhas próprias impressões, fruto das entrevistas e de minhas anotações, feitas durante o Seminário no Sítio de Pirapora, em maio de 1999.

¹⁷ Nos municípios do interior, a “cobertura populacional” do programa chega, em muitos casos, a 70% ou mais das famílias residentes (Viana, 2000, p. 86).

¹⁸ Ainda que os candidatas a agentes comunitários possam ser homens, na prática a seleção se faz entre mulheres. Uma vez selecionadas, elas assinam um contrato temporário e passam a receber um salário mínimo, pago pelas prefeituras com recursos federais. (Há algumas dotações de fundações estrangeiras, destinadas às atividades de coordenação nacional do programa.)

ambulatorial individualizado, buscando, ao contrário, os rumos da prevenção e do enfoque comunitário. Tendo privilegiado inicialmente a saúde materno-infantil, a atenção dos coordenadores nacionais voltou-se mais tarde para toda a família. Essa ênfase talvez tenha sido o sinal da mudança dos rumos do PACS, que foram redirecionados para a Saúde *da Família*, nome esse que caracterizou o novo programa a partir de 1994¹⁹.

Não resta dúvida, depois de alguns anos de existência do novo PSF e da “maioridade” do PACS, de que este programa tinha nas agentes comunitárias – e portanto nos vínculos estreitos com a comunidade – seus principais atores, ao passo que o “irmão mais jovem”, ao substituir a ênfase na *comunidade* pela ênfase na *família*, tende a sublinhar o trabalho de equipe multiprofissional. Algumas considerações, feitas de modo puramente heurístico, devem ser adiantadas neste ponto: em que pesem os anúncios oficiais de que o novo programa não irá prescindir do agente comunitário como elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde; em que pese a confiança, expressa em depoimentos de profissionais do setor, no caráter *complementar* do PSF em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Viana, 2000, p. 30; Araújo, 2003, p. 141), há indícios de que o elo com a comunidade poderá se tornar frágil com a interposição da equipe profissional entre os serviços e a comunidade²⁰. Não há dúvida de que são problemas superáveis. É inegável que o emprego

de uma equipe de profissionais de saúde em que a enfermagem ocupa papel primordial confere ao PSF credenciais importantes – note-se que foram necessários cinquenta anos ou mais desde que as enfermeiras-visitadoras da Rockefeller e do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) deram àquelas enfermeiras um lugar de destaque no projeto sanitário²¹. Algumas limitações na formação sanitária do agente comunitário, no tocante, por exemplo, aos cuidados do pré-natal e à prevenção do câncer de útero, são superadas pela habilitação do enfermeiro em saúde pública ou saúde da família. Todo cuidado é pouco, no entanto: o PACS ousou, corretamente, ao atribuir uma missão de saúde coletiva a pessoas simples, recrutadas na própria comunidade. Cumprirá, agora, à coordenação do PSF esforçar-se para que não se retire dos agentes comunitários a importância *simbólica* que tinham diante das populações contempladas no antigo programa. Se esse efeito simbólico, que conferia legitimidade ao papel dos agentes nas áreas interiores, não era tão forte em todos os estados, essa característica, ou ponto alto do PACS, esteve fortemente associada aos trabalhos no Estado do Maranhão²².

Já adiantamos a linha de continuidade que se projeta entre a tradição sanitária brasileira, em especial a enfermagem de saúde pública, de um lado, e o PACS e o PSF, de outro lado. Esses programas não foram concebidos por inspiração única dos médicos do Ministério da Saúde. É verdade que gerações de médicos especialistas em

¹⁹ Veja os documentos governamentais sobre os rumos do PACS: Ministério da Saúde (s/d.) e Governo do Estado do Maranhão (1998).

²⁰ No caso da Paraíba, o trabalho esclarecedor de Fátima Araújo revela alguns problemas surgidos entre a equipe de enfermeiras “de campo” e os agentes comunitários do PSF. Antes, a enfermagem, menos presente no PACS, recebia a responsabilidade da supervisão e instrução dos agentes comunitários. Um depoimento sugere que os agentes eram, então, menos “cobrados” por seu desempenho. Ver Araújo (2003, especialmente p. 165).

²¹ Consulte Barreira (1992) e Faria (2003) para uma perspectiva historiográfica cuidadosa, em que o papel da enfermagem de saúde pública é resgatado para um longo período (1920-1950). Esses trabalhos indicam o espaço conquistado, inegavelmente, pela educação sanitária no Brasil, a despeito de sua posterior debilidade em relação à assistência hospitalar. O PSF recupera as atividades da enfermagem de saúde pública em bases novas, do *direito de todos à saúde*, como estabelece o preceito constitucional.

²² A própria tendência de o PSF estabelecer “critérios de produtividade típicos do método curativo”, em que alguns avaliadores já notam certo exagero, pode desqualificar o papel importante de *interação social* dos agentes comunitários, papel que obviamente não pode ser avaliado por critérios rígidos de desempenho. Sobre o PSF em Barbacena, MG, ver Viana e Dal Poz (1998, p. 21).

saúde pública no Brasil abraçaram causas políticas e sociais, e foram por vezes hábeis em infiltrar idéias reformistas na agenda de agências federais de saúde. Este trabalho de lenta propagação de ideais de reforma sem dúvida teve eco na formulação do PACS, em 1991. Entretanto, a gênese do PACS (e, do mesmo modo, do PSF) deveu-se também a outros fatores²³. O primeiro fator, enfatize-se, relaciona-se à questão específica da enfermagem e à tradição pioneira do Brasil na América Latina – desde o final dos anos de 1920 – de consagrar o conceito de enfermeiras-visitadoras, voltadas para a educação sanitária (Faria, 2003). Essa tradição, enraizada no país ainda na Primeira República e enfraquecida por décadas de atenção à medicina hospitalar e às tecnologias de cura, particularmente entre meados dos anos de 1960 e 1980, pôde renascer no solo fecundo das lutas e movimentos sociais que se sucederam após o regime militar. Um segundo fator refere-se à influência das idéias de Paulo Freire e de seus métodos de educação e conscientização popular, já comentados no presente texto. O movimento de educação de massas, inspirado diretamente em Paulo Freire, teve extraordinário impacto no país durante as lutas pelas “reformas de base” no período Goulart. Sufocados pela repressão militar, os ideais do educador brasileiro conseguiram manter-se em fogo lento, por vias oblíquas, em iniciativas da Igreja Católica progressista, e permaneceram arraigados na memória coletiva de profissionais e lideranças nas áreas de educação e saúde. Uma importante coletânea editada no Ministério da Saúde, em 1995, por Elizabeth Tunes mostra-nos a presença e inspiração da pedagogia de Freire na gênese do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Tunes *et al.*, 1995). Passemos, a seguir, ao relato sobre as atividades do programa no Maranhão.

As agentes comunitárias em ação

Quando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi lançado no interior do Maranhão, muitas mulheres do campo, que haviam participado das atividades da Pastoral como voluntárias, aderiram às atividades de promoção da saúde enfileiradas no projeto governamental. Vivendo sob condições adversas, à experiência anterior na Pastoral somou-se o estímulo da pequena recompensa pecuniária oferecida pelos coordenadores regionais para o trabalho na comunidade. O número de agentes comunitários elevou-se consideravelmente em poucos anos no Maranhão: em 1991, eram quase dois mil; em 1998, haviam triplicado. Cada visitante de saúde responsabiliza-se pelo trabalho junto a cerca de 250 famílias na capital e em outras cidades do interior, mas as áreas de maior adensamento rural mantêm um limite de 150 famílias. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a organização e acompanhamento do programa, que reserva papel importante ao enfermeiro de saúde pública, na função de “instrutor-supervisor” dos agentes comunitários em cada povoado. As instrutoras são enfermeiras diplomadas, e devem dedicar-se ao treinamento e supervisão de, no máximo, trinta agentes visitadoras.

O município de Lago do Junco, que congrega inúmeras associações e cooperativas, proporciona um bom exemplo de como opera o PACS em pleno “território das quebradeiras”. Em 1998, uma enfermeira supervisionava e instruíra trinta agentes comunitárias em Lago do Junco, responsáveis, por sua vez, por atender a 1.480 famílias. Nesse local, a relação era de uma agente por 48 famílias. O programa excluiu cerca de 22% das famílias do município, por razões diversas, como a recusa dos familiares, dificuldades de acesso em áreas remotas etc. A regra geral prevê visitas pelo

²³ Procurei discutir anteriormente as razões do êxito na implementação do programa no Maranhão, na seção intitulada “A luta pela mobilização”. Aqui procuro recuar na história, abordando os fatores que condicionaram a criação do PACS como instrumento de política pública.

menos mensais, as grávidas e as crianças tendo atendimento prioritário. As agentes desempenham tarefas múltiplas: além de se responsabilizarem pela criação de Grupos de Mães, que se reúnem em locais oferecidos pela comunidade (Igreja, posto de saúde, cooperativa etc.), suas atividades incluem visitas de porta em porta para aconselhamento e assistência (Viana, 2000). São visitadoras, no padrão sugerido há tantas décadas por sanitaristas do antigo DNSP e pelas missões da Fundação Rockefeller. A agente comunitária tem diante de si a dura tensão entre os valores e as concepções de saúde das famílias e a necessidade de encorajá-las, muitas vezes, a colocar em xeque tais valores e concepções²⁴. O fato de que a agente é “nativa” da comunidade pode reduzir o nível das tensões produzidas em seu trabalho de aconselhamento, mas a instrução que recebe da enfermeira supervisora opera como elemento de desestruturação de seus antigos valores e comportamentos em relação à saúde. Ora, esses valores e atitudes são também os de sua própria comunidade, cuja validade, de modo geral, a agente já não pode aceitar! Dificilmente a agente deixa de tornar-se, ou sentir-se, uma estranha no meio de sua própria gente, mesmo nos casos em que é, ela própria, participante ou líder do movimento das quebradeiras (circunstância que poderia atenuar, até certo ponto, o choque entre mundos culturais). São dilemas éticos que as agentes comunitárias terão de enfrentar, esclarecidas pelo aconselhamento e pela própria experiência dos instrutores-supervisores. Se a visitadora procurar convencer

as moradoras de regiões mais remotas da necessidade de vacinar e proteger seus bebês contra doenças infecciosas, os conselhos poderão provocar desconfiança nessas vizinhas desinformadas, até então, sobre vacinas ou a higiene do bebê. Os formuladores e supervisores do programa devem discutir constantemente sobre a natureza difícil da atividade das visitadoras. Há, nelas, a necessidade quase mitológica de uma *dupla face*²⁵, sempre atenta às incompatibilidades e fraturas culturais entre os mundos de que falava Aristóteles, o da *techné* e o da *práxis* – em nosso caso, a distância entre os valores do cuidar e curar da Ilustração médica e as práticas camponesas quase centenárias. Não resta dúvida de que, ao ter suas responsabilidades ampliadas no Programa de Saúde da Família, a nova práxis da enfermagem impõe contatos mais estreitos com as agentes comunitárias e, por conseguinte, o enfrentamento de dilemas éticos de natureza muito semelhante.

Lidando com a diversidade cultural, toda a equipe hoje dedicada à saúde da família (especialmente os profissionais de enfermagem e as agentes comunitárias) terá de aceitar que a conscientização sanitária pode envolver, em muitos casos, a perda de valores e comportamentos arraigados nas práticas camponesas. Se pensarmos num exemplo dos mais cruéis, basta citarmos a prática da clitoridectomia em meninas de comunidades tribais africanas: os profissionais de saúde sabem tratar-se de prática ancestral, mas a posição ética diante das mutilações do corpo impõe-lhes a rejeição daquela prática²⁶. De que

²⁴ O choque entre práticas e cognições diferentes – as práticas de cura tradicionais, diante da medicina ocidental – tem sido atenuado por um esforço de incorporação de “terapias alternativas”. A disseminação dos conhecimentos da fitoterapia é um exemplo excelente da recusa à ortodoxia por parte de programas de saúde comunitária. Mas sempre persiste a possibilidade de conflito entre o mundo cultural dos camponeses e os valores propostos (mas não impostos) pelo agente comunitário. Uma interessante discussão dos dilemas éticos da educação sanitária, que afetam, igualmente, os profissionais da enfermagem, está em Johnson (1994) e em Matiella (1994).

²⁵ Conforme esclarece Bergen Evans em seu *Dictionary of mythology*, as duas faces da deusa romana Janus não implicavam uma duplicidade, mas a vigilância, a atitude alerta.

²⁶ Para uma discussão sobre a questão das perdas culturais e sobre a possibilidade de superá-las, na comunidade, por meio de novos valores negociados e consentidos – a aquisição de novos valores e novos significados na vida social – veja-se, além das coletâneas de Johnson (1994) e Matiella (1994), o trabalho excepcional de Peter Marris (1974).

modo, na experiência maranhense, desafios de tal natureza, ainda que não tão cruéis, foram enfrentados pelas agentes comunitárias? As líderes do Movimento das Quebradeiras, reunidas no Sítio Pirapora em maio de 1999, revelaram-me indicadores importantes das práticas desenvolvidas pelo PACS. O seminário permitiu às participantes uma oportunidade para discutir questões de gênero e política, trabalho e reforma agrária, saúde materno-infantil e saúde reprodutiva. O Programa de Agentes Comunitários foi motivo de trocas de opiniões e de experiências, ainda que as discussões, em boa parte, tivessem inegavelmente sido provocadas pela presença do “professor do Rio de Janeiro”, que conduzia entrevistas com algumas líderes do movimento num grande pátio do sítio e atraía, em sua volta, a presença de agentes comunitárias quebradeiras, um pequeno grupo interessado e acolhedor. Uma das lideranças – ela própria uma agente comunitária no município de Viana, em que atuavam quase 50 visitadoras – concedeu-me uma longa entrevista e trouxe à baila alguns problemas e progressos do PACS²⁷. Seus comentários frisaram o lado do programa a que chamaríamos “pedagógico”, mencionando seus maiores desafios, entre os quais citava a falta de remédios e as grandes distâncias que as mulheres percorriam até os postos de saúde e hospitais da região. Duas outras líderes das quebradeiras relataram suas experiências com o programa em estados vizinhos. Como não eram agentes comunitárias, senti que falavam do fundo de sua própria vivência como mulheres da região, ainda que já mostrassem a familiaridade que as visitadoras presentes ao seminário demonstravam possuir em relação às questões de saúde²⁸. De seus pontos de vista, constituía um “ponto positivo” as visitadoras serem selecionadas entre mulheres da própria comunidade.

Acreditavam que as agentes comunitárias vinham sendo treinadas adequadamente, respeitando as tradições locais mas procurando levar às famílias “as palavras de quem entende de saúde” (Notas de pesquisa, maio de 1999). O trabalho das agentes gozava da confiança crescente das comunidades. Instadas a abordar as várias dimensões do programa, mencionaram a importância dos cuidados *preventivos*, especialmente o trabalho de aconselhamento para as consultas de pré-natal e a realização de exames periódicos. No aspecto mais amplo da educação sanitária, viam outros pontos fortes: na difusão de noções sobre o valor da amamentação materna, da saúde infantil, da vacinação, da prevenção do câncer do seio e do útero, da luta contra as doenças “contagiosas” (em que incluíam a hanseníase, a tuberculose e – talvez por erro de minhas próprias anotações – a malária). Frisaram a importância das informações sobre as raízes e frutos locais e seu alto valor nutricional, sobre a higiene pessoal, sobre a necessidade de fossas etc. A ênfase do programa nos Grupos de Mães foi louvada em seus depoimentos. (Os Grupos não raro têm suas reuniões nos postos de saúde, que se tornam, assim, pontos de convivência para a comunidade e locais de supervisão e acompanhamento por parte das visitadoras e enfermeiras.) Ao lembrarem que a mortalidade infantil tem decaído em toda a região, as líderes entrevistadas vincularam o avanço nas condições de saúde aos resultados do PACS.

As entrevistas realizadas por Sílvia Cristina Viana, em 1999, com agentes comunitárias de saúde em áreas produtoras de babaçu do Maranhão indicam o bom desempenho do programa. De modo geral, a riqueza e o significado dos depoimentos apontam nessa direção (Viana, 2000, especialmente p. 62-83). Por um lado, as

²⁷ Entrevista concedida em 4 de maio de 1999 por dona Maria Ednalva Santos, agente comunitária de saúde e figura importante na organização do Movimento das Quebradeiras no município maranhense de Viana.

²⁸ Falei com dona Maria Senhora Carvalho da Silva e dona Raimunda Gomes da Silva, duas coordenadoras do Movimento Interstadual das Quebradeiras.

agentes comunitárias consideram seu trabalho extremamente relevante e percebem-se como “quase-profissionais”²⁹. Acentuam, por outro lado, que suas “novas” identidades não as impedem de continuar sendo trabalhadoras rurais ou, em última análise, mulheres de vida camponesa. Esse aspecto de vinculação à vida da região é valorizado: segundo algumas visitadoras, é esse vínculo com suas comunidades que explica a circunstância de, em muitos casos, serem chamadas a opinar sobre outros assuntos familiares, como desavenças conjugais etc. (Viana, 2000, cap.5).

As agentes revelaram que sua autoestima cresceu com as novas responsabilidades assumidas desde que as diretrizes do PACS passaram a incluir o trabalho antituberculose e contra a hanseníase. Como já mencionei anteriormente, o respeito pelos costumes locais pode levar a visitadora a recomendar o emprego de chás, raízes e produtos fitoterápicos, baseados na flora local. O enfermeiro poderá agir da mesma forma, ainda que tenha maior *poder de prescrição*. Diferentemente da “consulta de enfermagem”, em que a prescrição de medicamentos é autorizada pelas normas do PSF, a agente comunitária tem limites rígidos (Araújo, 2003, p. 145-149). É importante assinalar, no entanto, que a atuação da enfermagem e das agentes comunitárias tem competidores. Como se sabe, o uso indiscriminado de remédios e a prescrição indevida, muitas vezes favorecidos pela desinformação do público e, sobretudo, pela ganância de balconistas de farmácia, são práticas generalizadas em todo o país. Certamente, se estamos diante de alguma revolução nos usos e crenças em relação a medicamentos – particularmente quanto aos antibióticos –, tal se dará por força do novo papel assumido pelas agentes comunitárias e enfermeiras. Nesse novo papel há, por certo, percalços. As agentes comunitárias revelam sua frustração diante de quadros mais severos em crianças, como vômitos

contínuos ou febres intermitentes, quando se sentem desamparadas. Não resta dúvida de que a presença das enfermeiras nas comunidades, estimulada pelo PSF, poderá minorar os problemas encontrados.

Mas há obstáculos que mesmo uma equipe inteira de profissionais de saúde não pode contornar: a miséria. Nos depósitos colhidos por Viana, as agentes relatam a sensação de fracasso diante da impossibilidade de produzir mudanças sociais urgentes em suas comunidades: a fome, as privações das crianças, a angústia de mães paupérrimas diante da visitadora compõem um quadro lamentável (Viana, 2000, p. 77-80). Na verdade, aí se torna evidente a função crítica desempenhada por movimentos sociais como o das quebradeiras, de lutar contra o jugo oligárquico e a insensibilidade dos governantes, diante da necessidade de mudanças estruturais que se somem aos resultados dos programas de saúde. As lideranças que entrevistei no Encontro do Sítio Pirapora, em São Luís, referiram-se aos problemas mais graves que iniciativas governamentais como o PACS (e, diríamos nós, também o PSF) não poderiam eliminar. Se houve críticas e sugestões referentes àquele programa nas chamadas regiões produtoras (a escassez de postos e centros de saúde, a falta de aparelhamento, a inexistência de saneamento básico), o julgamento mais contundente dirigia-se às elites políticas regionais e aos fazendeiros. A mensagem que transmitiram revelou-me o grau de consciência política das lideranças do movimento: o próprio futuro de longo prazo do PACS dependia, insistiam, da realização de reformas estruturais nas áreas assistidas. Daí se colocar a questão das prioridades de luta do Movimento das Quebradeiras: o lugar da saúde na agenda será sempre definido pelo sucesso, maior ou menor, da luta política pela justiça social e pela posse da terra.

Um efeito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão –

²⁹ Lembro aqui a interessante observação de Fátima Araújo (2003) sobre as enfermeiras, que são por vezes avaliadas por participantes do Programa de Saúde da Família como “quase-doutoras”.

tecnicamente, um efeito que os analistas de políticas públicas chamariam de “não-antecipado” – salta aos olhos do observador. Trata-se do fortalecimento dos laços de solidariedade entre as populações rurais, elos que indubitavelmente já se vinham estreitando durante as campanhas de formação do Movimento das Quebradeiras. A origem camponesa do agente comunitário e sua relação estreita com a comunidade reforçam a auto-estima não só das visitadoras, mas das próprias famílias. Essa característica do programa não deveria ser desconsiderada nas avaliações feitas

por organizações não-governamentais e órgãos de governo. A “experiência maranhense” do PACS poderá entrar para a literatura sobre a participação e auto-organização das comunidades como um caso bem-sucedido. Entretanto, não resta dúvida de que, no futuro, um progresso significativo nos indicadores de saúde terá de contar com avanços em outras esferas da vida social na Terra Maranhense e regiões vizinhas, particularmente no que tange à promoção humana, à reforma agrária e à valorização da economia regional.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, A.W.B. de. **Carajás: a guerra dos mapas**. 2ª edição. Belém: Seminário Consulta, 1995a.

_____. **Quebradeiras de coco babaçu: identidade e mobilização**. São Luís: Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu/Terre des Hommes – Schweiz, 1995b.

ARAÚJO, M.F.S. de. **Um “quase-doutor”**: prática profissional e construção da identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

AZEVEDO, A. de. **Através do vale do Itapicuru**: impressões de uma viagem de reconhecimento [anexo, Documentário Fotográfico]. Separata do Boletim n.120 (Geografia, n.6). São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, 1951.

BARREIRA, I.A. **A “enfermeira-ananéri” no país do futuro**: a aventura da luta contra a tuberculose. Tese de doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1992.

CASTRO SANTOS, L.A. de. **Aspectos sociais da economia do babaçu**: obstáculos à modernização. Relatório Técnico NT-Biat. Rio de Janeiro: Fundação de Tecnologia

Industrial, Ministério da Indústria e Comércio, 1981a.

_____. **Relatório de viagem**. Projeto Biat. Circulação Interna. Rio de Janeiro: Fundação de Tecnologia Industrial, Ministério da Indústria e Comércio, agosto, 1981b.

FARIA, L.R. de. **Ciência e administração em saúde**: o modelo norte-americano de ensino e a criação do Instituto de Higiene de São Paulo. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO. **Agentes comunitários de saúde**. Relatório de 1998. Secretaria da Saúde, Governo do Estado do Maranhão, São Luís, 1998.

GREENWOOD, D. e LEVIN, M. **Introduction to action research**: democratizing the research process. Londres: Sage Publications, 1998.

HALL, B. Looking back, looking forward: reflections on the International Participatory Research Network. **Forests, Trees and People Newsletter**, n. 39, agosto, 1999.

HIRSCHMAN, A.O. **Getting ahead collectively**: grassroots experiences in Latin America. New York: Pergamon Press, 1984.

JOHNSON, L. *et al.* (orgs.). **Guidelines for health education**. Reston, Virginia:

Association for the Advancement of Health Education, 1994.

KENNEDY, M. Lifting women's voices: the roofless women's action research mobilization, and participatory action research. **Planners Network Newsletters** (<http://www.plannersnetwork.org/htm/pub/archives/130/kennedy.htm>), 1998.

KLEINMAN, A., DAS, V. e LOCK, M. (orgs.). **Social suffering**. Calcutá: Oxford University Press, 1998.

MARRIS, P. **Loss and change**. Londres: Routledge & Keagan Paul, 1974.

MATIELLA, A.C. (org.). **The multicultural challenge in health education**. Santa Cruz, Califórnia: ETR Associates, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília: Secretaria de Assistência e Saúde, Fundação Nacional de Saúde, s/d.

MOURA DA SILVA, A.A. e RIBEIRO, V.S. Mortalidade infantil. In: TONIAL, S.R. e MOURA DA SILVA, A.A. (orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA/Secretaria de Estado da Saúde/Unicef, 1997.

PLUMB JR., B.N. e LODGE, G.C. The United Fruit Company and The Maranhão Development Corporation. **Discussion Paper**, Harvard Business School/HBS Case Services, Boston, Mass., 1969.

RIBEIRO, V.S. e SOUZA ARAGÃO, M.G.O. Diarréia, uso do soro oral e infecção respiratória aguda em crianças. In: TONIAL,

S.R. e MOURA DA SILVA, A.A. (orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA/Secretaria de Estado da Saúde/Unicef, 1997.

SANTANA, P.N. de. Maranhão. **The New Encyclopaedia Britannica**. Knowledge in Depth – Monopaedia. Vol. 11. The University of Chicago, 1979.

SANTOS, M. **Bandeiras verdes**: um estudo da ocupação recente da área dos rios Caru e Turizinho, no Maranhão. [Fotos do autor]. São Luís: Comissão Pastoral da Terra, 1981.

TONIAL, S.R. e MOURA DA SILVA, A.A. (orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA/Secretaria de Estado da Saúde/Unicef, 1997.

TUNES, E. *et al.* **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1995.

VIANA, A.L. e DAL POZ, M. Reforma da saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família (a experiência de Barbacena). **Série Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, outubro, 1998.

VIANA, S.C. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Regional de São Luís do Maranhão**. Dissertação de mestrado em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2000.

Abstract

The time and hour of peasant women: social movements, identity and health in the State of Maranhão (a Hirschmanian tale)

This paper discusses the growth of a social movement in the backlands of Brazil and its implications for the progress of community health care. The peasant population of the State of Maranhão traditionally earned money by selling the oil-rich kernels of nuts from babassu palm trees to local traders, or exchanging them for hard-to-find consumer items. The peasants historically had free access to this practically inexhaustible resource, but recent capital accumulation projects closed their territory and prevented the peasants from picking the babassu

nuts. The landowners' attitude created widespread resentment among the women known as *quebradeiras* (nut crackers), responsible for the hard manual work of cracking, separating, and removing the kernels from the nuts. This important work performed by the women in this society has enabled their political mobilization. "Getting ahead collectively", as Albert O. Hirschman reminds us, may involve quite unpredictable results. Having begun as a social movement with a precise goal – free access to the babassu trees in the landowner's territory – the struggle of Maranhão's peasant women emerged in the last decade as a struggle for broader citizenship rights, and the right to health became an important point on their agenda.

Key words: Peasant women; Social movements; Social identity; Collective health.

Recebido para publicação em 19/02/2003.