

Parteiras Tradicionais, Indígenas e Quilombolas: cidadania e direitos reprodutivos

É amplamente reconhecido que as populações tradicionais brasileiras têm diferentes compreensões e percepções a respeito da vida, da sexualidade, da reprodução, do nascimento e da morte. Porém, existe ainda um grande desconhecimento acerca de questões básicas da saúde reprodutiva e da saúde da mulher.

Quanto à população indígena, praticamente inexitem informações sobre a dinâmica demográfica de grupos indígenas localizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, e a informação em relação às outras regiões do país também é incipiente. Essas lacunas, relativas à informação em saúde, dificultam o aprofundamento sobre o tema da contracepção, por exemplo, tema que tem posicionamento de representantes indígenas firmemente de oposição à adoção de qualquer prática contraceptiva. Vale salientar que esses representantes são, em sua maioria, do sexo masculino e podem não estar levando em consideração, ou priorizando, essas especificidades nas áreas de saúde reprodutiva da mulher indígena.

As doenças carenciais, como a anemia, assim como as principais

doenças parasitárias na população indígena, como a malária e as verminoses, devem ser preocupação constante, pois podem estar associadas a situações de risco, cuja repercussão sobre a saúde da mulher e da criança ainda precisam ser melhores avaliadas. Alguns estudos referem-se ao aumento do risco de aborto espontâneo, parto prematuro e morte materna, por consequência da infecção por malária. Além disso, existem poucos estudos sobre o quadro de prevalências de doenças sexualmente transmissíveis, lesões ginecológicas de etiologia variada, mastopatias, casos de câncer de mama e cérvico-uterino, na população indígena.

Até 1999, era seguido o modelo assistencialista de práticas em saúde, executadas pela FUNAI e pelos municípios. Depois disso, já sob a responsabilidade da FUNASA em articulação com os municípios, que investe para estimular a execução da atenção básica nas comunidades indígenas e atualmente também das comunidades quilombolas. A atuação da maioria das equipes nessas áreas, entretanto, permanece seguindo o modelo de uma assistência ambulatorial.

rial, que não leva em conta os aspectos culturais dos povos.

É necessário ampliar muito mais os debates que subsidiam a formulação de políticas públicas em saúde reprodutiva e sexual, especificamente da mulher indígena e quilombola. Os marcos conceituais, propostos na Conferência do Cairo, sobre a saúde reprodutiva, mostram-se insuficientes para a adoção, de forma generalizada, para a população brasileira, dada sua diversidade étnica. Como exemplo, podemos nos referir aos métodos de planejamento reprodutivo. Diferentes aspectos que compõem o conceito de saúde reprodutiva podem não encontrar correspondência com os princípios de organização e da estrutura social e política das diversas etnias.

Devemos questionar sobre os impactos de mudanças sociais e culturais que os grupos étnicos vêm sofrendo com a aproximação com a sociedade branca e urbana, sobre a vida e saúde das mulheres indígenas, que continuam com menos acesso à educação e à ocupação de cargos trazidos por este contato. Como exemplos, podemos citar a ocupação dos cargos de Agentes Comunitários Indígenas e de professores, em sua maioria ocupados por homens, mantendo os homens no papel principal de interlocutor entre a aldeia e os serviços.

A organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é outro exemplo. Os DSEI têm tornado os serviços gradativamente mais acessíveis porém, com um ritmo muito acelerado de medicalização. Os sabe-

res e cuidados com o próprio corpo e com as crianças, por exemplo, têm se perdido, o que torna a população atendida dependente do sistema de saúde oficial. Aqui emerge a relação entre questões de saúde e de desenvolvimento; a mudança de estilo de vida dos Povos Indígenas com a limitação territorial, o sedentarismo, a diminuição dos recursos naturais, introdução de novos costumes, alimentação, entre outros fatores.

No campo dos cuidados pré-natais e no parto, parece que ainda existe um controle maior por parte de cada etnia, existindo pouca demanda aos serviços de saúde. Nessa hora a figura da parteira que, muitas vezes, é mulher da própria família, aldeia ou grupo, aparece como agente preservador da cultura e das práticas.

As Conferências Nacionais vêm determinando políticas e ações de reconhecimento e inclusão dos sistemas tradicionais de atenção à saúde, como constam, por exemplo, nos relatórios da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2001, e da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2004, onde, vale ressaltar, reconhece a parteira tradicional como uma trabalhadora da saúde que necessita da regularização do vínculo e de esforços para a desprecarização do seu trabalho.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em seu Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2005, ressalta as ações de capacitação de parteiras tradicionais e quilombolas, reafirmando a responsabilidade

com a promoção de uma política baseada na integralidade. A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, também propõe a preservação dos conhecimentos tradicionais, valorizando o trabalho das parteiras indígenas e quilombolas, integrando-as aos programas do SUS de atenção à saúde materno-infantil, como profissionais.

Nos últimos anos, vimos crescer o volume de leis, portarias e normas técnicas que visam a proteção, regulamentação e instituição de políticas relacionadas aos sistemas tradicionais de saúde, e isso vem acontecendo, tanto no nível do poder executivo, quanto do legislativo.

Porém, o arcabouço legal que vem sendo instituído pode ser insuficiente para garantir a continuidade e irreversibilidade de políticas e ações federais, estaduais e municipais. Para poder propor qualquer política pública de saúde reprodutiva, dirigida às mulheres indígenas, é necessário

construir espaços de diálogos mais profundos, não infantilizados, ou repressores e preconceituosos.

Acima de tudo, as vozes das mulheres precisam ser mais bem ouvidas. As diferentes realidades consideradas. O que acontece nos lugares longínquos, acontece também em cidades médias e grandes, por isso a necessidade de articulação de mulheres de todas as regiões do Brasil. A experiência de construir, com as parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas, incluindo as trabalhadoras rurais, espaços de diálogo e reflexão sobre a realidade cotidiana, cidadania e direitos reprodutivos, cria e fortalece ambientes para o aprofundamento e melhor entendimento sobre este assunto.

*Paula Viana,
enfermeira, parteira, integrante
da Secretaria Executiva Colegiada do
Grupo Curumim, que integra a Rede
Nacional Feminista de Saúde e a
Articulação de Mulheres Brasileiras.*